

Manuel d'utilisation **PAPRICA 23.x**

Hospitalisation à domicile (HAD Publique Ex-DGF)



2023

Service Architecture et production informatiques

Pôle Logiciels des établissements de santé

Support utilisateurs

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

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

Courriel : support@atih.sante.fr

Sommaire

1.	Présentation générale	4
2.	Fonctionnalités	5
2.1.	Paramétrage manuel de PAPRICA	5
2.2.	Fenêtre principale	6
2.3.	Période de traitement	7
2.4.	Fichiers complémentaires (FICHCOMP)	8
2.5.	Les conventions ESHAD-ESMS	8
2.5.1.	La saisie des conventions ESHAD et ESMS	9
2.5.2.	Le traitement de l'activité HAD en EPHA par PAPRICA	11
2.6.	Génération	12
2.6.1.	Contrôles préliminaires	12
2.6.2.	Contrôles complémentaires	13
2.6.2.1.	Contrôle de stabilité des informations au sein d'un même séjour	13
2.6.2.2.	Contrôle de stabilité des informations au sein d'une même séquence	13
2.6.2.3.	Contrôle de cohérence des enchaînements	14
2.6.2.4.	Autres contrôles de cohérence du recueil :	14
2.6.3.	Anonymisation et réalisation du chaînage des données	15
2.6.4.	Traitement des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT	15
2.7.	Menus	16
2.7.1.	Visualisation	16
2.7.2.	Le menu « ? »	17
2.7.2.1.	Le menu « A propos »	17
2.7.2.2.	Le menu « Manuel d'utilisation »	18
2.7.2.3.	Le menu « Infos système et paramétrage »	18
2.8.	Export	19
2.9.	Quitter le programme	20
2.10.	Sauvegarde	20
3.	Transmission et traitement des données sur e-PMSI : mode d'emploi	22
3.1.	PAPRICA	22
3.2.	e-PMSI	24
4.	Support technique	25
4.1.	Le manuel d'utilisation	25
4.2.	La plate-forme AGORA	25
4.3.	Par mail	25
4.4.	Par téléphone	26
5.	Annexes	27
5.1.	Annexe 1 : Configuration minimale requise	28
5.1.1.	Systèmes d'exploitation pris en charge :	28
5.1.2.	Logiciels requis :	28
5.2.	Annexe 2 : Paramétrage de la transmission e-PMSI	29
5.2.1.	Connexion directe (utilisation par défaut)	30
5.2.2.	Utiliser un serveur e-POP (si le poste ne possède pas de connexion Internet)	31
5.3.	Annexe 3 : Informations sur le chaînage	33
5.3.1.	Présentation générale	33
5.3.2.	Problème de calcul d'intégrité sur ANO-HOSP	34
5.3.3.	Doublons sur le n° administratifs dans ANO-HOSP	34
5.3.4.	Association entre patients et séjours	35
5.3.5.	Détection de l'unicité du couple {patient, n° de séjour}	35
5.3.6.	Association des patients aux RPSS	35
5.4.	Annexe 4 : Les contrôles et les codes retour PAPRICA	36

5.4.1.	L'ensemble des contrôles réalisés par PAPRICA est synthétisé dans la figure ci-dessous : _____	36
5.4.2.	Les erreurs bloquantes _____	37
5.4.4.	Les erreurs non bloquantes _____	48
5.5.	Annexe 5 : Les formats _____	50
5.5.1.	Format de RPSS non groupé _____	50
5.5.2.	Format de RPSS groupé _____	54
5.5.3.	Format ANO-HOSP pour V013 2022 _____	58
5.5.4.	Format ANO-HOSP pour V014 2022 _____	61
5.5.5.	Format des fichiers complémentaires _____	64
5.5.6.	Format du fichier HOSP-PMSI _____	65
5.5.7.	Format d'importation du fichier des Conventions ESHAD-ESMS _____	65
5.5.9.	Formats des RAPSS _____	66
5.5.9.1.	Format RAPSS _____	66
5.5.10.	Fichier de chaînage (ANO) 2022 _____	69
5.5.11.	Formats des fichiers de contrôles en sortie _____	73
5.5.12.	Formats des fichiers complémentaires de sortie _____	74
5.5.13.	Formats du fichier de conventions _____	75

1. Présentation générale

Un recueil d'informations standardisé est mis en place dans les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). Il a un double objectif :

- Permettre aux établissements de facturer les journées de prise en charge à l'Assurance Maladie, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) des établissements d'HAD,
- Disposer, à l'échelon régional et à l'échelon national, d'informations statistiques sur certaines caractéristiques des patients pris en charge dans les structures d'HAD.

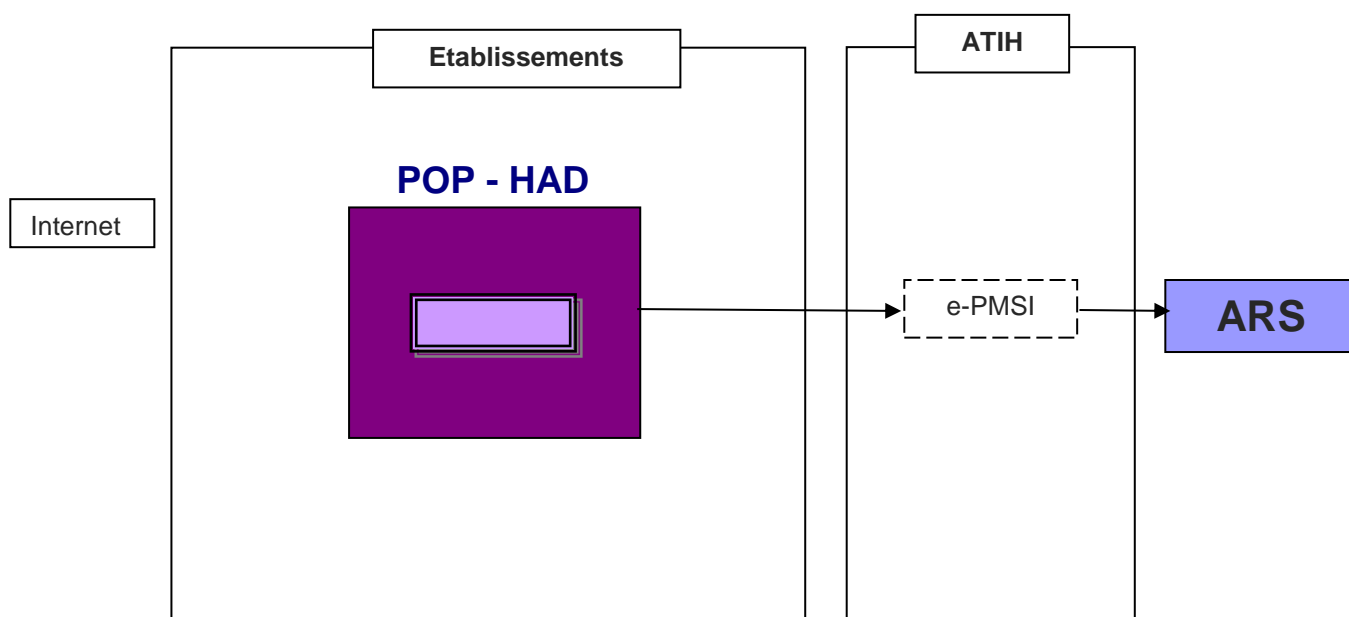
Les structures d'HAD transmettent les fichiers de résumés anonymes par sous-séquence (RAPSS) ainsi que les fichiers de chaînage à l'agence régionale de santé (ARS), conformément à l'arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement (arrêté du 31 décembre 2004 modifié).

Cette transmission s'effectue par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'État. La périodicité, trimestrielle jusqu'au premier trimestre 2007 inclus, devient mensuelle à partir du 1^{er} avril 2007. La transmission d'un mois civil doit être effectuée au cours du mois suivant.

ATTENTION :

Elle s'effectue sur des données cumulées depuis le 1^{er} janvier de l'exercice en cours

Le schéma, ci-dessous, montre la place occupée par PAPRICA dans la **Panoplie d'Outils** du **PMSI** utilisée en HAD (POP-HAD).



2. Fonctionnalités

Le logiciel PAPRICA permet l'anonymisation des fichiers de résumés par sous-séquence (RPSS) groupés ou non, et le chaînage de ceux-ci avec le fichier ANO-HOSP et/ou HOSP-PMSI (selon les modalités décrites dans la circulaire DHOS/PMSI/2001 n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours). Il génère le fichier « ANO-RAPSS » qui devra être fourni au logiciel e-POP afin d'être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI.

2.1. Paramétrage manuel de PAPRICA

PAPRICA permet d'effectuer un paramétrage du répertoire de travail et/ou de sauvegarde pour l'ensemble des utilisateurs.

Ce paramétrage manuel de PAPRICA permet d'indiquer l'emplacement du répertoire de travail et éventuellement l'emplacement du répertoire de sauvegarde.

Pour procéder à ce paramétrage, il vous suffit de renommer le fichier, du répertoire d'installation de PAPRICA, « allusers.txt » en « allusers.par ». Le changement de l'extension de ce fichier de « .TXT » en « .par » permet sa prise en compte par PAPRICA, après redémarrage de l'application.

Le contenu par défaut de ce fichier allusers.txt est le suivant :

```
[Param]
RepTravail=C:\ATIH\Paprica
RepSauvegarde=
```

Vous pouvez modifier l'emplacement du répertoire de travail (RepTravail), en respectant la syntaxe utilisée. Il est possible de renseigner un lecteur réseau. Vous pouvez également indiquer un répertoire de sauvegarde indépendamment du répertoire de travail. Cependant, vous ne pouvez pas renseigner uniquement un répertoire de sauvegarde. Par défaut, sans indication du répertoire de sauvegarde, les sauvegardes sont enregistrées dans le dossier sauvegarde du répertoire de travail.

ATTENTION

Les répertoires indiqués dans ce fichier doivent être en accès lecture/écriture pour tous les utilisateurs de PAPRICA.

2.2. Fenêtre principale

Après le lancement de l'application, une fenêtre semblable à celle présentée ci-dessous s'affiche :

PAPRICA 1.19.11.0

Fichier Visualisation Paramètres ?

Période de traitement
2023

Nom du fichier RPSS

Nom du fichier ANO-HOSP

☐ Utilisation du fichier HOSP-PMSI
Nom du fichier HOSP-PMSI

Fichiers FICHCOMP

Options

☒ Je ne déclare pas de médicaments AP-AC

☐ Je déclare des médicaments MED et AP-AC mais je n'ai qu'un fichier

☐ J'ai deux fichiers pour distinguer les deux types de médicaments

Nom du fichier médicaments (MED hors AP-AC)

Nom du fichier médicaments (AP-AC)

Nom du fichier médicaments coûteux hors liste (MCHL)

Répertoire des fichiers d'enquêtes

Conventions HAD-ESMS / SSIAD ou SPASAD

1ère possibilité : Par importation de fichier

2ème possibilité : Par saisie

Renseigner les conventions

Importer les conventions

Générer Exporter Transmettre e-PMSI ? Quitter


La barre d'état affiche le descriptif du traitement en cours.

ATTENTION :

Le numéro FINESS affiché correspond au numéro FINESS d'inscription ePMSI. PAPRICA détermine cette information par l'analyse de la première ligne du fichier de RPSS.

2.3. Période de traitement

Elle consiste à renseigner le mois et l'année des données à traiter.



The screenshot shows a form titled 'Période de traitement'. It contains two dropdown menus. The first dropdown menu is set to 'du 1er Janvier au 31 Janvier (M1)' and the second dropdown menu is set to '2022'. Both dropdown menus have a small downward arrow icon on the right side.

IMPORTANT:

Renseignez soigneusement ces deux informations parce qu'elles permettent au logiciel de repérer les « RPSS hors période ». Ces enregistrements seront supprimés du fichier définitif et ne seront pas pris en compte pour le traitement.

ATTENTION: ce contrôle s'appuie uniquement sur vos déclarations. Autrement dit, une déclaration erronée de la période peut classer (à tort !) tous vos RPSS en erreur.

ATTENTION:

Il est important que la période de traitement soit correcte. En effet, il n'y aura plus possibilité de modifier la période de transmission au niveau du logiciel e-POP.

Remarque : La **période de test**, qui s'étend sur l'année complète choisie, est disponible dans la liste des périodes de traitement. Cela vous permet d'effectuer vos traitements sans qu'ils soient pris en compte par les tutelles pour l'exercice de l'année.

2.4. Fichiers complémentaires (FICHCOMP)

Fichiers FICHCOMP

Options

☐ Je ne déclare pas de médicaments AP-AC

☐ Je déclare des médicaments MED et AP-AC mais je n'ai qu'un fichier

☒ J'ai deux fichiers pour distinguer les deux types de médicaments

Nom du fichier médicaments (MED hors AP-AC)

Nom du fichier médicaments (AP-AC)

Nom du fichier médicaments coûteux hors liste (MCHL)

3 options permettent éventuellement de saisir des médicaments AP-AC :

1. L'option « **Je ne déclare pas de médicaments AP-AC** » permet de déclarer éventuellement des médicaments de type MED. Si toutes fois, des médicaments de type AP-AC se trouvent dans le fichier destiné aux médicaments de type MED alors ils seront ignorés.
2. L'option « **Je déclare des médicaments MED et AP-AC mais je n'ai qu'un fichier** » permet de déclarer à la fois des médicaments de type MED et de type AP-AC dans un fichier unique à renseigner dans la zone « **Nom du fichier médicaments (MED dont AP-AC)** ».
3. L'option « **J'ai deux fichiers pour distinguer les deux types de médicaments** » permet de déclarer à la fois des médicaments de type MED et de type AP-AC dans 2 fichiers distincts à renseigner respectivement dans les zones « **Nom du fichier médicaments (MED hors AP-AC)** » et « **Nom du fichier médicaments AP-AC** ». Si toutes fois, des médicaments de type AP-AC se trouvent dans le fichier destiné aux médicaments de type MED alors ils seront ignorés.

Indépendamment des 3 options, les médicaments coûteux hors liste (MCHL) peuvent éventuellement être déclarés.

Les fichiers de suivi de consommation par patient des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT devront être transmis vers la plate-forme e-PMSI (les formats sont indiqués en annexe 5 : cf. « *Format des fichiers supplémentaires* »).

2.5. Les conventions ESHAD-ESMS

La saisie des conventions est obligatoire s'il existe des interventions de votre établissement en EHPA ou EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ou en ESMS (Etablissement Sociaux et Médico-Sociaux).

