

Manuel d'utilisation

AGRAF 9.x

Médecine, chirurgie, obstétrique
Et odontologie (MCO)



AVRIL

2022

Service Architecture et production informatiques

Pôle Logiciels des établissements de santé

Support utilisateurs

Téléphone : 0 820 771 234 (0,019 euros TTC/min)

Foire aux questions : <https://applis.atih.sante.fr/agora>

Courriel : support@atih.sante.fr

Sommaire

1	Présentation générale	4
2	Evolution du format de RSS en 2022	4
3	Fonctionnalités	4
3.1.1	Cas des associations de dialyse	5
3.1.2	Gestion des unités médicales	6
3.1.3	Menu	9
4	Paramètres	10
4.1.1	Période de traitement	10
4.1.2	Paramétrage des répertoires	11
4.1.3	Paramétrage e-PMSI	13
4.1.4	Paramétrage du client e-POP	13
4.1.5	Connexion directe (utilisation par défaut)	13
4.1.6	Aide	17
5	Export	17
5.1.1	Sortir de l'application	18
5.1.2	Sauvegarde	18
6	Transmission et traitement des données sur e-PMSI : mode d'emploi	20
6.1.1	AGRAF	20
6.1.2	e-PMSI	22
6.1.3	Améliorations et performance	23
7	ANNEXES	24
7.1	Configuration minimale requise	25
7.2	Problèmes connus	25
7.2.1	Au lancement de l'application	26
7.3	Support technique	28
7.3.1	- Le manuel d'utilisation	28
7.3.2	- La plate-forme AGORA	28
7.3.3	- Par mail	29
7.3.4	- Par téléphone	29
7.4	Format de RSS non groupé 021 à partir du 1er mars 2022	30
7.5	Format de RSS groupé 121 à partir du 1er mars 2022	33
7.6	Format de RSS non groupé 020 et format de RSS 120	36
7.7	Format d'importation du fichier d'information des UM	37
7.8	Fichcomp « LES » Liste en sus (changement de nom de fichier)	39
7.9	Fichcomp MEDACAN Intra GHS	40
7.10	Fichcomp IVG	40

7.11	Fichcomp (*.csv) DM Intra GHS	41
7.12	Fichcomp (*.csv) médicaments anticancéreux	41
7.13	Format des RSF en entrée de traitement	46
7.14	Format de RSA 227	60
7.15	Précisions sur quelques variables du RSA	67
7.15.1	Règles de détermination du GHS	67
7.15.2	Détermination de la variable « Valorisation partielle »	67
7.15.3	Variable « Passage en lit dédié »	67
7.16	Fichier de RSFA (*.rsfa)	68
7.17	Fichier de sortie ANO	74
7.18	Formats des fichiers supplémentaires (en sortie d'AGRAF)	81
7.18.1	Médicament (*.med) : médicaments de la liste en sus	81
7.18.2	Médicaments anti-cancéreux intra GHS (*.medacan)	82
7.18.3	Fichier Patient MRC (*.n99041.datexp)	82
7.18.4	Fichier Médicaments anti-cancéreux (medacan) (*.n99061.datexp)	84
7.18.5	Fichier d'UM (*.ium)	87
7.18.6	Liste d'erreurs de groupage applicable à compter du 1er janvier 2009 (*.leg)	88
7.18.7	Liste détaillée des codes erreurs de contrôles	92
7.18.8	Liste détaillée des codes erreurs de groupage	112
7.18.9	Liste détaillée des codes erreurs d'implémentation	114
7.19	Rapports	116
7.20	Erreurs de contrôle de factures	119

Précisions sur les données à transmettre via AGRAF :

Depuis fin 2008, le logiciel AGRAF comporte une section « Traitement dialyse » permettant aux établissements ex-OQN ayant une activité **exclusive** de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en auto-dialyse (établissements qualifiés "associations de dialyse") qui ne produisent à ce jour ni information d'activité, ni information de facturation au sens de l'arrêté PMSI de transmettre leurs données. En effet, à titre dérogatoire, l'article 9 de cet arrêté prévoit que ces établissements ne sont tenus de transmettre que leurs informations de facturation (à l'exclusion des informations d'activité). Ces informations de facturation sont produites sous forme de RSF qui sont traitées puis transmises vers la plateforme e-PMSI par le logiciel AGRAF (case « Association de dialyse » cochée).

A noter que cette mesure dérogatoire ne concerne que les établissements ayant une activité **exclusive** de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en auto-dialyse. Autrement dit, les établissements pour lesquels cette activité n'est pas exclusive doivent renseigner les informations d'activités (RSS) **et** les informations de facturation (RSF) dans AGRAF pour l'ensemble de l'activité.

1 Présentation générale

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) des établissements de santé publics et privés repose sur le recueil systématique de données administratives, démographiques, médicales et de prise en charge, normalisées. Ce recueil s'inscrit dans la logique des dispositions des articles L.6113-7 et L.6113-8 du code de la santé publique, qui s'appliquent aux établissements de santé, publics et privés, en matière d'analyse de leur activité.

Les recueils d'informations sur l'activité et sa facturation sont rendus anonymes avant leur télétransmission sécurisée vers une plateforme d'échange (e-PMSI). Le logiciel AGRAF permet la pseudonymisation et le chaînage des fichiers de RSS groupés et des RSF. Ce recueil d'informations est transmis mensuellement sur e-PMSI, via ce logiciel AGRAF-MCO, par les établissements de santé MCO ex-OQN. L'acronyme signifie « Anonymisation et Groupage des Résumés de sortie standardisés Associés aux Factures »).

La production des informations traitées par le logiciel AGRAF-MCO est décrite dans le Guide méthodologique MCO disponible sur le site de l'ATIH : www.atih.sante.fr.

ATTENTION :

Les données transmises **doivent cumuler** à chaque fois les données recueillies depuis le 1^{er} janvier de l'exercice en cours (pour prendre en compte les éventuels délais d'exhaustivité des données liés notamment à des délais de production non optimaux, et pour éviter les doubles comptes).

2 Evolution du format de RSS en 2022

Les séjours dont la date de sortie est à partir du 1^{er} mars 2022 doivent être au format RSS 121. Le traitement AGRAF accepte en entrée, les RSS de format 121 sur toute l'année 2022 et les RSS de format 120 avec une date de sortie avant le 1^{er} mars 2022.

3 Fonctionnalités

Le logiciel AGRAF permet l'anonymisation et le chaînage des fichiers de RSS groupés et des RSF. Il génère en fin de traitement le fichier « ANO-RSA-RSFA » qui devra être transmis sur le site e-PMSI.

La fenêtre principale d'AGRAF est la suivante :

3.1.1 Cas des associations de dialyse

Dans le cas des associations de dialyse vous devez :

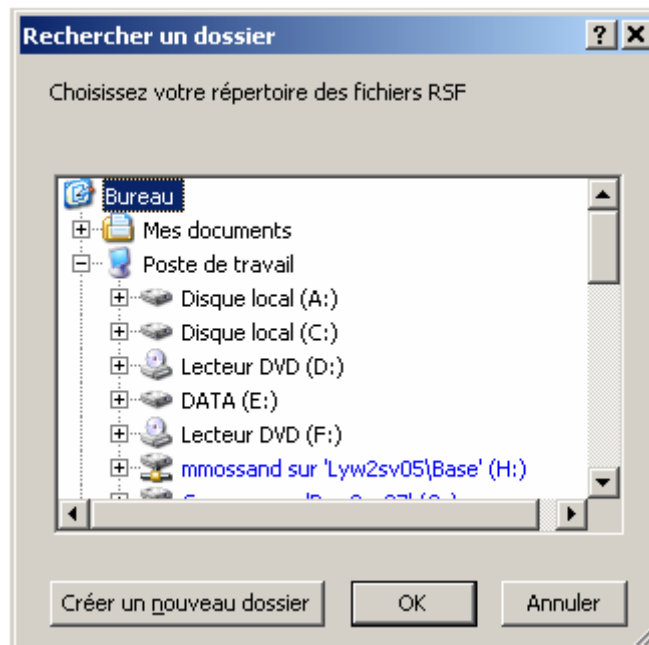
- cocher la case correspondante : ☒ **Association de dialyse**
- choisir une période de traitement (cf partie 2.2 ci-dessous)
- choisir un fichier de facturation
- lancer le traitement

Dans le cas des associations de dialyse avec multi-Finess vous devez :

- cocher les deux cases correspondantes : ☒ **Association de dialyse** ☒ **Multi-Finess association de dialyse**
- choisir une période de traitement (cf partie 2.2 ci-dessous)

Répertoire des fichiers de facturation :

- choisir le répertoire des fichiers de facturation



- lancer le traitement

Dans le rapport de la détection des séjours non valorisés, le test :

*** Test n°2 : Séjours en CMD 90 (hors 90H02Z et 90H03Z) *** ne doit pas être pris en compte

3.1.2 Gestion des unités médicales

Certains suppléments facturables dépendent de la nature de l'unité médicale. Il est donc nécessaire de pouvoir identifier la nature de ces UM. L'utilisateur devra s'assurer de l'exhaustivité de ces informations. À cet effet, les méthodes de récupération des données nécessaires sont mises en place :

- Saisie de l'information par l'utilisateur :

L'utilisateur devra remplir des données pour toutes les unités médicales déclarées dans le fichier de séjour. Le logiciel AGRAF accepte également la saisie d'unité médicale multiple.

- Importation du fichier d'information des unités médicales (utilisation facultative) :

AGRAF permet l'importation d'un fichier comportant tous les renseignements nécessaires.

Le format de ce fichier est indiqué en annexe (« Format d'importation du fichier d'information des UM »). Cette fonctionnalité est pratique surtout si l'on traite plusieurs établissements puisqu'elle dispense des saisies fastidieuses.

Quel que soit la méthode utilisée, la table ainsi créée doit être éditée et/ou validée par le DIM afin :

- de compléter certaines lacunes : type d'UM omis dans les RSS
- de saisir des informations complémentaires : type d'autorisation non indiqué.

IMPORTANT :

Il est important que tout l'historique de chaque unité médicale soit répertorié pour un calcul correct des différentes valorisations.

DESORMAIS, il n'y aura plus qu'une seule validation à effectuer, AGRAF affiche dès le début les unités médicales non importées ou non saisies préalablement (lors d'une précédente saisie) et les préremplie

(sans type d'autorisation et leur attribuera comme date de début d'effet le 1^{er} janvier de l'année de traitement). Veuillez bien vérifier si toutes vos autorisations sont présentes.

Pour chaque unité médicale, il faut renseigner les informations suivantes:

- *UM* : numéro de l'unité médicale
- *Type d'autorisation* : type d'autorisation pour cette unité médicale
- *Date de début d'effet d'autorisation* : date à laquelle débutera l'autorisation (ne peut être ultérieure au 31 décembre de l'année de traitement)

- **Mettre à jour**

Lorsqu'une information est erronée au niveau de l'enregistrement courant, il permet de la modifier.

- **Ajouter**

Lorsqu'une unité médicale n'est pas encore répertoriée au niveau du tableau, il permet de saisir les informations unité médicale, type d'autorisation et date de début d'effet.

ATTENTION : Chaque date de début d'effet doit être unique au sein d'une même unité médicale.

- **Supprimer**

Tout enregistrement dans le tableau peut être supprimé en cliquant sur ce bouton.

- **Analyse du fichier**

En cliquant sur ce bouton, une page internet comportant certaines statistiques sur le fichier d'entrée fourni s'affiche à l'écran. Celle-ci indique les informations suivantes :

- *Unité médicale* : numéro de l'unité médicale
- *Type d'autorisation* : type d'autorisation indiqué,
- *Nb RUM* : nombre de RUM correspondant au couple [Unité médicale, type d'autorisation] dans le fichier,
- *% RUM* : pourcentage de RUM représenté par le couple [Unité médicale, type d'autorisation] par rapport au nombre total de RUM,
- *Nb RSS* : nombre de séjour correspondant au couple [Unité médicale, type d'autorisation] dans le fichier,
- *% RSS* : pourcentage de séjours représenté par le couple [Unité médicale, type

d'autorisation] par rapport au nombre total de séjours.

NOTE : Ce fichier est uniquement imprimable

- **Annuler**

Permet d'annuler la saisie des informations courantes.

- **Validation**

Permet de valider les informations précédemment saisies. De plus, une page Internet récapitulant les données fournies s'affiche à l'écran. Celle-ci indique les informations suivantes :

- *Unité médicale* : numéro de l'unité médicale,
- *Type d'autorisation* : type d'autorisation pour cette unité médicale,
- *Date de début d'effet d'autorisation* : date à laquelle débute la l'autorisation

Cette table, validée par le DIM, servira de référence pour le calcul des suppléments.

L'ensemble des données validées constitue le fichier d'information sur les autorisations d'UM. Ce fichier est anonymisé et exporté par AGRAF.

NOTE : Ce fichier est uniquement imprimable

Fichiers complémentaires facultatifs

Les fichiers suivants pourront être transmis vers la plate-forme e-PMSI (les formats sont indiqués en annexe au niveau de « *Format des fichiers supplémentaires* ») :

Fichier prothèses PIP (facultatif):	<input type="text"/>		
Fichier ATU (facultatif):	<input type="text"/>		
Fichier ORP (facultatif):	<input type="text"/>		

1. Le fichier des prothèses PIP (FICHCOMP) Type de recueil :

- Il s'agit d'un fichier complémentaire (FICHCOMP) du recueil PMSI concernant les établissements. Le format et les variables du recueil sont donc ceux de tout fichier FICHCOMP.
- Pour mémoire, le format générique du fichier FICHCOMP est le suivant :

Libelle	Taille
N° FINESS	9
Type de prestation	2
N° identifiant du séjour	20
N° de RUM	10
Date de début	8
Date de fin	8
Code	15
Nombre	10
Montant payé	10

- Toutefois, s'agissant du type de prestation "enquête", seules 4 informations sont à renseigner, les 5 autres n'étant pas utilisées, il s'agit des variables : N° FINESS, type de prestation, n° identifiant du séjour, et code.
- Ce fichier de type FICHCOMP devra être produit par les établissements ex-OQN, pour les besoins du suivi d'explantation des prothèses PIP. Ce fichier sera traité lors de la transmission par le logiciel AGRAF.

Codage des variables :

- **N°FINESS** : codage usuel, connu de chaque établissement
- **Type de prestation** : cette enquête sera identifiée sous le numéro 51
- **N° identifiant du séjour** : il s'agit du N° Administratif local de séjour
- **Code** : PIP

Les causes de rejet pour ces types d'enregistrements sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- Le code est différent de PIP
- Un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même n° administratif. Dans ce cas, AGRAF ne conserve qu'un seul des enregistrements en doublons.

Veuillez consulter également le format en annexe.

2. Le fichier de suivi de consommation par patient des médicaments (FICHCOMP)

Les causes de rejet pour ces types d'enregistrements sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- La date indiquée est mal renseignée.
- La date d'administration est strictement inférieure à la date d'entrée du séjour
- La date d'administration est strictement supérieure au dernier jour du mois correspondant à la période traitée.
- Le code UCD n'est pas autorisé

Veuillez consulter également le format en annexe.

3. Le fichier des maladies rares ORP (FICHCOMP)

Les causes de rejet pour ces types d'enregistrements sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte

Veuillez consulter également le format en annexe.

3.1.3 Menu

- **Visualisation**

Une description du rapport général est indiquée en annexe (« Rapports »). Vous y trouverez également les formats des fichiers d'erreurs fournis.

Vous pouvez visualiser tous les comptes-rendus générés lors du traitement, grâce au menu *{Visualisation}*. Ces derniers fournissent des informations utiles (numéros de RSS, description de l'erreur, ...) permettant de corriger les RSS et RSF erronés.

- « **Rapport général** » : ce rapport est le regroupement de tous les rapports, excepté les lignes erreurs que vous trouverez ci-après.

Désormais, ce fichier est sous forme d'un fichier HTML visualisable sous

Internet Explorer (vous pourrez voir un exemple en annexe).

- « **Doublons sur les N° de séjours** » : ce rapport répertorie les séjours (N° de séjour et N° administratif associé) qui ont été retrouvés en doublons. Ces doublons faussent la restitution des séjours non valorisés. De plus, ce type d'erreur peut provoquer des problèmes lors de contrôles régionaux futurs.
- « **Différence de groupage** » : ce rapport répertorie les différences de groupage entre le groupage obtenu par votre groupeur et celui déterminé par le logiciel AGRAF. Le résultat obtenu par ce dernier constitue la référence officielle.
- « **Erreurs des contrôles sur factures** » : Il répertorie tous les enregistrements en erreurs, quelque soient le type de RSF.
- « **Erreur sur factures** » : ce rapport fournit toutes les erreurs répertoriées au niveau du fichier de facture. La liste des erreurs signalées dans ce rapport est décrite dans l'annexe « Erreurs de contrôle des factures ».
- « **Erreurs de couplage** » : ce rapport fournit les numéros de séjours présentant des incohérences entre les deux fichiers de séjour et de facture. Chaque séjour déclaré doit être associé à une ou plusieurs et inversement, une facture doit être associée à un séjour (variable « Numéro de RSS » d'un enregistrement RSF A identique à la variable « N° de RSS » du séjour qui lui est associé).
- « **Détails des séjours non pris en compte dans la valorisation** » : ce rapport portant l'extension « .val.err.txt » répertorie les N° de séjours qui posent problèmes pour la valorisation.
- « **Facture sans séjour associé** » : ce rapport portant l'extension « .FactureSansSejour.txt » répertorie les factures sans séjour qui posent problèmes pour la valorisation.

Vous trouverez plus de détails en annexe (« Rapports »)

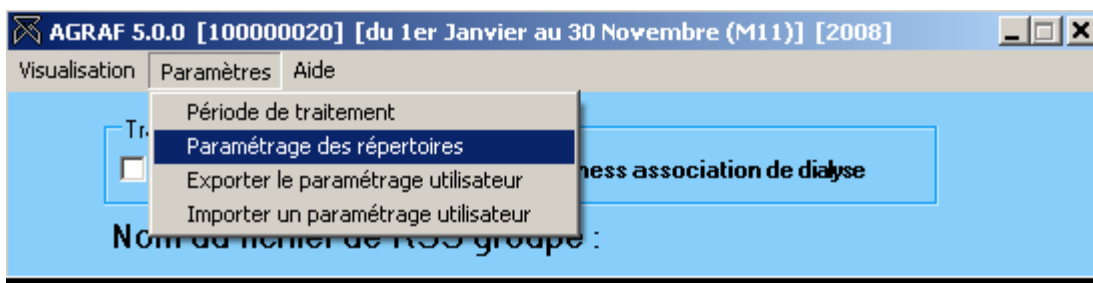
ATTENTION :

Certaines erreurs au niveau des rapports indiqués, ci-dessus, provoquent des erreurs d'index lors de la transmission sur e-PMSI (ces erreurs sont bloquantes). Il vous faudra d'abord les corriger avant de transmettre vos données :

- *enregistrements non-conformes et séjours comportant plus de 99 RUM au niveau du « Compte-rendu de Genrsap »*

- « *N° de RSS dans fichier de facture mais pas dans le fichier de RSA* » et « *N° de RSS dans fichier de RSA mais pas de fichier de facture* » au niveau du rapport « Erreurs de couplage »

4 Paramètres



4.1.1 Période de traitement

Elle consiste à renseigner les trimestres et l'année des données à traiter au niveau du menu {Paramètres | Période de traitement}. Après le premier traitement, les paramètres du traitement effectué s'affichent sur la barre des titres. Une période de test M0 est disponible.

4.1.2 Paramétrage des répertoires

Une nouvelle fonctionnalité a été mise en place afin de faciliter les opérations de sauvegarde des fichiers que les établissements doivent réaliser de manière régulière (cf. l'article 6-II de l'arrêté « PMSI » du 22 février 2008)

Ce paramétrage permet à l'utilisateur de renseigner les dossiers de travail et de sauvegarde que le logiciel AGRAF devra utiliser lors du traitement des données.

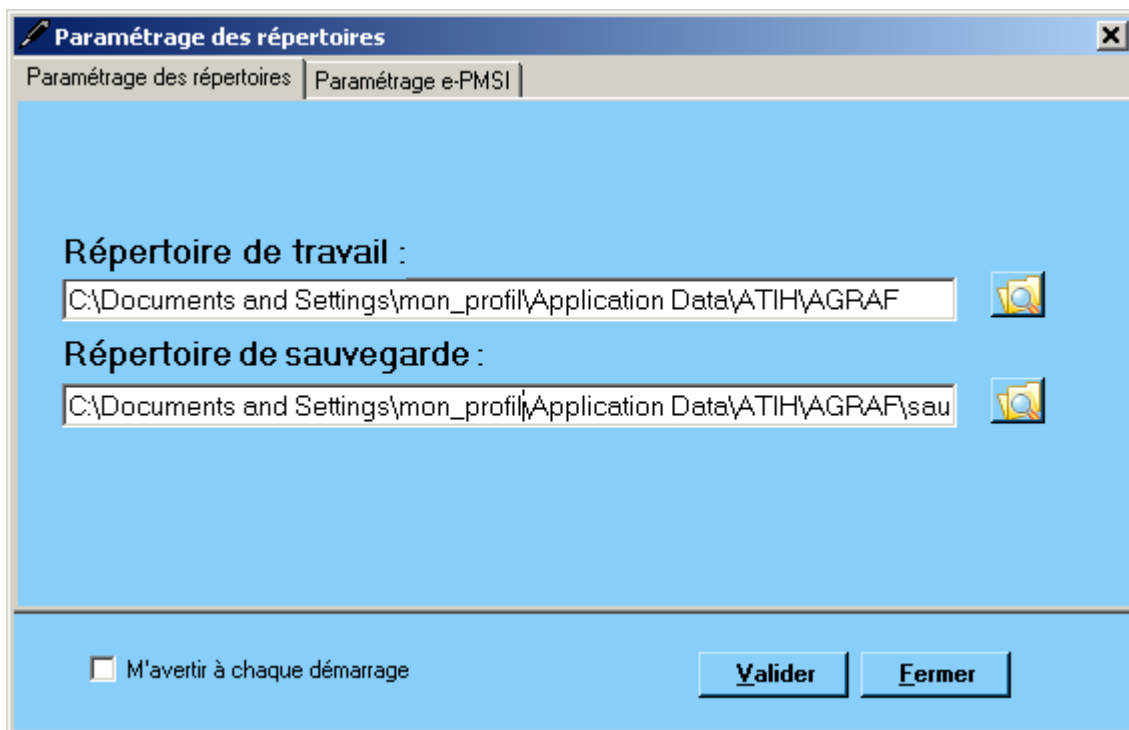
Par défaut, ceux-ci sont au niveau des profils utilisateurs comme indiqué sur la fenêtre ci-dessus pour XP (pour les systèmes d'exploitation 98 et Millenium :


« C:\WINDOWS\Profiles\mon_profil\ApplicationData\ATIH\AGRAF » ou « C:\WINDOWS\Application Data\ATIH\ AGRAP », pour le système d'exploitation Vista « C:\Users\mon_profil\AppData\Roaming\ATIH\ AGRAP »). Tous les fichiers et les dossiers intermédiaires nécessaires au traitement (les rapports de traitement également) seront disponibles à ce niveau. Il vous faudra vérifier si l'utilisateur possède les droits d'écritures et de modification pour ces deux dossiers sous peine d'erreur lors du traitement.


