

# Manuel d'utilisation

## PREFACE 3.1.8.0

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/ago\\_theme.do?idTheme=64](https://applis.atih.sante.fr/agora/ago_theme.do?idTheme=64)

Courriel : [support@atih.sante.fr](mailto:support@atih.sante.fr)



# Sommaire

<b>1.</b>	<b>Présentation générale</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Fonctionnalités</b>	<b>5</b>
2.1.	Période de génération des données	5
2.2.	Liste des FINESS géographiques affiliés	6
2.3.	Paramétrages	6
2.3.1.	Paramétrage des répertoires	6
2.3.2.	Paramétrage e-PMSI	7
2.4.	Génération des données	8
2.4.1.	Prétraitement du fichier d'entrée	9
2.4.2.	Contrôle des variables RSF-ACE	10
2.4.3.	Contrôle des factures	11
2.4.3.1.	Contrôle des factures – Rapport d'erreur	11
2.4.4.	Anonymisation des factures	13
2.5.	Informations sur les versions disponibles	14
2.5.1.	Messages affichés selon la situation	14
2.5.2.	Lien « Aller sur la page de téléchargement de la version »	15
2.5.3.	Coche « Ne plus m'avertir pour cette période »	16
2.6.	Aide	16
2.7.	Export	16
2.8.	Sauvegarde	17
<b>3.</b>	<b>Transmission et traitement des données sur e-PMSI : mode d'emploi</b>	<b>17</b>
3.1.	Paramétrage	18
3.2.	PREFACE	18
3.3.	Transmission	18
3.4.	e-PMSI	18
<b>4.</b>	<b>Support technique</b>	<b>20</b>
4.1.1.	Le manuel d'utilisation	20
4.1.2.	La plate-forme AGORA	20
4.1.3.	Par mail	21
4.1.4.	Par téléphone	21
<b>5.</b>	<b>Problèmes connus</b>	<b>22</b>
5.1.1.	Au lancement de l'application	22
5.1.2.	Erreurs apparaissant pendant la génération des données	22
<i>PREFACE - Recherche du fichier de RSF</i>		22
<i>PREFACE - Click sur Lancement</i>		23
<b>6.</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>25</b>
6.1.	Configuration minimale requise	25
6.2.	Format des RSF-ACE	26
6.3.	Format des RAFAEL (*.rsfa)	40
6.4.	ANO (*.ano-ace)	48
6.5.	Rapports	51
6.6.	Liste des erreurs de contrôle de factures	54
6.7.	Paramétrage du client e-POP	59

# 1. Présentation générale

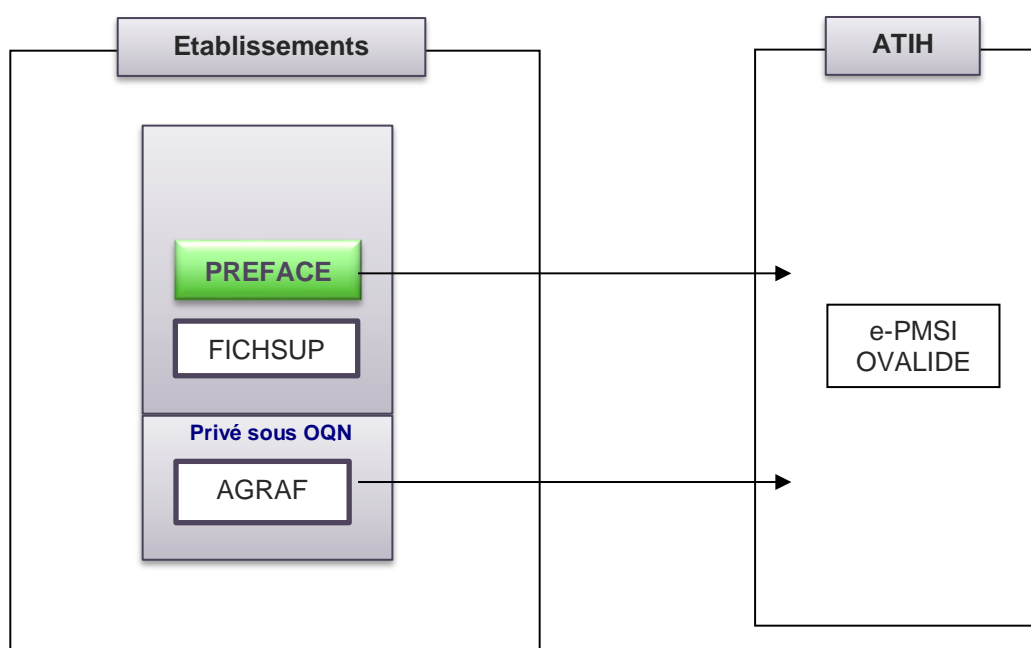
Ce module a été créé pour la mise en place de la suppression du taux de conversion. Il permet aux établissements de transmettre leurs factures sur la plate-forme e-PMSI au même titre que leurs séjours.

## **ATTENTION :**

Les données transmises **doivent cumuler** à chaque fois les données recueillies depuis le 1<sup>er</sup> 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 optimums, et pour éviter les doubles comptes).

Nous vous rappelons que désormais, les transmissions sont devenues mensuelles.

Désormais, le schéma, ci-dessous, montre la place occupée par ce module dans la **Panoplie d'Outils du PMSI** utilisés dans le cadre de la **Tarification A l'Activité**

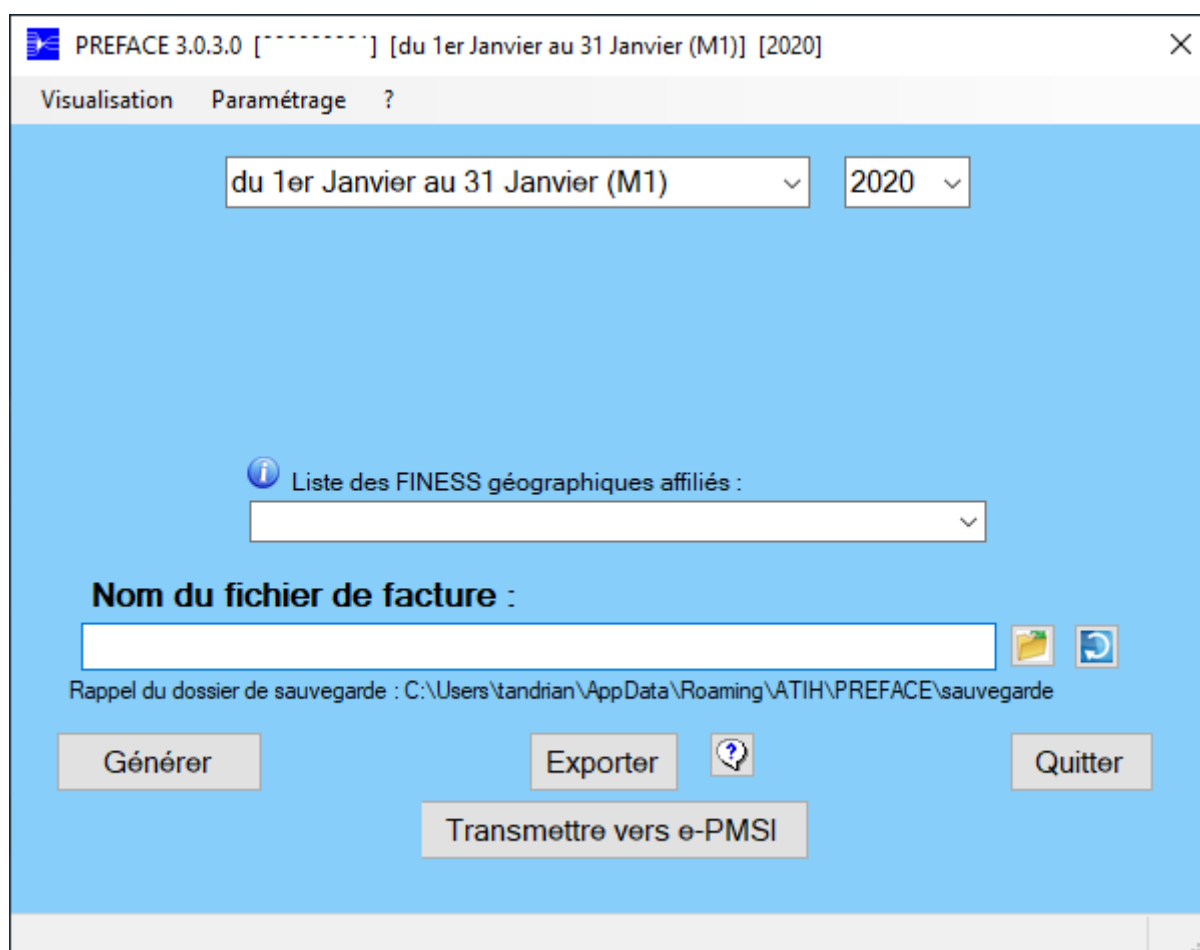


## 2. Fonctionnalités

Ce module d'anonymisation des factures a été mis en place pour l'application de la suppression du taux de conversion qui implique la transmission des factures anonymisées des actes et consultations externes. Il permet, au même titre que GENRSA, de transmettre les données via le module e-POP à la plate-forme e-PMSI.

**Pour générer les données pour le dispositif LAMDA, le logiciel PREFACE LAMDA version 2021 est disponible sur l'espace de téléchargement (<https://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement>)**

. Le logiciel se présente sous la forme suivante :



### 2.1. Période de génération des données

**ATTENTION :**

Il est important que la période de génération soit correcte. Ce paramètre est repris lors du paramétrage de la transmission vers la plate-forme e-PMSI.

\*

## 2.2. Liste des FINESS géographiques affiliés

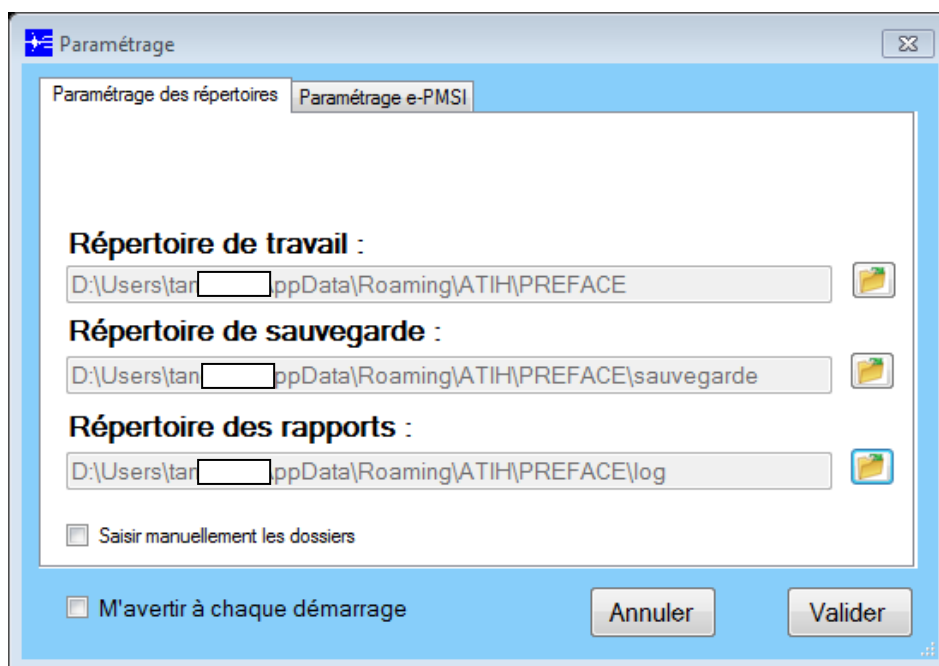
Un test bloquant portant sur la cohérence des FINESS (FINESS de transmission et FINESS géographique) est effectué (cf paragraphe « Génération des données > Prétraitement du fichier d'entrée »)

Cette liste, affichée à titre indication correspond à la liste des FINESS géographiques affiliés au FINESS de transmission fourni dans le fichier pris en charge. Cette liste dépend de notre référentiel de FINESS. Ce dernier dépend de la mise à jour de PLAGE ainsi que de la plate-forme ARHGOS. Cette liste se met à jour dès la lecture du FINESS de transmission lors de la sélection d'un fichier.

Dans le cas où un ou plusieurs FINESS géographiques ne seraient pas à jour, merci de faire parvenir votre demande à votre ARS. **Ceci est le cas notamment pour tout établissement ne possédant pas d'autorisation MCO et transmettant de l'activité externe. Seule une demande de l'ARS auprès de l'ATIH sera prise en compte.**

## 2.3. Paramétrages

### 2.3.1. Paramétrage des répertoires



Une 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 PREFACE devra utiliser lors de la génération des données.

Un nouveau dossier de paramétrage est désormais présent : « Répertoire des rapports ».

Dès lors que l'on paramètre ce dossier, une copie de tous les rapports sous format texte sera effectuée dans celui-ci à chaque génération de données. Ceci permet notamment de mutualiser les rapports d'un même établissement.