Evolution PAPRICA du M9 2012 : l'intervention des services d'hospitalisation à domicile est désormais autorisée dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. Deux décrets ont été publiés :

Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026354691&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026354711&dateTexte=&categorieLien=id>

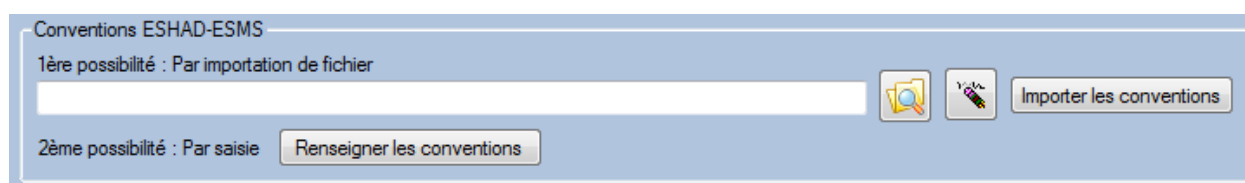
Pour une information détaillée sur les conventions HAD-EHPA et sur l'intervention de l'HAD en ESHAD, veuillez consulter la page suivante sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00012FF>

Et notamment, vous trouverez sur cette page, un lien vers le document : « Note d'information technique aux établissements d'HAD intervenant dans les EHPA »

Ce document présente les modalités techniques de mise en œuvre des conventions HAD-EHPA dans PAPRICA. Ces pages d'information sont également accessibles à partir du site de l'ATIH, en naviguant, à partir de la page d'accueil vers PMSI/Documentation/HAD/ Intervention de l'HAD en EHPA, page publiée le 28/02/2007.



2.5.1. La saisie des conventions ESHAD et ESMS

La gestion des conventions ESHAD-ESMS est accessible à partir de la fenêtre de lancement de l'application, il s'agit de la zone suivante :



Conventions ESHAD-ESMS

1ère possibilité : Par importation de fichier

  Importer les conventions

2ème possibilité : Par saisie

Interface pour la gestion des conventions

PAPRICA permet de gérer les conventions de deux manières :

1. par import d'un fichier des conventions (dont le format est décrit dans les annexes de ce document),
2. par saisie des conventions en cliquant sur le bouton *[Renseigner les conventions]*.

ATTENTION :

Le fichier RPSS doit être renseigné dans la zone « Nom du fichier de RPSS » avant tout import ou saisie des conventions. Effectivement, un prétraitement est effectué pour déterminer les FINESS ESHAD et/ou ESMS présents dans ce fichier RPSS.

L'import et la saisie des conventions font l'objet des vérifications suivantes :

- Cohérence du N° FINESS
- Code forfait de soins renseigné à 0 ou 1 (0 – Sans forfait de soins ou Etablissement Social et 1 – Avec forfait de soins ou Etablissement Médico-Social)
- Code du type d'établissement
- Format des dates de début et de fin de convention (JJMMAAAA)
- Contrôle de non-superposition des périodes pour un même N° FINESS (une convention ne peut être comprise dans l'intervalle des dates saisies pour une autre convention, concernant un N° FINESS identique)

Un rapport d'import est affiché à la fin du traitement ; il présente l'ensemble des erreurs qui ont été détectées. Ce rapport peut contenir des lignes se référant à votre fichier d'import des conventions (cf. § 2.7).

La fenêtre de saisie et de contrôle de l'import se présente sous la forme suivante :

Finess	Forfait soins	Type établissement	Date de début	Date de fin
710010125	1	08	24082010	

Fenêtre de saisie et de contrôle d'import des conventions

Les modifications de la liste des conventions affichées sont effectuées à partir des boutons [Mettre à Jour], [Modifier] et [Supprimer].

ATTENTION :

Toute modification est directement enregistrée en base de données

Le bouton [Validation] permet de générer le fichier qui sera utilisé par PAPRICA, pour la prise en compte des conventions. Cette validation est nécessaire, dans le cadre de l'intervention de votre structure en ESHAD et/ou ESMS. Elle doit être effectuée avant tout lancement du traitement au niveau de l'interface principale.

Le menu **[Visualisation]** vous permet d'accéder :

- à la liste des N° de FINESS ESHAD-ESMS renseignés dans votre fichier RPSS,
- aux erreurs détectées lors de l'import des conventions ESHAD-ESMS, à partir du fichier d'import indiqué au niveau de l'interface principale.

Comme précisé dans la Note d'information technique aux établissements d'HAD intervenant dans les EHPA : « Un tableau réalisé par le traitement MAT2A-HAD sur la plateforme e-PMSI présente le contenu du fichier complémentaire « conventions ESHAD-ESMS » et l'activité d'HAD en ESHAD et/ou ESMS. ». Les informations qui seront affichées sont celles pour lesquelles un FINESS ESHAD et/ou ESMS a été renseigné au niveau du fichier de RPSS. Ainsi, la saisie et l'import des conventions dans PAPRICA sont indépendants de la transmission de ces informations sur e-PMSI. Vous pouvez renseigner autant d'éléments que vous le souhaitez dans la base de PAPRICA. Un filtrage des conventions nécessaires au traitement est effectué.

2.5.2. Le traitement de l'activité HAD en EPHA par PAPRICA

De nouveaux codes retour PAPRICA ont été ajoutés concernant le traitement de l'activité HAD en ESHAD. Pour les erreurs bloquantes, il s'agit des codes d'erreur 29, 30 et 31. Et pour les erreurs non bloquantes, il s'agit du code d'erreur 529. La description de ces codes retour est disponible dans les annexes de ce document.

Seuls certains modes de prise en charge principaux (MPP) et associés (MPA) sont autorisés pour décrire l'activité d'HAD auprès de patients hébergés dans un EHPA. A titre indicatif :

- les MPP autorisés sont les suivants : 03, 04, 05, 07, 08, 09, 18, 24 et 29
- les MPA autorisés sont : de 01 à 09, 11, 12, 14, 18 et 24.

Par la commande *[EHPA - Journées supprimés car hors convention]* du menu **[Visualisation]** de la fenêtre principale de PAPRICA, un nouveau compte-rendu est accessible : le rapport d'anonymisation qui est affiché à la fin du traitement vous indique l'ensemble des erreurs qui ont pu se produire et qui concernent l'activité HAD en EHPA. Veillez à consulter attentivement ce rapport pour situer l'origine de (des) l'erreur(s).

2.6. Génération

Générer

ATTENTION :

À l'issue de la génération effectuée par le logiciel PAPRICA et lors d'un export ou d'une transmission e-PMSI, des fichiers de sauvegarde sont générés. Il est **IMPORTANT** que ces fichiers soient sauvegardés lors de toute désinstallation ou réinstallation du logiciel (cf. § 2.9 « Sauvegarde »).

IMPORTANT :

Nous vous recommandons de consulter les rapports, notamment de chaînage, avant toute transmission à la plate-forme e-PMSI.

Dès le lancement de PAPRICA, des contrôles préliminaires et complémentaires sont effectués sur le contenu des RPSS. La figure de l'annexe 4 détaille l'ensemble des contrôles réalisés par PAPRICA.

2.6.1. Contrôles préliminaires

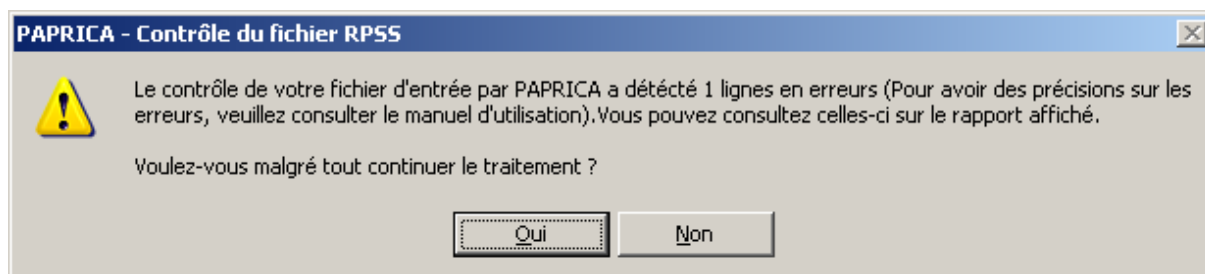
Les contrôles réalisés à ce stade sont les suivants :

- [FINESS PMSI INCONNU] : Le numéro de FINESS ePMSI du RPSS n'est pas connu dans le référentiel des FINESS.
- [FINESS GEOGRAPHIQUE NON RATTACHE] : Le numéro de FINESS géographique n'a pas de correspondance avec le numéro de FINESS ePMSI dans le référentiel des FINESS.
- [LONGUEUR INCORRECTE] : la longueur du RPSS ne correspond pas à celle prévue par le format ;
- [FINESS INCOHERENT] : le numéro FINESS du RPSS ne correspond pas à celui qui est affiché dans la barre des titres. Il correspond au numéro FINESS d'inscription ePMSI. PAPRICA détermine cette information par l'analyse de la première ligne du fichier de RPSS ;
- [CARACTERE ILLICITE] : un caractère non autorisé est présent dans le RPSS ;
- [HORS PERIODE] : le RPSS n'appartient pas à la période de traitement déclarée.

ATTENTION :

Les RPSS ne passant pas ces contrôles préliminaires ne pourront pas être transmis sur la plate-forme e-PMSI. La présence de ces erreurs peut engendrer des erreurs de séquencement. Il vous est vivement conseillé de vérifier les RPSS incriminés et de les corriger si besoin.

Lorsque les contrôles préliminaires ont détecté des RPSS erronés, une fenêtre semblable à celle qui suit est affichée. Elle permet d'interrompre le traitement à ce stade et d'apporter les corrections nécessaires.



2.6.2. Contrôles complémentaires

En complément des contrôles « intra-RPSS » intégrés à la fonction groupage, PAPRICA met en œuvre quatre types de vérifications « inter-RPSS » qui peuvent donner lieu à un classement en erreurs bloquantes (**à l'exception des codes en gras dans la liste des erreurs ci-dessous**) et entraîner une non valorisation des RPSS incriminés (groupage en GHPC 9999 et GHT 99).

Les erreurs issues des contrôles complémentaires de PAPRICA commencent par S (erreurs de stabilité), E (erreurs d'enchaînement) ou R (erreurs de cohérence du recueil) ; celles issues des contrôles de la fonction groupage commencent par C (erreurs de contrôle du groupage).

2.6.2.1. Contrôle de stabilité des informations au sein d'un même séjour

Il s'agit de vérifier que les informations qui doivent rester stables tout au long du séjour le sont effectivement.

ATTENTION :

Pour chaque séjour, la valeur de référence utilisée provient du RPSS le plus récent (n° de séquence et n° de sous-séquence les plus élevés du séjour).

En cas de non stabilité des informations entre le RPSS transmis et le RPSS de référence, les codes erreurs suivants peuvent s'afficher :

Codes	Libellé
S600	IPP différent de la référence
S601	Date de naissance différente de la référence
S602	Sexe différent de la référence
S603	Date d'entrée du séjour différente de la référence
S604	Mode d'entrée/provenance différent de la référence
S605	Date de sortie du séjour différente de la référence
S606	Mode de sortie/destination différent de la référence
S607	Nature du séjour différente de la référence

2.6.2.2. Contrôle de stabilité des informations au sein d'une même séquence

Il s'agit de vérifier que les informations qui doivent rester stables tout au long de la séquence le sont effectivement.

ATTENTION :

Pour chaque séquence, la valeur de référence utilisée provient du RPSS le plus récent (n° de sous-séquence le plus élevé de la séquence).

En cas de non stabilité des informations, les codes erreurs suivants peuvent s'afficher :

Codes	Libellé
S650	Date de début de séquence différente de la référence
S651	Date de fin de séquence différente de la référence
S652	MPP différent de la référence
S653	MPA différent de la référence
S654	IK différent de la référence
S655	Score AVQ différent de la référence

2.6.2.3. Contrôle de cohérence des enchaînements

On vérifie le bon enchaînement des numéros ainsi que des dates de début et de fin des séquences et des sous-séquences. En cas d'incohérence des enchaînements, les codes erreurs suivants peuvent s'afficher :

Codes	Libellé
E700	Incohérence dans la numérotation du n° de séquence
E701	Problème d'enchaînement de la date de début de séquence avec la date de fin de la séquence précédente
E702	Date de début de la première séquence différente de la date d'entrée du séjour
E703	Date de fin de la dernière séquence différente de la date de sortie du séjour
E704	Date de fin de la dernière sous-séquence du séjour différente de la date de fin séquence et/ou différente de la date de sortie du séjour
E705	Incohérence dans la numérotation du n° de sous-séquence
E706	Problème d'enchaînement de la date de début de sous-séquence avec la date de fin de la sous-séquence précédente
E707	Date de début de la première sous-séquence différente de la date de début de la séquence
E708	Date de fin de la dernière sous-séquence de la séquence différente de la date de fin de la séquence

2.6.2.4. Autres contrôles de cohérence du recueil :

Il s'agit des codes erreurs suivants :

Codes	Libellé
R800	Clé d'identification de la sous-séquence non unique
R801	« Dernière sous-séquence du séjour » positionnée à « oui » pour une sous-séquence intermédiaire
R802	Mode de sortie/destination non renseigné pour la dernière sous-séquence du séjour
R803	Date de sortie du séjour postérieure au dernier jour de la période de transmission
R804	Date de fin de séquence postérieure au dernier jour de la période de transmission
R805	Dernière sous-séquence du séjour" positionnée à "non" alors que date de fin de sous-séquence = date de sortie
R806	Nature du séjour non renseignée dans la première séquence du séjour
R807	Nature du séjour non renseignée
R808	Nature du séjour « Petite enfance » (« 01 ») ET enfant âgé de plus de 3 ans)
R809	Nature du séjour « Antepartum » (« 02 ») ET Mode de Prise en charge Principal de la première sous-séquence est un Mode de Prise en charge Principal « Post partum pathologique » (« 21 »)
R810	Nature du séjour « Postpartum » (« 03 ») ET Mode de Prise en charge Principal de la première sous-séquence est un Mode de Prise en charge Principal « Surveillance de grossesse à risque » (« 19 »)
R811	Nature du séjour « Antepartum » (« 02 ») ET Diagnostic Principal de la première sous-séquence est une « surveillance d'une grossesse normale » (DP commençant par un code CIM en « Z34 »)

REMARQUE :

Contrairement aux autres erreurs issues des contrôles préliminaires et complémentaires, les 4 erreurs suivantes ne sont pas bloquantes : R803, R804, R805 et R806.

Toutes les erreurs sont répertoriées dans le menu [**Visualisation**] – [*Synthèse des erreurs de groupage et des erreurs complémentaires*] (cf. § 2.6).

2.6.3. Anonymisation et réalisation du chaînage des données

Lors de cette phase, PAPRICA procède à une série de contrôles sur le fichier complémentaire et ne retient pour la transmission que les enregistrements ayant passé avec succès ces vérifications. En particulier, il est nécessaire d'utiliser le *même* numéro administratif de séjour que celui contenu dans le fichier de RPSS. En effet, une liaison sur les numéros administratifs est réalisée entre chaque fichier complémentaire fourni et le fichier de RPSS. Le traitement réalisé par PAPRICA ne conserve en sortie que les enregistrements pour lesquels le numéro administratif de séjour a été retrouvé dans le fichier de RPSS. Le fichier réalisé en sortie comporte alors le numéro d'index du RAPSS correspondant au numéro administratif du RPSS.