Si plusieurs utilisateurs sont été chargés de réaliser les envois sur la plate-forme e-PMSI, les sauvegardes seront dispersées sur autant de profils que d'utilisateurs.

Nous vous incitons à modifier ces paramètres afin de faciliter les opérations de sauvegarde et d'archivage du dossier « sauvegarde » : par exemple dossier réseau régulièrement sauvegardé par le service informatique.

Vous pouvez personnaliser les répertoires de travail et de sauvegarde. Pour cela cliquer sur le menu Paramétrage – Paramétrage des répertoires (fenêtre ci-dessous)

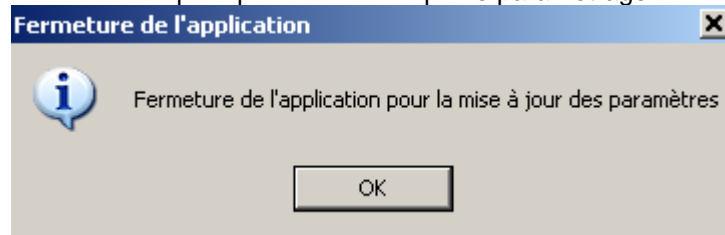


Pour changer de répertoire de travail, cliquer sur le bouton  afin de sélectionner votre répertoire de travail.

Pour changer de répertoire de sauvegarde, cliquer sur le bouton  afin de sélectionner votre répertoire de sauvegarde.

Pour ne pas afficher cet écran du paramétrage au démarrage de AGRAF, il suffit de décocher cette case à cocher ☐ Afficher au prochain démarrage.

Après avoir changé vos répertoires, cliquer sur le bouton **Valider**, un message vous indiquant que l'application va se fermer pour prendre en compte le paramétrage.



Lors du prochain lancement de AGRAF le paramétrage sera effectif.
Pour pouvoir partager ces paramètres, l'utilisateur peut exporter dans le menu [Exporter le paramétrage utilisateur] et générer le fichier [export.zip].

Pour importer les paramètres d'un utilisateur il suffit d'importer le fichier [export.zip], dans le menu [Importer un paramétrage utilisateur]. Cette opération permet de changer les paramètres.

NOTE :

Lorsqu'il y a modification d'au moins un des dossiers, l'utilisateur aura un message de fermeture du logiciel. En effet, il est nécessaire de relancer l'application pour mettre à jour ces paramètres.

REMARQUE :

Lors du changement du dossier de sauvegarde, les anciennes sauvegardes seront copiées dans le nouveau dossier.

4.1.3 Paramétrage e-PMSI

Désormais, la transmission des données sur la plate-forme e-PMSI est intégré au logiciel AGRAF (via un module e-POP intégré), vous devez renseigner les paramètres de transmission au niveau de chaque logiciel (si besoin est).

La fenêtre de paramétrage du logiciel s'affiche, cliquer sur l'onglet « Paramétrage e-PMSI », si vous n'avez jamais paramétré, cette fenêtre s'affichera au premier lancement de AGRAF.

4.1.4 Paramétrage du client e-POP

Au fur et à mesure de l'année, les applications livrées par l'ATIH posséderont toutes un écran permettant de paramétrer la transmission de fichier vers e-PMSI. Ce paramétrage est réalisé une fois pour toute avant la première transmission.

L'écran en question peut avoir deux formes différentes selon que l'on choisit la transmission directe (l'ordinateur a accès à internet) ou bien la transmission via un serveur e-POP (l'ordinateur n'a pas accès à internet).

4.1.5 Connexion directe (utilisation par défaut)

- L'option « connexion directe » est sélectionnée par un clic de la souris.

Case à cocher « Utiliser un Proxy pour se connecter à e-PMSI » : cette case doit être cochée si l'utilisation d'un serveur Proxy est nécessaire pour accéder à e-PMSI ou plus généralement à Internet. Le fait de cocher cette case donne accès au reste du paramétrage.

Zone de saisie « Nom du proxy » : il s'agit du nom du Proxy à utiliser pour le transfert vers e-PMSI. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement de santé.

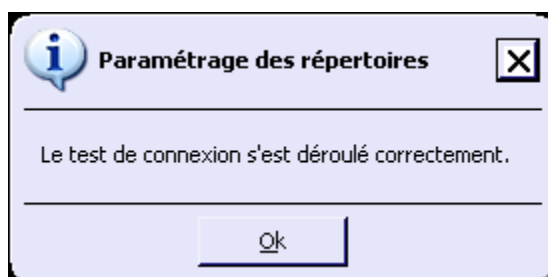
Zone de saisie « N° de port à utiliser » : il s'agit d'un n° compris entre 0 et 65535 à utiliser pour communiquer avec le proxy. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement de santé.

Case à cocher « Utiliser une authentification par mot de passe » : cette case doit être cochée si l'utilisation du Proxy nécessite de s'identifier à l'aide d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe. Elle donne accès aux deux zones de saisie suivantes.

Zone de saisie « Utilisateur » : utilisez cette zone de saisie pour indiquer au programme le nom d'utilisateur nécessaire à l'authentification auprès du Proxy.

Zone de saisie « Mot de passe » : utilisez cette zone de saisie pour indiquer au programme le mot de passe nécessaire à l'authentification auprès du Proxy.

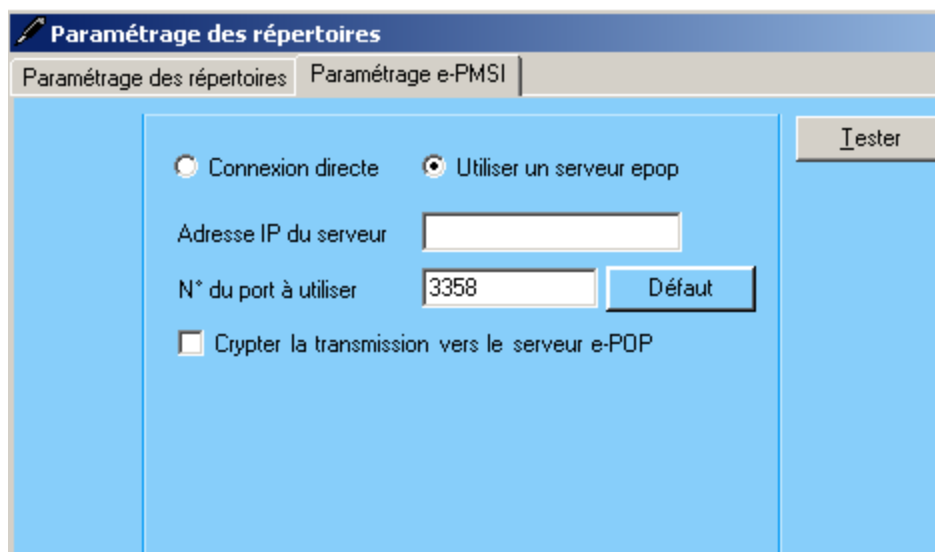
Bouton « Tester » : un clic sur ce bouton permet de réaliser un test de connexion vers e-PMSI. La réussite de ce test aboutit au message suivant :



En cas d'erreur, un message indiquant l'origine du problème est affiché. La liste exhaustive des problèmes pouvant être rencontrés lors du test de connexion ne peut être énoncée ici.

Bouton « Importer les paramètres de Proxy » : un clic sur ce bouton permet de récupérer automatiquement les paramètres du Proxy défini par défaut sur l'ordinateur. Cette récupération peut en outre ne pas aboutir. Les informations obtenues sont le plus souvent celles indiquées dans le paramétrage de Internet Explorer.

Utiliser un serveur e-POP (si le poste ne possède pas de connexion Internet)



- L'option « Utiliser un serveur e-POP » est sélectionnée par clic de la souris.

Zone de saisie « Adresse IP du serveur » : Il s'agit de l'adresse réseau de l'ordinateur exécutant le serveur e-POP. Cette adresse peut être obtenue auprès de votre service informatique ou plus simplement en lisant le titre de l'écran principal du programme serveur e-POP lorsque l'écoute est lancée.



- Une adresse IP (Internet Protocol) est constituée de 4 nombres compris entre 0 et 255 séparés par des points. Elle identifie un ordinateur sur un réseau local ou bien sur internet.

Zone de saisie « N° de port à utiliser » : il s'agit d'un numéro arbitraire compris entre 0 et 65535. Ce numéro est un canal à travers lequel sera réalisée la communication entre le client et le serveur e-POP. Ce choix doit être identique sur le client et le serveur.

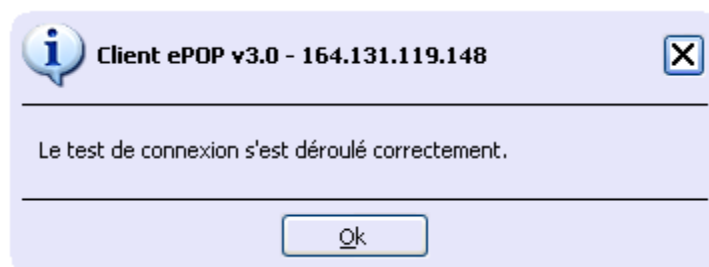
- **Dans un souci de simplification, il est conseillé de conservé le numéro de port par défaut attribué par l'ATIH (3358).**
- **Ce port doit être ouvert sur l'ordinateur client et sur l'ordinateur exécutant le serveur (voir plus bas la problématique des pare-feu).**

Bouton « Défaut » : ce bouton permet par un simple clic de replacer la valeur de port par défaut (3358) dans la zone de saisie du numéro de port.

Case à cocher « crypter la transmission vers le serveur e-POP » : si cette case est cochée, la transmission du fichier sur le réseau local entre le client et le serveur e-POP sera brouillée et ne pourra ainsi pas être interceptée.

- **Le risque d'interception des communications sur un réseau local est extrêmement faible et nécessiterait l'intervention d'un expert équipé en conséquence.**
- **Le cryptage de données ralenti de façon considérable la transmission du fichier vers e-PMSI.**
- **Pour ces raisons, il est déconseillé de cocher cette case sauf indication contraire du responsable des systèmes informatiques.**

Bouton « Tester » : un clic sur ce bouton permet d'effectuer un test de connexion vers e-PMSI. Le succès de ce test aboutit au message suivant :



En cas d'erreur, un message indiquant l'origine du problème est affiché. La liste exhaustive des problèmes pouvant être rencontrés ne peut être énoncée ici. Voici cependant une explication des messages d'erreur les plus fréquemment rencontrés au lancement du test :

- ***Une tentative de connexion a échoué car le parti connecté n'a pas répondu convenablement au-delà d'une certaine durée ou une connexion établie a échoué car l'hôte de connexion n'a pas répondu :***

Ce message s'affiche si l'adresse IP entrée dans la zone de saisie ne correspond à aucun ordinateur du réseau informatique de l'établissement de santé.

- ***Aucune connexion n'a pu être établie car l'ordinateur cible l'a expressément refusée :***

Ce message s'affiche si l'ordinateur identifié par l'adresse IP entrée dans la zone de saisie n'exécute pas le serveur e-POP, ou bien si le serveur e-POP est effectivement exécuté mais que l'écoute n'est pas lancée. Il est aussi possible que le port choisi soit différent sur le serveur et sur le client ou bien que le pare-feu de l'un des deux ordinateurs interdise la communication via ce port.

- **Le client xxx.xxx.xxx.xxx:pppp n'est pas autorisé à se connecter au serveur e-POP :**

Le serveur e-POP possède une liste de clients autorisés à se connecter. Si cette liste est activée et que l'adresse IP de l'ordinateur depuis lequel la connexion est testée n'y figure pas, ce message apparaît.

Pour plus d'information, veuillez lire la documentation du logiciel e-POP 3.x.

4.1.6 Aide

Ce menu permet d'accéder aux informations du logiciels via le menu *{A propos}*. Des liens utiles à l'espace de téléchargement, la Une du site de l'ATIH ou l'adresse électronique du support technique de l'ATIH sont également disponibles au niveau de cette page.

Le menu *{Manuel d'utilisation}* permet d'ouvrir le présent document.

5 Export

IMPORTANT : [Vous n'avez plus besoin d'utiliser le logiciel e-POP, il est désormais intégré au logiciel AGRAF.](#) Suite à l'envoi, vous pourrez directement commander des traitements sur la plate-forme e-PMSI.

AGRAF offre deux possibilités d'exportation :

- Le bouton *[2 - Envoi e-PMSI]* permet de transmettre directement vos données vers e-PMSI. Il vous sera demandé vos identifiant et mot de passe avant de pouvoir visualiser le statut de l'envoi via un rapport.
- Le bouton *[Export]* permet d'exporter le panier « ANO-RSA-RSFA » qui pourra être transmis directement à la plate-forme e-PMSI via le menu « Fichiers » de la plate-forme e-PMSI.

Si vous utilisez cette fonctionnalité, nous vous invitons à noter soigneusement le nom du dossier que vous aurez choisi pour contenir le résultat de l'exportation. Le fichier d'export « ANO-RSA-RSFA » se présente sous la forme d'un fichier ZIP et porte un nom défini comme suit :

[FINESS].ano_rsa_rsfa.[Année].[Trimestre traité].pop.zip

REMARQUE : Par souci d'homogénéité avec les autres champs, le trimestre indiqué au niveau du nom physique des fichiers correspond désormais au nombre de mois transmis (3 pour le 1^{er} trimestre, 6 pour le 2^{ème}, 9 pour le 3^{ème} et 12 pour le 4^{ème} trimestre).

FINESS : 999999999

Période de transmission : M1

Année de transmission : 2013

Nom du fichier d'export : 999999999.ano_rha_rsfa.2013.1.pop.zip

Le fichier d'export renferme les éléments suivants :

- Le fichier de contrôle «**data.mnf**» (cf. avertissement ci-dessous)
- Le fichier de contrôle «**desc.mnf**» (cf. avertissement ci-dessous)
- Le fichier de contrôle «**desc.xml**» (cf. avertissement ci-dessous)
- Un fichier zippé portant l'extension «data .zip » contenant les fichiers ci- dessous :
 - Le fichier de RSA qui porte l'extension « .rsa » (cf. format en annexe)
 - Le fichier de chaînage qui porte l'extension « .ano » (cf. format en annexe)
 - Le fichier de liste des erreurs de groupage qui porte l'extension « .leg » (cf. format en annexe)
 - Le fichier de liste des signatures du traitement d'anonymisation qui porte l'extension « .sta » (cf. format en annexe)
 - Eventuellement, le fichier des caractéristiques des unités médicales qui porte l'extension « .ium » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
 - Eventuellement, si vous avez déclaré des médicaments, le fichier portant l'extension « .med » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
 - Eventuellement, si vous avez déclaré des médicaments anti-thrombotiques, le fichier portant l'extension « .medthrombo » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
 - Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « ORP », le fichier portant l'extension « .orp » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
 - Le fichier de facture (« .rsfa »)
 - Le fichier de contrôle de facture (« .ctl »)
 - Le fichier de contrôle de version (« .ver »)

AVERTISSEMENT :

Afin de garantir l'intégrité et la fiabilité des données contenues dans le fichier « ANO-RSA-RSFA », un dispositif de contrôle est intégré au fichier d'export. Par conséquent, vous ne devez en aucun cas ouvrir ni modifier ce dernier sous peine de le rendre définitivement inutilisable.

Une aide (bouton [?]) indique brièvement la différence entre les deux façons d'exporter.

5.1.1 Sortir de l'application

Pour quitter le programme, utilisez le bouton [Quitter].

5.1.2 Sauvegarde

Chaque traitement est sauvegardé au niveau du dossier « sauvegarde » du répertoire d'installation. Cette sauvegarde est composée de deux fichiers aux formats compressés (ZIP) au nom composé comme suit :

[FINESS].[Année].[Mois].[jour-mois-année-heure-minute-seconde].in.zip
[FINESS].[Année].[Mois].[jour-mois-année-heure-minute-seconde].out.zip

[jour-mois-année-heure-minute-seconde] correspond aux dates et heure du début du traitement effectué.

Le premier fichier correspond aux copies des fichiers d'entrée utilisés pour le traitement dont les noms ont été formalisés sous la forme suivante:

[FINESS].[Année].[Mois].[extension]

Chaque [extension] correspond à un type de fichier:

- « .rss.txt » : fichier de séjour RSS traité par AGRAF
- « .rss.ini.txt » : fichier de séjour RSS fourni par l'utilisateur

« .rsf.txt » : fichier de facture RSF
 « .ium.txt » : fichier de gestion des unités médicales*

Le second fichier correspond aux copies des fichiers de sortie destinés à l'exportation sur la plate-forme e-PMSI et les différents rapports disponibles au niveau du menu *{Visualisation}*.

ATTENTION : A l'issue des traitements effectués par le logiciel AGRAF, des fichiers de sauvegarde sont générés. Il est **IMPORTANT** que ces fichiers soient sauvegardés lors de toute désinstallation ou réinstallation du logiciel. Ils seront utilisés si vous faites l'objet d'un contrôle externe.

Rappel : l'article 7-I de l'arrêté « PMSI » du 31 décembre 2003 oblige tous les établissements qui transmettent leurs RSAC (ou provisoirement leurs RSA) à conserver une sauvegarde du fichier de RSS source : « **pour chaque établissement, le médecin chargé de l'information médicale, sauvegarde le fichier de RSS qui est à la source du fichier de RSAC et assure la conservation de la copie produite.** »

Le bon déroulement des procédures de traitements des données PMSI-MCO (MAT2A, DATIM), et de préparation des contrôles externes (LEDDE) supposent un strict respect de fichiers et de leur intégrité. Les outils PMSI-MCO officiels diffusés ou utilisés par l'ATIH, vérifient tous cette signature depuis le traitement des données du 1^{er} trimestre 2006.

Avec la mise en place des outils informatiques pour les contrôles externes réalisés par les praticiens de l'assurance maladie, ce principe devient impératif et strictement contrôlé.

Pour systématiser la sauvegarde du fichier de RSS source en limitant les oublis, l'outil officiel (AGRAF) qui anonymise le fichier de RSS et produit les RSA adaptés à la transmission, crée automatiquement pour l'établissement, un fichier de sauvegarde du fichier de RSS avec une clé de sécurité qui permet de l'authentifier et de vérifier ultérieurement qu'il n'a pas été modifié.

C'est ce fichier signé par AGRAF qui correspond à la sauvegarde exigée par l'Art 7-I de l'arrêté du 31 décembre 2003.

C'est ce fichier de copie automatique signé qui est nécessaire à la levée de l'anonymat par l'établissement avec l'outil LEDDE au moment du contrôle. LEDDE recherche ce fichier et vérifie que la clé de sécurité est la bonne et n'a pas été altérée.

Si l'établissement venait à modifier un seul RSS de ce fichier sans transmettre un nouveau fichier de RSA alors la clé de sécurisation ne fonctionnerait plus, le fichier serait considéré comme corrompu et la levée de l'anonymisation serait bloquée dans LEDDE.

L'établissement doit alors solliciter une dévalidation des données déjà validées et une reprise complète du processus de traitement des données (MAT2A, DATIM, Feuille d'extraction). De même si l'établissement venait à perdre le fichier de sauvegarde automatique généré par AGRAF sans pouvoir le restaurer (perte des données stockées, incendie, effacement accidentel et pas de sauvegarde...), la procédure de recherche de RSS et de levée de l'anonymat préparatoire au contrôle externe serait bloquée. Une pénalisation pourrait être appliquée à l'établissement pour incapacité à produire les documents nécessaires au contrôle.

En conséquence il appartient au médecin responsable de l'information médicale de veiller à la conservation et à l'intégrité de ce fichier de RSS source. Il est très vivement recommandé qu'il en constitue une copie archivée en toute sécurité qui pourra être restaurée en cas de besoin.

En pratique, il faut sauvegarder le contenu du dossier [Dossier de sauvegarde]\sauvegarde.

Les dossiers par défaut sont :

- Pour AGRAF : « C:\Documents and Settings\mon_profil\Application Data\ATIH\ \AGRAF\sauvegarde »

Il est fortement recommandé de procéder à une sauvegarde externe (bandes magnétiques, DVD ou CD par exemple) afin de rendre possible une restauration des données en cas de problèmes liés au matériel (disque dur de la machine irrécupérable notamment).

6 Transmission et traitement des données sur e-PMSI : mode d'emploi

Si vous avez rencontré des problèmes d'installation, veuillez vérifier que votre installation remplit bien les conditions minimales (cf. annexe).

Ce chapitre regroupe le traitement par AGRAF, la transmission à la plate-forme e-PMSI via e-POP qui est intégré au logiciel AGRAF et le traitement des données à partir du site e-PMSI.

Les opérations à effectuer sont les suivantes :

6.1.1 AGRAF

1- Définir la période de traitement.

2- Indiquer le chemin d'accès du fichier de RSS

3- Indiquer le chemin d'accès du fichier d'importation des unités médicales si besoin est (cf format en annexe « Format du fichier d'importation des UM »)

3 bis- Cliquer ensuite sur le bouton **[1- Gestion des unités médicales]** pour procéder à l'analyse du fichier.

4- Saisie des informations :

Il faudra, ensuite, saisir les informations pour chaque unité médicale :

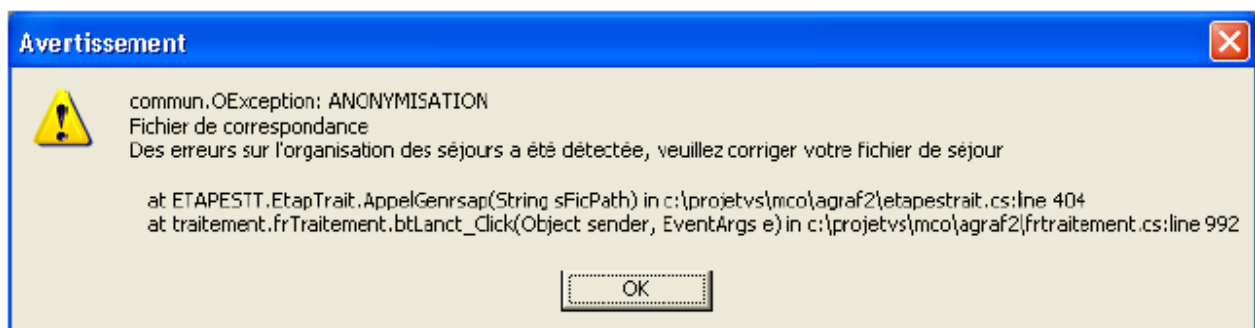
- type d'autorisation
- la date de début d'effet de l'autorisation (au format jjmmaaaa)
- volume d'autorisation : nombre de lits autorisés

Lorsque toutes les informations sont enregistrées, vous devez valider la saisie (utilisez le bouton [Validation])

5- Indiquer le chemin d'accès du fichier de RSF (cf annexes pour la description des formats autorisés)

6- Cliquer ensuite sur le bouton **[2- Lancement]** pour procéder au traitement de vos fichiers.

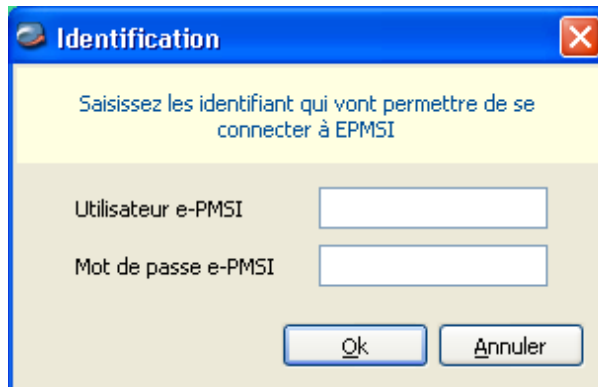
6bis- **Si vous avez un problème de doublons** (des séjours possédant le même N° de RSS), LE TRAITEMENT S'ARRETE et affiche la boîte de dialogue suivante :



Vous pouvez vous référer aux annexes « Problèmes connus » pour pouvoir corriger ce problème et vous informer auprès des services compétents.