Dans le cas où les dossiers choisis sont des lecteurs non montés – c'est-à-dire non visibles par Windows - il vous sera désormais possible de saisir les dossiers en cochant l'option « Saisir manuellement les dossiers ».

Notons que le choix de sélectionner un dossier avec la souris reste actif quel que soit l'option choisie.

Remarque :

Contrairement au dossier de travail, le contenu de ce dossier n'est pas supprimé. Il est donc conseillé de ne pas utiliser les rapports pendant que le logiciel procède au traitement sous peine de ne pas être mis à jour.

Par défaut, ceux-ci sont au niveau des profils utilisateurs comme indiqué sur la fenêtre ci-dessus pour Seven .Tous les fichiers et les dossiers intermédiaires nécessaires à la génération des données(les rapports de génération également) seront disponibles à ce niveau. Il vous faudra vérifier si l'utilisateur possède les droits de lecture, d'écriture et de modification pour ces deux dossiers sous peine d'erreur lors de la génération des données.

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.

**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.

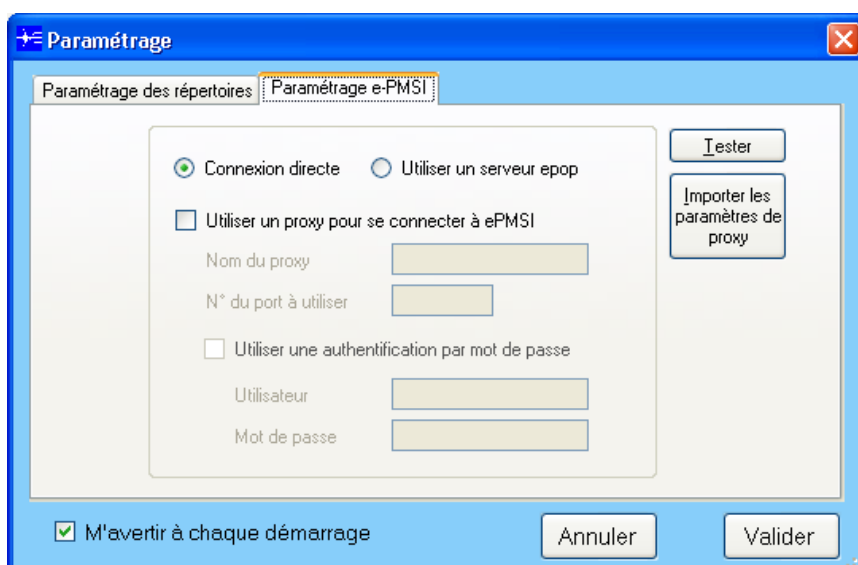
**REMARQUE :**

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

**IMPORTANT :**

Veuillez vérifier et prévoir le stockage nécessaire pour accueillir les données de PREFACE

## 2.3.2. Paramétrage e-PMSI



La transmission des données sur la plate-forme e-PMSI est intégrée au logiciel PREFACE, 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 PREFACE.

Pour avoir plus d'informations sur le paramétrage, veuillez consulter l'annexe « **Paramétrage du client e-POP** »

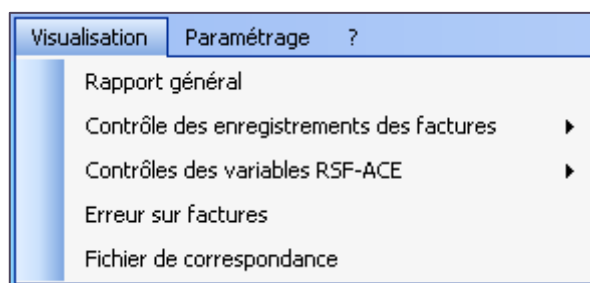
## 2.4. Génération des données

Lors de cette phase, PREFACE procède à une série de contrôles sur le fichier d'entrée.

**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, grâce au menu *{Visualisation}*. Ces derniers fournissent des informations utiles (numéros de RSS, description de l'erreur, ...) permettant de corriger les RSF erronés.

Les fichiers de comptes rendus sont indiqués comme tels:



**NOTE :** A l'ouverture de l'application, on pourra visualiser les rapports et exporter sur la plate-forme e-PMSI les données de la génération des données précédente à la fermeture de l'application.



## 2.4.1. Prétraitement du fichier d'entrée

### ATTENTION :

Les enregistrements erronés ne seront pas générés ni exportés par PREFACE.

Une synthèse du contrôle est visualisable au niveau du menu

« *Visualisation* > *Contrôle des enregistrements de facture* > *Rapport synthèse* ».

La génération ne sera pas interrompue mais vous ne retrouverez pas les actes et consultations correspondants aux enregistrements erronés au niveau des tableaux OVALIDE MCO.

Vous pouvez consulter les formats des enregistrements de factures en annexe de ce manuel ou à l'adresse suivante sur le site Internet de l'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2022>

Une synthèse du contrôle est visualisable au niveau du menu

« *Visualisation* > *Contrôle des enregistrements des factures* > *Rapport synthèse* ».

Les lignes en erreur sont visualisables au niveau du menu

« *Visualisation* > *Contrôle des enregistrements des factures* > *Rapport détaillé* ».

Ce dernier fournit des informations utiles (numéro de ligne, ...) permettant de corriger les RSF erronés.

Les causes de rejet d'un enregistrement sont :

[B001 - Longueur incorrecte] : l'enregistrement contrôlé ne possède pas la longueur correspondant au format en vigueur

[B002 - Type inconnu] : l'enregistrement contrôlé correspond à un format non pris en charge par le logiciel

[B003 - RSF-ACE A en erreur] : tous les RSF-ACE affiliés à un enregistrement RSF-ACE A rejeté sont également rejetés.

[B004 - Erreur FINESS] : tous les RSF-ACE portant un FINESS différent de la référence (indiqué en barre des titres) sont mis en erreur

[B005- FINESS géographique incohérent] : Le FINESS géographique fourni dans l'enregistrement ne correspond pas à un des FINESS géographique rattaché au FINESS de référence (fourni dans le référentiel FINESS)

[B006- Caractère illicite] : Seuls les caractères alphanumériques (lettre de A à Z et chiffres de 0 à 9) sont acceptés.

### IMPORTANT :

Les erreurs **B004** et **B005** sont **bloquantes**. Toute génération présentant ces erreurs **ne sera pas transmise**. Si elles apparaissent pendant la génération, celles-ci devront être corrigées.

Le rapport détaillé a été modifié. Désormais, les informations suivantes sont fournies :

« [N°LIGNE];[CODE ERREUR];[TYPE RSF-ACE];[INFORMATIONS] »

Où :

**N° LIGNE** : le numéro de ligne correspondant au fichier d'entrée. Les lignes vides sont pris en compte dans cet effectif mais n'apparaissent pas dans le fichier de sortie.

**CODE ERREUR** : correspond au code de format « BXXX » indiqué ci-dessus.

**TYPE RSF-ACE** : le type d'enregistrement trouvé en premier caractère de la ligne.

**INFORMATIONS** : dépend de l'erreur correspondante

- [B001 - Longueur incorrecte] :
  - « X caractères trouvés, Y attendus » où X : taille trouvée et Y : taille attendue
  - « Enregistrement trop court, Y caractères trouvés » où Y : taille trouvée
  - « Nb Diagnostics non interprétable, Y caractères trouvés » Y : taille trouvée
- [B002 - Type inconnu] :
  - « RSF-ACE Z » où Z est le 1<sup>er</sup> caractère de la ligne en question
- [B003 - RSF-ACE A en erreur] :
  - « N° assuré WWWWWWWWW » où WWWWWWWWW correspond au n° d'assuré social correspondant au RSF-ACE A erroné.
- [B004 - FINESS erroné] :
  - « XXXXXXXXX : FINESS fourni, YYYYYYYYYY : FINESS attendu » : où XXXXXXXXX est le FINESS lu sur l'enregistrement et YYYYYYYYYY le FINESS de référence
  - Le FINESS trouvé en référence (indiqué en barre des titres du logiciel) est comparé à celui présent dans chaque enregistrement. Le FINESS trouvé est indiqué. Nous rappelons qu'il doit s'agir du FINESS de transmission.
- [B005 - FINESS géographique incohérent] :
  - « XXXXXXXXX : FINESS fourni, YYYYYYYYYY |ZZZZZZZZZ : FINESS géographiques affiliés »  
Où XXXXXXXXX est le le FINESS géographique fourni dans l'enregistrement et YYYYYYYYYY |ZZZZZZZZZ les FINESS géographiques affiliés au FINESS de transmission.
- [B006 - Caractère illicite] :
  - « Caractère illicite trouvé : X, Position : Y » où X correspond au caractère trouvé et Y à la position dans la ligne.

Chaque ligne en erreur est transcrite telle quelle. Si vous avez ce type d'erreur, veuillez informer votre prestataire de service de corriger l'export des fichiers de RSF.

## 2.4.2. Contrôle des variables RSF-ACE

Cette étape effectue les contrôles non bloquants de toutes les variables des RSF-ACE. Dans cette version, seuls les RSF-ACE L sont contrôlés et notamment les codes acte de biologie utilisables (disponible ici : [http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/nabm/index\\_presentation.php?p\\_site=AMELI](http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/nabm/index_presentation.php?p_site=AMELI) ). Ces contrôles se basent sur les recommandations de remplissage de la norme B2.

Une synthèse du contrôle est visualisable au niveau du menu

« Visualisation > Contrôle des variables RSF-ACE > Rapport synthèse ».

Les champs en erreur sont visualisables au niveau du menu

« Visualisation > Contrôle des variables RSF-ACE > Rapport détaillé ».

Désormais, les informations suivantes sont fournies :

« [N°LIGNE];[CODE ERREUR];[TYPE RSF-ACE];[N°ENTREE];[VALEUR ERRONNEE] »

Où :

**N° LIGNE** : le numéro de ligne correspondant au fichier régénéré. Pour que ce chiffre corresponde au fichier d'entrée, les lignes vides ainsi que les erreurs bloquantes doivent être corrigées, la ligne d'en-tête n'est pas incluse dans le décompte.

**CODE ERREUR** : correspond au code erreur dont la liste figure dans le tableau ci-dessous. Pour plus de détails, veuillez consulter l'annexe « Liste des erreurs de contrôles sur factures »

**TYPE RSF-ACE** : le type d'enregistrement trouvé en premier caractère de la ligne.

**N°ENTREE** : correspond au n° d'entrée de l'enregistrement en question. Ce n° d'entrée est celui généré par PREFACE.

**VALEUR ERRONNEE** : valeur de la variable concernée par l'erreur.

Code Erreur	Type RSF-ACE	Libellé
201	L	Type d'enregistrement incorrect
202	L	FINESS : non conforme au format
203	L	N° entrée non conforme au format
204	L	N° assuré social : non conforme au format
205	L	Clé du n° assuré social : non conforme au format
206	L	Rang du bénéficiaire : non conforme au format
207	L	Mode de traitement : valeur non autorisée
208	L	Discipline de prestation : non conforme au format
209	L	Date de l'acte n°1 : non conforme au format
210	L	Quantité de l'acte n°1 : non conforme au format
211	L	Code acte n°1 : code non autorisé
212	L	Date de l'acte n°2 : non conforme au format
213	L	Quantité de l'acte n°2 : non conforme au format
214	L	Code acte n°2 : code non autorisé
215	L	Date de l'acte n°3 : non conforme au format
216	L	Quantité de l'acte n°3 : non conforme au format
217	L	Code acte n°3 : code non autorisé
218	L	Date de l'acte n°4 : non conforme au format
219	L	Quantité de l'acte n°4 : non conforme au format
220	L	Code acte n°4 : code non autorisé
221	L	Date de l'acte n°5 : non conforme au format
222	L	Quantité de l'acte n°5 : non conforme au format
223	L	Code acte n°5 : code non autorisé
224	L	N° assuré social individuel : non conforme au format
225	L	Clé du n° assuré social individuel : non conforme au format

Pour avoir plus de détails quant à la lecture des rapports, consulter le chapitre « **Rapports** » en annexe.

### 2.4.3. Contrôle des factures

Cette phase réalise des vérifications sur la cohérence des données renseignées, notamment la cohérence entre les montants. Toutes les erreurs indiquées dans ce rapport sont non bloquantes.

Ce contrôle génère également un rapport dans le menu :

« *Visualisation* > *Contrôle des factures* ».

#### 2.4.3.1. Contrôle des factures – Rapport d'erreur

Par souci de lisibilité, chaque facture se verra attribuer un numéro d'entrée séquentiel pour retrouver plus facilement une facture erronée dans le fichier initial (la référence sera alors le n° de ligne du fichier indiqué dans le rapport d'erreur).

Vous pouvez consulter les erreurs de facture en annexe de ce manuel.