Lors de cette phase, des contrôles réalisés : en premier lieu, PAPRICA analyse les couples numéro de RPSS - numéro administratif local de séjour de chaque RPSS. Il détecte les numéros de RPSS en doublons ainsi que les numéros administratifs de séjour en doublons. Afin de ne pas bloquer les traitements, lorsque PAPRICA trouve des N° de RPSS en doublons, seul le premier sera pris en compte pour la suite des vérifications. Il en sera de même concernant le n° administratif de séjour.

2.6.4. Traitement des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT

Les causes de rejet du fichier FICHCOMP peuvent être les suivantes :

- le numéro FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RPSS ;
- le numéro administratif de séjour n'apparaît pas dans le RPSS ;
- la longueur des enregistrements est incorrecte ;
- la date indiquée est mal/non renseignée.

Veuillez consulter également l'annexe 5 qui détaille le format du fichier FICHCOMP : cf. « *Format des fichiers complémentaires* ».

À la fin du traitement, les rapports d'anonymisation du fichier de RPSS, du fichier complémentaire (s'il y a lieu), ainsi que ceux liés au chaînage s'affichent à l'écran. Nous vous recommandons de les consulter avant toute transmission à la plate-forme e-PMSI.

2.7. Menus

2.7.1. Visualisation

Vous pouvez visualiser tous les compte-rendus générés lors du traitement des données par PAPRICA, grâce au menu *[Visualisation]*. Ils fournissent des informations utiles (numéros de ligne, description de l'erreur, ...) permettant d'identifier et de corriger les RPSS erronés.

Les fichiers de compte-rendu sont les suivants :

- « **Erreurs de format** » : liste des RPSS erronés à l'issue des contrôles de format effectués (cf. § 2.5 pour plus de précisions - Contrôles préliminaires)
- « **Compte-rendu de PAPRICA** » : ce rapport fournit une synthèse des erreurs détectées lors du groupage réalisé par PAPRICA
- « **Différences de groupage** » : ce rapport répertorie les différences de groupage entre le groupe homogène de prise en charge (GHPC) obtenu par votre groupeur et celui déterminé par le logiciel PAPRICA. Le résultat obtenu par ce dernier constitue la référence officielle
- « **Compte-rendu de chaînage** » : cf. annexe 5 pour des informations supplémentaires
- « **Erreurs de chaînage** » : cf. annexe 5
- « **Visualisation des erreurs bloquantes de groupage** » : Ce rapport visualise toutes les lignes du RAPSS possédant des erreurs bloquantes. Ces erreurs sont issues des contrôles « intra-RPSS » intégrés à la fonction groupage
- « **Visualisation des erreurs non bloquantes de groupage** » : Ce rapport visualise toutes les lignes du RAPSS possédant des erreurs non bloquantes. Ces erreurs sont issues des contrôles « intra-RPSS » intégrés à la fonction groupage
- « **Synthèse des erreurs de groupage et des contrôles complémentaires** » : cf. § 2.5 pour plus de précisions- Contrôles complémentaires, en plus des erreurs de groupage. Le format de ce fichier est fourni ci-dessous.

NOTES :

1) Pour le rapport de *Synthèse des erreurs de groupage et des contrôles complémentaires*, PAPRICA fournit, dans un fichier délimité par « ; » (exploitable dans un tableur comme Excel), les éléments suivants :

- FINESS
- Période
- Mois
- N° de séjour HAD
- N° de séquence
- N° de sousséquence
- Nombre d'erreurs
- Code(s) erreur(s)

2) Pour les rapports d'*erreurs de groupage* (« Visualisation des erreurs bloquantes de groupage » et « Visualisation des erreurs non bloquantes de groupage »), PAPRICA fournit, dans un fichier délimité par « ; » (exploitable dans un tableur comme Excel), les éléments suivants :

- N° de séjour HAD
- N° de séquence
- N° de sousséquence
- Code erreur

3) Pour le *rapport de différence de groupage* (« Différence de groupage »), PAPRICA fournit les éléments suivants :

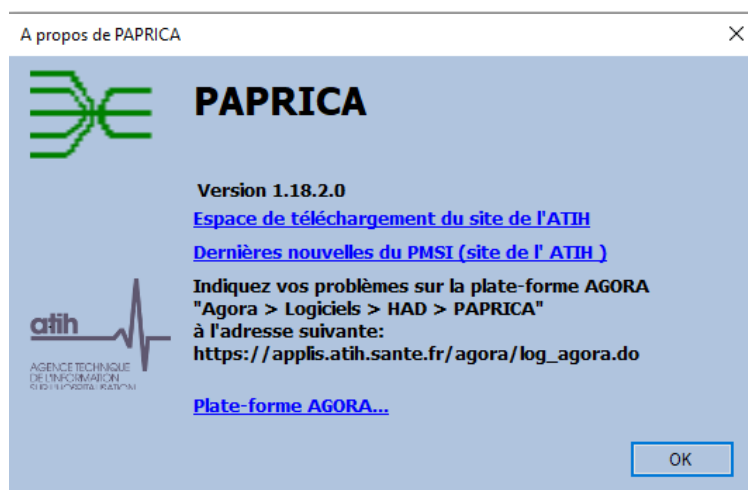
- N° de séjour HAD
- N° de séquence
- N° de sousséquence
- Groupage établissement: code retour
- Groupage établissement: n° du GHPC
- Groupage établissement: nombre de zones tarifaires (1 à 4)
- Groupage établissement: n° du GHT
- Groupage établissement: nombre de jours
- ...
- Groupage établissement: n° du GHT
- Groupage établissement: nombre de jours
- Groupage PAPRICA : code retour
- Groupage PAPRICA : n° du GHPC
- Groupage PAPRICA : nombre de zones tarifaires (1 à 4)
- Groupage PAPRICA : n° du GHT
- Groupage PAPRICA : nombre de jours
- ...
- Groupage PAPRICA : n° du GHT
- Groupage PAPRICA : nombre de jours

2.7.2. Le menu « ? »

2.7.2.1. Le menu « A propos »

Cette fenêtre permet de :

- Connaître la version de PAPRICA,
- Donner le lien vers l'espace de téléchargement des logiciels de l'ATIH et notamment pour une mise à jour de PAPRICA,
- Donner le lien vers le site de l'ATIH,
- Donner le lien vers le forum AGORA.



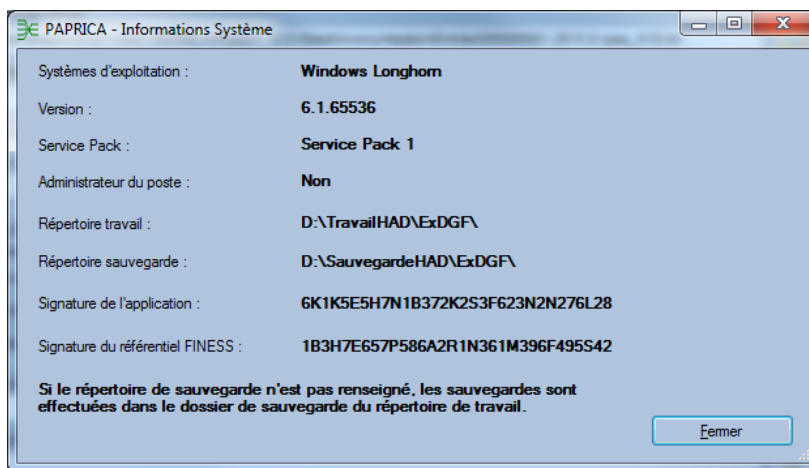
2.7.2.2. Le menu « Manuel d'utilisation »

Le manuel d'utilisation de PAPRICA peut être consulté au format PDF.

2.7.2.3. Le menu « Infos système et paramétrage »

Cette fenêtre permet de :

- Connaître le système d'exploitation,
- Connaître la version du système d'exploitation,
- Connaître le service pack du système d'exploitation,
- Connaître si l'utilisateur est administrateur de son poste,
- Connaître le répertoire de travail,
- Connaître le répertoire de sauvegarde,
- Connaître la signature de l'application,
- Connaître la signature du référentiel finess.



2.8. Export

IMPORTANT :

Vous n'avez plus besoin d'utiliser le logiciel e-POP qui est désormais intégré au logiciel PAPRICA. Suite à l'envoi, vous pourrez directement commander des traitements sur la plate-forme e-PMSI.

PAPRICA 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 fichier « ANO-RAPSS » qui pourra être transmis directement à la plate-forme e-PMSI via le menu « Fichiers » de la plate-forme e-PMSI.

REMARQUE :

Les sauvegardes issues du traitement PAPRICA seront générées uniquement par l'une de ces 2 actions d'export. Ceci afin de pouvoir prendre en compte ou non un traitement LAMDA sans avoir à relancer le traitement PAPRICA.

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 « ANO-RAPSS » se présente sous la forme d'un fichier .zip et porte un nom défini comme suit :

[FINESS].[Année].[Mois].ano_rapss.pop.zip

REMARQUE :

La période de transmission est indiquée au niveau du nom physique des fichiers et correspond désormais au nombre de mois transmis (3 pour les 3 premiers mois de l'année, 4 pour les quatre premiers mois et ainsi de suite).

Exemple : N° FINESS 999999999, Période de transmission M3, Année de transmission 2022. Le fichier exporté « ANO-RAPSS » sera nommé 999999999.2022.3.ano_rapss.zip

Les fichiers contenus dans l'export sont les 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 RAPSS qui porte l'extension «***.rapss*** » (cf. format en annexe 5) ;
 - le fichier de chaînage qui porte l'extension «***.ano*** » (cf. format en annexe 5) ;
 - le fichier de chaînage qui porte l'extension «***.sta*** » (cf. format en annexe 5) ;
 - le fichier de la liste des erreurs de génération qui porte l'extension «***.leg*** » (comprenant les erreurs de groupage et de séquençement) ;
 - éventuellement, le fichier d'export portant l'extension «***.ehpa*** » si vous avez saisi des conventions HAD-EHPA (cf format en annexe 5 « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).
 - éventuellement, le fichier portant l'extension «***.med*** » si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Médicaments » des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT, (cf format en annexe 5 « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).
 - éventuellement, le fichier portant l'extension «***.medatu*** » si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Médicaments AP-AC » des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT, (cf format en annexe 5 « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).
 - éventuellement, le fichier portant l'extension «***.mchl*** » si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Médicaments coûteux hors liste » des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT, (cf format en annexe 5 « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).

AVERTISSEMENT :

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

2.9. Quitter le programme

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

2.10. Sauvegarde

A partir du mois de juin 2014, le répertoire de sauvegarde est paramétrable manuellement (cf paragraphe « Paramétrage manuel de PAPRICA »). Si aucun paramétrage manuel n'est fait alors c'est le répertoire par défaut qui est utilisé :

- C:\Users\<nom de compte>\AppData\Roaming\atih\PapricaExDGF2022 (Windows Vista, Windows 7, windows 8 et windows 10)

Le répertoire de sauvegarde est paramétrable manuellement (cf paragraphe « Paramétrage manuel de PAPRICA »). Si aucun paramétrage manuel n'est fait alors c'est le répertoire par défaut, cité ci-dessus, qui est utilisé.

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 du traitement effectué. Le premier fichier correspond aux copies des fichiers d'entrée (*in*) utilisés pour le traitement dont les noms ont été formalisés sous la forme suivante:

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

Chaque [extension] correspond à un type de fichier:

Nom	Contenu
rpss.ini.txt	fichier de séjour RPSS
rpss.txt	fichier de séjour RPSS fourni à la librairie d'anonymisation
hosppmsi.ini.txt	fichier HOSP-PMSI
hosppmsi.txt	fichier HOSP-PMSI fourni à la librairie de chaînage
anohosp.ini.txt	fichier ANO-HOSP
anohosp.txt	fichier ANO-HOSP fourni à la librairie de chaînage
med.ini.txt	fichier des molécules onéreuses facturées en sus des GHT si présent
med.txt	fichier des molécules onéreuses facturées en sus des GHT
medatu.ini.txt	fichier des molécules onéreuses AP-AC facturées en sus des GHT si présent
medatu.txt	fichier des molécules onéreuses AP-AC facturées en sus des GHT fourni à la librairie de traitement des médicaments
mchl.ini.txt	fichier des médicaments coûteux hors liste facturés en sus des GHT si présent
mchl.txt	fichier des médicaments coûteux hors liste facturés en sus des GHT fourni à la librairie de traitement des médicaments

Le second fichier (*out*) correspond aux copies des fichiers de sortie destinés à l'exportation sur la plateforme e-PMSI et les différents rapports disponibles au niveau du menu ***[Visualisation]***.

RAPPEL :

L'article 7-III de l'arrêté HAD du 31 décembre 2004 modifié oblige tous les établissements d'HAD à conserver plusieurs années une sauvegarde du fichier de RPSS source : « ***Dans chaque structure d'hospitalisation à domicile, le médecin chargé de l'information médicale sauvegarde le fichier de résumés par sous-séquence (RPSS) qui est à la source des fichiers de résumés anonymes par sous-séquence (RAPSS), et assure la conservation de la copie produite pendant cinq ans. »*** »

En pratique, il faut sauvegarder le contenu du dossier de sauvegarde. Par défaut, le chemin du dossier de sauvegarde est le suivant :

- C:\Users\<nom de compte>\AppData\Roaming\atih\PapricaExDGF2022\sauvegarde (Windows Vista, Windows 7, windows 8 et windows 10)

Ou le répertoire de sauvegarde paramétré manuellement dans le fichier « allusers.par ».

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

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

Si vous avez rencontré des problèmes d'installation, veuillez vérifier que votre installation remplit bien les conditions minimales (cf. annexe 1).

Ce chapitre rassemble le traitement des RPSS par PAPRICA, la transmission à la plate-forme e-PMSI via le logiciel e-POP, et le traitement des données à partir du site sécurisé e-PMSI.

Dans l'ordre, les opérations à effectuer sont les suivantes.

3.1. PAPRICA

- 1) Définir la période de traitement dans les zones réservées à cet effet. Ceci est important pour la suite du traitement.
- 2) Indiquer le chemin d'accès du fichier de RPSS (actuellement les formats autorisés est H19 : cf. formats en annexe 5).
- 3) S'il y a lieu, indiquez les chemins d'accès au nouveau fichier complémentaire de médicaments facturés en sus des GHT (cf. format en annexe 5).
- 4) Appliquer la même procédure pour le fichier ANO-HOSP utilisé pour le chaînage (cf. format en annexe 5 et pour plus d'information, vous pouvez consulter la circulaire n° 106 du 22 fév. 2001 relative au chaînage des séjours sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=739>).
- 5) Pour le fichier HOSP-PMSI, vous avez deux possibilités :
 - soit utiliser un fichier HOSP-PMSI (cf. format en annexe). Dans ce cas, indiquer son chemin d'accès en utilisant le bouton [...] en face de la zone et cocher la case « *Utilisation d'un fichier HOSP-PMSI* » ;
 - soit ne pas utiliser le fichier HOSP-PMSI ; vous devez alors décocher la case « *Utilisation d'un fichier HOSP-PMSI* ».