7- A la fin du traitement, le rapport général d'AGRAF s'affiche à l'écran.

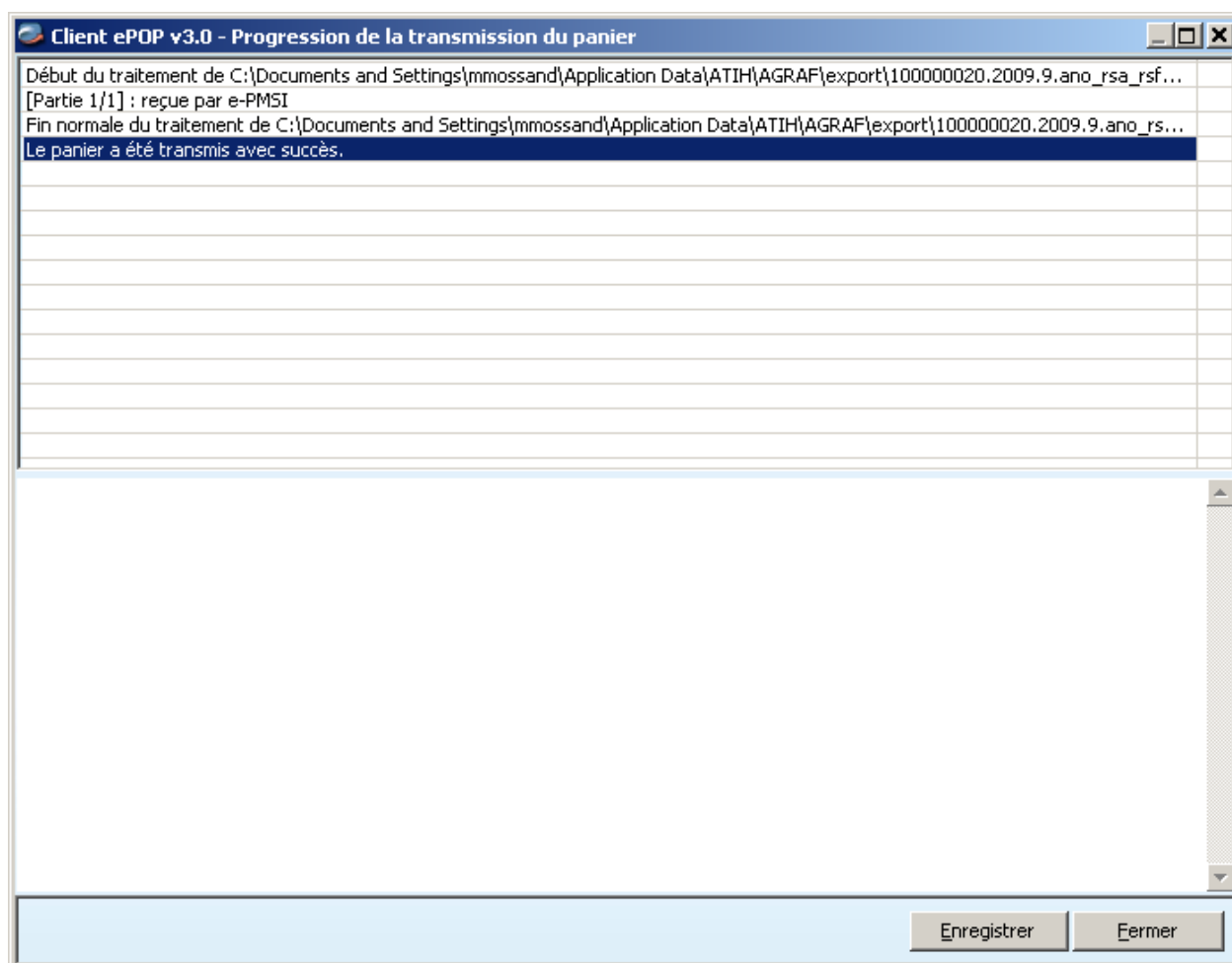
8- Cliquer sur le bouton **[3- Envoi e-PMSI]** qui a pour effet de lancer la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI.



- **Indiquer votre identifiant** (« Login ») **et le mot de passe correspondant à votre compte GFP** (Gestionnaire des fichiers PMSI) sur la plate-forme e-PMSI. Éventuellement si votre établissement possède un serveur Proxy (serveur filtrant les accès à Internet), compléter les paramètres e-PMSI au niveau du menu « Paramétrages » et renseigner les champs nécessaires (demander ces informations au service informatique de votre établissement).

- **Cliquer** sur le bouton **[OK]** pour effectuer la transmission.

Une fois le panier envoyé, vous accédez au rapport indiquant si la transmission s'est bien déroulée :



NOTE : pour plus d'informations concernant l'utilisation du module e-POP intégré, veuillez-vous référer au manuel d'utilisation de ce dernier (logiciel e-POP 3 disponible sur le site de l'ATIH)

6.1.2 e-PMSI

- 12- Rendez-vous, maintenant, sur la plate-forme e-PMSI (<https://www.epmsi.atih.sante.fr/accueil.jsp>)
- 13- Vous devez alors aller dans le menu « Login » et vous identifier grâce à vos identifiant et mot de passe.
- 14- Exemple de traitement du deuxième trimestre 2005
 Menu « Applications »
 « MAT2A »
 « MAT2A MCO DGF » ou « MAT2A MCO OQN »
 « Année 2005 » « T2 : De Janvier à Juin »
- 15- Pour vérifier que votre fichier a été transmis, au niveau du menu « Fichiers », vous devez voir mentionné la date et l'heure de votre dernière transmission par e-POP. Il n'est plus nécessaire, à cette étape, de refaire une transmission.

16- Vous pouvez donc demander des « Traitements » sur les dernières données transmises. Pour cela, allez dans le menu « Traitements », et cliquez sur le bouton « Commander ». Il faudra ensuite « Placer ce traitement dans la file d'attente » et cliquer sur la flèche jaune pour continuer. Par défaut, un mail vous sera envoyé lorsque le traitement sera terminé.

17- Si le traitement a réussi vous pouvez accéder à vos tableaux en cliquant sur «Résultats ».

NOTE : pour plus d'informations concernant l'utilisation de la plate-forme e-PMSI, veuillez vous référer au site d'information de la plate-forme e-PMSI (<http://sap.atih.sante.fr/epmsi/>).

6.1.3 Améliorations et performance

La taille des fichiers augmentant, notre équipe s'est de nouveau penchée sur la question de performance.

Voici quelques données techniques sur la machine et les fichiers utilisés pour les tests :

Les fichiers de test ont les caractéristiques suivantes :

- fichier de RSS :
 - taille : 7985 Ko
 - nombre d'enregistrements : 32203
 - nombre de séjours : 27094
- fichier de RSF :
 - taille : 62489 Ko
 - nombre d'enregistrements : 565520

Plusieurs machines ont été utilisées pour effectuer les tests :

- XP Professional SP2
- AMD Athlon XP 1800+ (1.53 GHz) Temps indicatif de traitement : 14min
- 624 Mo de RAM (dont 253 Mo de libre)
- XP Professional SP2
- Pentium 4 CPU 1.70 GHz Temps indicatif de traitement : 20 min
- 1.00 Go de RAM (dont 680 Mo de libre)

REM : Nous rappelons que le temps de traitement dépend de la taille des fichiers mais également de la configuration de la machine et des applications installées. Les temps fournis ci-dessus sont évidemment des temps indicatifs réalisés dans nos services.

7 ANNEXES

7.1 Configuration minimale requise

Avant de procéder à l'installation, assurez-vous que votre système est compatible avec la configuration minimale requise. Nous insistons sur le fait que les de l'ATIH sont **des applications à usage local et ne sont pas destinées à être utilisées en réseau**.

Systèmes d'exploitation pris en charge⁽¹⁾ :

- Windows 8.1
- Windows 10
- Windows Server 2008 R2
- Windows Server 2012 R2

⁽¹⁾ Liste des systèmes d'exploitations sur lesquels l'application a été testée.

NB : Microsoft ne supportant plus les systèmes d'exploitation suivants, nous ne garantissons plus la compatibilité totale :

- Windows 98, Millenium et XP Service Pack 1 et 2 depuis Mai 2006
- Windows XP SP 3 depuis le 8 avril 2014.
- Windows Vista : l'arrêt du support est prévu en avril 2017.
- Windows Server 2003 : fin du support depuis le 14 juillet 2015

Si vous êtes dans ces cas, nous vous recommandons d'utiliser des machines ayant des systèmes d'exploitation plus récents.

Logiciels requis :

- Microsoft.NET Framework 4.8. : <https://dotnet.microsoft.com/en-us/download/dotnet-framework/net48>

Le compte « **Administrateur de la machine locale** » est nécessaire à l'installation des différents logiciels de la suite POP-T2A. Nous vous conseillons également de désactiver tous les programmes résidents (anti-virus, programmeurs de tâches, etc.) au moment de l'installation.

N'oubliez pas d'ajouter les droits d'écriture et de modification pour les dossiers de paramètres (cf paragraphe « Dossiers de paramétrage »).

7.2 Problèmes connus

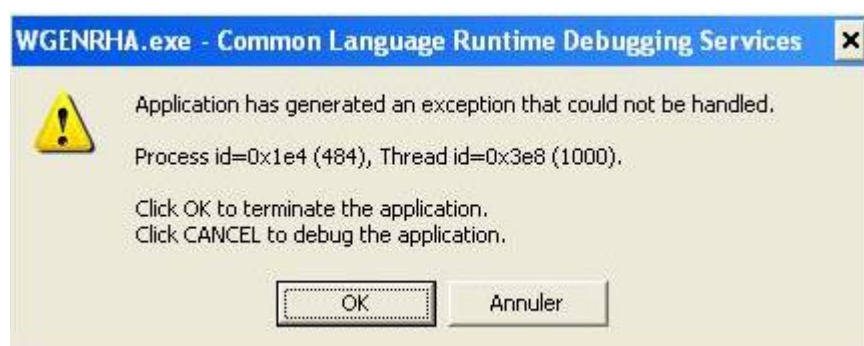
Les deux premiers sont les mêmes que ceux observés avec le logiciel d'anonymisation en soins de suite (GENRHA). Les suivantes sont les même que ceux observés avec le logiciel PREFACE (logiciel utilisé par les établissements MCO ex-DGF). Nous utiliserons ces logiciels pour illustrer les erreurs :

En installant les logiciels de la « Suite logicielle POP-T2A » avec un compte différent de celui d'« Administrateur de la machine locale », certaines erreurs peuvent apparaître :

« Application has generated an exception that could not be handled »

Problème d'enregistrement dans la base de registre

Sous tous les systèmes d'exploitation :



Le message d'erreur précédent peut indiquer un problème d'enregistrement des bibliothèques suivantes dans la base de registre: « xceedzip.dll » et « sortolx.ocx »

Pour résoudre le problème, il faut procéder ainsi : les utilisateurs sous les systèmes d'exploitation XP, 2000 et NT4 doivent se connecter sous un compte « Administrateur de la machine locale » (demander ces informations au service informatique de votre établissement).

Pour enregistrer « xceedzip.dll » : dans le menu {démarrer| Exécuter}, tapez le commande suivante : regsvr32 c:\windows\system32\xceedzip.dll, cliquez sur le bouton [OK] et vérifier si l'enregistrement s'est bien effectué.

Pour enregistrer « sortolx.ocx » : dans le menu {démarrer| Exécuter}, tapez le commande suivante : regsvr32 c:\windows\system32\sortolx.ocx , cliquez sur le bouton [OK] et vérifier si l'enregistrement s'est bien effectué.

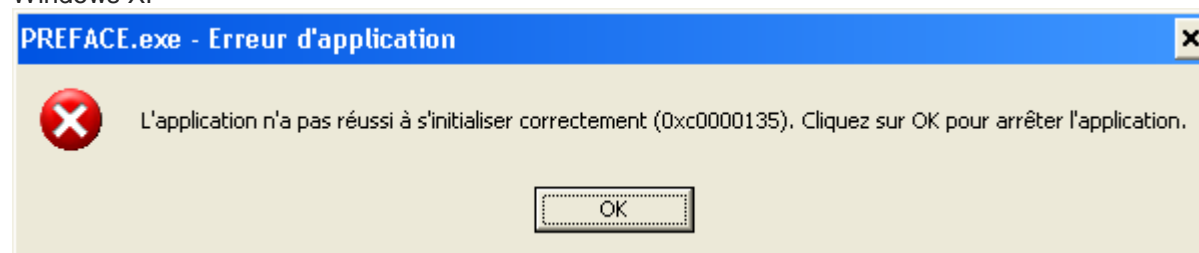
Remarque :

Dans la commande, « windows » est remplacé par « winnt » si votre système d'exploitation est un Windows 2000 ou NT et « system32 » peut-être remplacé par « system » si votre système d'exploitation est un Windows 98 ou Millenium.

7.2.1 Au lancement de l'application

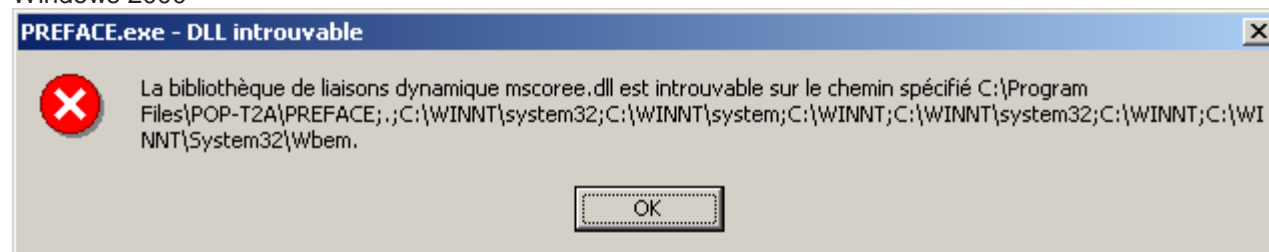
- « L'application n'a pas réussi à s'initialiser correctement »

Windows XP



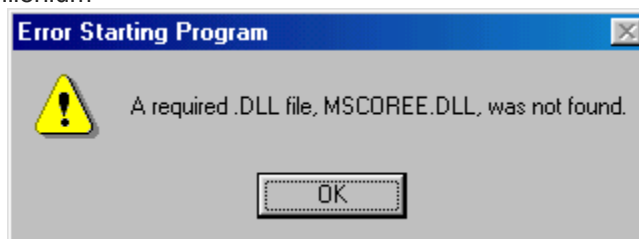
- « La bibliothèque de liaisons dynamique mscoree.dll est introuvable sur le chemin... »

Windows 2000



- « A required .DLL file, MSCOREE.DLL was not found »

Windows 98, Windows Millenium



Ces trois messages correspondent à la même erreur :

Les pré-requis des logiciels ne sont pas installés. Le composant Microsoft .NET Framework 2.0 n'est pas installé sur la machine utilisée. Ce dernier nécessite également la présence de Windows Installer 2.0 et Internet Explorer 6.0. Ces composants sont disponibles sur la page de téléchargement de la dernière version du logiciel.

« Signature de l'application incorrecte, veuillez réeffectuer la mise à jour »

Désormais, les applications gèrent leur version. Ce message s'affiche si la mise à jour s'est mal appliquée (un ou plusieurs fichiers ne sont pas modifiés). Fermez alors l'application et réappliquez la mise à jour.

« Le fichier ne peut être importé dans la base de données, le traitement ne peut s'effectuer »

Principalement sous le système d'exploitation Windows 2000, NT4, 98:

Pour résoudre le problème, il vous faut télécharger et installer les composants suivants :

« Microsoft Data Access Components » et le moteur de base de données Microsoft Jet 4.0.

Vous pouvez trouver des versions compatibles avec l'application à l'adresse suivante sous les noms respectifs de « mdac_typ.exe » et « Jet40SP7_9xNT.exe » :

http://download.atih.sante.fr/afficher.php?id_lot=81.

Pour des mises à jour plus récentes, vous pouvez les trouver sur le site de Microsoft

(<http://www.microsoft.com/france/>) au niveau du menu {Ressources, Téléchargements} et en faisant un recherche sur les mots-clés « MDAC » et « moteur de base de données Microsoft Jet 4.0 ».

"Problème de lecture de la disquette image (fichier non trouvé ou détérioré)"

Si vous ne possédez pas ou plus de lecteur disquette, des instructions vous seront fournies après contact avec le support technique de l'ATIH par courrier électronique ou par téléphone (coordonnées ci-dessous).

« Fichier de correspondance »

Des erreurs sur l'organisation des séjours a été détectée, veuillez corriger votre fichier.

Cette erreur est désormais bloquante au niveau du traitement. En effet, ce type d'erreur fausse les données visualisées au niveau du contrôle des séjours non valorisés, en plus de poser des problèmes lors d'un futur contrôle régional.

La présence de doublons sur le N° de RSS peut être causée par :

- L'attribution d'un même n° de RSS pour plusieurs séjours (ou patients) différents
 - Dans le cas d'un multi-RUM : les RUM constitutifs ne sont pas jointifs (pas les uns à la suite des autres).
- Il vous faut absolument corriger ce type d'erreur. Veuillez en informer votre prestataire ou votre service informatique pour modifier cette anomalie.

Si ces indications ne résolvent pas votre problème, vous pouvez contacter le support technique de l'ATIH à l'adresse suivante : support@atih.sante.fr ou par téléphone : 04 37 91 33 27 de 9h à 12h.

Questions & Réponses

Si vous avez des questions sur le cahier des charges de suppression de taux de conversion ou concernant la circulaire, veuillez déjà consulter la page suivante disponible sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000220005CFF>.

7.3 Support technique

Pour toute demande que l'utilisateur n'a pu résoudre de lui-même en 24h, vous avez désormais plusieurs moyens pour avertir les techniciens de vos problèmes.

Nous vous rappelons, que quel que soit le moyen de nous contacter, ce sont les mêmes référents qui reçoivent les incidents. Il est donc inutile de multiplier vos demandes (AGORA + mail + téléphone).

Les moyens disponibles sont les suivants :

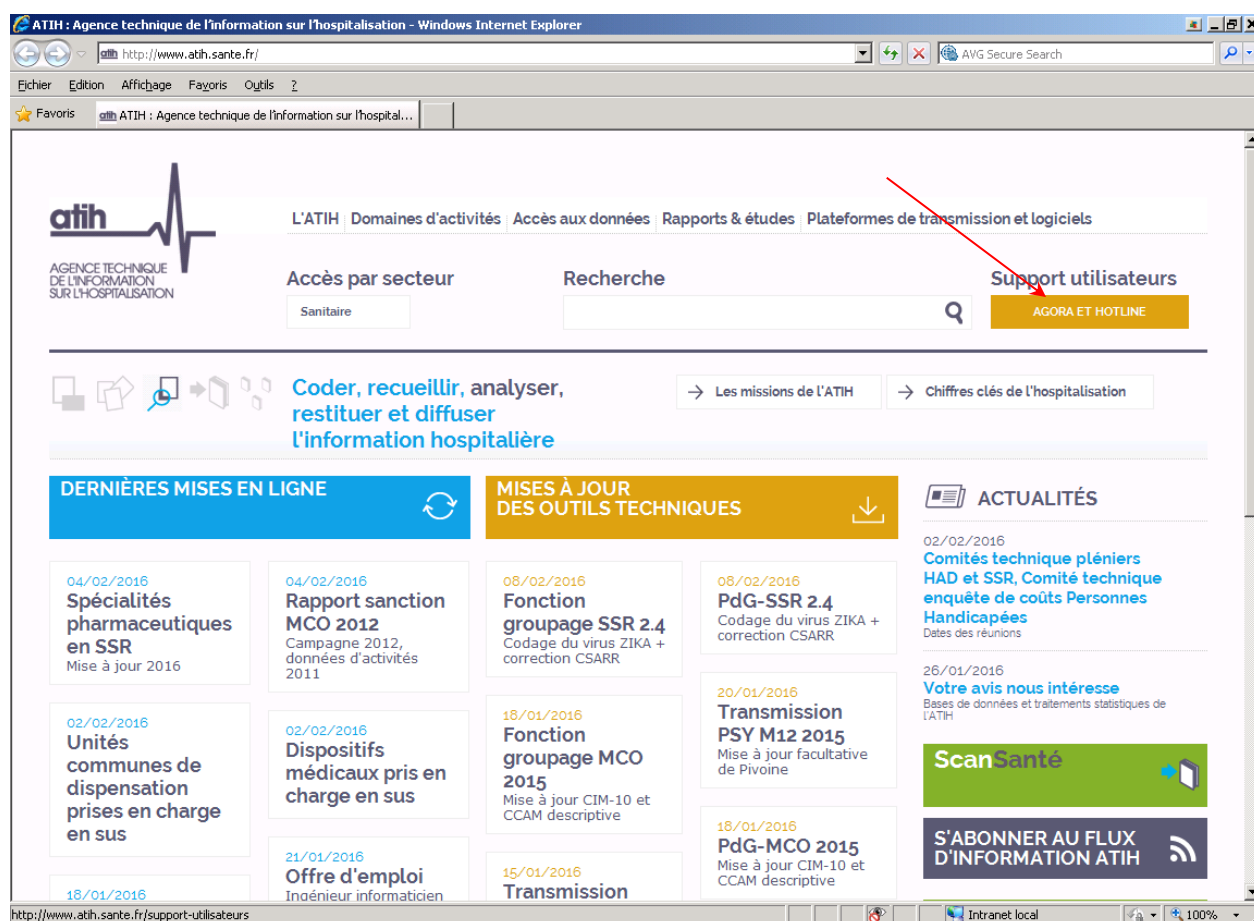
7.3.1 - Le manuel d'utilisation

Celui-ci est la première source d'information du logiciel en lui-même. Il contient en général toutes les informations nécessaires au bon fonctionnement du logiciel et une liste des problèmes connus. Il est à consulter en priorité.

7.3.2 - La plate-forme AGORA

Indiquer votre incident au niveau du thème « **Agora > Logiciels > MCO > AGRAF** » de la plate-forme AGORA. L'objet du message doit correspondre à l'erreur précise visualisée.

Lien : https://applis.atih.sante.fr/agora/log_agora.do ou au niveau du site de l'ATIH (« Foires aux questions ») :



Le délai de réponse à la plate-forme AGORA est de l'ordre de 2 jours. Une copie de l'incident est directement envoyée aux référents lors de la création de celui-ci. Cependant, ce délai augmente si la demande n'est pas précise.

7.3.3 - Par mail

A l'adresse suivante : support@atih.sante.fr. Il vous faudra fournir le nom du logiciel, la version utilisée, le système d'exploitation de votre machine et si vous le pouvez une copie de votre message d'erreur pour une prise en charge plus rapide de votre incident.

Le prestataire chargé des courriers électroniques se charge de transmettre les incidents aux intervenants.

7.3.4 - Par téléphone

Au 08 20 77 12 34 du Lundi au Vendredi, de 8h30 à 12h00, et de 14h00 à 18h00.

Votre incident sera pris en charge par le prestataire au moment de l'appel et transmis à l'ATIH. Il vous faudra fournir également les informations ci-dessus pour les mêmes raisons.