A partir de cette version, un fichier de correspondance sera disponible au niveau du menu « *Visualisation* > *Fichier de correspondance* » pour que les établissements puissent retrouver les factures dans leur système d'information.

Une synthèse du contrôle est visualisable au niveau du menu  
« Visualisation > Contrôle sur facture > Rapport synthèse ».

Les champs en erreur sont visualisables au niveau du menu  
« Visualisation > Contrôle sur factures > Rapport détaillé ».

Le rapport détaillé a été modifié. Désormais, les informations suivantes sont fournies :

« [N° LIGNE];[CODE ERREUR];[TYPE RSF-ACE];[N° ENTREE] ;[VALEUR ERRONNEE] »

Où :

**N° LIGNE** : le numéro de ligne correspondant au fichier regénéré. Pour que ce chiffre corresponde au fichier d'entrée, les lignes vides ainsi que les erreurs bloquantes doivent être corrigées.

**CODE ERREUR** : correspond au code erreur dont la liste figure dans le tableau ci-dessous. Pour plus de détails, veuillez consulter l'annexe « Liste des erreurs de contrôles sur factures »

**TYPE RSF-ACE** : le type d'enregistrement contenant l'erreur

**NO ENTREE** : correspond au n° d'entrée de l'enregistrement en question. Ce n° d'entrée est celui généré par PREFACE.

**VALEUR ERRONNEE** : Valeur de la variable concernée par l'erreur.

Code Erreur	Type RSF-ACE	Libellé
104	A	Date naissance : non conforme au format JJMMAAAA
105	A	Date naissance : valeur non autorisée
106	A	Date d'entrée : non conforme au format JJMMAAAA
107	A	Date d'entrée : valeur non autorisée
108	A	Date de sortie: non conforme au format JJMMAAAA
109	A	Date de sortie: valeur non autorisée
110	A	Date naissance incohérente avec l'année de traitement
127	B, C	Montant remboursable par AMO : non conforme au format
128	B, C	Montant remboursable par AMO : valeur non autorisée
129	B, C	Taux remboursement: non conforme au format
130	B, C	Taux remboursement : valeur non autorisée
135	A	Code gd regime: valeur non autorisée
136	A	Nature assurance : valeur non autorisée
138	A	Total base remboursement prestation hospitalière : non conforme au format
139	A	Total base remboursement prestation hospitalière : valeur non autorisée
140	A	Montant total facturé pour PH : non conforme au format
141	A	Montant total facturé pour PH : valeur non autorisée
142	A	Total remboursable AMO prestation hospitalière : non conforme au format
143	A	Total remboursable AMO prestation hospitalière : valeur non autorisée
143	A	Total honoraire facture : non conforme au format
145	A	Total honoraire facture : valeur non autorisée
146	A	Total honoraire remboursable AM : non conforme au format
147	A	Total honoraire remboursable AM : valeur non autorisée
148	B, C	Montant base remboursement : montant différent par rapport au calcul

149	B, C	Montant remboursable AMO: montant différent par rapport au calcul
150	A	Date d'entrée postérieure à la date de sortie
151	A	Type d'enregistrement : pas d'enregistrement A distingué pour la facture
152	A	Type d'enregistrement : RSF-ACE de type A en doublon pour la même facture
153	A, B	Type d'enregistrement, code de prise en charge : enregistrement B incohérent avec le mode de prise en charge
154	A, C	Type d'enregistrement, code de prise en charge : enregistrement C incohérent avec le mode de prise en charge
155	Tous	Type d'enregistrement inconnu
158	A, B	Total base remboursement prestation hospitalière, montant base remboursement : montant différent par rapport au calcul
159	A, B	Montant total facturé pour PH, montant total facturé : montant différent par rapport au calcul
160	A, B	Total remboursable AMO prestation hospitalière, montant remboursable AMO : montant différent par rapport au calcul
161	A, C	Total honoraire remboursable AM, montant remboursable AMO : montant différent par rapport au calcul
162	A, C	Total honoraire facturé, montant des honoraires (dépassement compris) : montant différent par rapport au calcul
174	B	Code acte : plusieurs GHS observés dans le même séjour
175	A	Somme des totaux et montants nuls
176	A	Nature opération : annulation sur une facture non existante
177	B	Code acte : pas de GHS observé dans le séjour
178	A, B	Nature opération, code acte : plusieurs facture avec GHS pour le séjour
179		Type d'enregistrement non autorisé pour les actes et consultations externes pour les établissements
180	A	Motif de non facturation à l'assurance maladie : valeur non autorisée
181	A	Séjour facturable à l'assurance maladie : valeur non autorisée
183	A	Nombre d'ATU par facture supérieur à un
185	A,B,C	Numéro de facture non renseigné (égal à blanc)
186	A,B,C	Indicateur Article 51 différent de blanc ou 1

#### 2.4.4. Anonymisation des factures

Pour cette étape, un lecteur de disquette virtuel est mis en place lors du traitement.

##### NOTE :

La création du lecteur virtuel peut poser des problèmes lors de la génération des données pour certaines machines. Les erreurs sont répertoriées dans la paragraphe « Problèmes connus ».

### Module LAMDA

Pour accéder au dispositif LAMDA, vous pourrez utiliser le logiciel PREFACE LAMDA 2021.X.X qui prend en charge les données 2020 pour des envois sur les périodes 2021. La version 2021 de ce logiciel est disponible sur l'espace de téléchargement :

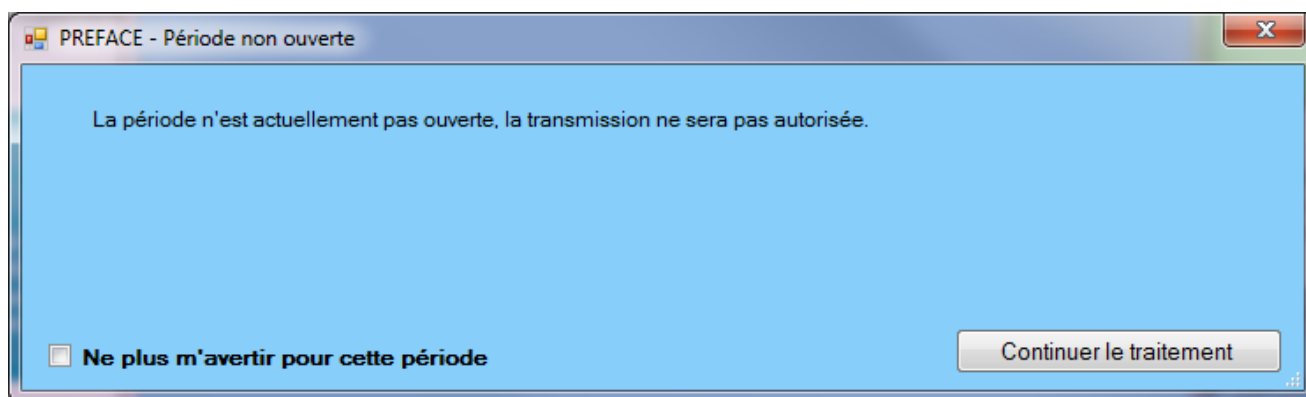
## 2.5. Informations sur les versions disponibles

Des messages sont mis à disposition pour avertir de l'existence et/ou de la disponibilité des versions pour chaque période traitée.

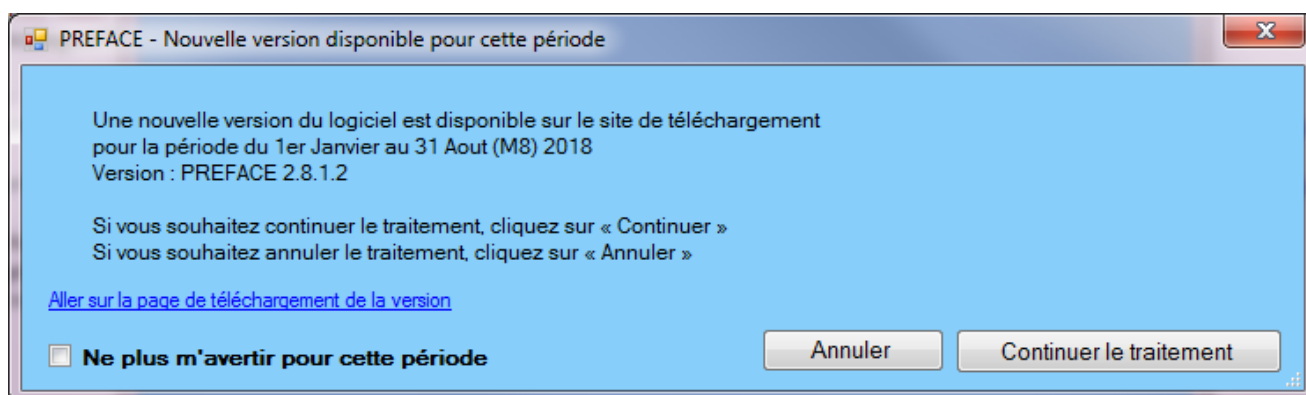
### 2.5.1. Messages affichés selon la situation

Trois situations sont distinguées

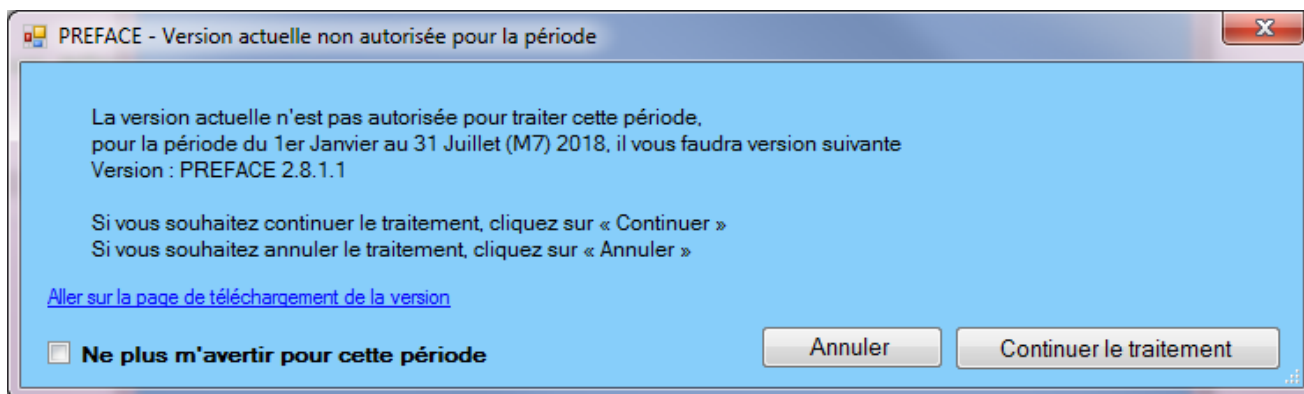
- **Aucune version n'est pour l'instant utilisable pour l'envoi d'une période :**
  - La période n'est actuellement pas ouverte, la transmission ne sera pas autorisée.



- **La version du logiciel utilisée n'est pas la dernière autorisée pour la période :**
  - Une nouvelle version du logiciel est disponible sur le site de téléchargement pour la période XXX



- **La version du logiciel utilisée n'est pas autorisée pour la période traitée :**
  - La version actuelle n'est pas autorisée pour traiter cette période, pour la période XXX, il faudra utiliser la version suivante



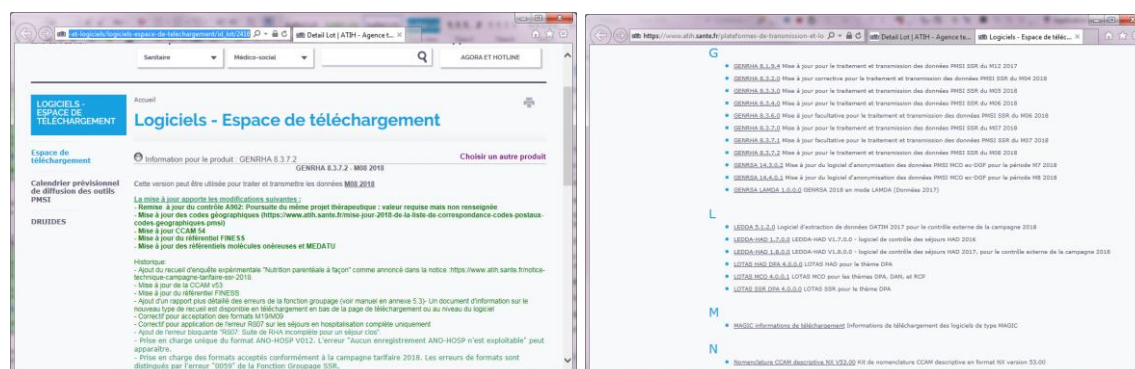
La période vient tout juste d'ouvrir et la nouvelle version est disponible.  
Si vous désirez installer la nouvelle version, n'oubliez pas de fermer l'application avant d'effectuer la mise à jour.