Vous pouvez vous dispenser de ce fichier, si et seulement si, vous avez renseigné la variable « N° d'identification administratif de séjour » du fichier VID-HOSP avec la variable « N° de séjour HAD » qui figure dans le RPSS (pour une description plus détaillée de la procédure, vous pouvez vous reporter au manuel d'utilisation de MAGIC, le Module d'Anonymisation et de Gestion des Informations de Chaînage, disponible à partir de l'espace de téléchargement de l'ATIH).

- 6) Cliquer ensuite sur le bouton [*Générer*] pour procéder à la génération des fichiers à transmettre.
- 7) À la fin de la génération, le compte-rendu de PAPRICA ainsi que celui du chaînage s'affichent à l'écran.
- 8) Cliquer ensuite sur le bouton [*Transmettre e-PMSI*] qui a pour effet de lancer la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI.

Identification

Saisissez les identifiants qui vont permettre de se connecter à EPMSI

Utilisateur e-PMSI

Mot de passe e-PMSI

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

- 10) **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 :

Client ePOP v3.0 - Progression de la transmission du panier

Début du traitement de D:\Users\... \AppData\Roaming\ath\PapricaExDGF2016\export\000000001.2016.0.ano_rapss.zip
 [Partie 1/1] : reçue par e-PMSI
 Fin normale du traitement de D:\Users\... \AppData\Roaming\ath\PapricaExDGF2016\export\000000001.2016.0.ano_rapss.zip
 Le panier a été transmis avec succès.

www.epmsi.ath.sante.fr

NOTE :

Pour plus d'informations concernant l'utilisation du module e-POP intégré, veuillez-vous référer au manuel d'utilisation de ce dernier (logiciel e-POP 3 disponible sur le site de l'ATIH, à partir de l'espace de téléchargement de l'ATIH).

3.2. e-PMSI

- 11) Rendez-vous, maintenant, sur la plate-forme e-PMSI (<https://www.epmsi.atih.sante.fr/accueil.jsp>)
- 12) Vous devez alors aller dans le menu « Login » et vous identifier grâce à vos identifiant et mot de passe.
- 13) Exemple de génération au M3 2022
 - Menu « Applications »
 - « MAT2A »
 - « MAT2A HAD DGF »
 - « Année 2022 » « M3 : De Janvier à Mars »
- 14) Pour vérifier que votre fichier a été transmis, à partir 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.
- 15) Vous pouvez donc demander un traitement sur les dernières données transmises. Pour cela, allez dans le menu « Traitements », et cliquez sur le bouton « Commander ». Il faudra ensuite « Placer ce traitement dans la file d'attente » et cliquer sur la flèche jaune pour continuer. Un mail automatique vous sera envoyé lorsque le traitement sera terminé.
- 16) Si le traitement a réussi vous pouvez accéder à vos tableaux en cliquant sur « Résultats ».

NOTE :

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

4. Support technique

En cas de problème non résolu malgré la consultation du manuel d'utilisation PAPRICA, l'équipe du Support technique est à votre disposition

Quel que soit le moyen utilisé pour le contacter, ce sont les mêmes référents qui reçoivent les demandes et il est donc inutile de multiplier vos demandes (AGORA + mail + téléphone).

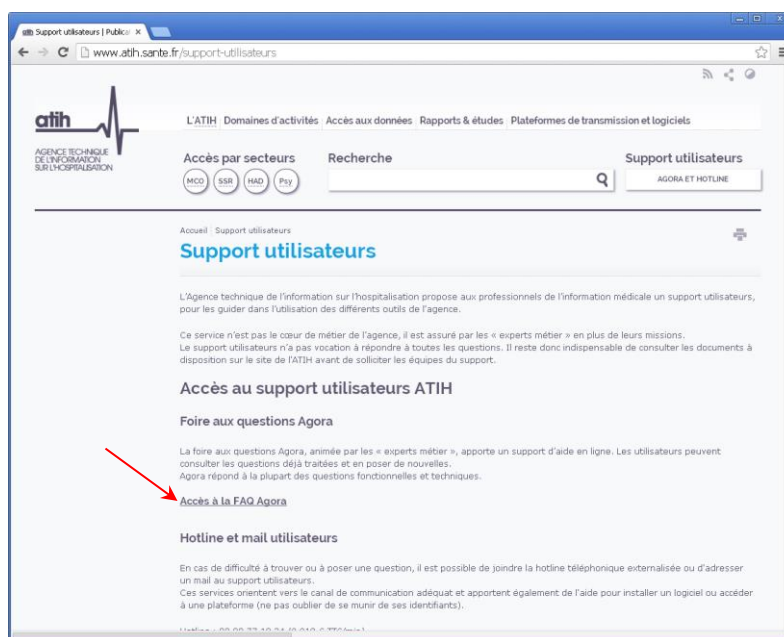
4.1. Le manuel d'utilisation

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

4.2. La plate-forme AGORA

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

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



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

4.3. Par mail

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

4.4. Par téléphone

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

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. Ceci est dû au temps de traitement du prestataire de service (qualification du problème, récupération des informations manquantes, identification des référents,...).

5. Annexes

5.1. Annexe 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 logiciels de la suite POP-T2A sont des applications à usage local et ne sont pas destinées à être utilisées en réseau.

5.1.1. Systèmes d'exploitation pris en charge :

- Windows 8
- Windows 7
- Windows Vista
- Windows 10

REMARQUE :

Les applications ont été testées sur les systèmes d'exploitation cités ci-dessus. Si vous êtes dans ce cas, nous vous recommandons d'utiliser des machines ayant des systèmes d'exploitation plus récents.

5.1.2. Logiciels requis :

- Microsoft .NET Framework 4.6.1: <https://www.microsoft.com/fr-fr/download/details.aspx?id=49981>

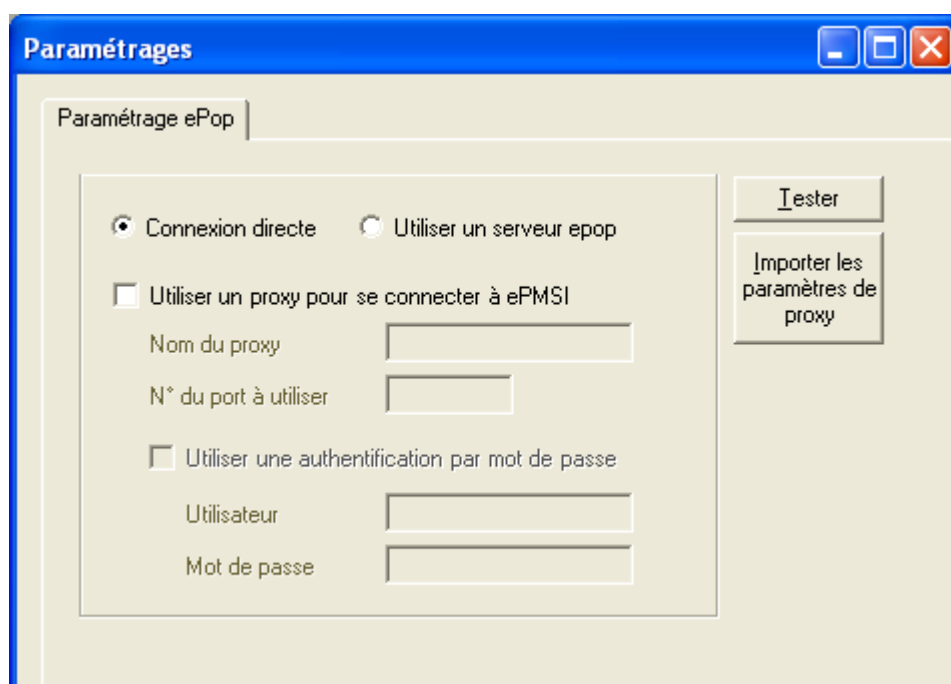
AVERTISSEMENT :

Les utilisateurs de Windows W7 doivent se connecter sous le compte « **Administrateur de la machine locale** » avant de procéder à l'installation des logiciels constitutifs de la suite logicielle POP-HAD et désactiver tous les programmes résidents (anti-virus, programmeurs de tâches, etc.)

Après l'installation du logiciel, vous devez lancer le programme au moins une fois avec le compte « **Administrateur de la machine locale** » pour l'enregistrement des bibliothèques. L'utilisation du logiciel devra s'effectuer avec au moins un compte d' « Utilisateur standard ou avec pouvoir ».

5.2. Annexe 2 : Paramétrage de la transmission e-PMSI

Vous pouvez accéder à la fenêtre de paramétrage en cliquant sur menu {Paramètres : Paramétrage E-POP}.



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

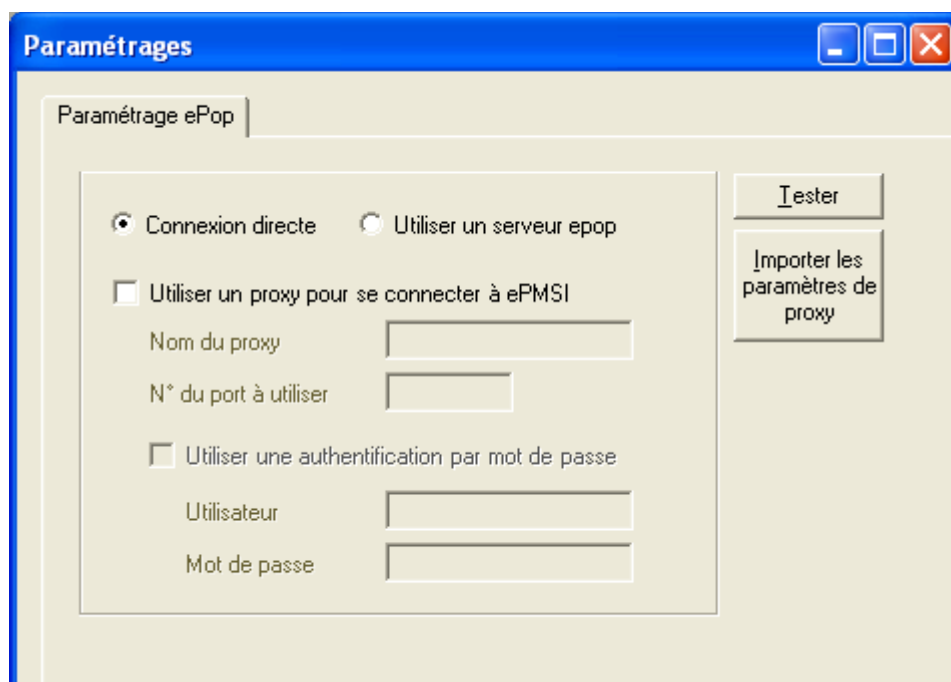
Si vous n'avez jamais paramétré e-POP, cette fenêtre s'affichera au premier lancement de PAPRICA.

Au cours 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.

Dans cette fenêtre de paramétrage, l'écran peut avoir deux formes différentes selon que l'on choisit la transmission directe (lorsque l'ordinateur a accès à Internet) ou bien la transmission via un serveur e-POP (lorsque l'ordinateur n'a pas accès à Internet).

5.2.1. Connexion directe (utilisation par défaut)

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



Suite des paramètres :

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.

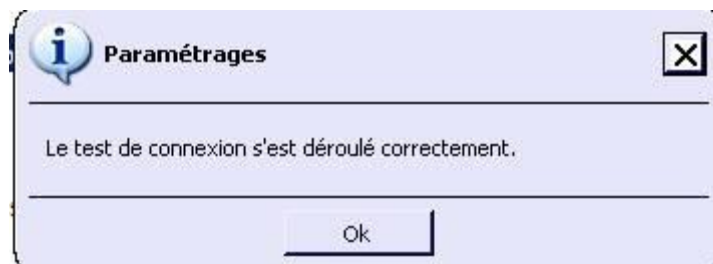
Zone de saisie « Nom du proxy » : il s'agit du nom du proxy à utiliser pour le transfert vers e-PMSI. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement de santé.

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.

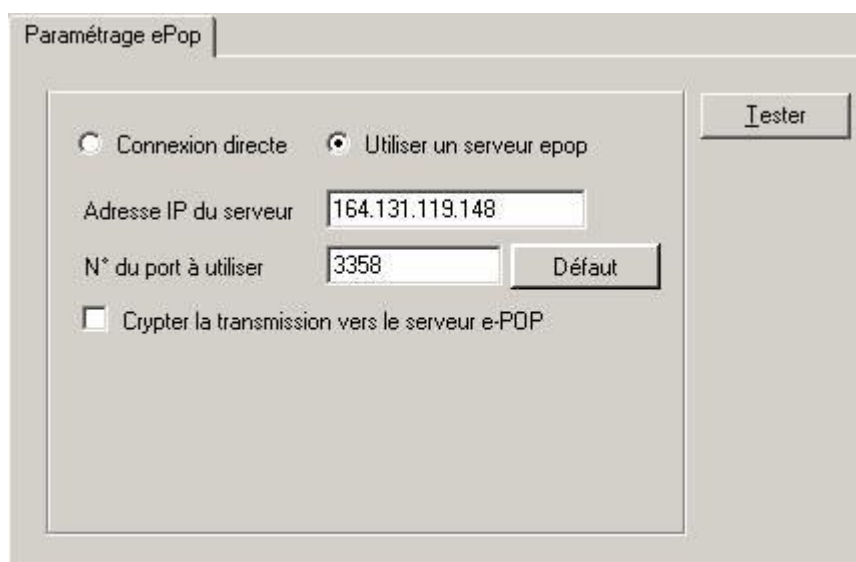
Bouton « Tester » : un clic sur ce bouton permet de réaliser un test de connexion vers e-PMSI. La réussite de ce test aboutit au message suivant :



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 détaillée 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 du navigateur internet.

5.2.2. 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.

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

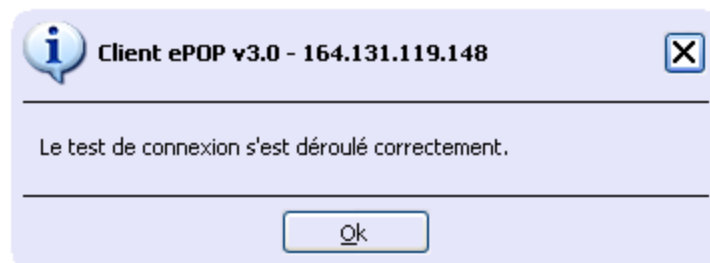
Ce port doit être ouvert sur l'ordinateur client et sur l'ordinateur exécutant le serveur (voir infra la problématique des pare-feu).