7.4 Format de RSS non groupé 021 à partir du 1er mars 2022

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM	3	10	12	O	N	NA/NA	021
N° de RSS	20	13	32	O	A	Gauche/Espace	(Equivalent de HOSP-PMSI)
N° Administratif local de séjour	20	33	52	O	A	Gauche/Espace	
N° de RUM	10	53	62	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	63	70	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	71	71	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale	4	72	75	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié	2	76	77	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale	8	78	85	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale	1	86	86	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)	1	87	87	F	N	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale	8	88	95	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale	1	96	96	O	N	NA/NA	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)	1	97	97	F	N	NA/NA	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)	5	98	102	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)	4	103	106	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel	2	107	108	F	N	Droite/Zéro	
Date des dernières règles	8	109	116	F	N	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de séances	2	117	118	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RUM	2	119	120	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	2	121	122	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	3	123	125	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)	8	126	133	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)	8	134	141	F	A	Gauche/Espace	

IGS 2	3	142	144	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS	1	145	145	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non (cf. Note 1)
Type de machine en radiothérapie	1	146	146	F	N	NA/NA	cf. Note 2
Type de dosimétrie	1	147	147	F	N	NA/NA	cf. Note 3
Numéro d'innovation	15	148	162	F	A	Gauche/Espace	
Conversion hospitalisation complète	1	163	163	F	N	NA/NA	1 : conversion après prise en charge en HP 2 : pas de conversion
Prise en charge RAAC	1	164	164	F	N	NA/NA	1 : prise en charge RAAC 2 : pas de prise en charge RAAC RAAC : réhabilitation améliorée après chirurgie
Contexte patient/Surveillance particulière	1	165	165	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non blanc : non renseigné
Administration d'un produit de la RH	1	166	166	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non blanc : non renseigné
Rescrit tarifaire	1	167	167	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non blanc : non renseigné
Catégorie du nombre d'interventions totales	1	168	168	F	A	NA/NA	A : < à 3 interventions B : égale à 3 interventions C : > à 3 interventions blanc : non renseigné
Non Programmé (NP)	1	169	169	F	N	NA/NA	1: oui, 2: non , blanc = non renseigné
Filler	5	170	174	F	N	Gauche/Espace	Changement de taille
Zone réservée	3	175	177	F	N	NA/Espace	
DA n° 1	8	178	185	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	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	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	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	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

7.5 Format de RSS groupé 121 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	121
Groupage : code retour		3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS d’inscription ePMSI		9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM		3	25	27	O	N	NA/NA	021
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:réhabilitation 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	N	NA/NA	1: oui, 2: non , blanc = non renseigné
Filler	5	185	189	F	N	Gauche/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 Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7		O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3		F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	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 Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	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	

7.6 Format de RSS non groupé 020 et format de RSS 120

Voir le lien : [Formats PMSI 2021](#) | [Publication ATIH \(sante.fr\)](#) – [www.atih.sante.fr](#) : menu Accueil - Domaines d'activités - Information médicale – MCO - Outils informatiques - Formats PMSI 2021

7.7 Format d'importation du fichier d'information des UM

Libellé	Taille	Position début	Position fin	Remarques
N° de l'unité médicale	4	1	4	Notation identique à celle du fichier RSS. Consignes particulières pour le type 30 (cf. note ci-dessous)
N° FINESS Géographique	9	5	13	Obligatoire
Type d'autorisation	3	14	16	Cadré à gauche. La nomenclature utilisée sera diffusée ultérieurement
Date d'effet de l'autorisation	8	17	24	Format de date jjmmaaaa
Nombre de lits	3	25	27	3 caractères « espace » si pas d'autorisation, sinon au format « 000 » (par exemple pour un chiffre 2, écrire « 002 »)
Mode d'hospitalisation	1	28	28	C: HC P: HP M: Mixte

Note importante : « N° de l'unité médicale »

A partir de M1 2014, pour les établissements bénéficiant d'une autorisation 30 (« Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires ») ou 60 (« Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée »), il faudra créer dans le fichier « IUM », une unité fictive portant le n° « \$\$\$1 » pour le type 30 et « \$\$\$2 » pour le type 60. Les consignes de remplissage des autres variables demeurent identiques.

(*) Codage Type d'autorisation de l'unité médicale

Racine code UM	spéc	Code concaténé	Classification de l'unité médicale fonctionnelle	Mode d'hospitalisation	Rattachement à la discipline SAE
01	A	01A	Réanimation adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
01	B	01B	Réanimation adulte grands brûlés	HC	Médecine
02	A	02A	Soins intensifs en cardiologie =USIC	HC	Médecine
02	B	02B	Autres soins intensifs (hors UNV,USIC, néonatalogie)	HC	Médecine
03	A	03A	Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
03	B	03B	Soins surveillance continue adulte grands brûlés	HC	Médecine
04		04	Néonatalogie sans SI	HC	Médecine
05		05	Soins intensifs en néonatalogie	HC	Médecine
06		06	Réanimation néonatale	HC	Médecine
07	A	07A	UHCD structures des urgences générales	HC	Urgences

07	B	07B	UHCD structures des urgences pédiatriques	HC	Urgences
08		08	Soins et accompagnement des malades en phase terminale (unité de soins palliatifs)	HC	Médecine
13	A	13A	Réanimation pédiatrique hors grands brûlés	HC	Médecine
13	B	13B	Réanimation pédiatrique grands brûlés	HC	Médecine
14	A	14A	Soins surveillance continue pédiatrique hors grands brûlés	HC	Médecine
14	B	14B	Soins surveillance continue pédiatrique grands brûlés	HC	Médecine
16		16	Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air	HC	Médecine
17		17	UNV hors SI	HC	Médecine
18		18	Soins intensifs en UNV	HC	Médecine
19		19	Unité d'addictologie de recours et de référence	HP /HC /mixte	Médecine
20		20	Traitement des grands brûlés (hors réanimation et surveillance continue grands brûlés)	HC	Chirurgie
21		21	Hémodialyse en centre pour adulte	HP	Dialyse
22		22	Hémodialyse en centre pour enfant	HP	Dialyse
23		23	Hémodialyse en unité médicalisée	HP	Dialyse
34		34	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse	HP	Dialyse
35		35	Hémodialyse à domicile	HP	Dialyse
36		36	Dialyse péritonéale à domicile	HP	Dialyse
37		37	Unité de dialyse saisonnière	HP	Dialyse
26		26	Unité hospitalière sécurisée interrégionale UHSI	HC	Médecine
40		40	Unité d'hospitalisation d'oncologie médicale	HP /HC /mixte	Médecine
41		41	Unité d'hospitalisation d'oncologie chirurgicale	HP /HC /mixte	Chirurgie
42		42	Unité de radiothérapie ambulatoire	HP	Médecine
43		43	Unité de chimiothérapie ambulatoire	HP	Médecine
50		50	Chirurgie cardiaque	HP /HC /mixte	Chirurgie
51		51	Neurochirurgie	HP /HC /mixte	Chirurgie
52		52	Autre chirurgie pédiatrique (ou chirurgie indifférenciée pédiatrique)	HP /HC /mixte	Chirurgie
53		53	Autre chirurgie adulte (ou chirurgie indifférenciée adulte)	HP /HC /mixte	Chirurgie
61		61	Unité de prise en charge de la douleur chronique	HP /HC /mixte	Médecine
27		27	Médecine gériatrique	HP /HC /mixte	Médecine
28		28	Médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale, spécialisée ou non)	HP /HC /mixte	Médecine
29		29	Autres spécialités médicales adultes (non classées ailleurs) ou unité de médecine indifférenciée	HP /HC /mixte	Médecine

70		70	Gynécologie seule	HP /HC /mixte	Gynéco obs
71		71	Obstétrique seule	HP /HC /mixte	Gynéco obs
72	-	72	Interruption volontaire de grossesse	HP /HC /mixte	Gynéco obs
73		73	Gynécologie obstétrique indifférenciée	HP /HC /mixte	Gynéco obs
30		30	Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires		
60		60	Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée	HP /HC /mixte	
88		88	Unité supprimée	HP /HC /mixte	

7.8 Fichcomp « LES » Liste en sus (changement de nom de fichier)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	06
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	13 caractères à renseigner conseillé
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
Indication	7	76	82	
Filler	23	83	105	Réservé à un usage futur

7.9 Fichcomp MEDACAN Intra GHS

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	14
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	13 caractères à renseigner conseillé
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
Indication	7	76	82	
Filler	23	83	105	Réservé à un usage futur

7.10 Fichcomp IVG

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	53
Numéro 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 la dernière IVG	4	50	53	Format AAAA
Nombre de naissances vivantes antérieures	2	54	55	
Filler	30	56	85	Pour un usage futur

7.11 Fichcomp (*.csv) DM Intra GHS

Libellé	Nom variable	Commentaires
N° FINESS PMSI	<i>finess_pmsi</i>	9 caractères
Numéro administratif local de séjour	<i>numadmin</i>	
ID Exp	<i>id_exp</i>	N9905
N°ordre	<i>id_ord</i>	1
Date d'utilisation	<i>date_util</i>	JJMMAAAA
Code IUD-ID	<i>code_iud_id</i>	25 car. Alphanumérique - Règlement européen 2017/745 du dispositif médical liste référentielle en attente
Nombre d'unités implantées	<i>nb_unitimpl</i>	numérique

7.12 Fichcomp (*.csv) médicaments anticancéreux

Item	Libellé	Nom variable	Commentaires
#1	N° finess PMSI	<i>finess_pmsi</i>	9 caractères
#2	IPP	<i>IPP</i>	n°IPP
	INS	<i>INS</i>	Identifiant national de santé
#3	numéro de recueil DATEXP	<i>id_exp</i>	N9906
#3bis	numéro de fichier DATEXP	<i>id_ord</i>	1
#4	Date de début du traitement	<i>date_debtrait</i>	JJMMAAAA
#5	Date de transmission	<i>date_remont</i>	JJMMAAAA
#6	Code UCD	<i>UCD</i>	13 caractères à renseigner
#7	Poids entrée au début du traitement	<i>poids_debtrait</i>	en kilogrammes
#8	Taille	<i>taille</i>	en centimètres
#9	Si I999999 : Discussion en RCP	<i>discussion_rcp</i>	0 (non) ou 1 (oui)
#10	Si I999999 : Niveau de RCP	<i>niveau_rcp</i>	0 : pas de RCP 1 : RCP établissement ou premier niveau 2 : RCP de recours/spécialisée/second niveau 3 : NC 4: validations collégiales hors contexte d'une RCP

#11	Si I999999 : Information du patient	<i>info_patient</i>	0 : non 1 : recueil d'information du patient retransmise dans le dossier patient 2 : pas de trace de cette information dans le dossier patient
#12	Si I999999 : Indication	<i>ind</i>	Code CIM-10 à de 3 à 6 caractères sans point après le 3e caractère
#13	Si I999999 : tumeur solide	<i>tumsolide_loc</i>	Code CIM-10 à de 3 à 6 caractères sans point après le 3e caractère
#14	Si I999999 : tumeur solide	<i>tumsolide_stade</i>	1 Stade <i>in situ</i> 2 Stade localement avancé 3 Stade métastatique 4 NC (non concerné)
#15	Stade TNM	<i>stade_tnm</i>	Chaîne de caractère codée sur 3 caractères Tumeur primitive - Tx (1XX) - T0 (2XX) - T1 (3XX) - T2 (4XX) - T3 (5XX) - T4 (6XX) - NC ((0XX) Envahissement ganglionnaire ou tissus proches de la tumeur primitive - Nx (X1X) - N0 (X2X) - N1(X3X) - N2(X4X) - N3(X5X) - NC (X0X) Métastase à distance - Mx (XX1) - M0 (XX2) - M1 (XX3) - NC(XX0)
#16	Ligne	<i>ligne</i>	1 2 3 (signifie 3 ou plus) NC
#17	Métastase	<i>metastase</i>	Code CIM-10 à de 3 à 6 caractères sans point après le 3e caractère

#18	Situation de traitement	<i>situation_trait</i>	1 néo-adjuvant 2 adjuvant 3 palliatif 4 NC (non concerné)
#19	Phase de traitement, s'il s'agit d'une tumeur	<i>phase_trait_tum</i>	1 induction 2 consolidation 3 intensification 4 maintenance 5 chimiothérapie palliative 6 NC (non concerné)
#20	Statut mutationnel Pour les cancers du sein et du poumon	<i>statut_mutationnel</i>	Chaines de caractères séparée par des barres verticales "|" BRCA1 ; BRCA2 ; PI3K ; MAP2K1 ; AKT1 ; MET ; BRAF ; HER2 ; EML4-ALK ; EGFR ; KRAS ; Aucune NC NC (non concerné)
#21	Statut hormonal Pour les cancers du sein	<i>statut_hormonal</i>	Chaîne de caractère séparée par des barres verticales "|" RP (+ ou -) si le RP n'est pas connu, saisir RPnc RO (+ ou -) si le RO n'est pas connu, saisir ROnc HER2 (1+, 2+, 3+ ou -) si le HER n'est pas connu, saisir HERnc NC (non concerné)
#22	Statut PD-L1	<i>statut_pdl1</i>	1 expression <=1% 2 expression]1-49%] 3 expression >= 50% 4 NC

#23	Rationnel de clôture de la ligne de traitement	<i>rationnel_modif_trait</i>	1 progression 2 toxicité 3 NC 4 arrêt pour autre cause 5 fin de traitement 6 traitement de type séquentiel 7 entretien 8 rémission 9 décès
#24	Date de fin du traitement	<i>date_fintrait</i>	JJMMAAAA
#25	Poids sortie en fin de traitement	<i>poids_fintrait</i>	en kilogrammes
#26	Critères RECIST	<i>crit_recist_per</i>	1 progression tumorale (augmentation d'au moins 20% de la somme des plus grands diamètres) 2 stabilité tumorale 3 réponse partielle (diminution d'au moins 30% de la somme des plus grands diamètres) 4 Réponse complète 5 NC (Non concerné) 6 non évaluée

#27	Score EQ5D	<i>score_EQ5D</i>	<p>Score de qualité de vie à saisir sur 5 chiffres (correspondant aux réponses graduées de 1 à 3, pour les 5 items suivants :</p> <p>Mobilité</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied 2. J'ai des problèmes pour me déplacer à pied 3. Je suis obligé(e) de rester alité(e) <p>Autonomie de la personne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi 2. J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) 3. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) <p>Activités courantes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courant (e.g. travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs) 2. J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes 3. Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes <p>Douleurs ou gêne</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Je n'ai ni douleurs ni gêne 2. J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) 3. J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) <p>Anxiété ou dépression</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e) 2. Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) 3. Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)
-----	------------	-------------------	---

7.13 Format des RSF en entrée de traitement

RSF A : début de facture

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=A
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
Sexe	40	40	1	RSS non groupé		
Code civilité	41	41	1	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2:MLE=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	42	54	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	55	56	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	57	59	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	60	68	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	69	81	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	82	83	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf.annexe 5 de la norme B2
Filler	84	84	1	na	na	Blancs
Nature opération	85	85	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	86	87	2	Type 2 CP	77	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	88	89	2	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	90	90	1	Type 2 CP	79	
Filler	91	91	1			
Code de prise en charge	92	92	1	Note n°1		1=A avec/2=A sans/3=NA Sans /4=Anonyme/5=NN
Filler	93	93	1			
Code Gd régime	94	95	2	Type 2 CP	49	
Date Naissance	96	103	8	Type 2 CP	96	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)

Rang de naissance	104	104	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	105	112	8	Type 2 CP	103	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de sortie	113	120	8	Type 2 CP	109	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code postal du lieu de résidence du patient	121	125	5	Type 2C CP	91	
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	126	133	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	134	141	8	Type 5 CP	50	id
Total honoraire Facturé	142	149	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	150	157	8	Type 5 CP	66	id
Total participation assuré avant OC	158	165	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable OC pour les PH	166	173	8	Type 5 CP	82	
Total remboursable OC pour les honoraires	174	181	8	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	182	189	8	Type 5 CP	115	
Etat de liquidation de la facture	190	190	1	cf. Note 2		liquidation complète=1, partielle=2, non liquidée=3, inconnu=9
Patient bénéficiaire de la CMU	191	191	1			0 : Non | 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Code gestion	192	193	2			Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
N° de facture du séjour de la mère	194	202	9	Type 2 CP	30	A prendre sur la facture de la mère
N° d'organisme complémentaire	203	212	10	Type 2 CP	119	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.
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	213	221	9	Type 2 CP	86	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)
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	222	241	20			
Identifiant National de santé (INS)	242	256	15			
ART 51	257	257	1			Valeur possible : vide ou 1

Note 1 : le code de PEC permet de coupler les factures avec les RSS dans tous les cas

Les situations dans lesquelles il n'y a pas de facture individualisée réalisée pour un RSS sont les suivantes :

- Les assurés non pris en charge : chirurgie esthétique par exemple -> code PEC =2
- Les non assurés non pris en charge : étrangers sans PEC -> code PEC=3
- Les nouveau-nés dont la prise en charge est réalisée sur la facture de la mère -> code PEC=5

Note 2 : à renseigner dans tous les cas, en particulier dans le cas où les informations NOEMIE ne sont pas connues au niveau détail.

Les états de liquidation partielle peuvent concerner les 2 grands types de prestations : PH et Honoraire

RSF B : Prestations Hospitalières

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=B
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	58	66	9	Type 3 CP	30	
N° immatriculation individuel	67	79	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	80	81	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	82	83	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	84	86	3	Type 3 CP	41	
Justification exonération TM	87	87	1	Type 3 CP	64	Changement de position dans le format
Type de prestation intermédiaire	88	88	1	Note 1		http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2017
Filler	89	89	1	na	na	Blancs
Date de début de séjour	90	97	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de fin de séjour	98	105	8	Type 3 CP	50	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	106	110	5	Type 3 CP	56	4+1
Quantité	111	113	3	Type 3 CP	61	
Coefficient	114	118	5	Type 3 CP	65	3+2
Code de prise en charge FJ	119	119	1	Type 3 CP	70	

Coefficient MCO	120	124	5	Type 3 CP	71	1+4
Filler	125	126	2	na	na	Blancs
Prix Unitaire	127	133	7	Type 3 CP	76	5+2
Montant Base remboursement	134	141	8	Type 3 CP	83	0 par défaut(6+2)
Taux applicable à la prestation	142	144	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	145	152	8	Type 3 CP	94	0 par défaut (6+2)
Montant total de la dépense	153	160	8	Type 3 CP	102	0 par défaut (6+2)
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	161	167	7	Type 3 CP	122	0 par défaut (5+2)
N° GHS	168	171	4	Type 3 CP	110	
Montant remboursé NOEMIE Retour	172	179	8	Entité NOP-PHS	47	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	0	182	3	Entité NOP-MFI	27	3 espaces si aucune

Note 1 :

- 1 : d'un diabète de type 1 ou type 2 (au sens de l'ALD n° 8 sur la liste des affections de longue durée) ou d'un diabète gestationnel,
- 2 : d'une polyarthrite rhumatoïde évolutive (au sens de l'ALD n°21)
- 3 : d'une spondylarthrite grave (au sens de l'ALD n°26)
- 4 : d'une insuffisance cardiaque grave (au sens de l'ALD n°5 à l'exclusion des troubles du rythme graves, des cardiopathies valvulaires graves et des cardiopathies congénitales graves)

RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=I
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	58	66	9	Type 3S CP	30	
N° immatriculation individuel	67	79	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	80	81	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Date de début de séjour	82	89	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de fin de séjour	90	97	8	Type 3 CP	50	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Nature d'interruption ou de fin de séjour	98	98	1	Type 3S	81	
Etablissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte	99	112	14	Type 3S	67	N° FINESS

Note : Attention les informations concernant les dates de début et de fin de séjour de ce type de RSF proviennent de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3S dans le cas d'une interruption de séjour.

Le RSF I ne doit être produit qu'en cas de mutation

RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=P
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	58	66	9	Type 3F CP	27	
N° immatriculation individuel	67	79	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	80	81	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Date de début de séjour	82	89	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code référence LPP	90	102	13	Type 3F	43	
Quantité	103	104	2	Type 3F	70	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire sur devis	105	111	7	Type 3F	72	5+2
Montant total facturé	112	118	7	Type 3F	79	0 par défaut (5+2)
Prix d'achat unitaire	119	125	7	Type 3F	86	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	126	132	7	Type 3F	93	5+2
Montant total de l'écart indemnisable	133	139	7	Type 3F	100	5+2

Notes : Attention la date de début de séjour provient de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3F dans le cas de la pose de prothèse soumise au LPP. Dans ce cas elle correspond à la date de pose de la (des) prothèse(s).

RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=H
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° facture	58	66	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	67	79	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	80	81	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Date de début de séjour	82	89	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code UCD	90	96	7	Type 3H	49	
Indication	97	103	7			(1)
Coefficient de fractionnement	104	108	5	Type 3H	57	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	109	115	7	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	116	122	7	Type 3H	74	0 par défaut (5+2)
Montant total de l'écart indemnisable	123	129	7	Type 3H	81	5+2
Quantité	130	132	3	Type 3H	88	
Montant total facturé TTC	133	139	7	Type 3H	91	0 par défaut (5+2)

Note : Attention la date de début de séjour provient de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3H dans le cas de la dispensation de médicament soumis au codage. Dans ce cas elle correspond à la date de dispensation.

(1) Obligatoire au 1er septembre (code_LES sur <https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus>)

RSF C : Honoraire

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=C
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° facture	58	66	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	67	79	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	80	81	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf.annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	82	83	2	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	84	86	3	Type 4 CP	41	
Justification exo TM	87	87	1	Type 4 CP	54	
Spécialité exécutant	88	89	2	Type 4 CP	68	Liste des codes : NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17
Date de l'acte	90	97	8	Type 4 CP	70	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	98	102	5	Type 4 CP	76	4+1
Quantité	103	104	2	Type 4 CP	81	
Coefficient	105	110	6	Type 4 CP	83	4+2
Dénombrement	111	112	2	Type 4 CP	89	
Prix Unitaire	113	119	7	Type 4 CP	91	5+2
Montant Base remboursement	120	126	7	Type 4 CP	98	0 par défaut (5+2)
Taux Remboursement	127	129	3	Type 4 CP	105	
Montant Remboursable par AMO	130	136	7	Type 4 CP	108	0 par défaut (5+2)

Montant des honoraires (dépassement compris)	137	143	7	Type 4 CP	115	0 par défaut (5+2)
Montant remboursable par AMC	144	149	6	Type 4 CP	123	0 par défaut (4+2)
Montant remboursé NOEMIE Retour	150	157	8	Entité NOP-PHS	47	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	158	160	3	Entité NOP-MFI	27	3 espaces si aucune
Filler	161	167	7			

RSF M : CCAM

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=M
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° facture	58	66	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	67	79	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	80	81	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	82	83	2	Type 4 M	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	84	86	3	Type 4 CP	41	
Date de l'acte	87	94	8	Type 4 CP	70	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code CCAM	95	107	13	Type 4 M	43	

Extension documentaire	108	108	1	Type 4 M	56	
Activité	109	109	1	Type 4 M	57	
Phase	110	110	1	Type 4 M	58	
Modificateur 1	111	111	1	Type 4 M	59	
Modificateur 2	112	112	1	Type 4 M	60	
Modificateur 3	113	113	1	Type 4 M	61	
Modificateur 4	114	114	1	Type 4 M	62	
Association non prévue	115	115	1	Type 4 M	63	
Code remboursement exceptionnel	116	116	1	Type 4 M	64	
N° dent 1	117	118	2	Type 4 M	71	
N° dent 2	119	120	2	Type 4 M	73	
N° dent 3	121	122	2	Type 4 M	75	
N° dent 4	123	124	2	Type 4 M	77	
N° dent 5	125	126	2	Type 4 M	79	
N° dent 6	127	128	2	Type 4 M	81	
N° dent 7	129	130	2	Type 4 M	83	
N° dent 8	131	132	2	Type 4 M	85	
N° dent 9	133	134	2	Type 4 M	87	
N° dent 10	135	136	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	137	138	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	139	140	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	141	142	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	143	144	2	Type 4 M	97	

N° dent 15	145	146	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	147	148	2	Type 4 M	101	

Note : Attention les variables date de l'acte, DMT et Mode de traitement proviennent de l'enregistrement de type 4 présent avant tout enregistrement de type 4M dans le cas de codage des actes en CCAM.