**IMPORTANT : ce message s'affichera également pour les versions des périodes précédentes. Pour l'instant, l'installation des versions antérieures n'est pas autorisée sans effectuer la désinstallation de la version courante, il est donc conseillé de générer les données correspondants à la version utilisée avant de faire une nouvelle installation.**

## 2.5.2. Lien « Aller sur la page de téléchargement de la version »

Le lien disponible sur ces messages permet d'aller au mieux sur la page de téléchargement de la version ou au moins sur la liste des versions du logiciel de l'espace de téléchargement du site de l'ATIH.

Depuis 2018, la diffusion des logiciels ATIH aux établissements est encadrée afin de suivre les recommandations sur la mise à disposition de logiciels contenant des dispositifs cryptographiques. Le téléchargement des logiciels s'effectue par identification et est ainsi limité à certains « rôles Plage ».  
**Pour le logiciel PREFACE, le rôle demandé est GF (gestionnaire de fichier) dans le domaine PMSI. La validation d'un acte d'engagement sur la protection des données est également nécessaire.**



Ceci vous permettra de voir les modifications apportées par la version proposée et l'installer selon vos besoins.



**IMPORTANT : N'oubliez pas de fermer l'application avant d'appliquer la mise à jour. Certains composants ne s'installeront pas correctement dans le cas contraire.**

### 2.5.3. Coche « Ne plus m'avertir pour cette période »

Cette vérification de disponibilité s'effectue à chaque génération de données. Pour ne plus visualiser le message pour la période utilisée, vous pouvez cocher cette coche. Le contrôle ne se fera plus jusqu'à changement de période de génération de données.

## 2.6. Aide

Les informations sur le logiciel peuvent être obtenues par l'intermédiaire du menu { ? | A propos}.  
Le manuel d'utilisation peut être consulté en utilisant le menu {Aide | Manuel d'utilisation}.

## 2.7. Export

**IMPORTANT :** Suite à l'envoi, vous pourrez directement commander des traitements sur la plateforme e-PMSI en allant au niveau de « Applications > OVALIDE > OVALIDE MCO DGF > Période > Traitements » et lien Commander sur la plate-forme e-PMSI.

PREFACE offre deux possibilités d'exportation :

- Le bouton [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 « RSFA » qui pourra être transmis directement à la plateforme e-PMSI via le menu « Fichiers » de la plate-forme e-PMSI.

#### ATTENTION :

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 exporté « Factures Taux de conversion » se présente sous la forme d'un fichier ZIP et porte un nom défini comme suit :

**[FINESS].[Année].[Mois].rsfa.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 RSFA qui porte l'extension «**.rsfa** » (cf. format en annexe)
  - Le fichier de ANO qui porte l'extension «**.ano-ace** » (cf. format en annexe)
  - Des fichiers de contrôle du fichier d'export pour la plate-forme e-PMSI.



### **AVERTISSEMENT :**

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

## **2.8. Sauvegarde**

Chaque donnée de chaque transmission est sauvegardée dans le dossier « sauvegarde ». Ce dossier correspond au dossier renseigné au niveau du paramétrage des dossiers ou par défaut, au niveau des profils utilisateurs (« C:\Users\mon\_profil\AppData\Roaming\ATIH\PREFACE\sauvegarde »).

Cette sauvegarde est composée de deux fichiers au format compressé (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 date et heure du début de la génération de données effectuée.

Le premier fichier correspond à la copie du fichier initial et du fichier d'entrée utilisé pour la génération proprement dite dont les noms ont été formalisés sous la forme suivante:

**[FINESS].[Année].[Mois].[extension]**

Chaque [extension] correspond à un type de fichier:

- « .rsf.ini.txt » : copie du fichier de factures initial
- « .rsf.txt » : fichier de factures utilisé pour la génération
- « .rsf.archive.ini.txt » : copie du fichier de factures de l'archive M12 Année N-1
- « .rsf.archvie.txt » : fichier de facture utilisé pour la génération des données
- « .rsf.new.ini.txt » : copie du fichier de nouvelles factures initial
- « .rsf.new.txt » : fichier des nouvelles factures utilisé pour la génération des données
- « .rsf.modif.ini.txt » : copie du fichier de factures modifiées initial
- « .rsf.modif.txt » : fichier des factures modifiées utilisé pour la génération des données

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*}.

## **3. Transmission et traitement des données sur e-PMSI : mode d'emploi**

Cette version peut également être utilisée en tant que version complète. Si vous avez des problèmes d'installation, certaines des erreurs sont indiquées en annexes.

Ce chapitre regroupe la génération des données par PREFACE, la transmission à la plate-forme e-PMSI via le module e-POP et le traitement des données à partir du site e-PMSI.

Nous vous rappelons que l'ordre n'importe pas. C'est lors de la transmission ou de l'exportation des données que des vérifications sur l'existence des traitements s'effectue.

Les opérations à effectuer sont les suivantes :

### 3.1. Paramétrage

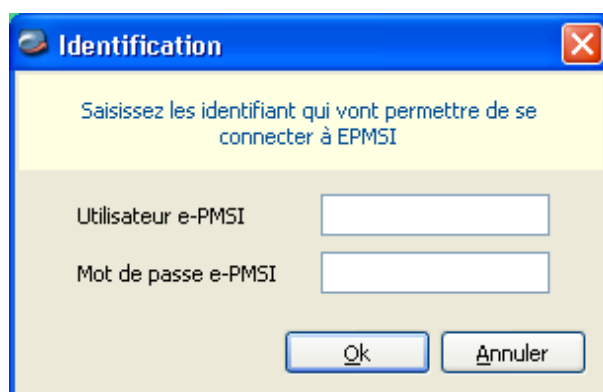
- Définir la période que vous voulez transmettre. Ceci est important pour la suite de la procédure.
- Définir les paramètres des dossiers.  
Par défaut, le dossier de travail est « C:\Users\mon\_profil\AppData\Roaming\ATIH\PREFACE » et le dossier de sauvegarde est « C:\Users\mon\_profil\AppData\Roaming\ATIH\PREFACE\sauvegarde ».
- S'il s'agit d'une nouvelle installation et uniquement dans ce cas (pas d'indication dans la barre des titres), pour définir le FINESS de transmission, il vous faut sélectionner le fichier RSF-ACE.

### 3.2. PREFACE

- Indiquer le chemin d'accès du fichier de RSF-ACE (voir les formats en annexe)
- Cliquer ensuite sur le bouton **[Générer]** pour procéder à la génération de vos fichiers.
- A la fin, les rapports s'affichent à l'écran.

### 3.3. Transmission

- Cliquer sur le bouton **[2- Envoi e-PMSI]** qui a pour effet de lancer la transmission des données vers la plateforme e-PMSI.



- **Indiquer votre identifiant (« Login ») et le mot de passe correspondant à votre compte GFP** (Gestionnaire des fichiers PMSI) sur la plateforme 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.

### 3.4. e-PMSI

- Rendez-vous, maintenant, sur la plateforme e-PMSI (<https://epmsi.atih.sante.fr/>)

- Dans le menu « Login » : **Indiquer votre identifiant et le mot de passe correspondant à votre compte GFP** (Gestionnaire des fichiers PMSI) sur la plate-forme e-PMSI.

- Exemple de traitement du M01 2018 :

Menu « Applications »

« OVALIDE MCO HAS SSR/MA Psy »

« OVALIDE MCO DGF T2A »

« Année 2018 » « M1 : Janvier »

- 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.

- Vous pouvez donc demandeur un traitement pour générer les tableaux sur les dernières données transmises. Pour cela, allez dans le **menu « Traitements »**, et cliquez sur le bouton « Commander » de ou des lignes correspondantes :

PREFACE :

Traitement des Résumés Anonymes de Facturation des Actes Externes Liés (RAFAEL)

Il faudra ensuite cliquer sur le bouton plus bas sur la page « Commander les traitements cochés ».

- Si le traitement a réussi (dans le même **menu « Traitements »**), la colonne état du traitement indiqué : « Traitement réussi ».

- Les tableaux sont disponibles au niveau du **menu « Résultats »**.

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

## 4. Support technique

Pour toute demande que l'utilisateur n'a pu résoudre de lui-même en 24h, vous avez désormais plusieurs moyens pour avvertir 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 :

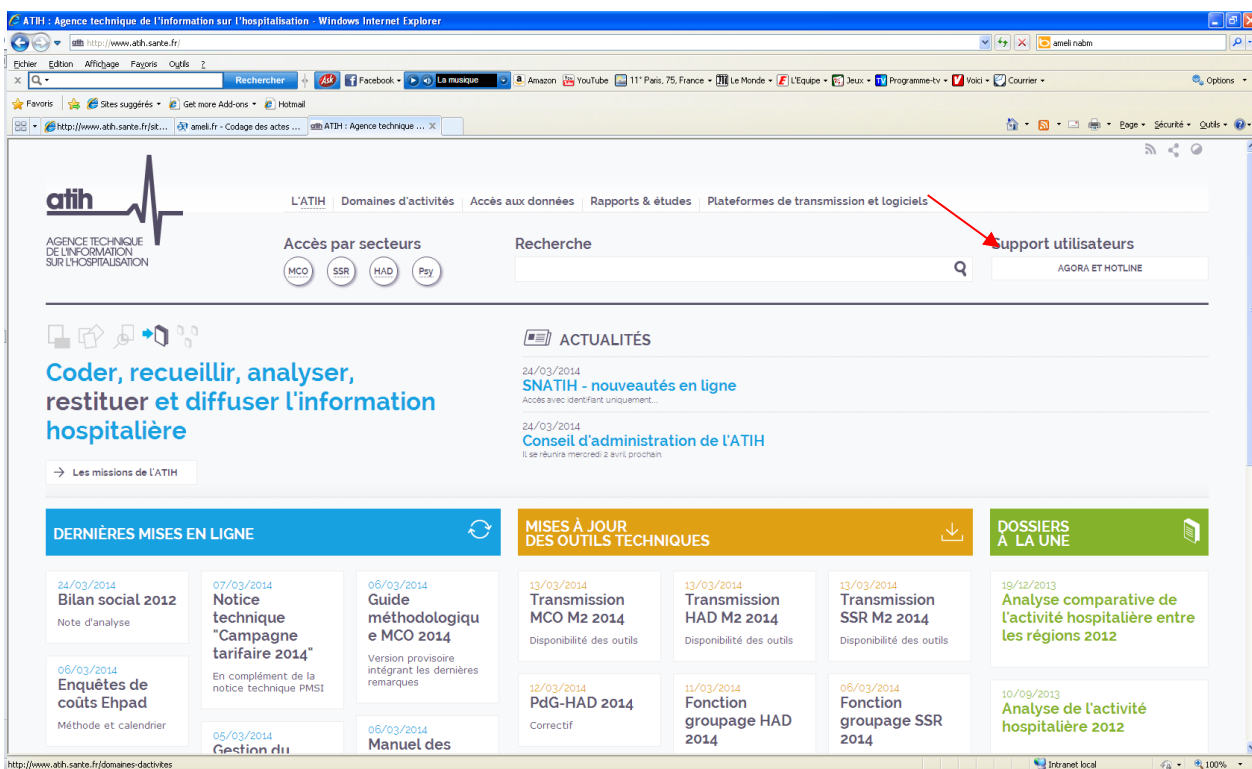
### 4.1.1. Le manuel d'utilisation

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.

### 4.1.2. La plate-forme AGORA

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

Lien : [https://applis.atih.sante.fr/agora/ago\\_theme.do?idTheme=64](https://applis.atih.sante.fr/agora/ago_theme.do?idTheme=64) (directement sur le thème logiciel PREFACE) ou au niveau du site de l'ATIH (« Support utilisateurs ») :



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.

### **4.1.3. Par mail**

A l'adresse suivante : [support@atih.sante.fr](mailto: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.

### **4.1.4. 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.

Il faut compter un délai de réponse de 5 jours en moyenne pour le mail ou le téléphone. Ceci est du au temps de traitement du prestataire de service (qualification du problème, récupération des informations manquantes, identification des référents,...).

## 5. Problèmes connus

Ne sont répertoriées ici que les erreurs pas ou peu explicites :

### 5.1.1. Au lancement de l'application

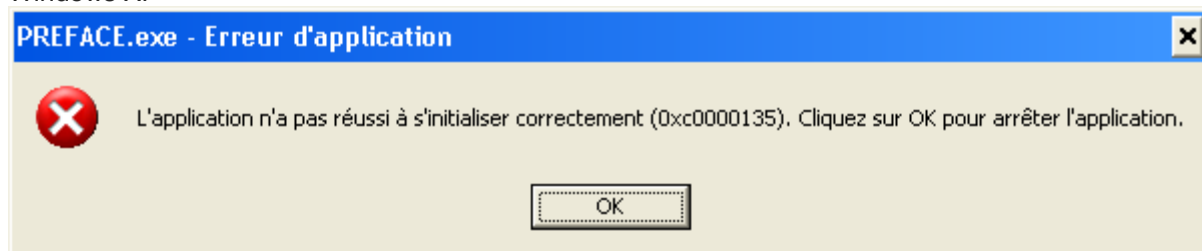
- « Chargement application »  
« installation incomplète : dossier FMT manquant »

Ce problème est peut-être dû au fait que le dossier "C:/Program Files/ATIH/MCO/PREFACE" est utilisé en tant que dossier de travail. Pour régler ce problème, veuillez effectuer cette procédure :

- veuillez remettre à zéro les dossiers de paramètres, pour ce faire, vous pouvez supprimer le dossier commençant par "PREFACE" dans le dossier approprié suivant : "C:\Documents and Settings\mon\_profil\Local Settings\Application Data\ATIH".
- suite à la suppression de ce dossier, veuillez réinstaller la dernière mise à jour
- Vous pouvez relancer le logiciel.