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

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

- Le risque d'interception des communications sur un réseau local est extrêmement faible et nécessiterait l'intervention d'un expert informatique malintentionné équipé en conséquence.
- Le cryptage de données ralentit 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 de l'établissement de santé.

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



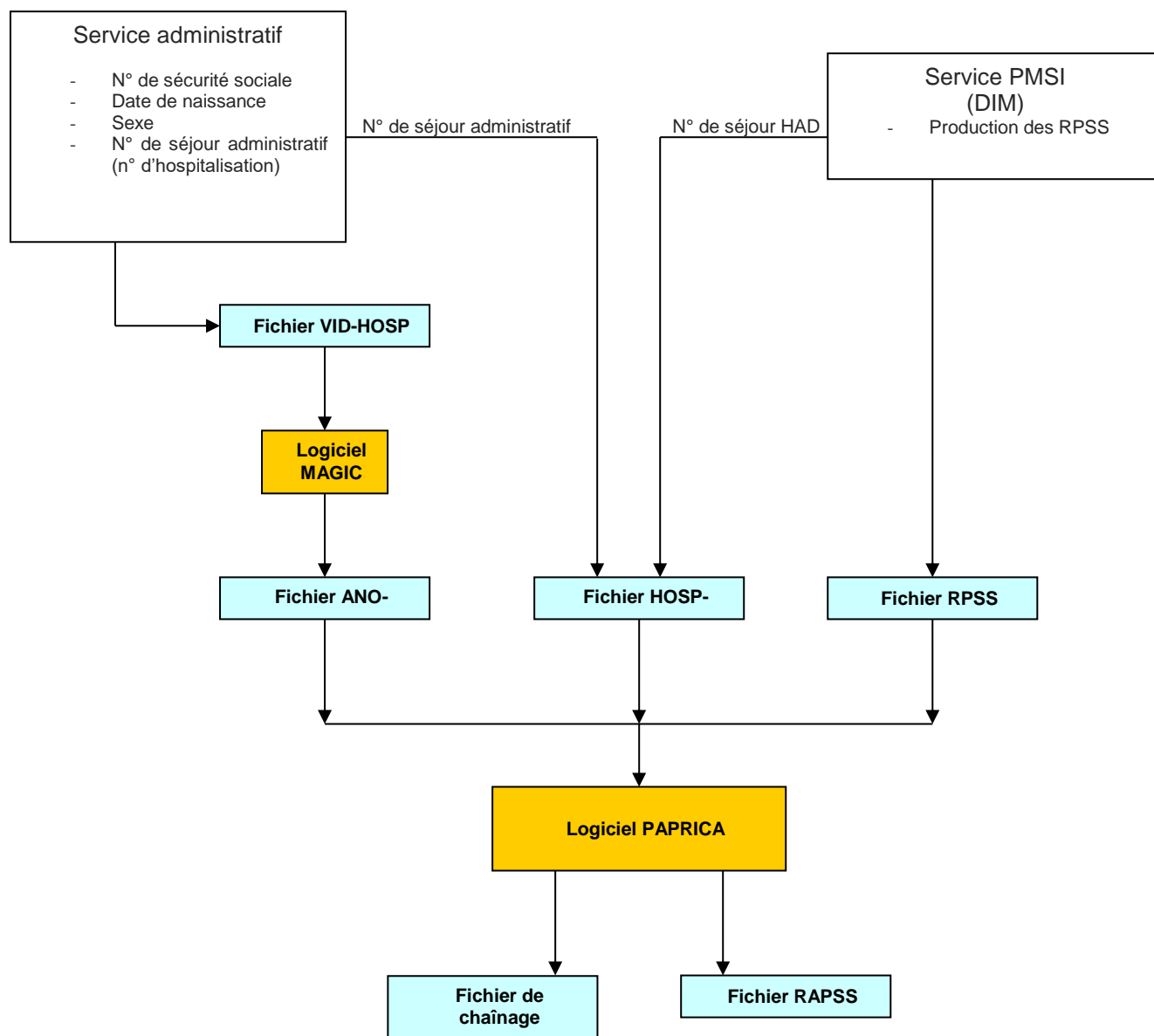
En cas d'erreur, un message indiquant l'origine du problème est affiché. La liste exhaustive des problèmes pouvant être rencontrés ne peut être détaillée ici. Voici cependant une explication des messages d'erreur les plus fréquemment rencontrés au lancement du test :

- **« Une tentative de connexion a échoué car la partie connectée n'a pas répondu convenablement au-delà d'une certaine durée ou une connexion établie a échoué car l'hôte de connexion n'a pas répondu » :**
Ce message s'affiche si l'adresse IP entrée dans la zone de saisie ne correspond à aucun ordinateur du réseau informatique de l'établissement de santé.
- **« Aucune connexion n'a pu être établie car l'ordinateur cible l'a expressément refusée » :**
Ce message s'affiche si l'ordinateur identifié par l'adresse IP entrée dans la zone de saisie n'exécute pas le serveur e-POP, ou bien si le serveur e-POP est effectivement exécuté mais que l'écoute n'est pas lancée. Il est aussi possible que le port choisi soit différent sur le serveur et sur le client ou bien que le pare-feu de l'un des deux ordinateurs interdise la communication via ce port.
- **« Le client xxx.xxx.xxx.xxx:pppp n'est pas autorisé à se connecter au serveur e-POP » :**
Le serveur e-POP possède une liste de clients autorisés à se connecter. Si cette liste est activée et que l'adresse IP de l'ordinateur depuis lequel la connexion est testée n'y figure pas, ce message apparaît.

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

5.3. Annexe 3 : Informations sur le chaînage

5.3.1. Présentation générale



Le but du chaînage est de relier entre elles les différentes hospitalisations d'un même patient grâce à un numéro anonyme (calculé à partir des variables identifiantes « N° de sécurité sociale », « date de naissance » et « sexe »). Autrement dit, il permet de **relier les numéros anonymes aux RPSS**. Comme le montre le schéma, ci-dessus, c'est le logiciel PAPRICA qui effectue cette opération.

Pour arriver au résultat escompté, PAPRICA a besoin, en plus du fichier de RPSS, de deux fichiers supplémentaires : le fichier ANO-HOSP et le fichier HOSP-PMSI.

Le premier fichier est créé par le service chargé du recueil des informations administratives (nom, prénom, adresse, numéro de sécurité sociale, ...) à partir du logiciel MAGIC (cf. schéma). Il indique, pour chaque patient, le numéro de séjour administratif (ou n° d'hospitalisation) sous lequel il a été enregistré. Le fichier HOSP-PMSI, quant à lui, associe ce numéro de séjour administratif et le numéro de séjour HAD qui lui est attribué dans le logiciel utilisé pour le recueil des RPSS.

D'un point de vue technique, le chaînage comporte deux étapes principales. La première consiste à rapprocher (fusionner) les informations fournies par les fichiers ANO-HOSP et HOSP-PMSI : c'est l'association entre patients et séjours HAD (également appelée « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »). Le résultat de cette opération est le fichier ANO-PMSI. Le compte-rendu indique alors le taux de réussite de cette association (taux de réussite [TR1]). L'étape suivante permet de relier les patients aux RPSS : c'est ce que l'on entend par « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI ». Un taux de réussite de cette fusion est également inscrit dans le compte-rendu (taux de réussite [TR2]).

Lors de la réalisation de ces fusions, PAPRICA peut détecter des anomalies. Ces dernières sont signalées dans deux fichiers : un compte-rendu qui fournit de manière synthétique les problèmes rencontrés (nombre de lignes traitées, en erreur, ...) et un fichier contenant les lignes en erreur.

Les comptes rendus des traitements

Les signalements d'anomalies peuvent être classés dans deux catégories : ceux qui sont considérés comme des informations et ceux qui, a priori, repèrent des erreurs à corriger. Ils sont respectivement préfixés par INFO ou ERREUR.

5.3.2. Problème de calcul d'intégrité sur ANO-HOSP

Modification d'au moins un enregistrement du fichier ANO-HOSP. Les enregistrements incriminés sont supprimés et les séjours correspondant ne seront pas chaînés. Il vous sera indiqué en rapport d'erreur les n° administratifs posant problème.

Il vous faut régénérer le fichier ANO-HOSP avec la bonne version de MAGIC.

5.3.3. Doublons sur le n° administratifs dans ANO-HOSP

Les enregistrements incriminés sont supprimés et les séjours correspondant ne seront pas chaînés. Il vous sera indiqué en rapport d'erreur les n° administratifs posant problème.

Ceci est souvent dû au changement de prise en charge pendant le séjour. Cependant, un N° administratif doit correspondre à une prise en charge homogène d'un patient, sinon, lors du chaînage, une prise en charge incorrecte peut être attribuée au séjour incriminé.

5.3.4. Association entre patients et séjours

Il s'agit du traitement indiqué comme « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI » dans le fichier ANO.

[INFO : A10 / A10B]

N° Administratif dans fichier ANO-HOSP mais pas dans le fichier HOSP-PMSI

- Un patient du fichier ANO-HOSP ne possède pas de séjour associé

[ERREUR : A14]

N° ANO-HOSP spécial

- Anomalie sur l'enregistrement VID-HOSP associé

[ERREUR : A20 / A20B]

N° Administratif dans fichier HOSP-PMSI mais pas dans le fichier ANO-HOSP

- Un séjour ne possède pas de patient associé

REMARQUE :

Pour chaque enregistrement affiché dans le fichier d'erreur, seuls les 20 premiers caractères sont significatifs pour l'utilisateur, ils correspondent au n° d'hospitalisation associé au séjour incriminé.

5.3.5. Détection de l'unicité du couple {patient, n° de séjour}

Cette étape détermine notamment les enregistrements dont le N° de séjour a été attribué à plusieurs patients.

NOTE :

Pour chaque enregistrement affiché dans le fichier d'erreur, seuls les 20 derniers caractères sont significatifs pour l'utilisateur, ils correspondent au N° de séjour incriminé.

5.3.6. Association des patients aux RPSS

Il s'agit du traitement indiqué comme « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI » dans le fichier ANO.

[ERREUR : A10 / A10B]

N° de séjour HAD présent dans fichier RPSS mais pas dans le fichier HOSP-PMSI

- Un séjour dans le fichier RPSS non répertorié dans HOSP-PMSI pour le chaînage

NOTE :

Pour chaque enregistrement affiché dans le fichier d'erreur, seuls les 20 premiers caractères sont significatifs pour l'utilisateur, ils correspondent au N° de séjour incriminé.

[INFO : A20 / A20B]

N° de séjour HAD présent dans fichier HOSP-PMSI mais pas dans le fichier RPSS

- Un séjour répertorié pour le chaînage absent des séjours traités

[ERREUR : B11]

Dans fichier RPSS, même N° de séjour HAD attribué à des séjours différents -> Problème de tri du fichier de RPSS

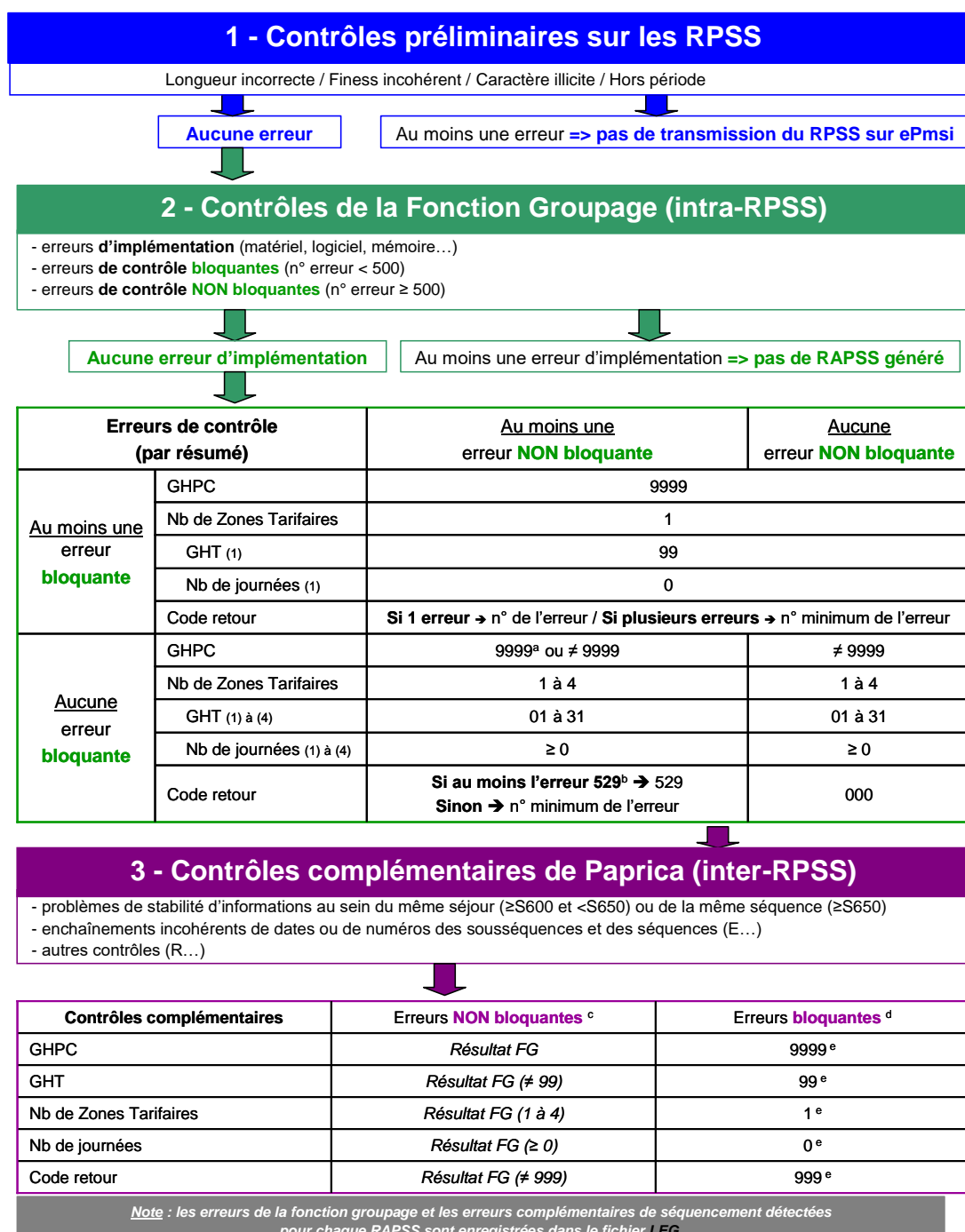
- Un même N° de séjour attribué à plusieurs séjours.

NOTE :

Pour chaque enregistrement affiché dans le fichier d'erreur, seuls les 20 premiers caractères sont significatifs pour l'utilisateur, ils correspondent au N° de séjour incriminé.