RSF-L : codage affiné des actes de biologie

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=L
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé	1	
Filler	9	11	19			
Numéro de RSS	20	20	39	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	13	40	52	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	53	54	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	55	57	Type 2 CP	27	
N° facture	9	58	66	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	13	67	79	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	2	80	81	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	2	82	83	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	84	86	Type 4 CP	41	
Date de l'acte 1	8	87	94	Type 4 B	49	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 1	2	95	96	Type 4 B	55	
Code acte 1	8	97	104	Type 4 B	57	
Date de l'acte 2	8	105	112	Type 4 B	65	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 2	2	113	114	Type 4 B	71	
Code acte 2	8	115	122	Type 4 B	73	
Date de l'acte 3	8	123	130	Type 4 B	81	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 3	2	131	132	Type 4 B	87	
Code acte 3	8	133	140	Type 4 B	89	
Date de l'acte 4	8	141	148	Type 4 B	97	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 4	2	149	150	Type 4 B	103	
Code acte 4	8	151	158	Type 4 B	105	

Date de l'acte 5	8	159	166	Type 4 B	113	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 5	2	167	168	Type 4 B	119	
Code acte 5	8	169	176	Type 4 B	121	

7.14 Format de RSA 227

Libellé		Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI		9	1	9	
Numéro de version du format du RSA		3	10	12	227
Numéro séquentiel de séjour		10	13	22	
Numéro de version du format du "RSS-groupé"		3	23	25	
Numéro séquentiel de tarifs		3	26	28	
Groupage lu :Version de la classification		2	29	30	
Groupage lu : GHM	CMD	2	31	32	
	Type	1	33	33	
	Numéro	2	34	35	
	Complexité	1	36	36	
Groupage lu : code-retour		3	37	39	
Groupage GENRSA :Version de la classification		2	40	41	
Groupage GENRSA : GHM	CMD	2	42	43	
	Type	1	44	44	
	Numéro	2	45	46	
	Complexité	1	47	47	
Groupage GENRSA : code-retour		3	48	50	
Nombre de RUM composant le RSS d'origine (NbRUM)		2	51	52	
Age en années		3	53	55	en nombre d'années révolues : date d'entrée du séjour - date de naissance
Age en jours		3	56	58	en nombre de jours (date d'entrée du séjour - date de naissance) pour les moins d'1 an
Sexe		1	59	59	
Mode d'entrée		1	60	60	
Provenance		1	61	61	
Mois de sortie du séjour		2	62	63	
Année de sortie du séjour		4	64	67	
Mode de sortie		1	68	68	
Destination		1	69	69	
Type de séjour		1	70	70	dans le cadre d'une PIE : A si établissement demandeur, B si établissement prestataire
Durée du séjour		4	71	74	en nombre de nuits : date de sortie - date d'entrée
Code géographique de résidence		5	75	79	

Code postal	5	80	84	
Poids d'entrée	4	85	88	en grammes, pour les bébés
Age gestationnel retenu pour le groupage	2	89	90	en nombre révolu de semaines d'aménorrhée
Délai de la date des dernières règles par rapport à la date d'entrée	3	91	93	en nombre de jours : date d'entrée du séjour - date des dernières règles
Nombre de séances	2	94	95	
Numéro de GHS (du GHM GENRSA)	4	96	99	
Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute	4	100	103	
Type de séjour inférieur à la borne extrême basse	1	104	104	
Nombre journées EXB	3	105	107	
Top admission maison de naissance	1	108	108	0 : non, 1 : oui
Top Radiation partielle Avastin	1	109	109	0 : non, 1 : oui
Filler	1	110	110	
Top UHCD	1	111	111	
Top GHS minoré	1	112	112	0 : non, 1 : oui
Confirmation du codage du séjour	1	113	113	1 : oui
Nombre d'autorisations d'unités médicales à portée globale valides (Nb_AutPGV)	1	114	114	
Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances	3	115	117	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances	3	118	120	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances	3	121	123	
Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances	3	124	126	
Nombre d'actes menant dans le GHS 9615	3	127	129	9615 (aphérèse sanguine)
Nombre de suppléments radiothérapie pédiatrique	3	130	132	
Nombre de suppléments antepartum	3	133	135	
Nombre de zones de suppléments de radiothérapie (Nb_Rdth)	1	136	136	
Top valves aortiques percutanées	1	137	137	1 si date sortie >=15/08/2012 + type autorisation UM 60 + acte pose, blanc sinon
Type de génération automatique du RSA	1	138	138	0 : pas de génération automatique, 1 : FFM, ATU, SE 2 : médecin salariés, 3 : dialyse
GHS si non prise en compte de l'innovation	4	139	142	
Filler	8	143	150	
Nombre de suppléments caisson hyperbare	3	151	153	
Type de prestation de prélèvement d'organe	1	154	154	1, 2 ou 3
Nombre de suppléments pour REA (réanimation)	3	155	157	
Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation	3	158	160	
Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs)	3	161	163	

Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue)	3	164	166	
Nombre de suppléments NN1	3	167	169	
Nombre de suppléments NN2	3	170	172	
Nombre de suppléments NN3	3	173	175	
Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique)	3	176	178	
Passage dans un lit dédié de soins palliatifs	1	179	179	
Type de machine en radiothérapie	1	180	180	
Type de dosimétrie	1	181	181	
Numéro d'innovation	15	182	196	
Supplément défibrillateur cardiaque	1	197	197	0 : non, 1 : oui
Conversion hospitalisation complète	1	198	198	1 : conversion en hospitalisation complète ou mixte après prise en charge en HP, 0 : pas de conversion, blanc : non concerné
Prise en charge RAAC	1	199	199	0 : pas de prise en charge RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie) 1 : prise en charge RAAC 2 : RAAC déclaré mais mode de sortie transfert ou décès
Séjour éligible au forfait diabète	1	200	200	0 : non, 1 : oui
Top éligibilité gradation	1	201	201	1 : oui, 2 : non, blanc : non concerné
Contexte patient / Surveillance particulière	1	202	202	1 : oui, 2 : non blanc : non renseigné
Administration d'un produit de la RH	1	203	203	1 : oui, 2 : non blanc : non renseigné
Rescrit tarifaire	1	204	204	1 : oui, 2 : non blanc : non renseigné
Catégorie du nombre d'interventions totales	1	205	205	A : < à 3 interventions B : égale à 3 interventions C : > à 3 interventions blanc : non renseigné
Non Programmé (NP)	1	206	206	1 : non programmé 2 : "pas non programmé" X : valeur non homogène entre les RUMs blanc : non renseigné
Filler	3	207	209	
Numéro séquentiel du RUM ayant fourni le DP	2	210	211	

Diagnostic principal (DP)		6	212	217	
Diagnostic relié (DR)		6	218	223	
Nombre de diagnostics associés du RSA		4	224	227	
Nombre de zones d'actes du RSA		5	228	232	
Filler		15	233	247	
Type d'autorisation à portée globale valide n° 1		2	248	249	
...		...			
Type d'autorisation à portée globale valide n° Nb_AutPGV		2			
Zone de suppléments de radiothérapie n° 1	Code du supplément (n° GHS)	4			
	Nombre de suppléments	3			
...	
Zone de suppléments de radiothérapie n° Nb_Rdth	Code du supplément (n° GHS)	4			
	Nombre de suppléments	3			
Informations RUM n°1	Numéro séquentiel du RUM	2			
	Numéro séquentiel de l'UM	4			
	Numéro FINESS géographique	9			
	DP	6			
	DR	6			
	IGS2	3			
	Age gestationnel du RUM	2			
	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_1)	2			
	Nombre de zones d'actes du RUM (Nb_Act_R_1)	3			
	Durée séjour partielle	4			
	Premier type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le premier type	2			
	Nombre de supplément pour le premier type	4			
	Deuxième type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le deuxième type	2			
	Nombre de supplément pour le deuxième type	4			
...	
Informations RUM n° NbRUM	Numéro séquentiel du RUM	2			
	Numéro séquentiel de l'UM	4			

	Numéro FINESS géographique	9			
	DP	6			
	DR	6			
	IGS2	3			
	Age gestationnel du RUM	2			
	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_NbRUM)	2			
	Nombre de zones d'actes du RUM (Nb_Act_R_NbRUM)	3			
	Durée séjour partielle	4			
	Premier type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le premier type	2			
	Nombre de suppléments pour le premier type	4			
	Deuxième type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le deuxième type	2			
	Nombre de suppléments pour le deuxième type	4			
DA n° 1 du RUM n° 1		6			
...	
DA n° Nb_DA_R_1 du RUM n° 1		6			
...	
DA n° 1 du RUM n° NbRUM		6			
...	
DA n° Nb_DA_R_NbRUM du RUM n° NbRUM		6			
Zone acte n° 1 du RUM n° 1	Délai depuis la date d'entrée du séjour	3		-	en nombre de jours (date de l'acte - date d'entrée du séjour), blanc si date non renseignée
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations	2			

	Acte compatible avec le RUM	1			1 si période d'effet de l'acte ne correspond pas au RUM ; 2 sinon
...
Zone acte n° Nb_Act_R_1 du RUM n° 1	Délai depuis la date d'entrée du séjour	3		-	en nombre de jours (date de l'acte - date d'entrée du séjour), blanc si date non renseignée
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations	2			
	Acte compatible avec le RUM	1			1 si période d'effet de l'acte ne correspond pas au RUM ; 2 sinon
...
Zone acte n° 1 du RUM n° NbRUM	Délai depuis la date d'entrée du séjour	3		-	en nombre de jours (date de l'acte - date d'entrée du séjour), blanc si date non renseignée
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations	2			
	Acte compatible avec le RUM	1			1 si période d'effet de l'acte ne correspond pas au RUM ; 2 sinon
...
Zone acte n° Nb_Act_R_NbRUM du RUM n° NbRUM	Délai depuis la date d'entrée du séjour	3		-	en nombre de jours (date de l'acte - date d'entrée du séjour), blanc si date non renseignée
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			

Activité	1			
Extension documentaire	1			
Modificateurs	4			
Remboursement exceptionnel	1			
Association non prévue	1			
Nombre de réalisations	2			
Acte compatible avec le RUM	1			1 si période d'effet de l'acte ne correspond pas au RUM ; 2 sinon

7.15 Précisions sur quelques variables du RSA

7.15.1 Règles de détermination du GHS

La détermination de certains GHS peut dépendre du type d'autorisation de l'unité médicale. Nous utilisons la règle suivante : « **le type d'autorisation de l'unité médicale retenu est celui à la date de sortie du RUM principal (celui ayant fourni le DP)** »

Soins

Palliatifs

Détermination du GHS

Si le GHM est 23Z02Z et si le type d'autorisation de l'unité médicale est 08 à la date de sortie du RUM principal alors le **GHS prend la valeur 7994**.

Si le GHM est 23Z02Z et si le type d'autorisation de l'unité médicale n'est pas 08 à la date de sortie du RUM principal, mais que le type de lit dédié vaut 08 sur au moins un des RUM alors le **GHS prend la valeur 7993**.

Si le GHM est 23Z02Z et si le type d'autorisation de l'unité médicale n'est pas 08 à la date de sortie du RUM principal et si le type de lit dédié ne vaut pas 08 sur au moins un des RUM alors le **GHS prend la valeur 7992**

7.15.2 Détermination de la variable « Valorisation partielle »

Vous trouverez ci-dessous les valeurs et les règles relatives à la variable valorisation partielle :

1 : valorisation partielle, l'unité médicale a changé de type d'autorisation durant le séjour du patient dans cette UM

2 : valorisation totale, valorisation totale, l'unité médicale n'a pas changé de type d'autorisation durant le séjour du patient dans cette UM.

7.15.3 Variable « Passage en lit dédié »

0 : Pas de passage en lit dédié

1 : au moins un passage en lits dédié de « soins palliatifs » (code 08)

2 : passage en lit dédié en « plateau technique du secteur opératoire » (code 55)

Pour plus de précisions concernant les GHS associés, veuillez consulter le document présent à la page suivante :

<http://www.atih.sante.fr/?id=0002200063FF>

7.16 Fichier de RSFA (*.rsfa)

1. RSFA A : Début de facture

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro séquentiel de séjour	10	1	10	identique au RSA
Filler	1	11	11	
Type d'enregistrement	1	12	12	A
Numéro séquentiel de facture	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Filler	9	25	33	
Date d'entrée du séjour	8	34	41	JJMMAAAA
Date de sortie du séjour	8	42	49	JJMMAAAA
Age en années	3	50	52	en nombre d'années révolues : date d'entrée du séjour - date de naissance
Age en jours	5	53	57	en nombre de jours (date d'entrée du séjour - date de naissance) ; pour les moins d'1 an
Sexe	1	58	58	1 : homme ; 2 : femme
Code géographique	5	59	63	
Code postal	5	64	68	
Code civilité	1	69	69	Recodage : M=1/MME=2/ML=2/SAN=3
Rang de bénéficiaire	3	70	72	
Filler	1	73	73	
Nature opération	1	74	74	
Nature assurance	2	75	76	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme	2	77	78	
Justification d'exonération du TM	1	79	79	
Filler	1	80	80	
Code de prise en charge	1	81	81	1 = A avec ; 2 = A sans ; 3 = NA Sans ; 4 = Anonyme ; 5 = NN Le code de PEC permet de coupler les factures avec les RSS dans tous les cas. Les situations dans lesquelles il n'y a pas de facture individualisée pour un RSS sont : Les assurés non pris en charge : chirurgie esthétique par exemple -> code PEC = 2 Les non assurés non pris en charge : étrangers sans PEC -> code PEC = 3 Les nouveau-nés dont la prise en charge est réalisée sur la facture de la mère -> code PEC = 5
Filler	1	82	82	

Code grand régime	2	83	84	
Rang de naissance	1	85	85	
Total Base Remboursement Prestations hospitalières	8	86	93	6+2
Total remboursable AMO Prestations hospitalières	8	94	101	6+2
Total honoraire facturé	8	102	109	6+2
Total honoraire remboursable AM	8	110	117	6+2
Total participation assuré avant OC	8	118	125	6+2
Total remboursable OC pour les PH	8	126	133	6+2
Total remboursable OC pour les honoraires	8	134	141	6+2
Montant total facturé pour PH	8	142	149	6+2
Etat de liquidation de la facture	1	150	150	liquidation complète = 1 ; liquidation partielle = 2 ; non liquidée = 3 ; inconnu = 9 A renseigner dans tous les cas, en particulier dans le cas où les informations NOEMIE ne sont pas connues au niveau détail. Les états de liquidation partielle peuvent concerner les 2 grands types de prestations : PH et Honoraires
Patient bénéficiaire de la CMU	1	151	151	0 : non | 1 : oui Laisser à vide si pas d'information
Filler	1	152	152	
Code gestion	2	153	154	
Filler	9	155	163	
N° organisme complémentaire	10	164	173	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.
Numéro d'accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	174	182	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)

RSFA-B : Prestations Hospitalières

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro séquentiel de séjour	10	1	10	identique au RSA
Filler	1	11	11	
Type d'enregistrement	1	12	12	B
Numéro séquentiel de facture	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Filler	9	25	33	
Date de début	8	34	41	JJMMAAAA
Date de fin	8	42	49	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée	5	50	54	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Mode de traitement	2	55	56	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	57	59	
Justification exonération TM	1	60	60	
Type de prestation intermédiaire	1	61	61	http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2017 1 : d'un diabète de type 1 ou type 2 (au sens de l'ALD n° 8 sur la liste des affections de longue durée) ou d'un diabète gestationnel 2 : d'une polyarthrite rhumatoïde évolutive (au sens de l'ALD n°21) 3 : d'une spondylarthrite 4 : d'une insuffisance cardiaque grave (au sens de l'ALD n°5 à l'exclusion des troubles du rythme graves, des cardiopathies valvulaires graves et des cardiopathies congénitales graves)
Filler	1	62	62	
Code acte	5	63	67	4+1
Quantité	3	68	70	
Coefficient	5	71	75	3+2
Filler	1	76	76	
Code prise en charge FJ	1	77	77	
Coefficient MCO	5	78	82	1+4
Filler	2	83	84	
Prix Unitaire	7	85	91	5+2
Montant Base remboursement	8	92	99	0 par défaut, 6+2
Taux Remboursement	3	100	102	
Montant Remboursable AMO	8	103	110	0 par défaut, 6+2
Montant total Facturé	8	111	118	0 par défaut, 6+2
Montant remboursable AMC	7	119	125	0 par défaut, 6+2
N° GHS	4	126	129	
Montant remboursé NOEMIE Retour	8	130	137	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	3	138	140	3 espaces si aucune

RSFA-C : Honoraires

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro séquentiel de séjour	10	1	10	identique au RSA
Filler	1	11	11	
Type d'enregistrement	1	12	12	C
Numéro séquentiel de facture	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Filler	9	25	33	
Date de l'acte	8	34	41	JJMMAAAA

Délai par rapport à la date d'entrée	5	42	46	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Mode de traitement	2	47	48	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	49	51	
Justification exonération TM	1	52	52	
Spécialité exécutant	2	53	54	Liste des codes : NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17
Code acte	5	55	59	4+1
Quantité	2	60	61	
Coefficient	6	62	67	4+2
Dénombrement	2	68	69	
Prix Unitaire	7	70	76	5+2
Montant Base remboursement	7	77	83	0 par défaut , 5+2
Taux Remboursement	3	84	86	
Montant Remboursable AMO	7	87	93	0 par défaut , 5+2
Montant des honoraires (dépassement compris)	7	94	100	0 par défaut , 5+2
Montant remboursable AMC	6	101	106	0 par défaut , 4+2
Montant remboursé NOEMIE Retour	8	107	114	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	3	115	117	3 espaces si aucune

RSFA-H : Prestations Hospitalières Médicaments

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro séquentiel de séjour	10	1	10	identique au RSA
Filler	1	11	11	
Type d'enregistrement	1	12	12	H
Numéro séquentiel de facture	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Filler	9	25	33	
Date de soins	8	34	41	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée	5	42	46	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Code UCD	7	47	53	
Code indication des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus	7	54	60	code_LES sur https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus
Coefficient de fractionnement	5	61	65	10000 par défaut, 1+4
Prix d'achat unitaire TTC	7	66	72	5+2
Montant unitaire écart indemnisable	7	73	79	0 par défaut, 5+2
Montant total de l'écart indemnisable	7	80	86	5+2
Quantité	3	87	89	
Montant total facturé TTC	7	90	96	0 par défaut, 5+2

RSFA-I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro séquentiel de séjour	10	1	10	identique au RSA
Filler	1	11	11	
Type d'enregistrement	1	12	12	I
Numéro séquentiel de facture	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Filler	9	25	33	
Date de début	8	34	41	JJMMAAAA

Date de fin	8	42	49	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée	5	50	54	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Nature d'intervention ou de fin de séjour	1	55	55	
Etablissement	14	56	69	Numéro Finess

RSFA-L : codage affiné des actes de biologie

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro séquentiel de séjour	10	1	10	identique au RSA
Filler	1	11	11	
Type d'enregistrement	1	12	12	L
Numéro séquentiel de facture	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Filler	9	25	33	
Rang de bénéficiaire	3	34	36	
Mode de traitement	2	37	38	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	39	41	
Date de l'acte 1	8	42	49	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée pour l'acte 1	5	50	54	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Quantité acte 1	2	55	56	
Code acte 1	8	57	64	
Date de l'acte 2	8	65	72	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée pour l'acte 2	5	73	77	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Quantité acte 2	2	78	79	
Code acte 2	8	80	87	
Date de l'acte 3	8	88	95	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée pour l'acte 3	5	96	100	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Quantité acte 3	2	101	102	
Code acte 3	8	103	110	
Date de l'acte 4	8	111	118	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée pour l'acte 4	5	119	123	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Quantité acte 4	2	124	125	
Code acte 4	8	126	133	
Date de l'acte 5	8	134	141	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée pour l'acte 5	5	142	146	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Quantité acte 5	2	147	148	
Code acte 5	8	149	156	

RSFA-M : CCAM

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro séquentiel de séjour	10	1	10	identique au RSA
Filler	1	11	11	
Type d'enregistrement	1	12	12	M
Numéro séquentiel de facture	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Filler	9	25	33	
Date de l'acte	8	34	41	JJMMAAAA

Délai par rapport à la date d'entrée	5	42	46	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Mode de traitement	2	47	48	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	49	51	
Code CCAM	13	52	64	
Extension documentaire	1	65	65	
Activité	1	66	66	
Phase	1	67	67	
Modificateur 1	1	68	68	
Modificateur 2	1	69	69	
Modificateur 3	1	70	70	
Modificateur 4	1	71	71	
Association non prévue	1	72	72	
Code remb exceptionnel	1	73	73	
N° dent 1	2	74	75	
N° dent 2	2	76	77	
N° dent 3	2	78	79	
N° dent 4	2	80	81	
N° dent 5	2	82	83	
N° dent 6	2	84	85	
N° dent 7	2	86	87	
N° dent 8	2	88	89	
N° dent 9	2	90	91	
N° dent 10	2	92	93	
N° dent 11	2	94	95	
N° dent 12	2	96	97	
N° dent 13	2	98	99	
N° dent 14	2	100	101	
N° dent 15	2	102	103	
N° dent 16	2	104	105	

RSFA-P : Prestations Hospitalières Prothèses

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro séquentiel de séjour	10	1	10	identique au RSA
Filler	1	11	11	
Type d'enregistrement	1	12	12	P
Numéro séquentiel de facture	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Filler	9	25	33	
Date de soins	8	34	41	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée	5	42	46	Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Code LPP	13	47	59	
Quantité	2	60	61	
Tarif référence LPP / Prix Unitaire sur devis	7	62	68	5+2
Montant total facturé	7	69	75	0 par défaut, 5+2
Prix d'achat unitaire	7	76	82	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	83	89	5+2
Montant total de l'écart indemnisable	7	90	96	5+2