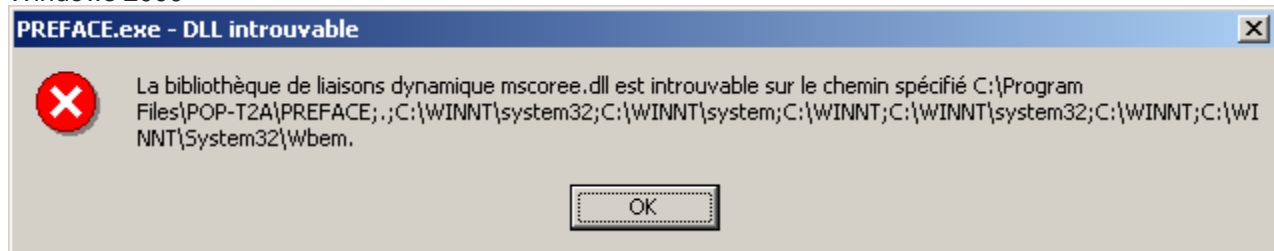
- « L'application n'a pas réussi à s'initialiser correctement »

Windows XP



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

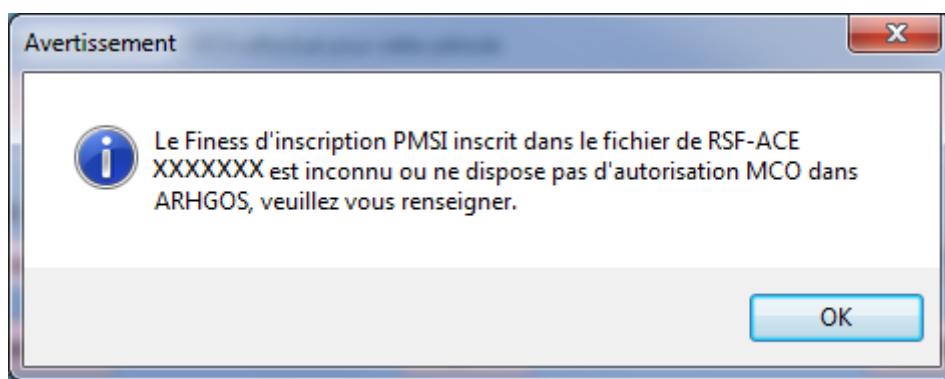
Windows 2000



### 5.1.2. Erreurs apparaissant pendant la génération des données

*PREFACE - Recherche du fichier de RSF*

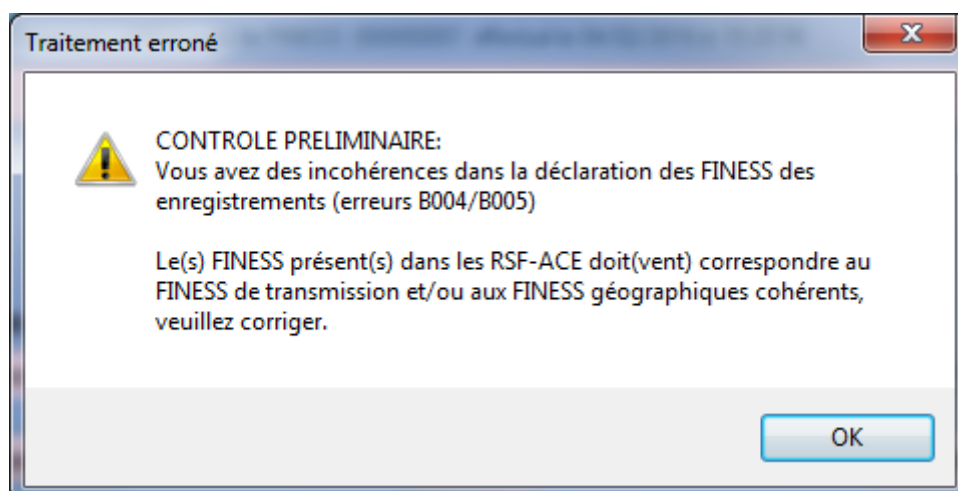
- « Problème dans la récupération du FINESS de l'établissement »  
Ceci arrive lorsque le fichier de facture est un fichier vide.
- Le FINESS d'inscription PMSI inscrit dans le fichier de RSF-ACE XXXXXXXXX est inconnu ou ne dispose pas d'autorisation MCO dans ARHGOS, veuillez vous renseigner.



Une vérification du FINESS PMSI (FINESS de transmission) est effectuée lors de la sélection du fichier. Seul le FINESS de transmission est accepté. Le référentiel utilisé est mis à jour tous les mois.

Dans le cas où votre FINESS de transmission ne serait pas à jour, merci de faire parvenir votre demande à votre ARS.

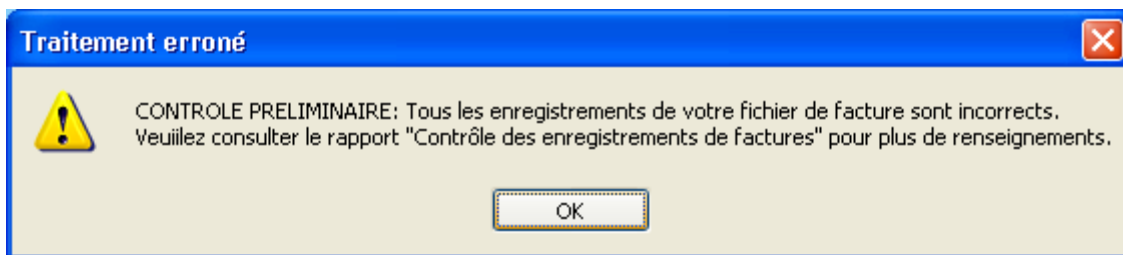
*PREFACE - Click sur Lancement*



Ce message indique qu'au moins un enregistrement RSF-ACE indique un FINESS de transmission différent de celui indiqué dans la barre des titres OU qu'un des FINESS géographiques fournis ne correspond à un des FINESS géographiques affiliés au FINESS de transmission. Il vous faudra corriger ceci pour pouvoir transmettre vos données sur la plate-forme e-PMSI.

Dans le cas où un ou plusieurs FINESS géographiques ne seraient pas à jour, merci de faire parvenir votre demande à votre ARS.

- **CONTROLE PRELIMINAIRE : tous les enregistrements sont incorrects.**



**ATTENTION** : Si un enregistrement RSF-ACE A est erroné, tous les enregistrements correspondant à cette facture sont rejetés également. Veuillez consulter les rapports d'erreurs et/ou votre prestataire si besoin est. **Ce problème arrive souvent lors de changement de format.**

- Pendant la génération des données, l'application s'éteint ou indique « Traitement interrompu » sans autre indication.

Le lecteur virtuel n'a pas pu se créer. Pour régler le problème, il faut désactiver le lecteur pré-existant.

Pour se faire, il faut se connecter sous un compte administrateur et réaliser les opérations ci-dessous :  
 - Panneau de configuration - Système - Onglet [Matériel] - Bouton [Gestionnaire de périphériques] - Développer "Lecteurs de disquettes"  
 - Clic droit avec la souris - Choisir "Désactiver" - Confirmer l'opération en cliquant sur [Oui]  
 Redémarrez la machine et connectez-vous directement avec votre compte utilisateur, puis relancer PREFACE.

- « Période de traitement erronée, veuillez la modifier »

Il n'y a pas de période enregistrée, il vous faudra la renseigner au niveau de la façade de l'application.

- « FINESS incorrect, veuillez renseigner à nouveau votre fichier de RSF »

Le FINESS n'a pas été correctement récupéré.

- CONTROLE PRELIMINAIRE:

Tous les enregistrements de votre fichier de facture sont incorrects

Veuillez consulter le rapport "Contrôle des enregistrements de factures " pour plus de renseignements.

Aucune ligne du fichier de facture n'est correcte. Veuillez voir avec votre prestataire si le format du fichier est correct.

- « Problème dans la génération du fichier RSF intermédiaire »

Présence d'un caractère non géré par l'application dans le fichier d'entrée. Il vous faudra supprimer ces caractères pour le bon fonctionnement du logiciel.

- "Problème de lecture du fichier image (fichier non trouvé ou détérioré) »

Le lecteur virtuel n'a pas pu se créer. Pour régler le problème, il faut désactiver le lecteur pré-existant.

Pour se faire, il faut se connecter sous un compte administrateur et réaliser les opérations ci-dessous :  
 - Panneau de configuration - Système - Onglet [Matériel] - Bouton [Gestionnaire de périphériques] - Développer "Lecteurs de disquettes"  
 - Clic droit avec la souris - Choisir "Désactiver" - Confirmer l'opération en cliquant sur [Oui]  
 Redémarrez la machine et connectez-vous directement avec votre compte utilisateur, puis relancer PREFACE.

- The following archive part does not existe :

/epmsi/data/tmp/7C5A487N7Q0B7M0G55523C7L256S6J5A.0.data.fs (No such file or directory)

- Une erreur est survenue lors de la lecture du fichier ZIP. Pensez à dézipper votre fichier à l'aide d'une application de type WINZIP et à vous assurer qu'il n'est pas abîmé ou que les noms des fichiers ne portent pas de caractères accentués ! Si ce n'est pas le cas veuillez reporter ce cas dans le Bug Center SVP

Il y a un problème de connexion interrompue, il vous faudra envoyer directement sur la plate-forme e-PMSI.

Pour se faire, veuillez suivre les indications suivantes:

- au niveau de PREFACE 1.5.x, à l'issue de la génération des données, faites "Export"
- au niveau de la plate-forme e-PMSI, aller dans le menu "Applications > ..... > Fichiers" puis cliquer sur le lien



"Transmettre le fichier" et indiquez le fichier précédemment sauvegardé.

Puis effectuer la commande du traitement comme à l'habitude.

## 6. ANNEXES

### 6.1. 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 :

- Windows 10
- Windows Server 2012 R2

NB : nous ne garantissons plus la compatibilité sur les systèmes d'exploitation dont le support n'est plus assuré par Microsoft. Si vous êtes dans ce 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/thank-you/net48-web-installer>

#### Avertissement

Le compte « **Administrateur de la machine locale** » est nécessaire à l'installation des différents logiciels de l'ATIH. 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 »).

## 6.2. Format des RSF-ACE

### RSF-ACE A

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=A
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé		
Numéro FINESS géographique	9	11	19			
Sexe	1	20	20	RSS non groupé		
Code civilité	1	21	21	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2/ML=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	13	22	34	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	35	36	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	37	39	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	40	48	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	13	49	61	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	62	63	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
Indicateur du parcours de soins	1	64	64	Type 2S CP	121	Valeurs acceptées {' ', A, B, D, H, J, M, N, O, R, S, T, U}
Nature opération	1	65	65	Type 2 CP	39	
Nature assurance	2	66	67	Type 2 CP	77	Valeurs acceptées {10, 13, 30, 41, 90}
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	68	69	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	1	70	70	Type 2 CP	79	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	71	71	<b>Note n°1</b>		Valeurs acceptées {0, 1, 2, 3}
Filler	1	72	72			
Motif de non facturation à l'assurance maladie	1	73	73	<b>Note n°2</b>		Valeurs acceptées {' ', 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, <b>E</b> }

Code Gd régime	2	74	75	Type 2 CP	49	Valeurs acceptées { ' ', 10, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 80 ,90 ,91, 92, 93, 94, 95, 96, 99}
Date Naissance	8	76	83	Type 2 CP	96	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	1	84	84	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	8	85	92	Type 2 CP	103	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de sortie	8	93	100	Type 2 CP	109	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code postal du lieu de résidence du patient	5	101	105	Type 2C	91	
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	8	106	113	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	8	114	121	Type 5 CP	50	Id 6+2
Total honoraire Facturé	8	122	129	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M) 6+2
Total honoraire remboursable AM	8	130	137	Type 5 CP	66	Id 6+2
Total participation assuré avant OC	8	138	145	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable OC pour les PH	8	146	153	Type 5 CP	82	6+2
Total remboursable OC pour les honoraires	8	154	161	Type 5 CP	90	6+2
Montant total facturé pour PH	8	162	169	Type 5 CP	115	6+2
Filler	1	170	170			
Patient bénéficiaire de la CMU	1	171	171	NA		0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Valorisé par FIDES	1	172	172	NA		
Code gestion	2	173	174	NA		Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Filler	9	175	183			
N° d'organisme complémentaire	10	184	193	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	9	194	202	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)
Montant total du séjour facturé au patient	8	203	210			Facultatif Indicateur Simphonie

						Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	211	211			Obligatoire Indicateur Symphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	212	219			Facultatif Indicateur Symphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	220	227			Facultatif Indicateur Symphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	8	228	235			Facultatif Indicateur Symphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	8	236	243			Facultatif Indicateur Symphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	8	244	251			Facultatif Indicateur Symphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	252	259			Facultatif Indicateur Symphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)
Statut FT AMO	1	260	260			Obligatoire 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+S ) 9 : sans objet
Statut FT AMC	1	261	261			Obligatoire 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	262	262			Obligatoire 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	263	265			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.
N° d'identification permanent du patient (IPP)	20	266	285			
Identifiant national de santé (INS)	15	286	300			
ART51	1	301	301			1 si séjour, actes ou consultations externes relevant d'expérimentatione article 51, vide sinon
Numéro facture	9	302	310	Type 2 CP	30	

**Note 1 :**

- 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

**Note 2 :** cette variable doit être renseignée lorsque la variable « Séjour facturable à l'assurance maladie » est égale à 0 (séjour non facturable à l'assurance maladie). Dans les autres cas, laisser cette variable à vide (caractère espace).