5.4. Annexe 4 : Les contrôles et les codes retour PAPRICA

5.4.1. L'ensemble des contrôles réalisés par PAPRICA est synthétisé dans la figure ci-dessous :



^a Si l'erreur concerne l'association MPP*MPA*IK

^b C529 « Existences de journées de prise en charge en dehors des dates de validité de la convention HAD-EHPA »

^c R803 « Date de sortie du séjour postérieure au dernier jour de la période de transmission »

R804 « date de fin de séquence postérieure au dernier jour de la période de transmission »

R805 « dernière sous-séquence du séjour positionnée à –non- alors que date de fin de sous-séquence = date de sortie »

^d Ces erreurs sont bloquantes pour les RPSS dont la date de fin est supérieure au 28/02/2010, sinon le résultat de la FG est conservé.

^e Le résultat de la Fonction Groupage (FG) est écrasé.

5.4.2. Les erreurs bloquantes

Abréviations utilisées :

AVQ : Activités de la vie quotidienne

Blanc : variable non renseignée, vide

IK : Indice de KARNOFSKY

MP : mode de prise en charge

MPA : mode de prise en charge associé

MPP : mode de prise en charge principal

Par convention, la détection d'une erreur bloquante de cette catégorie s'accompagne du résultat de groupage suivant : [GHPC 9999](#), [GHT 99](#).

NUMÉRO DE SÉJOUR EN HAD

001 : numéro de séjour en HAD : absent

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont le numéro de séjour en HAD est à blanc (vide) ou contient des caractères non alphanumériques.

DATE DE NAISSANCE

002 : Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950)

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date de naissance à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/1950).

003 : Improbable par rapport à la date d'entrée

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dans ces deux situations distinctes :

- la date de naissance est postérieure à la date d'entrée ;
- la date de naissance précède la date d'entrée de plus de 120 ans.

DATE D'ENTRÉE

004 : Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950)

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date d'entrée à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/2000).

005 : Postérieure à la date de début de séquence

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date d'entrée est postérieure à la date de début de séquence.

006 : Postérieure à la date de début de sous séquence

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date d'entrée est postérieure à la date de début de sous séquence.

DATE DE DÉBUT DE SÉQUENCE

007 : Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950)

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date de début de séquence à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/2000).

009 : Postérieure à la date de début de sous séquence

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de séquence est postérieure à la date de début de sous séquence.

010 : Postérieure à la date de sortie si celle-ci est renseignée

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de séquence est postérieure à la date de sortie dans le cas où cette dernière est renseignée.

011 : Postérieure à la date de fin de séquence si celle-ci est renseignée

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de séquence est postérieure à la date de fin de séquence dans le cas où cette dernière est renseignée.

012 : Postérieure à la date de fin de sous séquence

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de séquence est postérieure à la date de fin de sous séquence.

DATE DE DÉBUT DE SOUSSÉQUENCE

013 : Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950)

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date de début de sous séquence à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/2000).

016 : Postérieure à la date de sortie si celle-ci est renseignée

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de sous séquence est postérieure à la date de sortie dans le cas où cette dernière est renseignée.

017 : Postérieure à la date de fin de séquence si celle-ci est renseignée

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de sous séquence est postérieure à la date de fin de séquence dans le cas où cette dernière est renseignée.

018 : Postérieure à la date de fin de sous séquence

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de sous séquence est postérieure à la date de fin de sous séquence.

DATE DE FIN DE SOUSSÉQUENCE

019 : Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950)

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date de fin de sous séquence à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/2000).

023 : Postérieure à la date de sortie si celle-ci est renseignée

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de fin de sous séquence est postérieure à la date de sortie dans le cas où cette dernière est renseignée.

024 : Postérieure à la date de fin de séquence si celle-ci est renseignée

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de fin de sous séquence est postérieure à la date de fin de séquence dans le cas où cette dernière est renseignée.

MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

025 : Le MPP n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dans lequel le code du mode de prise en charge principal est à blanc (vide) ou n'appartient à la liste des valeurs autorisées.

DÉPENDANCE APPRECIÉE SELON L'INDICE DE KARNOFSKY

026 : L'IK n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dans lequel le code de dépendance selon Karnofsky est à blanc (vide) ou n'appartient à la liste des valeurs autorisées.

DATE DE SORTIE

028 : Format incorrect, non renseignée ou incohérente (exemple : 02/14/2009) alors que le mode de sortie est renseigné (différent de blanc).

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date de sortie à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/2000) alors que le mode de sortie est renseigné (différent de blanc).

N° FINESS EHPA

029 : N° FINESS EHPA non présent dans le fichier de convention "HAD-EHPA"

La FG HAD signale un RPSS avec type de domicile 3,4 ou 5 et un N° FINESS ESMS n'étant pas mentionné dans le fichier de convention "HAD-ESMS".

MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

030 : MPP non accepté pour les interventions d'HAD en EHPA.

La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3 et un mode de prise en charge principal non autorisé en EHPAD, ou égal à blanc.

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIE

031 : MPA non accepté pour les interventions d'HAD en EHPA.

La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3 et un mode de prise en charge associé non autorisé en EHPAD, ou égal à blanc.

FICHER DE CONVENTION HAD-EHPA

032 : Non renseigné ou introuvable

La FG HAD signale le caractère absent ou introuvable du fichier de convention HAD-ESMS alors que le type de domicile est égal à 3,4 ou 5.

CONVENTION HAD-EHPA

033 : Format incorrect

Cette erreur indique qu'au moins une des lignes du fichier de convention HAD-ESMS n'a pas la taille attendue.

034 : Période avec date au format incorrect, non renseignée ou incohérente

La FG HAD signale une anomalie au niveau de la date de début ou de fin de convention pour au moins une des lignes du fichier de convention HAD-ESMS. Cette anomalie peut être due : soit au caractère non interprétable d'une des 2 dates (ex : 14132008), soit au fait que la date de début de convention n'est pas renseignée, (à blanc), soit au fait que la date de fin de convention est inférieure strictement à la date de début de convention.

036 : Périodes de convention non disjointes

La FG HAD signale que dans le fichier de convention HAD-ESMS, il existe, pour un même FINESS, plusieurs périodes de convention non disjointes.

NUMÉRO FINESS ENTITÉ JURIDIQUE

040 : Format incorrect (ou non renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro FINESS de l'entité juridique est à blanc (vide) ou comporte des caractères autres que des chiffres.

NUMÉRO FINESS CODE GÉOGRAPHIQUE

041 : Format incorrect (ou non renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro FINESS de l'établissement est à blanc (vide) ou comporte des caractères autres que des chiffres.

CODE SEXE

042 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dont la zone sexe est à blanc (vide) ou contient une valeur différente de 1 (masculin) ou 2 (féminin).

MODE D'ENTRÉE

043 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dont le mode d'entrée est à blanc (vide) ou n'est pas un code autorisé. Voici la liste des codes autorisés pour le mode d'entrée:

- Code 6 : Mutation
- Code 7 : Transfert
- Code 8 : Domicile

PROVENANCE

044 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dont la provenance ne peut pas être combinée avec le mode d'entrée.

- Dans le cas des entrées par transfert (mode d'entrée = 7) ou par mutation (mode d'entrée = 6) au terme d'une hospitalisation, les provenances possibles sont les suivantes :
 - Code 1 : en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO)
 - Code 2: en soins de suite ou de réadaptation (SSR)
 - Code 3 : en soins de longue durée
 - Code 4 : en psychiatrie
 - Code 6 : en HAD
- Dans le cas d'une entrée de type « domicile » (mode d'entrée = 8), les provenances possibles sont les suivantes :
 - Code 7 : vit dans une structure d'hébergement médicosociale
 - Code 8 : bénéficiait d'une prise en charge en SSIAD
 - Code provenance à blanc (vide) : autre cas pour le mode d'entrée type « domicile »

DATE DE SORTIE (si renseignée)

045 : Format incorrect ou date incohérente (exemple : 02/14/1950)

La FG HAD signale un RPSS comportant une date de sortie non interprétable (ex : 02/14/2000) dans le cas où celle-ci est renseignée.

046 : Antérieure à la date de fin de séquence

La FG HAD signale un RPSS dont la date de fin de séquence est postérieure à la date de sortie dans le cas où cette dernière est renseignée.

DATE DE FIN DE SEQUENCE

047 : Format incorrect ou date incohérente (exemple : 02/14/1950)

La FG HAD signale un RPSS comportant une date de fin de séquence non interprétable (ex : 02/14/2000) dans le cas où celle-ci est renseignée.

MODE DE SORTIE (si renseigné)

050 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées

La FG HAD signale un RPSS dont le mode de sortie n'est pas un code autorisé.

Voici la liste des codes autorisés pour le mode de sortie :

- Code 6 : Mutation
- Code 7 : Transfert
- Code 8 : Domicile
- Code 9 : Décès
- Code à blanc

DESTINATION (si renseignée)

051 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées

La FG HAD signale un RPSS dont la destination ne peut pas être combinée avec le mode de sortie.

- Dans le cas des sorties par transfert (mode de sortie = 7) ou par mutation (mode de sortie = 6) pour une hospitalisation, les destinations possibles sont les suivantes :
 - Code 1 : en MCO
 - Code 2 : en SSR
 - Code 3 : en soins de longue durée
 - Code 4 : en psychiatrie
 - Code 6 : en HAD
- Dans le cas d'une sortie de type « domicile » (mode de sortie = 8), les destinations possibles sont les suivantes :
 - Code 7 : vit dans une structure d'hébergement médicosocial
 - Code 8 : à destination d'une prise en charge en SSIAD
 - Code destination à blanc (vide) : autre cas pour le mode de sortie type « domicile »
- Dans le cas où le mode de sortie n'est pas renseigné (à blanc), le seul code autorisé pour la destination est le code blanc.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

053 : N'est pas renseigné au format de la CIM-10 ou n'est pas renseigné

La FG HAD signale un RPSS dont le code du diagnostic principal n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc.

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ

056 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le mode de prise en charge associé est à blanc (vide) ou n'appartient à la liste des valeurs autorisées.

AVQ - HABILLAGE OU TOILETTE

060 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « habillage ou toilette » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

AVQ - DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

061 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « déplacement et locomotion » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

AVQ - ALIMENTATION

062 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « alimentation » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

AVQ - CONTINENCE

063 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « continence » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

AVQ - COMPORTEMENT

064 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « comportement » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

AVQ - RELATION ET COMMUNICATION

065 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « relation et communication » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

TYPE DE LIEU DE DOMICILE DU PATIENT

066 : Type de lieu de domicile non renseigné ou différent des valeurs autorisées

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le type de domicile n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

Voici la liste des codes autorisés pour le type de domicile :

- 1 : domicile du patient
- 2 : autre type de domicile
- 3 : patient hébergé en EHPAD
- 4 : EMS hors EHPAD
- 5 : ES

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIE DOCUMENTAIRE

068 : MPD inconnu

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le mode de prise en charge documentaire n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (tout en étant différent de la chaîne " ").

Voici la liste des codes autorisés pour le MPD :

- 01 à 15, 17 à 22, 24 à 25 : pour plus d'informations, veuillez-vous référer à l'annexe F du guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile disponible sur le site de l'ATIH
- 26 à 28 : Pour plus d'informations sur le code des MPD, veuillez-vous référer à l'annexe F (liste 1 et 2) du Guide méthodologique HAD disponible sur le site de l'ATIH à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001400054FF>.

DIAGNOSTIC ASSOCIE

070 : Nombre de diagnostics associés absents

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de diagnostics associés n'est pas renseigné (égal à blanc).

071 : Nombre de diagnostics associés non numérique

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de diagnostics associés contient des caractères autres que numériques.

ACTE CCAM

072 : Nombre d'actes CCAM absent

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre d'actes CCAM n'est pas renseigné (égal à blanc).

073 : Nombre d'actes CCAM non numérique

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre d'actes CCAM contient des caractères autres que numériques.

DIAGNOSTIC ASSOCIE

075 : Diagnostic associé : n'est pas renseigné au format de la CIM-10 ou n'est pas renseigné ou est un code père

La FG HAD signale un RPSS dont le code d'un ou plusieurs diagnostics associés n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est une catégorie non vide ou est un code père interdit.

ACTE CCAM

079 : N'existe pas dans le catalogue de référence (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dont le code d'un ou plusieurs actes CCAM n'existe pas dans la CCAM ou est égal à blanc.

080 : Extension documentaire d'acte ccam erronée

La FG HAD signale un RPSS dont l'extension documentaire d'au moins un acte CCAM n'est pas alphanumérique ou est égale à l'un des caractères suivants : O,I,o,i

081 : Nombre d'occurrence d'acte CCAM absent

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de réalisations d'un ou plusieurs actes CCAM n'est pas renseigné (égal à blanc).

082 : Nombre d'occurrence d'acte CCAM non numérique ou égal à zéro

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de réalisations d'un ou plusieurs actes CCAM contient des caractères non numériques ou est égal à zéro.

SOUS SEQUENCE

083 : Date de début de sous séquence incompatible avec utilisation d'un acte CCAM

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de sous séquence est supérieure à la date de fin d'effet d'un des actes CCAM.

084 : Date de fin de sous séquence incompatible avec utilisation d'un acte CCAM

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de fin de sous séquence est inférieure à la date de début d'effet d'un des actes CCAM.

ACTE CCAM

085 : Date de réalisation de l'acte CCAM incohérente, en dehors des dates du séjour HAD

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de réalisation d'un ou plusieurs actes CCAM est renseignée mais possède l'une au moins des caractéristiques suivantes :

- la date comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces
- la date n'est pas interprétable (ex : 12002005)
- la date est antérieure à la date de début de sous séquence
- la date est postérieure à la date de fin de sous séquence.

SEQUENCE

086 : Numéro de séquence dans le séjour complet absent ou non numérique ou égal à zéro

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro de séquence dans le séjour complet n'est pas renseigné (égal à blanc), contient des caractères non numériques ou est égal à zéro.

SOUS SEQUENCE

087: Numéro de sous séquence absent ou non numérique ou égal à zéro

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro de sous séquence n'est pas renseigné (égal à blanc), contient des caractères non numériques ou est égal à zéro.

088: Indicateur de dernière sous séquence du séjour absent ou erroné

La FG HAD signale un RPSS dont l'indicateur de dernière sous séquence du séjour est à blanc (vide) ou contient une valeur différente de 1 (oui) ou 2 (non).

089: Indicateur de dernière sous séquence incohérent avec les dates de sortie du séjour, de fin de séquence et de fin de sous séquence

La FG HAD signale un RPSS dont l'indicateur de dernière sous séquence du séjour est égal à 1 (oui) et que la règle suivante n'est pas respectée :

Date de sortie du séjour = date de fin de séquence = date de fin de sous séquence.

091: Date de fin de sous séquence non gérée par les tables binaires

Chaque table binaire possède en interne différentes sous tables. Celles effectivement utilisées par la FG HAD sont choisies en fonction de la date de fin de sous séquence du RPSS. Lorsque, pour une table binaire donnée, aucune sous table ne correspond à cette date de fin de sous séquence du RPSS, la FG HAD génère ce code erreur.