7.17 Fichier de sortie ANO

Format avant intégration dans e-PMSI

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Index de liaison	32	1	32	
Numéro FINESS e-PMSI	9	33	41	
Numéro de format	3	42	44	
Numéro de format VID-HOSP	3	45	47	013 ou 014
Filler	6	48	53	-
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	54	54	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	55	55	
Code retour contrôle « sexe »	1	56	56	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	57	57	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	58	58	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	59	59	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée du séjour)	1	60	60	
Code retour contrôle « Cohérence date naissance »	1	61	61	Cohérence entre les dates de naissance renseignées dans le RSS et VID-HOSP/RSF-A
Code retour contrôle « Cohérence sexe »	1	62	62	Cohérence entre le sexe renseigné dans le RSS et VID-HOSP/RSF-A
Filler	17	63	79	
Filler	60	80	139	
Date de naissance	8	140	147	
filler	9	148	156	
Délai à la date d'entrée	5	157	161	délai entre la date d'entrée du séjour et une date fictive (différente pour chaque patient) ; permet de trier chronologiquement les séjours d'un même Pseudonyme
Numéro séquentiel du séjour	10	162	171	
Date d'entrée du séjour	8	172	179	JJMMAAAA
Date de sortie du séjour	8	180	187	JJMMAAAA
Code retour contrôle « code grand régime »	1	188	188	
Code retour contrôle « code gestion »	1	189	189	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	190	190	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	191	191	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	192	192	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	193	193	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	194	194	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	195	195	
Code retour contrôle « ticket modérateur forfaitaire »	1	196	196	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	197	197	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	198	198	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	199	199	

Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes »)	1	200	200	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	201	201	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	202	202	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	203	203	
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	204	204	
Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »	1	205	205	
Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	1	206	206	
Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe »	1	207	207	
Code retour contrôle « Date de l'hospitalisation »	1	208	208	
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	209	209	
Code retour contrôle « Code participation assuré »	1	210	210	
Code retour contrôle « N° d'entrée »	1	211	211	
Code retour contrôle « Rang de naissance »	1	212	212	
Code retour contrôle « Rang du bénéficiaire »	1	213	213	
Code retour contrôle « N° caisse gestionnaire »	1	214	214	
Code retour contrôle « N° centre gestionnaire »	1	215	215	
Code retour contrôle "Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents"	1	216	216	
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun"	1	217	217	
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire"	1	218	218	
Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	1	219	219	
Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	220	220	code retour associé au NIR
Code retour contrôle "Nature de la pièce justificative des droits"	1	221	221	
Code retour contrôle "Prise en charge établie le"	1	222	222	
Code retour contrôle "Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du."	1	223	223	
Code retour contrôle "Délivrée par"	1	224	224	
Code retour contrôle "Régime de prestation de l'assuré"	1	225	225	
Code retour contrôle "Top éclatement des flux par l'établissement"	1	226	226	
Code retour contrôle "Date d'entrée"	1	227	227	
Code retour contrôle "Date de sortie"	1	228	228	
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	229	229	
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	230	230	
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	231	231	
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	232	232	
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	233	233	
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	234	234	
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	235	235	
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	236	236	
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	237	237	
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	238	238	
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	239	239	
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	240	240	

Code retour contrôle " N° d'identification permanent du patient"	1	241	241	
Code retour contrôle "Identifiant national de santé"	1	242	242	
Code retour contrôle "Article 51"	1	243	243	
Filler	30	244	273	
Code grand régime	2	274	275	Type 2 CP positions 49-50
Code gestion	2	276	277	
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	278	278	cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2 {0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X}
Code de prise en charge du forfait journalier	1	279	279	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	280	281	{10, 13, 30, 41, 90, XX} cf. normes B2
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	282	283	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	284	284	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	285	285	
Facturation du ticket modérateur forfaitaire	1	286	286	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	4	287	290	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	291	300	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	301	310	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	311	320	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	321	324	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	325	334	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	335	339	3+2
Patient bénéficiaire de la CMU	1	340	340	
Filler	32	341	372	
Filler	32	373	404	
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	405	405	
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	406	406	
Identifiant anonyme d'hospitalisation	8	407	414	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	415	424	8+2 : montant en centimes d'euro
Code participation assuré	1	425	425	
Délai à la date de la première hospitalisation	5	426	430	délai entre la date de première hospitalisation et une date fictive
Code retour "Délai à la date de la première hospitalisation"	1	431	431	
Filler	3	432	434	
Rang de naissance	1	435	435	
Rang du bénéficiaire	3	436	438	
N° caisse gestionnaire	3	439	441	
N° centre gestionnaire	4	442	445	
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	446	446	
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	447	455	Type 2 CP positions 86-94
N° d'organisme complémentaire	10	456	465	Type 2 CP positions 119-128
Nature de la pièce justificative des droits	1	466	466	
Prise en charge établie le	8	467	474	
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	475	482	
Délivrée par	3	483	485	
Régime de prestation de l'assuré	3	486	488	
Top éclatement des flux par l'établissement	1	489	489	

Date de début de la période de facturation	8	490	497	
Date de fin de la période de facturation	8	498	505	
Montant total du séjour facturé au patient	8	506	513	Indicateur Symphonie Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	514	514	Indicateur Symphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	515	522	Indicateur Symphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	523	530	Indicateur Symphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	8	531	538	Indicateur Symphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	8	539	546	Indicateur Symphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	8	547	554	Indicateur Symphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	555	562	Indicateur Symphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)
Statut FT AMO	1	563	563	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	564	564	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	565	565	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	566	568	Code INSEE à 5 chiffres, sans les deux premiers chiffres 99. Ou bien code ISO ISO 3166-1 Alpha-3. 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.
Filler	44	569	612	
Filler	64	613	676	
ART51	1	677	677	
Filler	18	678	695	
Filler	32	696	727	
Filler	32	728	759	
Zone chiffrée	344	760	1103	

(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations

(**) Si chaînage mère/enfant OK, c'est le même n° pour les deux séjours

(***) calculé à partir de la date de première hospitalisation et avec la même méthode que le champ n° de séjour". Le 6^{ème} caractère est un indicateur d'erreur

Le N° de séjour est un numéro permettant de séquencer les différentes hospitalisations du patient.

Le code retour du chaînage, permet de suivre le processus (MAGIC – « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »– « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »).

Détail des codes retour :

« N° immatriculation assuré »

0 : RAS

1 : format incorrect

2 : utilisation de la valeur manquante (13 fois le caractère « X »)

3 : n° non conforme suite au contrôle de la clé

« Date de naissance »

0 : RAS

1 : format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)

2 : utilisation de la valeur manquante (8 fois le caractère « X »)

« Sexe »

0 : RAS

1 : Valeur non autorisée (1 : Masculin, 2 : Féminin)

2 : utilisation de la valeur manquante (« X »)

« N° d'identification administratif de séjour »

0 : RAS

1 : Non renseigné (20 caractères espace)

« Code grand régime »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 2 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « XX » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Code justification d'exonération du ticket modérateur »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 9 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « X » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Code de prise en charge du forfait journalier »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 16 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou « X » lorsque l'on ne dispose pas de l'information)

« Nature d'assurance »

0 : RAS

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

Code	Libellé
XX	Pas d'information
10	Maladie
13	Maladie régime local Alsace-Moselle
30	Maternité

41	Accident du travail
90	Prévention maladie

« Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »

0 : RAS

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

Code	Libellé
2 espaces	Pas d'information
85	Sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme obligatoire)
87	Sortants du dispositif CMUC (géré par un organisme complémentaire)
88	Aide à la mutualisation (panier de bien = panier CMUC)
89	Bénéficiaire de la CMU complémentaire (en cours), quel que soit le gestionnaire

« Séjour facturable à l'assurance maladie »

0 : RAS

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

Code	Libellé
0	Non
1	Oui
2	En attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
3	En attente de décision sur les droits du patient

« Facturation du 18 euro »

0 : RAS

1 : Valeur non autorisée (0 : Non, 1 : Oui)

« Nombre de venues de la facture »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du ticket modérateur »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du forfait journalier »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant lié à la majoration au parcours de soin »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant base remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Taux de remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

Note :

Le cahier des charges « norme B2 juin 2005 » peut être téléchargé sur le site www.ameli.fr dans la section « Documentation technique ».

« Motif de la non facturation à l'assurance maladie »

0 : RAS

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

Cette variable permet de préciser la variable « Séjour facturable à l'assurance maladie » lorsqu'elle vaut 0 (séjour non facturable à l'assurance maladie). Elle doit être renseignée avec le caractère « espace » lorsque « Séjour facturable à l'assurance maladie » est différent de 0. Sinon, les valeurs autorisées sont listées dans le tableau ci-dessous :

Code	Libellé
1	Patient en AME
2	Patient sous convention internationale
3	Patient payant
4	Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du CASF)
9	Autres situations

7.18 Formats des fichiers supplémentaires (en sortie d'AGRAF)

7.18.1 Médicament (*.med) : médicaments de la liste en sus

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	correspond soit au FINESS PMSI (version 2016, soit FINESS géographique en mode dégradé) cf notice technique FICHCOMP version dégradée (lien: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3057/notice_technique_atih_ndeg_cim-mf-902-2-2017_notice_pmsi_rectificative.pdf)
Type de prestation	2	19	20	06
Année période de transmission	4	21	24	AAAA
Mois période de transmission	2	25	26	MM
Numéro séquentiel de séjour	10	27	36	
Filler	8	37	44	
Nombre de séjours impliqués	6	45	50	
Code UCD	13	51	63	
Nombre administré (éventuellement fractionnaire)	10	64	73	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	74	83	7+3
Mois de la date d'administration	2	84	85	MM
Année de la date d'administration	4	86	89	AAAA
Délai à la date d'entrée du séjour	4	90	93	date d'administration - date d'entrée du séjour
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	94	94	
Top transcodage UCD13 auto	1	95	95	1 : oui (si ES a renseigné code UCD 7 caractères) 2 : non
Code indication des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus	7	96	102	Obligatoire au 1er septembre (code_LES sur https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus)
Filler	18	103	120	

7.18.2 Médicaments anti-cancéreux intra GHS (*.medacan)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	correspond soit au FINESS PMSI (version 2016, soit FINESS géographique en mode dégradé)cf notice technique FICHCOMP version dégradée (lien: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3057/notice_technique_atih_nddeg_cim-mf-902-2-2017_notice_pmsi_rectificative.pdf)
Type de prestation	2	19	20	14
Année période de transmission	4	21	24	AAAA
Mois période de transmission	2	25	26	MM
Numéro séquentiel de séjour	10	27	36	
Filler	8	37	44	
Nombre de séjours impliqués	6	45	50	
Code UCD	13	51	63	
Nombre administré (éventuellement fractionnaire)	10	64	73	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	74	83	7+3
Mois de la date d'administration	2	84	85	MM
Année de la date d'administration	4	86	89	AAAA
Délai à la date d'entrée du séjour	4	90	93	date de dispensation - date d'entree du séjour
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	94	94	
Top transcodage UCD13 auto	1	95	95	1 : oui (si ES a renseigné code UCD 7 caractères) 2 : non
Code indication des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments anticancéreux	7	96	102	
Filler	18	103	120	

7.18.3 Fichier Patient MRC (*.n99041.datexp)

Libellé	Nom variable	Commentaire
Index de liaison	index_liaison	supprimé après transmission sur ePMSI
Numéro FINESS e-PMSI	finess_pmsi	
Numéro enquête expérimentale	id_exp	N9904
Numéro de fichier	id_ord	1
Année période de transmission	annee_periode	AAAA

Mois période de transmission	mois_periode	MM
Filler	ipp	Correspond à la variable Numéro d'identification permanent du patient anonymisé mise à blanc (tvi_ipp)
Numéro FINESS géographique	finess_geo	
Numéro FINESS juridique	finess_jur	
Age en années	age_annee	différence en années entre date de naissance et 1er janvier de l'année de transmission (égale à XXX si la date de naissance est au mauvais format)
Sexe	sex	(1) Masculin (2) Féminin
Mois année de début de la prise en charge dans le parcours	moisannee_debut	MMAAAA, égal à XXXXXX si date au mauvais format
Mois année de fin la prise en charge dans le parcours	moisannee_fin	MMAAAA, égal à XXXXXX si date au mauvais format
Mode de sortie du patient du parcours	mode_sortie	(1) Suppléance - hémodialyse ;(2) Suppléance - dialyse péritonéale ;(3) Suppléance - transplantation;(4) Adressage équipe spécialisée soins palliatifs;(7) Décès ;(8) Perdu de vue ;(9) Autre.
Patient bénéficiant de la CMU-c ou de l'ACS, puis de la "Complémentaire santé solidaire"	assu_sant	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Hypertension artérielle	patho_hta	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Néphropathie diabétique	patho_diab	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Glomérulonéphrite primitive	patho_glom	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Polykystose	patho_kyst	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Pyélonéphrite	patho_pyelo	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Vasculaire	patho_vasc	(0) NON (1) OUI
Etiologie de la pathologie rénale : Inconnue	patho_inco	(0) NON (1) OUI
Stade de la MRC au 1er semestre	stade_mrc_s1	(4) Stade 4 de la maladie; (5) Stade 5 de la maladie
DFG au 1er semestre	dfg_s1	(0) ≥30 ml/min; (1) [25 ; 30[ml/min ; (2) [20 ; 25[ml/min ; (3) [15 ; 20[ml/min; (4) [10 ; 15[ml/min ; (5) [5 ; 10[ml/min ; (6) [0 ; 5[ml/min.
Mois année DFG au 1er semestre	moisannee_dfg_s1	MMAAAA, égal à XXXXXX si date au mauvais format
Test protéinurie des 24h au 1er semestre	prot_u_s1	(1) <0,5 g/24h; (2) [0,5; 1[g/24h; (3) [1; 3[g/24h; (4) ≥ 3 g/24h.
Test spot au 1er semestre	spot_u_s1	(1) <20mg /mmol (2) [20 ; 30[mg/mmol (3) [30 ; 3500[mg/mmol (4) ≥3500 mg/mmol
Stade de la MRC au 2e Semestre	stade_mrc_s2	(4) Stade 4 de la maladie; (5) Stade 5 de la maladie
DFG au 2e semestre	dfg_s2	(0) ≥30 ml/min; (1) [25 ; 30[ml/min ; (2) [20 ; 25[ml/min ; (3) [15 ; 20[ml/min; (4) [10 ; 15[ml/min ; (5) [5 ; 10[ml/min ; (6) [0 ; 5[ml/min.
mois année DFG au 2e semestre	moisannee_dfg_s2	MMAAAA, égal à XXXXXX si date au mauvais format
Test protéinurie des 24h au 2e semestre	prot_u_s2	(1) <0,5 g/24h; (2) [0,5; 1[g/24h; (3) [1; 3[g/24h; (4) ≥ 3 g/24h.

Test spot au 2e semestre	spot_u_s2	(1) <20mg /mmol (2) [20 ; 30[mg/mmol (3) [30 ; 3500[mg/mmol (4) ≥3500 mg/mmol
Présence d'au moins une complication ou comorbidité	com_pres	(0) NON (1) OUI
Diabète	com_diab	(0) NON (1) OUI
Tabac	com_tab	(0) NON (1) OUI
Insuffisance respiratoire chronique ou BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)	com_resp	(0) NON (1) OUI
Syndrome d'apnée du sommeil	com_sas	(0) NON (1) OUI
Oxygénothérapie ou assistance ventilatoire à domicile	com_o2	(0) NON (1) OUI
Insuffisance cardiaque	com_card	(0) NON (1) OUI
Insuffisance coronarienne	com_coro	(0) NON (1) OUI
Infarctus du myocarde	com_idm	(0) NON (1) OUI
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	com_ryth	(0) NON (1) OUI
Anévrisme de l'aorte abdominale	com_aa	(0) NON (1) OUI
Artérite des membres inférieurs	com_aomi	(0) NON (1) OUI
Accident vasculaire cérébral (AVC)	com_avc	(0) NON (1) OUI
Accident ischémique transitoire (AIT)	com_ait	(0) NON (1) OUI
Cancer ou hémopathie évolutif	com_canc	(0) NON (1) OUI
AgHBS positif	com_hb	(0) NON (1) OUI
PCR VHC positif	com_hc	(0) NON (1) OUI
Cirrhose	com_cirr	(0) NON (1) OUI
Séropositivité HIV (hors SIDA)	com_hiv	(0) NON (1) OUI
SIDA	com_sida	(0) NON (1) OUI
Autres	com_autr	Codes CIM-10 des diagnostics, avec extensions, sans point, séparés par des pipes (|)
Mobilité selon la classification ABM	mob_abm	(1) Incapacité totale à marcher (2) Aide d'une tierce personne requise pour les déplacements (3) Marche autonome (même assistée d'une canne ou d'un déambulateur)
Nombre de consultations de néphrologue	cs_nephro	
Nombre de séances avec un diététicien	cs_diet	
Nombre de séances avec un IDE pour l'accompagnement du patient à la gestion de sa pathologie	cs_ide	
Nombre d'entretiens avec une assistance sociale	cs_so	
Nombre de séances avec un psychologue	cs_psy	

7.18.4 Fichier Médicaments anti-cancéreux (medacan) (*.n99061.datexp)

Libellé	Nom variable	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	finess_pmsi	
Numéro enquête expérimentale	id_exp	N9906
Numéro de fichier	id_ord	1
Année période de transmission	annee_periode	AAAA
Mois période de transmission	mois_periode	MM
Numéro d'identification permanent du patient anonymisé	ipp	IPP anonymisé sur 44 caractères (tvi_ipp)
Identifiant national de santé anonymisé	ins	INS anonymisé sur 64 car (tvi_ins)
Date de début du traitement	date_debtrait	JJMMAAAA
Date de transmission	date_remont	JJMMAAAA
Code UCD	UCD	13 caractères à renseigner

Poids entrée au début du traitement	poids_debtrait	en kilogrammes
Taille	taille	en centimètres
Si I999999 : Discussion en RCP	discussion_rcp	0 (non) ou 1 (oui)
Si I999999 : Niveau de RCP	niveau_rcp	0 : pas de RCP 1 : RCP établissement ou premier niveau 2 : RCP de recours/spécialisée/second niveau NC
Si I999999 : Information du patient	info_patient	0 (non) ou 1 (oui)
Si I999999 : Indication	ind	Code CIM-10 à de 3 à 6 caractères sans point après le 3e caractère
Si I999999 : tumeur solide	tumsolide_loc	Code CIM-10 à de 3 à 6 caractères sans point après le 3e caractère
Si I999999 : tumeur solide	tumsolide_stade	1 Stade in situ 2 Stade localement avancé 3 Stade métastatique NC
Stade TNM	stade_tnm	Chaîne de caractère codée sur 3 caractères Tumeur primitive - Tx (1XX) - T0 (2XX) - T1 (3XX) - T2 (4XX) - T3 (5XX) - T4 (6XX) - NC ((0XX) Envahissement ganglionnaire ou tissus proches de la tumeur primitive - Nx (X1X) - N0 (X2X) - N1(X3X) - N2(X4X) - N3(X5X) - NC (X0X) Métastase à distance - Mx (XX1) - M0 (XX2) - M1 (XX3) - NC(XX0)
Ligne	ligne	1 2 3 (signifie 3 ou plus) NC
Métastase	metastase	Code CIM-10 à de 3 à 6 caractères sans point après le 3e caractère
Situation de traitement	situation_trait	1 néo-adjuvant 2 adjuvant 3 palliatif NC
Phase de traitement, s'il s'agit d'une tumeur	phase_trait_tum	1 induction 2 consolidation 3 intensification 4 maintenance 5 chimiothérapie palliative NC

Statut mutationnel Pour les cancers du sein et du poumon	statut_mutationnel	Chaines de caractères séparée par des barres verticales " " | " BRAC1 ; BRAC2 ; PI3K ; MAP2K1 ; AKT1 ; MET ; BRAF ; HER2 ; EML4-ALK ; EGFR ; 1KRAS ; Absence de mutation NC
Statut hormonal Pour les cancers du sein	statut_hormonal	Chaîne de caractère séparée par des barres verticales " " | " RP (+ ou -) RO (+ ou -) HER2 (1+, 2+, 3+ ou -) NC
Statut PD-L1	statut_pdL1	1 expression <=1% 2 expression]1-49%] 3 expression >= 50% NC
Rationnel modification du traitement	rationnel_modif_trait	1 progression 2 toxicité NC
Date de fin du traitement	date_fintrait	JJMMAAAA
Poids sortie en fin de traitement	poids_fintrait	en kilogrammes
Critères RECIST	crit_recist_per	1 progression tumorale (augmentation d'au moins 20% de la somme des plus grands diamètres) 2 stabilité tumorale 3 réponse partielle (diminution d'au moins 30% de la somme des plus grands diamètres) NC

Score EQ5D	score_EQ5D	Score de qualité de vie à saisir sur 5 chiffres (correspondant aux réponses graduées de 1 à 3, pour les 5 items suivants : Mobilité 1. Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied 2. J'ai des problèmes pour me déplacer à pied 3. Je suis obligé(e) de rester alité(e) Autonomie de la personne 1. Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi 2. J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) 3. Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) Activités courantes 1. Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courant (e.g. travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs) 2. J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes 3. Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes Douleurs ou gêne 1. Je n'ai ni douleurs ni gêne 2. J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) 3. J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) Anxiété ou dépression 1. Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e) 2. Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e) 3. Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)
------------	------------	---

7.18.5 Fichier d'UM (*.ium)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro de format	2	10	11	90
Année de la période de transmission	4	12	15	
Mois de la période de transmission	2	16	17	
Numéro FINESS géographique	9	18	26	
Numéro séquentiel de l'UM	4	27	30	
Type d'autorisation de l'UM	3	31	33	Pour les établissements bénéficiant d'une autorisation 62 (« Etablissement ciblé par le forfait diabète »), il faudra créer dans le fichier « IUM », une unité fictive portant le n° « \$\$\$\$ », avec un type d'autorisation égal à 62. Les consignes de remplissage des autres variables demeurent identiques.
Mode d'hospitalisation	1	34	34	H : hospitalisation complète ; P : hospitalisation partielle ; M : mixte
Date de début d'effet	8	35	42	JJMMAAAA
Nombre de lits	3	43	45	

A partir du M10 2017, le format du fichier STA passe d'un format fixe, en format variable.
(*sta)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	

Numéro séquentiel de séjour	10	10	19	
Caractère pipe "|"	1	20	20	
Filler				longueur variable
Caractère pipe "|"	1			
Signature FG	5			
Signature RSS	20			
Signature Contrôle	8			

7.18.6 Liste d'erreurs de groupage applicable à compter du 1er janvier 2009 (*.leg)

Liste d'erreurs de génération	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	
Mois période de transmission	
Année période de transmission	
Numéro séquentiel de séjour	
Nombre d'erreurs (nbERR)	
Code erreur n°1	Comprend erreurs de groupage et de cohérence des données
...	
Code erreur n° nbERR	

LES ERREURS DANS CE FICHIER LEG SONT DE TROIS TYPE :

- 1. ERREUR DE GROUPE** : l'erreur de groupage commence par la lettre G et un nombre composé de 3 chiffres, (exemple : G002, INCOMPATIBILITE SEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL)
- 2. ERREUR DE CONTROLE** : l'erreur de contrôle commence par la lettre C et un nombre composé de 3 chiffres.
- 3. ERREUR D'IMPLEMENTATION** : l'erreur d'implémentation est moins fréquents et il commence par la lettre I suivi par un nombre composé de 3 chiffres.