- 1 : patient en AME
- 2 : patient sous convention internationale
- 3 : patient payant
- 4 : patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du CASF)
- 5 : patient hospitalisé dans un autre établissement
- 6 : acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier
- 7 : patient relevant d'un forfait pathologies chroniques
- 8 : réorientation urgence
- 9 : autres situations

E : Article 51

## RSF-ACE H

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=H
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé	1	
Numéro FINESS géographique	9	11	19			
N° immatriculation assuré	13	20	32	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	33	34	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	13	47	59	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	60	61	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	8	62	69	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code UCD	7	70	76	Type 3H	49	
Coefficient de fractionnement	5	77	81	Type 3H	57	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	7	82	88	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	89	95	Type 3H	74	0 par défaut (5+2)
Montant total de l'écart indemnisable	7	96	102	Type 3H	81	5+2
Quantité	3	103	105	Type 3H	88	Compléter par « 0 » devant
Montant total facturé TTC	7	106	112	Type 3H	91	0 par défaut (5+2)
Indication	7	113	119			
Numéro facture	9	120	128	Type 2 CP	30	

**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.

## RSF-ACE C

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na	na	Valeur=C
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé	1	
Numéro FINESS géographique	9	11	19			
N° immatriculation assuré	13	20	32	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	33	34	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	13	47	59	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	60	61	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	62	63	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	64	66	na	na	Blancs
Justification exo TM	1	67	67	Type 4 CP	54	
Spécialité exécutant	2	68	69	Type 4 CP	68	Liste des codes : NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17
Date des soins	8	70	77	Type 4 CP	70	Date de l'acte. Attention format de date différent
Code acte	5	78	82	Type 4 CP	76	4+1
Quantité	3	83	85	Type 4 CP	81	Attention format différent : compléter par 0 devant
Coefficient	6	86	91	Type 4 CP	83	4+2
Dénombrement	2	92	93	Type 4 CP	89	Compléter par « 0 » devant
Prix Unitaire	7	94	100	Type 4 CP	91	5+2
Montant Base remboursement	8	101	108	Type 4 CP	98	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Taux applicable à la prestation	3	109	111	Type 4 CP	105	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	8	112	119	Type 4 CP	108	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant

Montant des honoraires (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	8	120	127	Type 4 CP	115	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	7	128	134	Type 4 CP	123	5+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Filler	11	135	145			
Type d'unité fonctionnelle de consultations	2	146	147			<b>Note 1</b>
Coefficient MCO	5	148	152	Type 3 CP	71	<b>1+4</b>
Numéro facture	9	153	161	Type 2 CP	30	

**Note 1 :**

- 01 : Les consultations mémoire effectuées exclusivement dans les centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R)
- 02 : Les consultations des centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage
- 03 : Les consultations « maladies rares » effectuées exclusivement dans les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares
- 04 : Les consultations pour la mucoviscidose effectuées exclusivement dans les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose
- 06 : Les consultations mémoire effectuées dans les établissements ne disposant pas de centre mémoire de ressources et de recherche (CM2R)
- 07 : Les consultations hospitalières d'addictologie
- 08 : Les consultations hospitalières de génétique
- 09 : Les consultations de prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson ou de syndromes parkinsoniens effectuées exclusivement dans les centres experts de la maladie de Parkinson
- 10 : UCSA (soins aux détenus)
- 11 : Unités d'urgences gynécologiques
- 12 : Consultations réalisées au sein des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique
- 13 : Hors les murs



**RSF-ACE B**

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na	na	Valeur=B
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé	1	
Numéro FINESS géographique	9	11	19			
N° immatriculation assuré	13	20	32	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	33	34	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	13	47	59	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	60	61	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	62	63	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	64	66	Type 3 CP	41	
Justification exo TM	1	67	67	Type 3 CP	64	
Spécialité exécutant	2	68	69	na	na	Blancs
Date des soins	8	70	77	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	5	78	82	Type 3 CP	56	4+1
Quantité	3	83	85	Type 3 CP	61	Compléter par « 0 » devant
Coefficient	6	86	91	Type 3 CP	65	4+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Type de prestation intermédiaire	1	92	92	Note 1		<a href="http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2017">http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2017</a>
Coefficient MCO	5	93	97	Type 3 CP	71	1+4 changement position
Dénombrement	2	98	99	na	na	Blancs
Prix Unitaire	7	100	106	Type 3 CP	76	5+2
Montant Base remboursement	8	107	114	Type 3 CP	83	6+2
Taux applicable à la prestation	3	115	117	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	8	118	125	Type 3 CP	94	6+2

Montant des honoraires (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	8	126	133	Type 3 CP	102	6+2
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	7	134	140	Type 3 CP	122	5+2
Filler	15	141	155			
Numéro facture	9	156	164	Type 2 CP	30	

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 ACE M**

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=M
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé		
Numéro FINESS géographique	9	11	19			
N° immatriculation assuré	13	20	32	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	33	34	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	13	47	59	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	60	61	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le
Mode de traitement	2	62	63	Type 4	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	64	66	Type 4	41	
Date de l'acte	8	67	74	Type 4	70	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code CCAM	13	75	87	Type 4 M	43	
Extension documentaire	1	88	88	Type 4 M	56	
Activité	1	89	89	Type 4 M	57	
Phase	1	90	90	Type 4 M	58	
Modificateur 1	1	91	91	Type 4 M	59	
Modificateur 2	1	92	92	Type 4 M	60	
Modificateur 3	1	93	93	Type 4 M	61	
Modificateur 4	1	94	94	Type 4 M	62	
Code association d'actes non prévue	1	95	95	Type 4 M	63	
Code remboursement sous condition	1	96	96	Type 4 M	64	
N° dent 1	2	97	98	Type 4 M	71	

N° dent 2	2	99	100	Type 4 M	73	
N° dent 3	2	101	102	Type 4 M	75	
N° dent 4	2	103	104	Type 4 M	77	
N° dent 5	2	105	106	Type 4 M	79	
N° dent 6	2	107	108	Type 4 M	81	
N° dent 7	2	109	110	Type 4 M	83	
N° dent 8	2	111	112	Type 4 M	85	
N° dent 9	2	113	114	Type 4 M	87	
N° dent 10	2	115	116	Type 4 M	89	
N° dent 11	2	117	118	Type 4 M	91	
N° dent 12	2	119	120	Type 4 M	93	
N° dent 13	2	121	122	Type 4 M	95	
N° dent 14	2	123	124	Type 4 M	97	
N° dent 15	2	125	126	Type 4 M	99	
N° dent 16	2	127	128	Type 4 M	101	
Numéro facture	9	129	137	Type 2 CP	30	

**Note :** Attention les variables dates 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-ACE P

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence (*)	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=P
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10			
Numéro FINESS géographique	9	11	19			
N° immatriculation assuré	13	20	32	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	33	34	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	Changement position dans le format
N° immatriculation individuel	13	47	59	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	60	61	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	8	62	69	Type 3 CP	44	Attention format de date différent (JJMMAAAA)
Code référence LPP	13	70	82	Type 3F	43	
Quantité	2	83	84	Type 3F	70	
Tarif référence LPP ou Prix Unitaire sur devis	7	85	91	Type 3F	72	5+2
Montant total facturé	7	92	98	Type 3F	79	0 par défaut (5+2)
Prix d'achat unitaire	7	99	105	Type 3F	86	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	106	112	Type 3F	93	5+2
Montant total de l'écart indemnisable	7	113	119	Type 3F	100	5+2
Numéro facture	9	120	128	Type 2 CP	30	

\* Norme B2 Juin 2005 - Addenda D (cf. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) dans "Documentation technique>Norme B2>Cahiers des charges de la norme B2")

## RSF-ACE L

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			
Numéro FINESS géographique	9	11	19			
N° immatriculation assuré	13	20	32	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	33	34	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
Numéro d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	Changement position dans le format
N° immatriculation individuel	13	47	59	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	60	61	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	62	63	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	64	66	Type 4 CP	41	
Date de l'acte 1	8	67	74	Type 4 B	49	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 1	2	75	76	Type 4 B	55	
Code acte 1	8	77	84	Type 4 B	57	
Date de l'acte 2	8	85	92	Type 4 B	65	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 2	2	93	94	Type 4 B	71	
Code acte 2	8	95	102	Type 4 B	73	
Date de l'acte 3	8	103	110	Type 4 B	81	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 3	2	111	112	Type 4 B	87	
Code acte 3	8	113	120	Type 4 B	89	
Date de l'acte 4	8	121	128	Type 4 B	97	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 4	2	129	130	Type 4 B	103	
Code acte 4	8	131	138	Type 4 B	105	
Date de l'acte 5	8	139	146	Type 4 B	113	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 5	2	147	148	Type 4 B	119	

Code acte 5	8	149	156	Type 4 B	121	
Numéro facture	9	157	165	Type 2 CP	30	

\* Norme B2 Juin 2005 - Addenda D (cf. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) dans "Documentation technique>Norme B2>Cahiers des charges de la norme B2")

## 6.3. Format des RAFAEL (\*.rsfa)

### RAFAEL A : Début de facture (à partir du M3 2022)

Libellé	Début	Fin	Taille	Remarques
Numéro séquentiel de facture	8	1	8	
Type d'enregistrement	1	9	9	A
Numéro séquentiel de facture	3	10	12	
Filler	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Numéro FINESS géographique	9	25	33	
Date de début de la période de facturation	8	34	41	JJMMAAAA
Date de fin de la période de facturation	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	3	53	55	en nombre de jours (date de début de la période de facturation - date de naissance) ; pour les moins d'1 an
Sexe	1	56	56	
Code géographique de résidence	5	57	61	
Code postal	5	62	66	
Code civilité	1	67	67	Recodage : M=1/MME=2:MLE=2/SAN=3
Rang du bénéficiaire	3	68	70	
Indicateur du parcours de soins	1	71	71	Valeurs acceptées { ' ', A, B, D, H, J, M, N, O, R, S, T, U }
Nature opération	1	72	72	
Nature assurance	2	73	74	Valeurs acceptées {10, 13, 30, 41, 90}
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	75	76	
Justification d'exonération du TM	1	77	77	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	78	78	Valeurs acceptées {0, 1, 2, 3}
Filler	1	79	79	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	80	80	si Séjour facturable à l'AM = 0, valeurs acceptées { ' ', 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, <b>E</b> }
Code grand régime	2	81	82	Valeurs acceptées { ' ', 10, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 80, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 99 }
Rang de naissance	1	83	83	
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	8	84	91	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	8	92	99	6+2
Total honoraire Facturé	8	100	107	Total des lignes de type 4 (RSF C et M) 6+2
Total honoraire remboursable AM	8	108	115	6+2
Total participation assuré avant OC	8	116	123	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable OC pour les PH	8	124	131	6+2
Total remboursable OC pour les honoraires	8	132	139	6+2



Montant total facturé pour PH	8	140	147	6+2
Filler	1	148	148	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	149	149	0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Valorisé par FIDES	1	150	150	
Code gestion	2	151	152	Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Filler	9	153	161	
N° organisme complémentaire	10	162	171	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 de travail ou date d'accident de droit commun	9	172	180	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)

### RAFAEL H (à partir du M3 2022)

Libellé	Début	Fin	Taille	Remarques
Numéro séquentiel de facture	8	1	8	
Type d'enregistrement	1	9	9	H
Numéro séquentiel de facture	3	10	12	
Filler	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Numéro FINESS géographique	9	25	33	
Date de soins	8	34	41	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée	5	42	46	[sera supprimé en 2021] Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Code UCD	7	47	53	
Code indication	7	54	60	
Coefficient de fractionnement	5	61	65	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	7	66	72	5+2
Montant unitaire de l'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	Compléter par « 0 » devant
Montant total facturé TTC	7	90	96	0 par défaut (5+2)

### RAFAEL C : Honoraire (à partir du M3 2022)

Libellé	Début	Fin	Taille	Remarques
Numéro séquentiel de facture	8	1	8	
Type d'enregistrement	1	9	9	C
Numéro séquentiel de facture	3	10	12	
Filler	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Numéro FINESS géographique	9	25	33	
Date de l'acte	8	34	41	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée	5	42	46	[sera supprimé en 2021] 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 exo 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	3	60	62	Attention format différent : compléter par 0 devant
Coefficient	6	63	68	4+2
Dénombrement	2	69	70	Compléter par « 0 » devant
Prix Unitaire	7	71	77	5+2
Montant Base remboursement	8	78	85	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Taux applicable à la prestation	3	86	88	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	8	89	96	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Montant des honoraire (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	8	97	104	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	7	105	111	5+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Filler	11	112	122	
Type d'unité fonctionnelle de consultations	2	123	124	01 : Les consultations mémoire effectuées exclusivement dans les centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R) 02 : Les consultations des centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage 03 : Les consultations « maladies rares » effectuées exclusivement dans les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares

				04 : Les consultations pour la mucoviscidose effectuées exclusivement dans les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose 06 : Les consultations mémoire effectuées dans les établissements ne disposant pas de centre mémoire de ressources et de recherche (CM2R) 07 : Les consultations hospitalières d'addictologie 08 : Les consultations hospitalières de génétique 09 : Les consultations de prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson ou de syndromes parkinsoniens effectuées exclusivement dans les centres experts de la maladie de Parkinson 10 : UCSA (soins aux détenus) 11 : Unités d'urgences gynécologiques 12 : Consultations réalisées au sein des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique 13 : "Hors les murs"
Coefficient MCO	5	125	129	1+4

(\*) Valeurs possibles :

01 : Les consultations mémoire effectuées exclusivement dans les centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R)

02 : Les consultations des centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage

03 : Les consultations « maladies rares » effectuées exclusivement dans les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares

04 : Les consultations pour la mucoviscidose effectuées exclusivement dans les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose effectuées dans les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

06 : Les consultations mémoire effectuées dans les établissements ne disposant pas de centre mémoire de ressources et de recherche (CM2R)

07 : Les consultations hospitalières d'addictologie

08 : Les consultations hospitalières de génétique

09 : Les consultations de prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson ou de syndromes parkinsoniens effectuées exclusivement dans les centres experts de la maladie de Parkinson

10 : UCSA (soins aux détenus)

11 : Unités d'urgences gynécologiques

12 : Consultations réalisées au sein des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique

13 : Hors les murs

## RAFAEL B : Prestations hospitalières (à partir du M3 2022)

Libellé	Début	Fin	Taille	Remarques
Numéro séquentiel de facture	8	1	8	
Type d'enregistrement	1	9	9	B
Numéro séquentiel de facture	3	10	12	
Filler	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Numéro FINESS géographique	9	25	33	
Date des soins	8	34	41	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée	5	42	46	[sera supprimé en 2021] 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 exo TM	1	52	52	
Spécialité exécutant	2	53	54	
Code acte	5	55	59	4+1
Quantité	3	60	62	Compléter par « 0 » devant
Coefficient	6	63	68	4+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Type de prestation intermédiaire	1	69	69	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)
Coefficient MCO	5	70	74	1+4
Dénombrement	2	75	76	
Prix Unitaire	7	77	83	5+2
Montant Base remboursement	8	84	91	6+2
Taux applicable à la prestation	3	92	94	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	8	95	102	6+2
Montant des honoraires (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	8	103	110	6+2
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	7	111	117	5+2

**RAFAEL M : CCAM (à partir du M3 2022)**

Libellé	Début	Fin	Taille	Remarques
Numéro séquentiel de facture	8	1	8	
Type d'enregistrement	1	9	9	M
Numéro séquentiel de facture	3	10	12	
Filler	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Numéro FINESS géographique	9	25	33	
Date de l'acte	8	34	41	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée	5	42	46	[sera supprimé en 2021] 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	
Code association d'actes non prévue	1	72	72	
Code remboursement sous condition	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	

## RAFAEL P : Prothèses (à partir du M3 2022)

Libellé	Début	Fin	Taille	Remarques
Numéro séquentiel de facture	8	1	8	
Type d'enregistrement	1	9	9	P
Numéro séquentiel de facture	3	10	12	
Filler	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Numéro FINESS géographique	9	25	33	
Date de soins	8	34	41	JJMMAAAA
Délai par rapport à la date d'entrée	5	42	46	[sera supprimé en 2021] Délai par rapport à la date d'entrée indiquée dans la partie A du RSF
Code référence LPP	13	47	59	
Quantité	2	60	61	
Tarif référence LPP ou Prix Unitaire sur devis	7	62	68	5+2
Montant total facturé	7	69	75	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

## RAFAEL L : Codage affiné des actes de biologie (à partir du M3 2022)

Libellé	Début	Fin	Taille	Remarques
Numéro séquentiel de facture	8	1	8	
Type d'enregistrement	1	9	9	L
Numéro séquentiel de facture	3	10	12	
Filler	3	13	15	
Numéro FINESS e-PMSI	9	16	24	
Numéro FINESS géographique	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	5	50	54	[sera supprimé en 2021] 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	5	73	77	[sera supprimé en 2021] 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	5	96	100	[sera supprimé en 2021] 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	5	119	123	[sera supprimé en 2021] 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	5	142	146	[sera supprimé en 2021] 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	

**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)

## 6.4. ANO (\*.ano-ace)

ANO-ACE (à partir du M3 2022)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Index de liaison	32	1	32	
Numéro FINESS e-PMSI	9	33	41	
Code retour contrôle « n° sécurité sociale »	1	42	42	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	43	43	
Code retour contrôle « sexe »	1	44	44	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	45	45	
Code retour contrôle « date de référence » (date de début de facturation)	1	46	46	
Filler	17	47	63	
Filler	60	64	123	
Date de naissance	8	124	131	
Filler	9	132	140	
Délai à la date de début de la période de facturation	5	141	145	permet d'ordonner chronologiquement les factures
N° séquentiel de facture	8	146	153	
Date de début de la période de facturation	8	154	161	JJMMAAAA
Date de fin de la période de facturation	8	162	169	JJMMAAAA
Rang de bénéficiaire	3	170	172	
Rang de naissance	1	173	173	
Filler	32	174	205	
Filler	9	206	214	
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	215	215	
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	216	216	
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	217	217	
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	218	218	
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	219	219	
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	220	220	
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	221	221	
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	222	222	
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	223	223	
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	224	224	
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	225	225	
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	226	226	
Code retour contrôle " N° d'identification permanent du patient "	1	227	227	
Code retour contrôle "Identifiant national de santé"	1	228	228	
Code retour contrôle "Article 51"	1	229	229	
Filler	30	230	259	
Montant total du séjour facturé au patient	8	260	267	Indicateur Simphonie



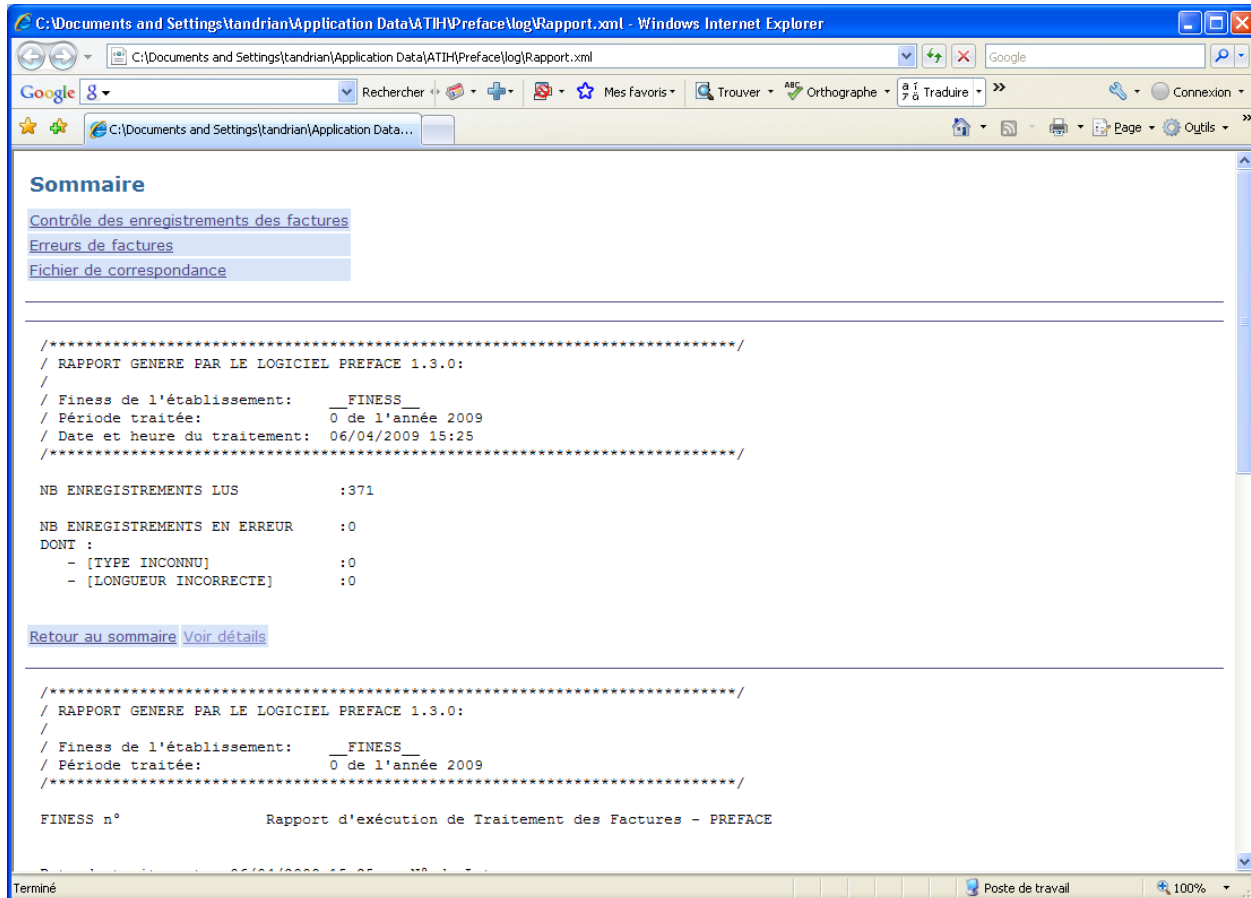
				Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	268	268	Indicateur Simphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	269	276	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	277	284	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	8	285	292	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	8	293	300	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	8	301	308	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	309	316	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)
Statut FT AMO	1	317	317	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	318	318	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	319	319	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	320	322	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	323	366	valable pour un Finess PMSI, dans tous les champs d'hospitalisation; vide si IPP non renseigné ; XXXX... si IPP égal à XXXX..
Filler	5	367	371	
Filler	64	372	435	
ART51	1	436	436	

## 6.5. Rapports

### Rapport général :

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



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
- Rapport seul : possibilité de visualiser uniquement le rapport en cours (notamment pour l'imprimer)

Par exemple :

Rapport généré par le logiciel PREFACE :

[Retour au sommaire](#) [Voir détails](#)

Pour le rapport général des contrôles des enregistrements des factures, le rapport sera sous la forme suivante :

```

/*****

```

/ RAPPORT GENERE PAR LE LOGICIEL PREFACE 1.x.x:  
/  
/ Finess de l'établissement: **FINESS de l'établissement**  
/ Période traitée: **Période traitée**  
/ Date et heure du traitement: **Date et heure du traitement**  
/\*\*\*\*\*/

NB ENREGISTREMENTS LUS :XX  
NB ENREGISTREMENTS EXPLOITABLES :XX

NB ENREGISTREMENTS EN ERREUR :XX

DONT :

- [B001 - Longueur incorrecte] : XX  
- [B002 - Type inconnu] : XX  
- [B003 - RSF ACE A en erreur] : XX  
- [B004 - FINESS erroné] : XX  
- [B005 - FINESS géographique incohérent] : XX  
- [B006 - Caractère illicite] : XX

Les XX correspondront aux effectifs à partir du fichier de facture fourni.  
Les RSF EN ERREUR 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 enregistrements en erreur :

**ATTENTION:** pour enregistrer les fichiers fournis en lien, il faut effectuer un click droit au niveau du lien et sélectionner "Enregistrer la cible sous".