Contrôle des factures (*.ctl)

Libellé	Taille	Début	Fin
FINESS	9	1	9
Année période	4	10	13
N° période	2	14	15
N° index du RSA	10	16	25
N° séquentiel de facture	9	25	33
Nombre d'erreurs (NbErr)	3	34	36
Code erreur n° 1	3	37	39
...			
Code erreur n° NbErr	3		

Liste détaillée des erreurs

C010	RSS MULTIUNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT
C011	NUMÉRO DE RSS ABSENT
C013	DATE DE NAISSANCE ABSENTE
C014	DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
C015	DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
C016	CODE SEXE ABSENT
C017	CODE SEXE ERRONÉ

C019	DATE D'ENTRÉE ABSENTE
C020	DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
C021	DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
C023	RSS MULTIUNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
C024	MODE D'ENTRÉE ABSENT
C025	MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
C026	MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
C027	RSS MULTIUNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE
C028	DATE DE SORTIE ABSENTE
C029	DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
C030	DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
C032	RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE DATE D'ENTRÉE
C033	MODE DE SORTIE ABSENT
C034	MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
C035	MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
C036	NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
C037	RSS MULTIUNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
C039	DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE
C040	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
C041	CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C042	CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C043	CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CCAM
C045	RSS MULTIUNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
C046	RSS MULTIUNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
C049	RSS MULTIUNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER
C050	DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION INTERÉTABLISSEMENT
C051	CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C052	NOMBRE DE RÉALISATIONS D'ACTES NON NUMÉRIQUE, OU ERRONÉ
C053	PROVENANCE ABSENTE
C054	DESTINATION ABSENTE
C055	NOMBRE DE DA OU DE DAD ABSENT
C056	NOMBRE DE DA OU DE DAD NON NUMÉRIQUE
C057	NOMBRE DE ZONES D'ACTES ABSENT
C058	NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE
C059	FORMAT DE RUM INCONNU
C062	UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE
C064	DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE
C065	DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE
C066	NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMBLABLE
C067	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
C068	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
C070	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
C071	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM

C076	NUMÉRO FINESS DE FORMAT INCORRECT
C077	DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE
C073	ACTE N'AYANT JAMAIS EXISTE DANS LA CCAM
C078	DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM
C079	DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM
C080	CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ
C081	CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE
C082	POIDS D'ENTREE NON NUMÉRIQUE
C083	ZONE RÉSERVÉE NON VIDE
C084	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE CAR RARE
C085	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
C086	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
C087	DIAGNOSTIC PRINCIPAL IMPRECIS
C088	CODES Z A ÉVITER EN DP CAR N'EST HABITUELLEMENT PAS UN MOTIF D'HOSPITALISATION
C090	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
C091	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
C092	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
C093	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ IMPRECIS
C094	DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
C095	DIAGNOSTIC RELIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
C096	DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
C097	DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
C098	DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
C099	DIAGNOSTIC RELIÉ IMPRECIS
C100	TYPE D'AUTORISATION D'UNITE MEDICALE NON ACCEPTEE
C101	TYPE D'AUTORISATION DE LIT DEDIE NON ACCEPTE
C102	DATE DE REALISATION DE L'ACTE CCAM INCOHERENTE
C103	CODE D'ACTIVITE D'UN ACTE CCAM NON RENSEIGNEE OU VALEUR ERRONEE
C110	ACTIVITE 4 INEXISTANTE POUR UN ACTE CCAM
C111	CODE D'ACTIVITE AUTRE QUE 4 INEXISTANT POUR UN ACTE CCAM
C112	GESTE COMPLEMENTAIRE SANS ACTE PRINCIPAL
C113	CODE INTERDIT EN DP CAR TRES IMPRECIS
C114	CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)
C115	CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
C116	CODE INTERDIT EN DR CAR TRES IMPRECIS
C117	CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)
C118	CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
C119	CODE INTERDIT EN DA PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
C120	CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE MAIS ABSENTE
C121	CODE DE CONFIRMATION DU RSS INCORRECT
C122	CODE DE TYPE DE MACHINE DE RADIOTHÉRAPIE INCORRECT
C123	CODE DE DOSIMÉTRIE INCORRECT
C124	CONFIRMATION DU RSS NON NECESSAIRE ET PRESENTE

- C125 AGE GESTATIONNEL NON NUMERIQUE
- C126 AGE GESTATIONNEL REQUIS ABSENT
- C127 AGE GESTATIONNEL INCOHERENT
- C128 POIDS D'ENTREE SUR UN OU DEUX CARACTERES NON AUTORISE
- C129 AGE GESTATIONNEL INCOHERENT PAR RAPPORT AU POIDS D'ENTREE
- C130 DP EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
- C131 DR EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
- C132 DA EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
(Note : Pour les contrôles C130 à C132, si l'âge est ≤ 10 ans, alors l'erreur sera générée.)
- C133 DP EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
- C134 DR EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
- C135 DA EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
(Note : Pour les contrôles C133 à C135, si l'âge est ≥ 2 ans, alors l'erreur sera générée.)
- C142 DATE DE REALISATION DE L'ACTE D'ACCOUCHEMENT NON RENSEIGNEE OU INCOHERENTE
- C143 MODE DE SORTIE INCOHERENT PAR RAPPORT AU DP
- C145 NOMBRE DE SEANCES A ZERO AVEC DP MOTIF DE SEANCES
- C146 NOMBRE DE SEANCES INCOHERENT PAR RAPPORT A LA DUREE DE SEJOUR
- C147 DONNEES INCOMPATIBLES AVEC LE DP P95
- C148 ACTE INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
- C149 ACTE INCOMPATIBLE AVEC L' AGE INDIQUÉ
- C150 DP DE SEANCES NON AUTORISE DANS UN RSS MULTIUNITÉ
- C160 DATE DES DERNIERES REGLES NON NUMERIQUE
- C161 DATE DES DERNIERES REGLES INCOHERENTE
- C162 DATE DES DERNIERES REGLES REQUISE ABSENTE
- C163 DATE DES DERNIERES REGLES INCONSTANTE
- C164 DATE DES DERNIERES REGLES INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
- C165 DATE DES DERNIERES REGLES POSTERIEURE A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR
- C166 DATE DES DERNIERES REGLES TROP ANCIENNE PAR RAPPORT A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR
- C167 ACTIVITE 1 OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE
- C168 POIDS D'ENTREE REQUIS PAR RAPPORT A L'AGE
- C169 IGS NON NUMÉRIQUE
- C170 EXTENSION DOCUMENTAIRE OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE
(Note : En 2013, seule l'extension documentaire des actes CCAM d'anesthésie (type d'activité = '4') est obligatoire)
- C173 EXTENSION DOCUMENTAIRE D'UN ACTE CCAM ERRONEE
- C174 AGE GESTATIONNEL INCOHÉRENT PAR RAPPORT À LA PRÉSENCE D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT
- C180 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT
- C181 DIAGNOSTIC RELIÉ : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT
- C182 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT
- C223 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE
- G002 INCOMPATIBILITE SEXE DIAGNOSTIC PRINCIPAL
- G003 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT
- G004 TABLES ENDOMMAGÉES OU ERREUR DANS LE PARCOURS DE L'ARBRE
- G005 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM

G006	NOMBRE DE SEANCES STRICTEMENT SUPERIEUR A ZERO ET DP N'EST PAS UN MOTIF DE SEANCES
G007	POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ
G080	SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
G200	ERREUR TABLES : ACTE NON TROUVÉ
G201	ERREUR TABLES : DIAGNOSTIC NON AFFECTÉ À UNE RACINE MÉDICALE
G202	ERREUR TABLES : AUTRE
G203	DIALYSE PÉRITONÉALE AVEC UNE DURÉE DE SÉJOUR DE 0 JOUR
G204	DP D'ACCOUCHEMENT HORS D'UN ÉTABLISSEMENT INCOMPATIBLE AVEC MENTION D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT
G205	DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT SANS ACTE D'ACCOUCHEMENT
G206	ACTE D'ACCOUCHEMENT SANS DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT
G207	ACTE D'AVORTEMENT SANS DIAGNOSTIC EN RAPPORT
G208	DIAGNOSTIC D'ENTRÉE D'ANTE PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT LE POST PARTUM
G209	DIAGNOSTIC D'ENTRÉE DU POST PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT L'ANTE PARTUM
G210	AUCUN DES DIAGNOSTICS NE PERMET DE GROUPE
G211	DP DE LA PÉRIODE PÉRINATALE, INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE OU LE MODE D'ENTRÉE
G212	DP DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION AVEC UN NOMBRE DE SÉANCE À 0
G213	INCOMPATIBILITÉ POIDS À L'ENTRÉE DANS L'UNITÉ MÉDICALE ET ÂGE GESTATIONNEL
G214	MANQUE ACTE DE DIALYSE OU EXTENSIONS DES CODES DIAGNOSTICS
G215	MANQUE ACTE DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION
G216	MANQUE ACTE D'IRRADIATION
G222	SÉJOUR AVEC ACTE OPÉRATOIRE NON MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
I004	TABLES ENDOMMAGÉES
I008	CORRUPTION D'UNE TABLE
I009	TABLE INTROUVABLE
I500	FICHER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES NON TROUVÉ
I501	FICHER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES CORROMPU
I502	DATE DE SORTIE DU RSS NON GÉRÉE PAR LES TABLES BINAIRES
PI01	Un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour
PG01	Un même code PO (prélèvement d'organe) est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour
PG02	Un code PO de la liste PO1, PO2, PO3, PO4 n'est pas associé à un code PO de la liste PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA
PG03	Un code PO de la liste PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA n'est pas associé à un code PO de la liste PO1, PO2, PO3, PO4
PG04	Un code PO de la liste PO1, PO2, PO3 est déclaré alors que la fonction groupage n'en trouve pas.
PG05	Pas de PO déclaré alors que la fonction groupage en trouve
PI01	Un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour

7.18.7 Liste détaillée des codes erreurs de contrôles

Ces codes commencent par la lettre C dans le fichier LEG.

010 : RSS multi-unité avec numéro de RSS inconstant

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : le tableau de RUM passé à la FG 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.

011 : Numéro de RSS absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le numéro de RSS est à blanc.

013 : Date de naissance absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de naissance à blanc.

014 : Date de naissance non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date de naissance comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

015 : Date de naissance improbable par rapport à l'année d'entrée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG 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.

016 : Code sexe absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone sexe est à blanc.

017 : Code sexe erroné

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone sexe contient une valeur différente de 1 (masculin) ou 2 (féminin).

019 : Date d'entrée absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est à blanc.

020 : Date d'entrée non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

021 : Date d'entrée incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date d'entrée non interprétable, comme 12001994 (mois=00).

023 : RSS multi-unité : chaînage date d'entrée - date de sortie

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG 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

024 : Mode d'entrée absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone mode d'entrée est à blanc.

025 : Mode d'entrée erroné, ou provenance erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel la combinaison mode d'entrée-provenance n'est pas désignée par « Ok » dans le tableau ci-dessous.

026 : Mode d'entrée incorrect ou provenance incorrecte pour commencer un RSS

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG 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.

Mode d'entrée	Provenance	Contrôle 25	Contrôle 26 1 ^{er} RUM	Contrôle 27 RUM de suite
8	Espace	Ok	Ok	Erreur

8	5	Ok	Ok	Erreur
8	7	Ok	Ok	Erreur
8	Autre	Erreur	Erreur	Erreur
7	6	Ok	Ok	Erreur
7	4	Ok	Ok	Erreur
7	3	Ok	Ok	Erreur
7	2	Ok	Ok	Erreur
7	1	Ok	Ok	Erreur
7	R	Ok	Ok	Erreur
7	Autre	Erreur		
6	6	Ok	Ok	Erreur
6	4	Ok	Ok	Erreur
6	3	Ok	Ok	Erreur
6	2	Ok	Ok	Erreur
6	1	Ok	Erreur	Ok
6	Autre	Erreur		
0	4	Ok	Ok *	Ok *
0	3	Ok	Ok *	Ok *
0	2	Ok	Ok *	Ok *
0	1	Ok	Ok*	Ok*
0	R	Ok	Ok*	Ok*
0	Autre	Erreur		
Autre combinaison		Erreur		

L'astérisque dans ce tableau signale les cas où 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).

027 : RSS multi-unité : mode d'entrée incorrect ou provenance incorrecte sur un RUM de suite

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : La FG 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.

028 : Date de sortie absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone date de sortie est à blanc.

029 : Date de sortie non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date de sortie comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

030 : Date de sortie incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de sortie non interprétable, comme par exemple 30021994 (**30 février**).

032 : RUM avec incohérence entre date de sortie et date d'entrée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est postérieure à la date de sortie.

033 : Mode de sortie absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone mode de sortie est à blanc.

034 : Mode de sortie erroné, ou destination erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel la combinaison mode de sortie-destination n'est pas désignée par « Ok » dans le tableau ci-dessous.

035 : Mode de sortie incorrect ou destination incorrecte pour clore un RSS

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG 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.

036 : Nombre de séances non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le nombre de séances comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

Mode de sortie	Destination	Contrôle 34	Contrôle 35 RUM final	Contrôle 49 RUM non-final
9	Autre	Erreur		
9	Espace	Ok	Ok	Erreur
8	Espace	Ok	Ok	Erreur
8	7	Ok	Ok	Erreur
8	Autre	Erreur	Erreur	Erreur
7	6	Ok	Ok	Erreur
7	4	Ok	Ok	Erreur
7	3	Ok	Ok	Erreur
7	2	Ok	Ok	Erreur
7	1	Ok	Ok	Erreur

7	Autre	Erreur		
6	6	Ok	Ok	Erreur
6	4	Ok	Ok	Erreur
6	3	Ok	Ok	Erreur
6	2	Ok	Ok	Erreur
6	1	Ok	Erreur	Ok
6	Autre	Erreur		
0	4	Ok	Ok *	Ok *
0	3	Ok	Ok *	Ok *
0	2	Ok	Ok *	Ok *
0	1	Ok	Ok *	Ok *
0	Autre	Erreur		
Autre combinaison		Erreur		

L'astérisque dans ce tableau signale les cas où 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).

037 : RSS multi-unité : présence de séances sur un des RUM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM qui comporte une valeur non nulle de séance alors qu'il est compris dans un RSS multi-unité.

039 : Date de naissance incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de naissance non interprétable, comme par exemple 34011950 (**34** janvier).

040 : Diagnostic principal absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel la zone diagnostic principal est à blanc.

041 : Code de diagnostic principal ne respectant pas le format de la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG 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).

042 : Code de diagnostic associé ne respectant pas le format de la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format de variables du RUM

Description : la FG 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).

043 : Code d'acte ne respectant pas le format de la CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format de variables du RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'un des actes est à blanc ou ne respecte pas le format d'acte CCAM.

045 : RSS multi-unité : date de naissance inconstante

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : 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.

046 : RSS multi-unité : code sexe inconstant

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : 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.

049 : RSS multi-unité : mode de sortie incorrect ou destination incorrecte pour un RUM autre que le dernier

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : la FG 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 n°34 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.

050 : Délai de séjour incompatible avec le principe administratif de la prestation inter-établissement

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : 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.

051 : Code de diagnostic relié ne respectant pas le format de la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG 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).

052 : Nombre de réalisations d'actes non numérique ou erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format et plages de valeur de variables dans un RUM

Description : la FG 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.

053 : Provenance absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence conditionnelle d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone provenance est à blanc alors que le mode d'entrée est 6 (mutation) ou 7 (transfert).

054 : Destination absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence conditionnelle d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone destination est à blanc alors que le mode de sortie est 6 (mutation) ou 7 (transfert).

055 : Nombre de diagnostics associés ou de données associées documentaires absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone nombre de DA ou nombre de DAD est à blanc.

056 : Nombre de diagnostics associés ou de données associées documentaires non numérique ou excessif

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format et plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG 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.

057 : Nombre d'actes absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel le champ nombre de zones d'actes est à blanc.

058 : Nombre d'actes non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel le champ nombre de zones d'actes comporte des caractères autres que des chiffres.

059 : Format de RUM inconnu

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format général du RUM

Description : la FG 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).

062 : Unité médicale non renseignée

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone unité médicale est à blanc.

064 : Date système antérieure à la date d'entrée

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

065 : Date système antérieure à la date de sortie

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

066 : Nombre de séances : valeur invraisemblable

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le nombre de séances est négatif ou strictement supérieur à 31. Dans le premier cas, la FG considère que le nombre de séances est 0.

067 : Diagnostic principal : n'a jamais existé dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic principal n'existe pas dans la CIM-10.

068 : Diagnostic principal : n'existe plus dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

070 : Diagnostic associé : n'a jamais existé dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont un ou plusieurs codes de diagnostics associés n'existent pas dans la CIM.

071 : Diagnostic associé : n'existe plus dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont un ou plusieurs codes de diagnostics associés n'existent plus dans la CIM.

073 : Acte n'ayant jamais existé dans la CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG 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.

076 : Numéro FINESS de format incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le numéro FINESS comporte des caractères autres que des chiffres (à l'exception de la Corse).

077 : Date d'entrée improbable car trop ancienne

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la date d'entrée est antérieure au 1^{er} janvier 1984. Pour les besoins du groupage elle est cependant conservée telle quelle.

078 : Date d'entrée du RUM incompatible avec l'utilisation d'un acte CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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).

079 : Date de sortie du RUM incompatible avec l'utilisation d'un acte CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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).

080 : Code postal non renseigné

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : présence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone code postal comporte moins de 5 digits, une fois éliminés les blancs extrêmes. Cette erreur n'a pas d'influence sur le groupage proprement dit, mais interdit la réalisation correcte du RSA par GENRSA.

081 : Code postal non numérique

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone code postal comporte des caractères autres que des chiffres. Cette erreur interdit la réalisation correcte du RSA par GENRSA.

082 : Poids d'entrée non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

083 : Zone réservée non vide

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une zone du RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone réservée n'a pas été laissée à blanc.

084 : Diagnostic principal : invraisemblable car rare

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic principal invraisemblable en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

085 : Diagnostic principal : invraisemblable en raison de l'âge

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance conditionnelle d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic principal invraisemblable en raison de l'âge, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic). Ce dernier est calculé comme indiqué dans le test n°3 de l'arbre de décision.

086 : Diagnostic principal incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le diagnostic principal n'est pas compatible avec le sexe mentionné, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

087 : Diagnostic principal imprécis

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le diagnostic principal est imprécis, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

088 : Codes Z à éviter en DP car n'est habituellement pas un motif d'hospitalisation

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable du RUM

Description : la FG signale un RUM dont le diagnostic principal débute par la lettre « Z » et dont l'utilisation en DP n'est pas vraisemblable, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

090 : Diagnostic associé invraisemblable car rare

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic associé invraisemblable compte tenu de sa rareté, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

091 : Diagnostic associé invraisemblable en raison de l'âge

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance conditionnelle d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic associé invraisemblable en raison de l'âge (calculé comme indiqué dans le test n°3 de l'arbre de décision), en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

092 : Diagnostic associé incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont un diagnostic associé n'est pas compatible avec le sexe mentionné, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

093 : Diagnostic associé imprécis**Code Retour possible :** non**Portée du contrôle :** compatibilité de deux variables d'un RUM**Description :** la FG signale un RUM dont un diagnostic associé est imprécis en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).**094 : Diagnostic relié : n'a jamais existé dans la CIM****Groupe :** 90Z00Z**Portée du contrôle :** plage de valeurs d'une variable d'un RUM**Description :** la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic relié n'existe pas dans la CIM-10.**095 : Diagnostic relié : n'existe plus dans la CIM****Groupe :** 90Z00Z**Portée du contrôle :** plage de valeurs d'une variable d'un RUM**Description :** la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic relié a été supprimé de la CIM-10.**096 : Diagnostic relié invraisemblable car rare****Code Retour possible :** non**Portée du contrôle :** vraisemblance d'une variable d'un RUM**Description :** la FG signale un RUM comportant un diagnostic relié invraisemblable compte tenu de sa rareté, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).**097 : Diagnostic relié invraisemblable en raison de l'âge****Code Retour possible :** non**Portée du contrôle :** vraisemblance conditionnelle d'une variable d'un RUM**Description :** la FG signale un RUM comportant un diagnostic relié invraisemblable en raison de l'âge (calculé comme indiqué dans le test n°3 de l'arbre de décision), en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).**098 : Diagnostic relié incompatible avec le sexe indiqué****Code Retour possible :** non**Portée du contrôle :** compatibilité de deux variables d'un RUM**Description :** la FG signale un RUM dont un diagnostic relié n'est pas compatible avec le sexe mentionné, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).**099 : Diagnostic relié imprécis****Code Retour possible :** non**Portée du contrôle :** compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont un diagnostic relié est imprécis en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

100 : Type d'autorisation d'unité médicale non accepté

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable concernant les autorisations d'UM

Description : la FG 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 FG 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.

101 : Type d'autorisation de lit dédié non accepté

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le type d'autorisation de lit dédié est renseigné mais n'est pas autorisé.

102 : Date de réalisation de l'acte CCAM incohérente

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format ou plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

103 : Code d'activité d'un acte CCAM non renseigné ou valeur erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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).

110 : Activité 4 inexistante pour un acte CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

111 : Code d'activité autre que 4 inexistante pour un acte CCAM

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

112 : Geste complémentaire sans acte principal

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM ayant un geste complémentaire codé sans l'acte principal associé.

113 : Code interdit en DP car très imprécis

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

114 : Code interdit en DP parce qu'il s'agit d'une cause externe de morbidité (V, W, X, Y)

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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).

115 : Code interdit en DP parce qu'il s'agit d'une catégorie non vide ou d'un code père interdit

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : 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.

116 : Code interdit en DR car très imprécis

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

117 : Code interdit en DR parce qu'il s'agit d'une cause externe de morbidité (V, W, X, Y)

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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).

118 : Code interdit en DR parce qu'il s'agit d'une catégorie non vide ou d'un code père interdit

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : 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.

119 : Code interdit en DA parce qu'il s'agit d'une catégorie non vide ou d'un code père interdit

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : 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.

120 : Confirmation du RSS nécessaire mais absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : 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
23Z02

121 : Code de confirmation du RSS incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le code de confirmation du codage du RSS est différent de blanc, 1 et 2.

122 : Code de type de machine de radiothérapie incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le code de type de machine de radiothérapie est différent de blanc, 1, 2, 3 et 4.

123 : Code de dosimétrie incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le code de dosimétrie est différent de blanc, 1, 2, 3 et 4.

124 : Confirmation du RSS non nécessaire et présente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : 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.

125 : Age gestationnel non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone age gestationnel n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres.

126 : Age gestationnel requis absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS dont l'age 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 1^{er} RUM est égale à la date de naissance

présence d'au moins un acte d'accouchement ou d'un DA commençant par Z37

127 : Age gestationnel incohérent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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'age 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

128 : Poids d'entrée sur un ou deux caractères non autorisé

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

129 : Age gestationnel incohérent par rapport au poids d'entrée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG 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

130 : Diagnostic principal en O ou Z37 non autorisé par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP en O ou commençant par Z37 alors que l'age est <= 10 ans.

131 : Diagnostic relié en O ou Z37 non autorise par rapport à l'age

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DR en O ou commençant par Z37 alors que l'age est <= 10 ans.

132 : Diagnostic associé en O ou Z37 non autorise par rapport à l'age

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec au moins un DA en O ou commençant par Z37 alors que l'age est <= 10 ans.

133 : Diagnostic principal en P ou Z38 non autorise par rapport à l'age

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP en P ou commençant par Z38 alors que l'age est >=2 ans.

134 : Diagnostic relié en P ou Z38 non autorise par rapport à l'age

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DR en P ou commençant par Z38 alors que l'âge est >=2 ans.

135 : Diagnostic associé en P ou Z38 non autorise par rapport à l'age

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec au moins un DA en P ou commençant par Z38 alors que l'age est >= 2 ans.

142 : Date de réalisation de l'acte d'accouchement non renseignée ou incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format ou plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

143 : Mode de sortie incohérent par rapport au DP

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP commençant par P95 alors que le mode de sortie est différent de 9

145 : Nombre de séances a zéro avec DP motif de séances

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG 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.

146 : Nombre de séances a zéro avec DP motif de séances

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG 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

147 : Données incompatibles avec le DP P95

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG 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.

148 : Acte incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RUM ayant au moins un acte réservé aux patients dont le sexe est l'opposé de celui indiqué dans le RUM.

149 : Acte incompatible avec l'âge indiqué

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG 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.

150 : Diagnostic principal de séances non autorisé dans un RSS multi-unité**Groupe** : 90Z00Z**Portée du contrôle** : séquençement des RUM**Description** : la FG considère comme erroné un RSS multi-unité groupé en séances (CMD 28).**160 : Date des dernières règles non numérique****Groupe** : 90Z00Z**Portée du contrôle** : format d'une variable dans un RUM**Description** : la FG considère comme erroné un RUM dont la date des dernières règles comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.**161 : Date des dernières règles incohérente****Groupe** : 90Z00Z**Portée du contrôle** : plage de valeurs d'une variable dans un RUM**Description** : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date des dernières règles non interprétable, comme par exemple 34012010 (34 janvier).**162 : Date des dernières règles requise absente****Groupe** : 90Z00Z**Portée du contrôle** : valeur d'une variable d'un RUM**Description** : la FG 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**163 : Date des dernières règles inconstante****Groupe** : 90Z00Z**Portée du contrôle** : séquençement des RUM**Description** : la FG considère comme erroné un RSS dont la date des dernières règles est renseignée plusieurs fois dans le RSS avec une valeur différente.**164 : Date des dernières règles incompatible avec le sexe indiqué****Code Retour possible** : non**Portée du contrôle** : incompatibilité de deux variables dans un RUM**Description** : la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est renseignée alors que le sexe indiqué est 1 (masculin).**165 : Date des dernières règles supérieure à la date d'entrée du séjour****Code Retour possible** : non**Portée du contrôle** : incompatibilité de deux variables dans un RUM**Description** : la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est strictement supérieure à la date d'entrée du séjour.**166 : Date des dernières règles trop ancienne par rapport à la date d'entrée du séjour****Code Retour possible** : non**Portée du contrôle** : incompatibilité de deux variables dans un RUM**Description** : la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est strictement antérieure à la date d'entrée du séjour moins 305 jours (10 mois).**167 : Activité 1 obligatoire pour un acte CCAM mais absente****Groupe** : 90Z00Z**Portée du contrôle** : plage de valeurs d'une variable d'un RUM**Description** : la FG 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 où un acte a la caractéristique 42 :6 mais que l'activité déclarée n'est pas valable pour cet acte, alors la FG considère qu'il faut l'activité 1 même si il a la caractéristique 42 :6.

168 : Poids requis par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : compatibilité de 2 variables d'un RUM

Description : la FG 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.

169 : IGS non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'IGS n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres

170 : Extension documentaire obligatoire pour un acte CCAM mais absente

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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.

173 : Extension documentaire d'un acte CCAM erroné

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG 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 valeurs 'O', 'o', 'I' et 'i' ne sont pas acceptées non plus.

174 : Age gestationnel incohérent par rapport à la présence d'un acte d'accouchement

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incohérence de 2 variables d'un RSS

Description : la FG considère comme erroné un RSS contenant au moins un acte d'accouchement et dont l'âge gestationnel renseigné est strictement inférieur à 22 SA.

223 : Confirmation de codage nécessaire et présente

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : 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 FG 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

7.18.8 Liste détaillée des codes erreurs de groupage

Ces codes commencent par la lettre G dans le fichier LEG. Il s'agit des codes erreurs renvoyés lors du parcours de l'arbre de groupage.

002 : Incompatibilité sexe-diagnostic principal

Groupe : 90Z01Z

Description : 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.

003 : Diagnostic principal incohérent

Groupe : 90Z01Z

Description : 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.

004 : Tables endommagées ou erreur dans le parcours de l'arbre

Groupe : 90Z02Z

Si vous obtenez cette erreur, merci de contacter l'ATIH.

005 : Diagnostic principal : code insuffisamment précis pour la classification des GHM

Groupe : 90Z01Z

Description : Le diagnostic principal codé ne contient pas d'information suffisante pour la classification en GHM.

006 : Nombre de séances > 0 et DP n'est pas un motif de séances

Groupe : 90Z01Z

Description : Le DP n'est pas un motif de séances et le champ nombre de séances est supérieur ou égal à 1.

007 : Poids incompatible pour un nouveau-né

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

080 : Séjour avec acte opératoire mineur reclassant dans un GHM médical

Groupe : GHM médical normal de la classification

Description : 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.

200 : Erreur de Table : Acte non trouvé

Groupe : 90Z02Z

Description : les tables de la fonction groupage comportent une anomalie sur les listes d'actes. Merci de le signaler à l'ATIH.

201 : Erreur de Table : Diagnostic non affecté à une racine médicale

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

202 : Erreur de Table : Autre

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

203 : Dialyse péritonéale avec une durée de séjour de zéro jour

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

204 : DP d'accouchement hors d'un établissement incompatible avec mention d'un acte d'accouchement

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

205 : Diagnostic d'accouchement sans acte d'accouchement

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

206 : Acte d'accouchement sans diagnostic d'accouchement

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

207 : Acte d'avortement sans diagnostic en rapport

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

208 : Diagnostic d'entrée d'ante partum avec diagnostic indiquant le post partum

Groupe : 90Z02Z

Description : l'association dans le même séjour de diagnostics spécifiques de l'ante partum avec des diagnostics spécifiques du post-partum conduit en erreur.

209 : Diagnostic d'entrée du post partum avec diagnostic indiquant l'ante partum

Groupe : 90Z02Z

Description : l'association dans le même séjour de diagnostics spécifiques de l'ante partum avec des diagnostics spécifiques du post-partum conduit en erreur.

210 : Aucun des diagnostics ne permet de grouper

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

211 : DP de la période périnatale, incompatible avec l'âge ou le mode d'entrée

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

212 : DP de préparation à l'irradiation avec un nombre de séance à 0

Groupe : 90Z01Z

Description : 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.

213 : Incompatibilité poids à l'entrée dans l'unité médicale et âge gestationnel

Groupe : 90Z02Z

Description : 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.

214 : Manque acte de dialyse ou extensions des codes diagnostiques

Groupe : 90Z02Z

Description : dans les séances de dialyse ou d'entraînement à la dialyse, toute omission de l'acte ou du code étendu de la CIM-10 conduit le RSS-séance en erreur

215 : Manque acte de préparation à l'irradiation

Groupe : 90Z02Z

Description : dans le RSP, toute omission de l'acte de préparation ou de reprise de préparation conduit le séjour en erreur.

216 : Manque acte d'irradiation

Groupe : 90Z02Z

Description : dans les séances d'irradiation, toute omission d'un acte d'irradiation du chapitre 17 de la CCAM conduit le RSS-séance en erreur.

222 : Séjour avec acte opératoire non mineur reclassant dans un GHM médical

Groupe : GHM médical normal de la classification

Description : à 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.

7.18.9 Liste détaillée des codes erreurs d'implémentation

Ces codes commencent par la lettre I dans le fichier LEG.

004 : Tables endommagées

Groupe : 90Z03Z

Description : 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).

008 : Corruption d'une table

Groupe : 90Z03Z

Description : les *checksums* dont sont truffées les tables binaires permettent dès leur ouverture d'en contrôler l'intégrité. La FG12, après avoir détecté cette erreur, referme tous les fichiers de tables afin de pouvoir la détecter à nouveau au passage suivant.

009 : Table introuvable

Groupe : 90Z03Z

Description : dès sa première sollicitation, la FG 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.

500 : Fichier d'autorisations des unités médicales non trouvé

Groupe : 90Z03Z

Description : 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 (nouveau 2013, avant le nom était figé, égal à ficum.txt).

501 : Fichier d'autorisations des unités médicales corrompu

Groupe : 90Z03Z

Description : Le fichier d'autorisations des unités médicales passé en paramètre à la FG possède une signature qui garantit son intégrité. La FG vérifie cette clé préalablement à l'ouverture de ce fichier.

502 : Date de sortie du RSS non géré par les tables binaires

Groupe : 90Z03Z

Description : Chaque table binaire possède en interne différentes sous-tables. Celles effectivement utilisées par la FG 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 FG génère ce code erreur.

7.19 Rapports

Rapport général :

Désormais, il n'existera qu'un rapport et sera présenté sous la forme suivante :

Sommaire

[Compte-rendu Genrsap](#)
[Rapport de contrôles sur factures](#)
[Erreur de couplage](#)
[Rapport d'anonymisation du fichier d'information des UM](#)
[Rapport de l'importation du fichier d'information des UM](#)

FINESSE n° 000000001 Rapport d'exécution de GENRSA Version 4.3.0

1000 Enregistrements lus dans le fichier : C:\projetVS\MCO\agraf2\bin\Debug\wks\temp\rss.txt
 1000 Enregistrements au format 111 -
 1000 RSA écrits dans le fichier : C:\projetVS\MCO\agraf2\bin\Debug\rsap1.??? (V. Classif : 10)

Analyse de la conformité du groupage

dont 0 RUM (0.00%) pour 0 séjours groupés à l'identique
 0 RUM (0.00%) pour 0 séjours en CM 90

Différence entre groupage lu et groupage calculé par GENRSA

Votre groupeur	GENRSA	Nombre de RSA
GHM xxx	GHM yyy différent	0
GHM xxx	CM 90	1000
CM 90	GHM xxx	0
CM 90	CM 90, groupe différent	0
CM 90	CM 90, groupe identique	0
	code retour différent	0

[Retour au sommaire](#) [Différence de groupage](#)

***** CONTROLE DES RSF *****

DATE DE TRAITEMENT : 13/04/2007 17:25:46
 FICHIER TRAITE : C:\projetVS\MCO\agraf2\bin\Release\test AGRAF\valid\424\geo_codespays_RSf.txt

----- RSF-A -----

RSF TRAITES : 1000
 RSF EXPLOITABLES : 1000 (100 %)
 DONT :
 - SANS ERREUR : 997 (99,7 %)
 - ERREURS NON BLOQUANTES : 3 (0,3 %)
 RSF NON EXPLOITABLES (FORMAT INCORRECT) : 0 (0 %)

Terminé

Un sommaire reprendra tous les rapports (identique à l'ancien « Visualisation »).

Chaque rapport sera accompagné d'un ou plusieurs liens :

- Retour au sommaire
- Voir détails : Correspond au fichier renseignant les lignes en erreurs correspondant directement au rapport indiqué
- Un rapport d'erreur s'affiliant au contrôle

Par exemple :

Le compte-rendu de Genrsap :

[Retour au sommaire](#) [Différence de groupage](#)

Pour le rapport général des contrôle de factures le rapport sera sous la forme suivante :

*** CONTROLE DES RSF ***	
DATE DE TRAITEMENT :	Date et heure du traitement
FICHIER TRAITE :	Nom du fichier d'entrée utilisé

----- RSF-A -----	
RSF TRAITES :	XX
RSF EXPLOITABLES :	XX (XXX %)
DONT :	
- SANS ERREUR :	XX (XX %)
- ERREURS NON BLOQUANTES :	XX (XX %)
RSF NON EXPLOITABLES (FORMAT INCORRECT) :	XX (XX %)
....	

Les XX correspondront aux effectifs et chiffres réels calculés à partir du fichier de facture fourni. Le rapport comportera autant de paragraphe de que type d'enregistrement rencontré. Les RSF NON EXPLOITABLES ne sont pas transmis au niveau de la plate-forme e-PMSI.

Rapport d'erreurs (lien Détails) :

Vous trouverez ci-après le(s) format(s) des enregistrement en erreur :

Détection des N° de séjour en doublons :

AGRAF fournit, dans un fichier délimité par « ; » (exploitable dans un tableur comme Excel), les éléments suivants :

- N° de RSS indiqué « NUMRSS »
- N° administratif de séjour indiqué « NUMADMIN »

Différence de groupage

- N° de RSS (7 caractères)
- Groupage établissement N° de CMD (2 caractères)
- Groupage établissement: N° du GHM (4 caractères)
- Groupage établissement: Groupage code retour (3 caractères)
- Groupage AGRAF: N° de CMD (2 caractères)
- Groupage AGRAF: N° du GHM (4 caractères)
- Groupage AGRAF: Groupage code retour (3 caractères)

Rapport de contrôles sur factures :

La visualisation n'a pas changé mais une version plus exploitable de certains rapport d'erreurs est en cours de modification.

[Champs : NOM_DU_CHAMP_ERRONE]-> « VALEUR_CHAMPS » n'est pas conforme..

[NUMERO_DE_LIGNE_ DANS_LE_FICHIER_DE_FACTURE][LIGNE_ERRONEE]

Erreurs de couplage :

Il existe deux types d'erreurs :

« Facture sans séjour associé (erreur à corriger IMPERATIVEMENT car à l'origine des erreurs d'index signalées par e-PMSI » : Ce type d'erreur engendre des décalages au niveau du couplage entre les factures et les séjours. A partir du N° de RSS indiqué, aucun des RSFA associés ne sont transmis.

« Séjour sans facture associée » : Si AGRAF ne trouve pas de facture au séjour lu, celui-ci (le RSA ne sera pas transmis sur la plate-forme e-PMSI)

Détection des séjours non pris en compte dans la valorisation :

AGRAF fournit, dans un fichier délimité par « ; » (exploitable dans un tableur comme Excel), les éléments suivants :

- Code erreur (correspond au numéro de test)
- Numéro de séjour incriminé
- N° administratif de séjour
- GHM du séjour

Rapport d'importation des UM :

AGRAF fournit, dans un fichier délimité par « ; » (exploitable dans un tableur comme Excel), les éléments suivants :

- Code erreur
- N° de l'unité médicale
- Type d'autorisation
- Date de début d'effet
- Nombre de lits

Les codes erreurs ont les définitions suivantes :

Codes d'erreur	Contrôles
1	Le type d'autorisation fourni n'est pas conforme (erroné ou non interprétable)
2	Le nombre de lits est non conforme
3	LA date de début d'effet fournie n'est pas interprétable
4	L'unité médicale concernée possède plusieurs autorisations dont la date de début d'effet est identique
9	L'enregistrement ne possède pas la taille requise(*)

(*) Les enregistrements ayant ce type d'erreurs ne sont pas pris en compte (nombre d'enregistrements erronés) dans le rapport général. De plus, ces enregistrements ont un format spécial :

- Code erreur
- Ligne en erreur

Les autres rapports sont identiques à précédemment ou ont été allégés

7.20 Erreurs de contrôle de factures

Le rapport d'erreurs sur factures permet à l'établissement de visualiser les éventuelles erreurs de calcul ou de format présentes au niveau de leur fichier de facture.

Ce type de contrôle détecte les erreurs de calcul : notamment des calculs de base de remboursement.

Dans certains cas, elles sont informatives : par exemple un acte effectué gratuitement indiqué en erreur en tant que « ERR_VAL_MONT_REMB ». Ce n'est pas une erreur mais elle vous indique un cas particulier à vérifier (si bien acte gratuit pour cette facture).

Code	Mnémonique	Type de RSF	Variable concernée	Référence
104	ERR_FMT_DATNAISS	A	Date naissance	B2 type 2 CP
105	ERR_VAL_DATNAISS	A	Date naissance	B2 type 2 CP
106	ERR_FMT_DATENT	A	Date naissance	B2 type 2 CP
107	ERR_VAL_DATENT	A	Date d'entrée	B2 type 2 CP
108	ERR_FMT_DATSOR	A	Date de sortie	B2 type 2 CP
109	ERR_VAL_DATSOR	A	Date de sortie	B2 type 2 CP
110	ERR_AGE_ERRONE	A	Date naissance	B2 type 2 CP
127	ERR_FMT_MONT_REMB	B, C	Montant remboursable par AMO	B2 type 3 CP, 4
128	ERR_VAL_MONT_REMB	B, C	Montant remboursable par AMO	B2 type 3 CP, 4
129	ERR_FMT_TX_REMB	B, C	Taux remboursement	B2 type 3 CP, 4
130	ERR_VAL_TX_REMB	B, C	Taux remboursement	B2 type 3 CP, 4
135	ERR_VAL_GD_REG	A	Code gd régime	B2 type 2 CP
136	ERR_VAL_NAT_ASS	A	Nature assurance	B2 type 2 CP
138	ERR_FMT_TOT_BASE_REMB_PH	A	Total base remboursement prestation hospitalière	B2 type 5 CP
139	ERR_VAL_TOT_BASE_REMB_PH	A	Total base remboursement prestation hospitalière	B2 type 5 CP
140	ERR_FMT_TOT_FACT_PH	A	Montant total facturé pour PH	B2 type 5 CP
141	ERR_VAL_TOT_FACT_PH	A	Montant total facturé pour PH	B2 type 5 CP
142	ERR_FMT_TOT_REMB_PH	A	Total remboursable AMO prestation hospitalière	B2 type 5 CP
143	ERR_VAL_TOT_REMB_PH	A	Total remboursable AMO prestation hospitalière	B2 type 5 CP
143	ERR_FMT_TOT_HON_FACT	A	Total honoraire facturé	B2 type 5 CP
145	ERR_VAL_TOT_HON_FACT	A	Total honoraire facturé	B2 type 5 CP
146	ERR_FMT_TOT_HON_REMB	A	Total honoraire remboursable AM	B2 type 5 CP
147	ERR_VAL_TOT_HON_REMB	A	Total honoraire remboursable AM	B2 type 5 CP
148	ERR_DIFF_BR_CALCUL	B, C	Montant base remboursement	B2 type 3 CP, 4
149	ERR_DIFF_MR_CALCUL	B, C	Montant remboursable AMO	B2 type 3 CP, 4
150	ERR_VAL_DATENT_DATSOR	A	Date d'entrée, date de sortie	B2 type 2 CP
151	ERR_PAS_DE_A	A	Type d'enregistrement	
152	ERR_TYPEA_ENDOUBLE	A	Type d'enregistrement	
153	ERR_B_AVEC_MAUV_CPC	A, B	Type d'enregistrement, code de prise en charge	
154	ERR_C_AVEC_MAUV_CPC	A, C	Type d'enregistrement, code de prise en charge	

155	ERR_TYPENR_INCONNU	Tous	Type d'enregistrement	
158	ERR_COHER_AB_TOTAL_BR	A, B	Total base remboursement prestation hospitalière, montant base remboursement	B2 type 5 CP, 3 CP
159	ERR_COHER_AB_TOTAL_FACT	A, B	Montant total facturé pour PH, montant total facturé	B2 type 5 CP, 3 CP
160	ERR_COHER_AB_TOTAL_REMB	A, B	Total remboursable AMO prestation hospitalière, montant remboursable AMO	B2 type 5 CP, 3 CP
161	ERR_COHER_AC_TOTAL_REMB	A, C	Total honoraire remboursable AM, montant remboursable AMO	B2 type 5 CP, 4
162	ERR_COHER_AC_TOTAL_FACT	A, C	Total honoraire facturé, montant des honoraires (dépassement compris)	B2 type 5 CP, 4
174	ERR_GHS_INCONSTANT	B	Code acte	B2 type 3 CP
175	ERR_FACTURE_NULLE	A	Somme des totaux et montants	
176	ERR_FACTURE_ANNULATION	A	Nature opération	B2 type 2 CP
177	ERR_FACTURE_SANS_GHS	B	Code acte	B2 type 3 CP
178	ERR_FACTURE_PLUSIEURS_GHS_SANS_ANNUL	A, B	Nature opération, code acte	B2 type 2 CP, 3 CP

Précisions

- **104, 106, 108** : format de date incorrect

Les dates doivent être renseignée en utilisant le format jjmmaaaa

Exemple : 03012006 pour le 3 janvier 2006

NOTE : attention le format est différent de celui utilisé dans la norme B2

- **105, 107, 109** : valeur impossible pour une date

Exemple : 35012006 qui correspondrait à un 35 janvier 2006 !

- **110** : âge erroné

Deux causes possibles : l'année de la date de naissance est postérieure à celle de la date d'entrée ou la précède de plus de 120 ans

- **127, 129, 138, 140, 142, 143, 146** : présence de caractère non numérique

- **128** : montant remboursable par AMO nul

- **130** : taux remboursement strictement inférieur à 65%

- **135** : seules les valeurs, ci-dessous, sont admises comme code de grand régime :

01|02|03|04|05|06|07|08|09|10|12|14|15|16|17|80|90|91|92|93|94|95|96|99

- **136** : seules les valeurs, ci-dessous, sont admises comme code de nature d'assurance

10|13|30|41|90

- **139, 141, 143, 145, 147** : pour les codes de prise en charge 2, 3 et 5, le montant indiqué ne pas être nul

- **148** : différence entre le montant base de remboursement indiqué et calculé selon la formule

Pour les RSF B : $q \times c \times \frac{pu}{100} \times \frac{cmco}{10000}$ pour les codes d'actes GHS, EXH, SRA, SSC, NN1, NN2 ou NN3. Idem RSF C sinon.

Pour les RSF C : $q \times c \times \frac{pu}{100}$

où :

q : quantité
c : coefficient
pu : prix unitaire
cmco : coefficient MCO

REM : Ces formules prennent en compte la valeur du champ indiquée dans le RSF, il ne prend pas en compte le format de la variable.

Par exemple, pour un RSF C : un acte B où le coefficient est de 70, le prix unitaire de 0.27€, le calcul se fera de la sorte :

q : 01

c : 007000 (format 4 + 2) br = 1 x 7000 x 27/100

pu : 0000027(format 5 + 2) br = 1890 soit 18.90€ (soit 0001890 dans le RSF)

- **149** : différence entre le montant remboursable indiqué et calculé selon la formule

$$br \times \frac{tx}{100}$$

où :

br : montant base remboursement indiqué
tx : taux remboursement

- **150** : date de sortie antérieure à la date d'entrée
- **151** : absence de RSF A pour ce séjour (RSS)
- **152** : présence de plusieurs RSF A pour un même séjour (RSS)
- **153, 154** : présence de RSF B ou C pour des codes de prise en charge autres que 1,4, 6
- **155** : type d'enregistrement inconnu (RSF de type inconnu)
- **158** : le total base remboursement prestation hospitalière qui figure sur le RSF A ne correspond pas à la somme des « montant base remboursement » des RSF B
- **159** : le montant total facturé pour PH qui figure sur le RSF A ne correspond pas à la somme des « montant total facturé » des RSF B
- **160** : le total remboursable AMO prestation hospitalière qui figure sur le RSF A ne correspond pas à la somme des « montant remboursable AMO » des RSF B
- **161** : le total honoraire remboursable AM qui figure sur le RSF A ne correspond pas à la somme des « montant remboursable AMO » des RSF C
- **162** : le total honoraire facturé qui figure sur le RSF A ne correspond pas à la somme des « montant des honoraires » des RSF C
- **174** : plusieurs numéros de GHS différents pour un même séjour
- **175** : somme des totaux et montants du RSF A nulle
- **176** : présence d'opération d'annulation ne correspondant à aucune facture du séjour
- **177** : il n'y a aucune code acte GHS dans le séjour
- **178** : présence de plusieurs factures avec code acte GHS dans le séjour