Rapport généré par le logiciel PREFACE :

Le fichier exploitable est sous la forme suivante :

« [N°LIGNE];[CODE ERREUR];[TYPE RSF-ACE];[INFORMATIONS] »

Veuillez vous référer au paragraphe « Prétraitement du fichier d'entrée » pour connaître le détail les informations fournies

#### **Contrôles des variables RSF-ACE :**

Le rapport de synthèse sera sous la forme suivante :

```
*****
*** CONTROLE DES RSF-ACE ***
DATE DE TRAITEMENT : Date et heure du traitement
FICHIER TRAITE      : Nom du fichier traité
*****
----- RSF-ACE L -----
RSF TRAITES                : XX Nombre de RSF-ACE L total dans le fichier
RSF EXPLOITABLES           : XX (XX %)
DONT :
  - SANS ERREUR             : XX (XX,X %)
  - ERREURS NON BLOQUANTES  : XX (XX,X %)
RSF NON EXPLOITABLES (FORMAT INCORRECT) : XX (XX %)
```

Le fichier exploitable est sous la forme suivante :

« [N°LIGNE];[CODE ERREUR];[TYPE RSF-ACE];[N°ENTREE];[VALEUR ERRONNEE] »

Veuillez vous référer au paragraphe « [Contrôle des variables RSF-ACE](#) » pour connaître le détail les informations fournies

Erreurs sur factures :

Le rapport de synthèse sera sous la forme suivante :

/*****							
/	RAPPORT	GENERE	PAR	LE	LOGICIEL	PREFACE	1.7.0.0:
/							e-PMSI
/	Finess de l'établissement: FINESS						
/	Période traitée: Période traitée						
/*****							
NB ERREUR NON BLOQUANTES :XX							
DONT :							
-	[RSF-ACE	Y]					: ZZ

Le fichier exploitable est sous la forme suivante :

« **[N°LIGNE];[CODE ERREUR];[TYPE RSF-ACE];[N°ENTREE];[VALEUR ERRONNEE]** »

Veuillez vous référer au paragraphe « [Contrôle des factures](#) » pour connaître le détail les informations fournies

**RAPPEL :**

Malgré la nouvelle visualisation, tous les rapports sont encore disponibles au niveau du menu *{Visualisation}*.

## 6.6. Liste des 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 Erreur	Type RSF-ACE	Libellé	Référence
104	A	Date naissance : non conforme au format JJMMAAAA	B2 type 2 CP
105	A	Date naissance : valeur non autorisée	B2 type 2 CP
106	A	Date naissance : non conforme au format JJMMAAAA	B2 type 2 CP
107	A	Date d'entrée : valeur non autorisée	B2 type 2 CP
108	A	Date de sortie: non conforme au format JJMMAAAA	B2 type 2 CP
109	A	Date de sortie: valeur non autorisée	B2 type 2 CP
110	A	Date naissance incohérente avec l'année de traitement	B2 type 2 CP
127	B, C	Montant remboursable par AMO : non conforme au format	B2 type 3 CP, 4
128	B, C	Montant remboursable par AMO : valeur non autorisée	B2 type 3 CP, 4
129	B, C	Taux remboursement: non conforme au format	B2 type 3 CP, 4
130	B, C	Taux remboursement : valeur non autorisée	B2 type 3 CP, 4
135	A	Code gd regime: valeur non autorisée	B2 type 2 CP
136	A	Nature assurance : valeur non autorisée	B2 type 2 CP
181	A	Séjour facturable à l'assurance maladie : valeur non autorisée	Note n°1 (cf formats)
180	A	Motif de non facturation à l'assurance maladie : valeur non autorisée	Note n°2 (cf formats)
138	A	Total base remboursement prestation hospitalière : non conforme au format	B2 type 5 CP
139	A	Total base remboursement prestation hospitalière : valeur non autorisée	B2 type 5 CP
140	A	Montant total facturé pour PH : non conforme au format	B2 type 5 CP
141	A	Montant total facturé pour PH : valeur non autorisée	B2 type 5 CP
142	A	Total remboursable AMO prestation hospitalière : non conforme au format	B2 type 5 CP
143	A	Total remboursable AMO prestation hospitalière : valeur non autorisée	B2 type 5 CP
143	A	Total honoraire facture : non conforme au format	B2 type 5 CP
145	A	Total honoraire facture : valeur non autorisée	B2 type 5 CP
146	A	Total honoraire remboursable AM : non conforme au format	B2 type 5 CP
147	A	Total honoraire remboursable AM : valeur non autorisée	B2 type 5 CP
148	B, C	Montant base remboursement : montant différent par rapport au calcul	B2 type 3 CP, 4
149	B, C	Montant remboursable AMO: montant différent par rapport au calcul	B2 type 3 CP, 4
150	A	Date d'entrée postérieure à la date de sortie	B2 type 2 CP
151	A	Type d'enregistrement : pas d'enregistrement A distingué pour la facture	

152	A	Type d'enregistrement : RSF-ACE de type A en doublon pour la même facture	
153	A, B	Type d'enregistrement, code de prise en charge : enregistrement B incohérent avec le mode de prise en charge	
154	A, C	Type d'enregistrement, code de prise en charge : enregistrement C incohérent avec le mode de prise en charge	
155	Tous	Type d'enregistrement inconnu	
158	A, B	Total base remboursement prestation hospitalière, montant base remboursement : montant différent par rapport au calcul	B2 type 5 CP, 3 CP
159	A, B	Montant total facturé pour PH, montant total facturé : montant différent par rapport au calcul	B2 type 5 CP, 3 CP
160	A, B	Total remboursable AMO prestation hospitalière, montant remboursable AMO : montant différent par rapport au calcul	B2 type 5 CP, 3 CP
161	A, C	Total honoraire remboursable AM, montant remboursable AMO : montant différent par rapport au calcul	B2 type 5 CP, 4
162	A, C	Total honoraire facturé, montant des honoraires (dépassement compris) : montant différent par rapport au calcul	B2 type 5 CP, 4
174	B	Code acte : plusieurs GHS observés dans le même séjour	B2 type 3 CP
175	A	Somme des totaux et montants nuls	
176	A	Nature opération : annulation sur une facture non existante	B2 type 2 CP
177	B	Code acte : pas de GHS observé dans le séjour	B2 type 3 CP
178	A, B	Nature opération, code acte : plusieurs facture avec GHS pour le séjour	B2 type 2 CP, 3 CP
179		Type d'enregistrement non autorisé pour les actes et consultations externes pour les établissements	
180	A	Motif de non facturation à l'assurance maladie : valeur non autorisée	
181	A	Séjour facturable à l'assurance maladie : valeur non autorisée	
183	A	Nombre d'ATU par facture supérieur à 1	
185	A, B, C	Numéro de facture non renseigné (égal à blanc)	Type 2 CP
186	A, B, C	Indicateur Article 51 différent de blanc ou 1	
201	L	Type d'enregistrement incorrect	
202	L	FINESS : non conforme au format	
203	L	N° entrée non conforme au format	Type 2 CP
204	L	N° assuré social : non conforme au format	Type 2 CP
205	L	Clé du n° assuré social : non conforme au format	Type 2 CP
206	L	Rang du bénéficiaire : non conforme au format	Type 2 CP
207	L	Mode de traitement : valeur non autorisée	Type 4 CP
208	L	Discipline de prestation : non conforme au format	Type 4 CP
209	L	Date de l'acte n°1 : non conforme au format	Type 4 B
210	L	Quantité de l'acte n°1 : non conforme au format	Type 4 B
211	L	Code acte n°1 : code non autorisé	Type 4 B
212	L	Date de l'acte n°2 : non conforme au format	Type 4 B
213	L	Quantité de l'acte n°2 : non conforme au format	Type 4 B
214	L	Code acte n°2 : code non autorisé	Type 4 B

215	L	Date de l'acte n°3 : non conforme au format	Type 4 B
216	L	Quantité de l'acte n°3 : non conforme au format	Type 4 B
217	L	Code acte n°3 : code non autorisé	Type 4 B
218	L	Date de l'acte n°4 : non conforme au format	Type 4 B
219	L	Quantité de l'acte n°4 : non conforme au format	Type 4 B
220	L	Code acte n°4 : code non autorisé	Type 4 B
221	L	Date de l'acte n°5 : non conforme au format	Type 4 B
222	L	Quantité de l'acte n°5 : non conforme au format	Type 4 B
223	L	Code acte n°5 : code non autorisé	Type 4 B

## 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 60%

- **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
- **180** : cf Note n° 2 au niveau du format RSF-ACE A

- **181** : cf Note n° 1 au niveau du format RSF-ACE A

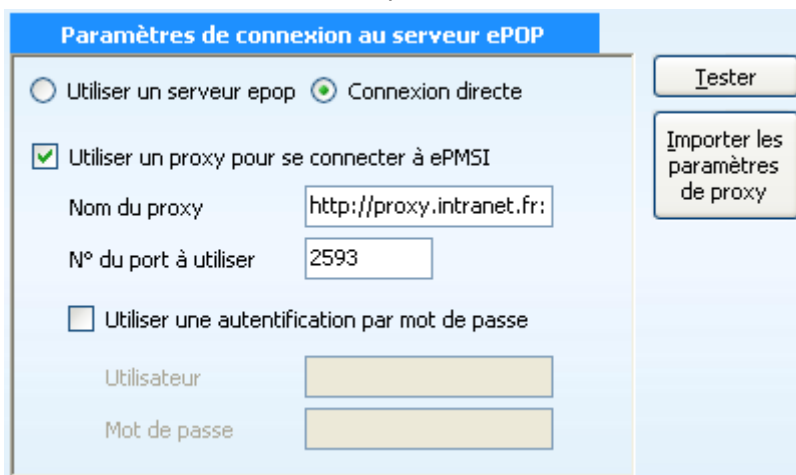
## 6.7. Paramétrage du client e-POP

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).

### 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.

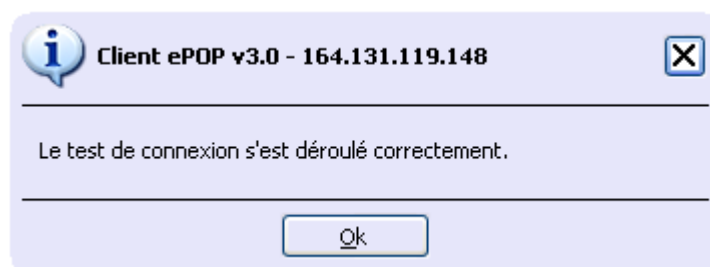
**Zone de saisie « N° de port à utiliser » :** il s'agit d'un n° compris entre 0 et 65535 à utiliser pour communiquer avec le proxy. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement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

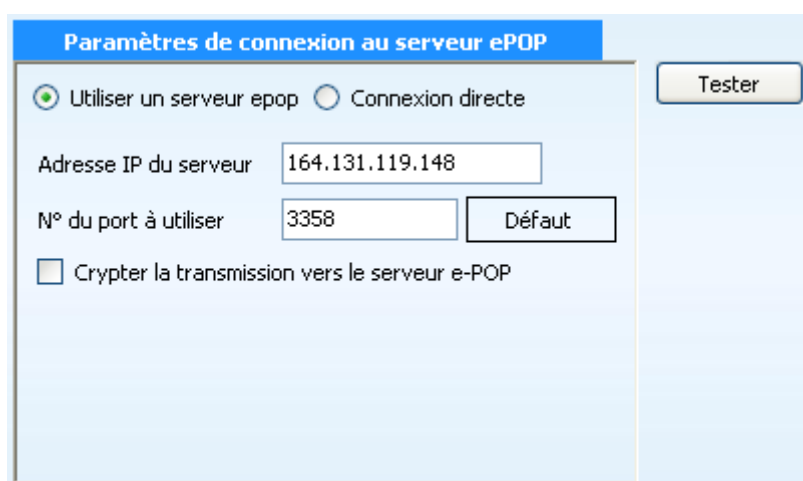
**Bouton « Tester » :** un clic sur ce bouton permet de réaliser un test de connexion vers e-PMSI. La réussite de ce test aboutit au message suivant :



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 conserver le numéro de port par défaut attribué par l'ATIH (3358).

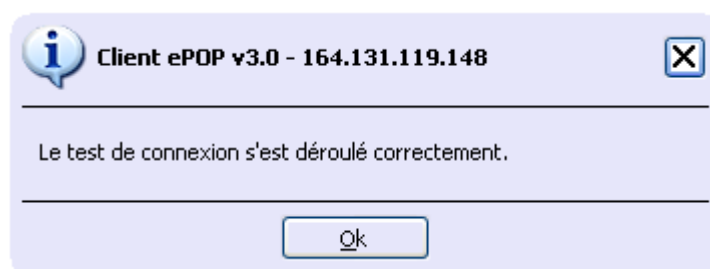
- **Ce port doit être ouvert sur l'ordinateur client et sur l'ordinateur exécutant le serveur (voir plus bas la problématique des pare-feu).**

**Bouton « Défaut » :** ce bouton permet par un simple clic de remplacer 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.