NUMERO D'ENTREE

093: Numéro d'entrée absent ou non numérique

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro d'entrée n'est pas renseigné (égal à blanc) ou contient des caractères non numériques. Cela concerne seulement les formats H04 pour les établissements ex-OQN.

NUMERO DE FACTURE

094: Numéro de facture absent ou non numérique

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro de facture n'est pas renseigné (égal à blanc) ou contient des caractères non numériques. Cela concerne seulement les formats H04 pour les établissements ex-OQN.

SEJOUR FACTURABLE A L'ASSURANCE MALADIE

095: Code de séjour facturable à l'Assurance maladie : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dont le code de séjour facturable à l'Assurance Maladie est à blanc (vide) ou contient une valeur différente de 0, 1, 2 ou 3. Voici la signification de ces différents codes :

- 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

096: Code du motif de la non facturation à l'Assurance maladie : incohérent ou n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées.

La FG HAD signale un RPSS dont le code de séjour facturable à l'Assurance Maladie ne respecte pas l'une des règles suivantes :

- lorsque le code de séjour facturable à l'Assurance Maladie est différent de zéro, alors le code du motif de la non facturation à l'Assurance Maladie doit être égal à blanc (vide) (caractère espace).
- lorsque le code de séjour facturable à l'Assurance Maladie est égal à zéro alors le code du motif de la non facturation à l'Assurance Maladie doit être égal à 1, 2, 3, 4, 5 ou 9. Voici la signification de ces différents codes :
 - 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 : Prestation inter établissement
 - 9 : Autres situations

NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIES AU MPP

100 : absent, non numérique ou égal à zéro : un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPP est absent (caractère espace), contient des caractères autres que numériques ou est égal à zéro.

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPP est absent (caractère espace), contient des caractères autres que numériques ou est égal à zéro.

NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIES AU MPA

101 : absent ou non numérique : un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPA est absent (caractère espace) ou contient des caractères autres que numériques.

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPA est absent (caractère espace) ou contient des caractères autres que numériques.

DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPP

102 : n'appartient pas à la CIM-10 ou n'est pas renseigné : un RPSS dont le code d'un des diagnostics associés au MPP n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est un code père.

La FG HAD signale un RPSS dont le code d'un des diagnostics associés au MPP n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est une catégorie non vide ou est un code père interdit.

DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPA

103 : n'appartient pas à la CIM-10 ou n'est pas renseigné : un RPSS dont le code d'un des diagnostics associés au MPA n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est un code père.

La FG HAD signale un RPSS dont le code d'un des diagnostics associés au MPA n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est une catégorie non vide ou est un code père interdit.

CODE DE CONFIRMATION DE CODAGE

104 : Code de confirmation de codage inconnu.

La FG HAD signale un RPSS dont le code de confirmation de codage est différent de 1 ou de blanc. La valeur 1 signifie que le codage est confirmé. La valeur « blanc » signifie que le codage n'a pas à être confirmé.

105 : Confirmation de codage requise mais absente

La FG HAD signale un RPSS dont la confirmation de codage n'a pas été effectuée (valeur égale à blanc), alors qu'elle doit l'être au vu des MPP et MPA indiqué dans le RPSS. La valeur doit donc être égale à 1.

106 : Confirmation de codage non requise mais présente

La FG HAD signale un RPSS dont la confirmation de codage a été effectuée (valeur égale à 1), alors qu'elle ne doit pas l'être au vu des MPP et MPA indiqué dans le RPSS. La valeur doit donc être égale à blanc.

PERIODE DU RPSS

107 : Période du RPSS en dehors de la période de convention HAD-ESMS

La FG HAD signale un RPSS dont le type de lieu de domicile est 3 (EHPAD), 4 (EMS hors EHPAD) ou 5 (ES), mais dont la période définie par [date d'entrée de la sous-séquence, date de sortie de la sous-séquence] est en dehors de la période de convention déclarée dans le fichier de convention HAD-ESMS.

MPA ET DA ASSOCIE

108 : MPA renseigne avec aucun diagnostic associe au MPA

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le MPA est renseigné mais qu'aucun diagnostic associé au MPA n'est renseigné. Il faut au moins un diagnostic associé au MPA dans le cas où le MPA est renseigné.

PERIODE DU RPSS

115 : Période du RPSS en dehors de la période de convention HAD-SSIAD/SPASAD

La FG HAD signale un RPSS dont le type de lieu de domicile est 6 (intervention SSIAD/SPASAD au domicile du patient), mais dont la période définie par [date d'entrée de la sous-séquence, date de sortie de la sous-séquence] est en dehors de la période de convention déclarée dans le fichier de convention.

ACTE CCAM

141 : Acte CCAM : format incorrect de l'extension ATIH

La FG HAD signale un RPSS contenant au moins un acte CCAM avec une extension ATIH renseignée mais ne respectant pas le format convenu (premier caractère = tiret suivi de 2 chiffres). Pour rappel, cette extension s'inscrit dans le cadre de la CCAM descriptive.

142 : Acte CCAM : extension ATIH non acceptée

La FG HAD signale un RPSS dont au moins un acte CCAM est renseigné avec une extension ATIH non acceptée (CCAM descriptive), ou avec une extension ATIH non renseignée alors qu'il en existe une.

NATURE DE SEJOUR

150 : Acte CCAM : format incorrect de l'extension ATIH

La FG HAD signale un RPSS dont la nature de séjour est à blanc (vide) ou contient une valeur différente des codes suivants :

- 01 : Petite enfance
- 02 : Antepartum
- 03 : Post partum
- 04 : Soins palliatifs
- 05 : Surveillance
- 06 : Rééducation
- 07 : Soins ponctuels
- 08 : Soins complexes de pathologies chroniques et / ou de handicap

155 : NATURE DU SÉJOUR : INCOMPATIBLE AVEC L'AGE

La FG HAD signale un RPSS avec une nature de séjour = '01' (Petite enfance) alors que l'âge du patient est > 3 ans.

EXTENSION ACTES CCAM

183 : DATE DE DEBUT DE SOUS SÉQUENCE INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UNE EXTENSION D'UN ACTE CCAM

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de sous séquence est supérieure à la date de fin d'effet d'une extension d'un des actes CCAM.

184 : DATE DE FIN DE SOUS SÉQUENCE INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UNE EXTENSION D'UN ACTE CCAM

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de fin de sous séquence est inférieure à la date de début d'effet d'une extension d'un des actes CCAM

5.4.4. Les erreurs non bloquantes

DATE SYSTÈME

500 : Antérieure à la date d'entrée

La FG HAD signale un RPSS dont la date d'entrée est postérieure à la date système.

501 : Antérieure à la date de sortie

La FG HAD signale un RPSS dont la date de sortie est postérieure à la date système.

DATE D'ENTRÉE

505 : Improbable car trop ancienne

La FG HAD signale un RPSS dont la date d'entrée est antérieure au 1er janvier 1984.

CODE POSTAL

514 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dont la zone code postal possède l'une des caractéristiques suivantes :

- Elle comporte moins de 5 digits, une fois éliminés les blancs extrêmes.
- Elle comporte des caractères autres que des chiffres
- La zone est entièrement à blanc.

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ

517 : Association du MPP et du MPA non autorisée

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le mode de prise en charge associé est incompatible avec le mode de prise en charge principal.

INDICE DE KARNOFSKY

525 : IK supérieur au seuil maximal défini pour cette association MPP x MPA

La FG HAD signale un RPSS dans lequel l'indice de Karnofsky est supérieur au seuil maximal défini pour une certaine combinaison de mode de prise en charge principal et associé.

NUMERO FINESS EHPA

529 : Existence de journées de prise en charge en HAD en dehors des dates de validité de la convention HAD-EHPA

La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3, et avec des journées ne faisant pas partie des périodes de convention définies par le fichier de convention "HAD-EHPA". Cette erreur non bloquante est prioritaire sur les autres erreurs non bloquantes. C'est-à-dire que même si d'autres erreurs non bloquantes ont été détectées par la FG, celle-ci renverra le code 529 en retour.

ASSOCIATION MPP x MPA

530 : Association MPP X MPA inattendue

La FG HAD signale un RPSS dans lequel la combinaison du mode de prise en charge principal et du mode de prise en charge associé est inattendue.

EXTENSION DOCUMENTAIRE

532 : Extension documentaire obligatoire pour un acte CCAM mais absente.

La FG HAD signale un RPSS dont l'extension documentaire d'au moins un acte CCAM d'anesthésie (code activité = '4') n'est pas renseignée.

ACTE CCAM

534 : Date de réalisation de l'acte CCAM : absente.

La FG HAD signale un RPSS dont au moins un acte CCAM n'a pas de date de réalisation renseignée.

INDICE DE KARNOFSKY

535 : IK inférieur au seuil minimal défini pour cette association MPP x MPA

La FG HAD signale un RPSS dans lequel l'indice de KARNOFSKY est inférieur au seuil minimal défini pour une certaine combinaison de mode de prise en charge principal et associé.

Les erreurs détectées à l'issue des contrôles préliminaires et des contrôles complémentaires de PAPRICA (enchainements, stabilité, cohérence) sont détaillées au § 2.5 (*cf. supra*).

5.5. Annexe 5 : Les formats

5.5.1. Format de RPSS non groupé

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Obligatoire	Type	Cadrage/ Remplissage	Remarques
Numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H0B H0D
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro de séjour en HAD	20	42	61	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	1 = homme; 2= femme; 3 = indéterminé
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS ESMS	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA

Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal (MPP)	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé (MPA)	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Passage par une structure des urgences	1	143	143	F	A	NA/NA	"Blanc" accepté ou valeurs possibles : 5 - urgences de l'EG U - urgences d'une autre EG V- 5 et U
Filler	2	144	145	O	A	NA/NA	Réservé à un usage futur
Nature du séjour	2	146	147	O	A	NA/NA	Liste fermée. Doit être codée obligatoirement dans la 1ere séquence, puis impérativement reportée dans tous les RPSS de toutes les séquences suivantes.
Confirmation de codage	1	148	148	F	A	NA/NA	1 : pour oui ; laisser à vide (caractère espace) sinon
Nombre de diagnostics DCMPP (n1)	1	149	149	O	N	NA/NA	0-9

Nombre de diagnostics DCMPPA (n2)	1	150	150	O	N	NA/NA	0-9 (supérieur ou égal à 1 si le MPA est renseigné et différent de 00)
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	00-99
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sousséquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sousséquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sousséquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sousséquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°1	8	191	198	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°2	8						
...
Diagnostic DCMPP n° n1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPPA n°1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
Diagnostic DCMPPA n° n2	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10

DA n° 1		8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...								
DA n° n3		8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	N	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION obligatoire lorsqu'elle existe
	Code de la phase	1			O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	N	Droite/Zéro	
...	
Acte CCAM n° NbZa	Date de réalisation	8			F	N	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION obligatoire lorsqu'elle existe
	Code de la phase	1			O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	N	Droite/Zéro	

5.5.2. Format de RPSS groupé

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Obligatoire	Type	Cadrage/ Remplissage	Remarques
Numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H1D
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro de séjour en HAD	20	42	61	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	1= homme; 2=femme; 3=indéterminé
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS ESMS	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal (MPP)	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé (MPA)	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	

Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Passage par une structure des urgences	1	143	143	F	A	NA/NA	"Blanc" accepté ou valeurs possibles : 5 - urgences de l'EG U - urgences d'une autre EG V- 5 et U
Filler	2	144	145	O	A	NA/NA	Réservé à un usage futur
Nature du séjour	2	146	147	O	A	NA/NA	Liste fermée. Doit être codée obligatoirement dans la 1ere séquence, puis impérativement reportée dans tous les RPSS de toutes les séquences suivantes.
Confirmation de codage	1	148	148	F	A	NA/NA	1 : pour oui ; laisser à vide (caractère espace) sinon
Nombre de diagnostics DCMPP (n1)	1	149	149	O	N	NA/NA	0-9
Nombre de diagnostics DCMPPA (n2)	1	150	150	O	N	NA/NA	0-9 (supérieur ou égal à 1 si le MPA est renseigné et différent de 00)
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	00-99
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sousséquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sousséquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA

Date de fin de sousséquence		8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sousséquence du séjour		1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)		3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal		8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°1		8	191	198	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°2		8						
...	
Diagnostic DCMPP n° n1		8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°1		8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...								
Diagnostic DCMPP n° n2		8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
DA n° 1		8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...								
DA n° n3		8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	N	NA/NA	JJMMAAAA
								Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION obligatoire lorsqu'elle existe
	Code de la phase	1			O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	CCAM
...								
...	
Acte CCAM n° NbZa	Date de réalisation	8			F	N	NA/NA	JJMMAAAA
								Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
Extension PMSI		3			F	A	NA/NA	ATTENTION obligatoire lorsqu'elle existe

	Code de la phase	1			O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	N	Droite/Zéro	
Groupage	Version de la classification	2			O	N	Droite/Zéro	
	Code retour	3			O	N	Droite/Zéro	
Numéro du groupe homogène de prise en charge (GHPC)		4			O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zones tarifaires (GHT) Nt (1 à 4)		1			O	N	NA/NA	
Zone tarifaire n°1	N° GHT	2			O	N	Droite/Zéro	
	Date de début	8			O	N	NA/NA	
	Date de fin	8			O	A	NA/NA	
	Nombre de jours	3			O	N	Droite/Zéro	
...								
Zone tarifaire n°Nt	N° GHT	2			O	N	Droite/Zéro	
	Date de début	8			O	N	NA/NA	
	Date de fin	8			O	A	NA/NA	
	Nombre de jours	3			O	N	Droite/Zéro	

5.5.3. Format ANO-HOSP pour V013 2022

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle " n° immatriculation assuré "	1	20	20
Code retour contrôle " date de naissance "	1	21	21
Code retour contrôle " sexe "	1	22	22
Code retour contrôle " n° d'identification administratif de séjour "	1	23	23
Filler	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Filler	17	61	77
N° FINESS e-PMSI	9	78	86
Code retour contrôle " code grand régime "	1	87	87
Code retour contrôle " Code gestion "	1	88	88
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	89	89
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	90	90
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	91	91
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	92	92
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	93	93
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	94	94
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	95	95
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	96	96
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur "	1	97	97
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	98	98
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)"	1	99	99
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	100	100
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	101	101
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	102	102
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	103	103
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	104	104
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	105	105
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	106	106
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	107	107
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	108	108
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	109	109
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	110	110
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	111	111
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	112	112
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	113	113
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	114	114
Code retour contrôle " Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents "	1	115	115
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun "	1	116	116
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire "	1	117	117

Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	1	118	118
Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	119	119
Code retour contrôle "Nature de la pièce justificative des droits"	1	120	120
Code retour contrôle "Prise en charge établie le"	1	121	121
Code retour contrôle "Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du."	1	122	122
Code retour contrôle "Délivrée par"	1	123	123
Code retour contrôle "Régime de prestation de l'assuré"	1	124	124
Code retour contrôle "Top éclatement des flux par l'établissement"	1	125	125
Code retour contrôle "Date d'entrée"	1	126	126
Code retour contrôle "Date de sortie"	1	127	127
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	128	128
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	129	129
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	130	130
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	131	131
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	132	132
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	133	133
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	134	134
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	135	135
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	136	136
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	137	137
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	138	138
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	139	139
Code retour contrôle " Numéro d'identification permanent du patient (IPP) "	1	140	140
Code grand régime	2	141	142
Code gestion	2	143	144
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	145	145
Code de prise en charge du forfait journalier	1	146	146
Nature d'assurance	2	147	148
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	149	150
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	151	151
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	152	152
Facturation du 18 euro	1	153	153
Nombre de venues de la facture	4	154	157
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	158	167
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	168	177
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	178	187
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	188	191
Montant base remboursement	10	192	201
Taux de remboursement	5	202	206
Patient bénéficiaire de la CMU	1	207	207
N° administratif de séjour de la mère	20	208	227
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	228	228
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	229	229
Date de l'hospitalisation	8	230	237
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	238	247
Date de naissance du bénéficiaire	8	248	255

Sexe du bénéficiaire	1	256	256
Code participation assuré	1	257	257
N° d'entrée	9	258	266
Rang de naissance	1	267	267
Rang du bénéficiaire	3	268	270
N° caisse gestionnaire	3	271	273
N° centre gestionnaire	4	274	277
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	278	278
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	279	287
N° d'organisme complémentaire	10	288	297
Nature de la pièce justificative des droits	1	298	298
Prise en charge établie le	8	299	306
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	307	314
Délivrée par	3	315	317
Régime de prestation de l'assuré	3	318	320
Top éclatement des flux par l'établissement	1	321	321
Date d'entrée	8	322	329
Date de sortie	8	330	337
Montant total du séjour facturé au patient	8	338	345
Rejet AMO	1	346	346
Date de facturation AMO	8	347	354
Date de facturation AMC	8	355	362
Date de facturation patient	8	363	370
Date de paiement AMO	8	371	378
Date de paiement AMC	8	379	386
Date de paiement patient	8	387	394
Statut FT AMO	1	395	395
Statut FT AMC	1	396	396
Statut FT patient	1	397	397
Pays d'assurance social	3	398	400
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	401	420
Filler	50	421	470
Empreinte numérique	32	471	502
Zone chiffrée	1300	503	1802

5.5.4. Format ANO-HOSP pour V014 2022 et 2023

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle " n° immatriculation assuré "	1	20	20
Code retour contrôle " date de naissance "	1	21	21
Code retour contrôle " sexe "	1	22	22
Code retour contrôle " n° d'identification administratif de séjour "	1	23	23
Filler	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Filler	17	61	77
N° FINESS e-PMSI	9	78	86
Code retour contrôle " code grand régime "	1	87	87
Code retour contrôle " Code gestion "	1	88	88
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	89	89
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	90	90
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	91	91
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	92	92
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	93	93
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	94	94
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	95	95
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	96	96
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur "	1	97	97
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	98	98
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)"	1	99	99
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	100	100
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	101	101
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	102	102
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	103	103
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	104	104
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	105	105
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	106	106
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	107	107
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	108	108
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	109	109
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	110	110
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	111	111
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	112	112
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	113	113
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	114	114
Code retour contrôle " Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents "	1	115	115
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun "	1	116	116
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire "	1	117	117
Code retour contrôle " N° FINESS d'inscription e-PMSI "	1	118	118

Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	119	119
Code retour contrôle "Nature de la pièce justificative des droits"	1	120	120
Code retour contrôle "Prise en charge établie le"	1	121	121
Code retour contrôle "Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du."	1	122	122
Code retour contrôle "Délivrée par"	1	123	123
Code retour contrôle "Régime de prestation de l'assuré"	1	124	124
Code retour contrôle "Top éclatement des flux par l'établissement"	1	125	125
Code retour contrôle "Date d'entrée"	1	126	126
Code retour contrôle "Date de sortie"	1	127	127
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	128	128
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	129	129
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	130	130
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	131	131
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	132	132
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	133	133
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	134	134
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	135	135
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	136	136
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	137	137
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	138	138
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	139	139
Code retour contrôle " Numéro d'identification permanent du patient (IPP) "	1	140	140
Code retour "identifiant national de santé"	1	141	141
Code retour "article 51"	1	142	142
Code grand régime	2	143	144
Code gestion	2	145	146
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	147	147
Code de prise en charge du forfait journalier	1	148	148
Nature d'assurance	2	149	150
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	151	152
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	153	153
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	154	154
Facturation du 18 euro	1	155	155
Nombre de venues de la facture	4	156	159
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	160	169
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	170	179
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	180	189
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	190	193
Montant base remboursement	10	194	203
Taux de remboursement	5	204	208
Patient bénéficiaire de la CMU	1	209	209
N° administratif de séjour de la mère	20	210	229
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	230	230
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	231	231
Date de l'hospitalisation	8	232	239
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	240	249

Date de naissance du bénéficiaire	8	250	257
Sexe du bénéficiaire	1	258	258
Code participation assuré	1	259	259
N° d'entrée	9	260	268
Rang de naissance	1	269	269
Rang du bénéficiaire	3	270	272
N° caisse gestionnaire	3	273	275
N° centre gestionnaire	4	276	279
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	280	280
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	281	289
N° d'organisme complémentaire	10	290	299
Nature de la pièce justificative des droits	1	300	300
Prise en charge établie le	8	301	308
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	309	316
Délivrée par	3	317	319
Régime de prestation de l'assuré	3	320	322
Top éclatement des flux par l'établissement	1	323	323
Date d'entrée	8	324	331
Date de sortie	8	332	339
Montant total du séjour facturé au patient	8	340	347
Rejet AMO	1	348	348
Date de facturation AMO	8	349	356
Date de facturation AMC	8	357	364
Date de facturation patient	8	365	372
Date de paiement AMO	8	373	380
Date de paiement AMC	8	381	388
Date de paiement patient	8	389	396
Statut FT AMO	1	397	397
Statut FT AMC	1	398	398
Statut FT patient	1	399	399
Pays d'assurance social	3	400	402
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	403	422
ART51	1	423	423
Filler	50	424	473
Empreinte numérique	32	474	505
Zone chiffrée	1428	506	1933

5.5.5. Format des fichiers complémentaires

FICHCOMP « médicaments (UCD) » (Type de prestation 06)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	06
Numéro de séjour en HAD	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	13 caractères à renseigner conseillé
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	10	55	64	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	10	65	74	7+3
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Indication	7	76	82	
Filler	23	83	105	Réservé à un usage futur

Il est à noter qu'il est possible de renseigner le code UCD aussi bien sur 7 caractères que sur 13.

FICHCOMP « médicaments AP-AC (UCD AP-AC) » (Type de prestation 09)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	09
Numéro de séjour en HAD	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	13 caractères à renseigner conseillé
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	10	55	64	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	10	65	74	7+3
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Indication	7	76	82	
Filler	23	83	105	Réservé à un usage futur

Il est à noter qu'il est possible de renseigner le code UCD AP-AC aussi bien sur 7 caractères que sur 13.

FICHCOMP « médicaments coûteux hors liste (MCHL) » (Type de prestation 11)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	11
Numéro de séjour en HAD	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	13 caractères à renseigner conseillé
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	10	55	64	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	10	65	74	7+3
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Filler	30	76	105	Réservé à un usage futur

Il est à noter qu'il est possible de renseigner le code UCD MCHL aussi bien sur 7 caractères que sur 13.

5.5.6. Format du fichier HOSP-PMSI

Libellé	Taille	Position	Remarques
N° de séjour HAD	20	1-20	Obligatoire
N° administratif du séjour	20	21-40	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

5.5.7. Format d'importation du fichier des Conventions ESHAD-ESMS

Libellé	Taille	Position	Remarques
N° FINESS de l'établissement	9	1-9	
Type d'établissement	2	10-11	Voir annexe 2 de la circulaire : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36720.pdf
Code forfait de soins	1	12-12	0 : sans forfait de soins, 1 : avec forfait de soins ;
Date de début de la convention	8	13-20	Obligatoire. Format JJMMAAAA
Date de fin de la convention	8	21-28	Facultative, elle peut être laissée par défaut à « blanc », c'est-à-dire 8 espaces. Format JJMMAAAA

5.5.9. Formats des RAPSS

Conformément à l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié, PAPRICA effectue les traitements suivants pour produire ce type de fichier : inscription des versions, attribution d'un numéro séquentiel pour chaque séjour en HAD, calcul de l'âge ; détermination du code géographique de résidence à partir du code postal figurant sur les RPSS, conformément à la table de correspondance établie par la DREES ; calcul du nombre de journées dans le séjour, du nombre de journées entre le début de la séquence et la date d'entrée du séjour, du nombre de journées dans la séquence ; placement de l'indicateur de dernière séquence à « oui » s'il s'agit de la dernière séquence du séjour ; suppression du jour de sortie de la sous-séquence ; calcul du nombre de journées entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence, du nombre de journées de la sous-séquence ; placement de l'indicateur de dernière sous-séquence à « oui » s'il s'agit de la dernière sous-séquence de la séquence ; groupage et inscription du résultat du groupage (GHPC et GHT).

5.5.9.1. Format RAPSS

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro de version du format de RAPSS	3	10	12	H35
Numéro FINESS géographique	9	13	21	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	22	26	
Filler	7	27	33	
Âge en années	3	34	36	en nombre d'années révolues : date d'entrée de la sousséquence - date de naissance (à vérifier ce qui est fait)
Âge en jours	3	37	39	en nombre de jours (date d'entrée de la sousséquence - date de naissance), pour les moins d'1 an ; borné à 0 si négatif
Sexe du patient	1	40	40	1= homme; 2 =femme
Code géographique de résidence	5	41	45	
Code postal	5	46	50	
Type de lieu de domicile du patient	1	51	51	1,2 ou 3
Numéro FINESS ESMS/SSIAD/SPASAD	9	52	60	
Nombre de journées dans le séjour	4	61	64	
Mode d'entrée	1	65	65	Valeurs possibles : 6 - Mutation 7 - Transfert définitif 0 - Transfert provisoire N - Naissance 8 - Domicile
Provenance	1	66	66	Valeurs possibles : 1 - MCO 2 - SSR 3 - USLD 4 - Psychiatrie 6 - HAD 7 - Médico social 8 - Bénéficierait d'un SSIAD
Mode de sortie	1	67	67	
Destination	1	68	68	
Mois de la date de sortie du séjour	2	69	70	au format MM, non renseigné si séquence non terminée
Année de la date de sortie du séjour	4	71	74	au format AAAA; non renseigné si séquence non terminée
Numéro de la séquence dans le séjour	4	75	78	
Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d'entrée du séjour	4	79	82	en nombre de jours : date d'entrée du séjour - date d'entrée dans la séquence (à vérifier ce qui est fait)
Nombre de journées dans la séquence	4	83	86	Calcul à indiquer
Dernière séquence	1	87	87	1=oui, 2=non
Mois de la date de fin de la séquence	2	88	89	au format MM, non renseigné si séquence non terminée

Année de la date de fin de la séquence	4	90	93	au format AAAA; non renseigné si séquence non terminée
Mode de prise en charge principal	2	94	95	
Mode de prise en charge associé	2	96	97	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	98	99	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	100	101	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	102	103	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	104	105	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	106	107	
Cotation dépendance selon Karnofsky (indice de Karnofsky)	3	108	110	
Passage par une structure des urgences	1	111	111	"Blanc" accepté ou valeurs possibles : 5 - urgences de l'EG U - urgences d'une autre EG V- 5 et U
Filler	2	112	113	
Nature du séjour	2	114	115	
Confirmation de codage	1	116	116	
Nombre de diagnostics DCMPP (n1)	1	117	117	
Nombre de diagnostics DCMPPA (n2)	1	118	118	
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	119	120	
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	121	121	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	122	122	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	123	123	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	124	124	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	125	125	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	126	126	
Numéro de sousséquence	4	127	130	
Mois de sortie de la sousséquence	2	131	132	au format MM, non renseigné si séquence non terminée
Année de sortie de la sousséquence	4	133	136	au format AAAA; non renseigné si séquence non terminée
Nombre de journées entre le début de la sousséquence et le début de la séquence	4	137	140	en nombre de jours : date d'entrée du séjour- date d'entrée dans la séquence (à vérifier ce qui est fait)
Nombre de journées de la sousséquence	4	141	144	calcul à indiquer
Dernière sousséquence de la séquence	1	145	145	1=ooui, 2=non
Dernière sousséquence du séjour	1	146	146	1=ooui, 2=non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	147	149	
DP	6	150	155	
Filler	9	156	164	
Diagnostic DCMPP n°1	6			
Diagnostic DCMPP n°2	6			
...	6			
Diagnostic DCMPP n° n1	6			
Diagnostic DCMPPA n° 1	6			
...	6			
Diagnostic DCMPPA n° n2	6			
Diagnostic associé n° 1	6			
...
Diagnostic associé n° n3	6			
Acte CCAM n° 1	Délai depuis le début du séjour	5		
	Code CCAM	7		
	Extension PMSI	2		
	Code de la phase	1		
	Code de l'activité	1		
	Extension documentaire	1		
	Nombre de réalisations	2		
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sousséquence	1		1=ooui, 2=non

...	
Acte CCAM n° NbZa	Délai depuis le début du séjour	5			
	Code CCAM	7			
	Extension PMSI	2			
	Code de la phase	1			
	Code de l'activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Nombre de réalisations	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sousséquence	1			1=ooui, 2=non
Numéro de version du format du RPSS		3			
Groupage établissement : version de la classification		2			peut être vide
Groupage établissement : code retour		3			peut être vide
Groupage établissement : n° du GHPC		4			peut être vide
Groupage établissement : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4)		1			peut être vide
Groupage établissement : n° du GHT		2			
Groupage établissement : nombre de jours		3			
...		
Groupage établissement : n° du GHT		2			
Groupage établissement : nombre de jours		3			
Groupage PAPRICA : version de la classification		2			
Groupage PAPRICA : code retour		3			
Groupage PAPRICA : n° du GHPC		4			
Groupage PAPRICA : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4)		1			
Groupage PAPRICA : n° du GHT		2			
Groupage PAPRICA : nombre de jours		3			
...		
Groupage PAPRICA : n° du GHT		2			
Groupage PAPRICA : nombre de jours		3			

5.5.10. Fichier de chaînage (ANO) 2022 et 2023

Format avant intégration dans e-PMSI

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Index de liaison	32	1	32	
Numéro FINESS e-PMSI	9	33	41	
Numéro FINESS géographique	9	42	50	
N° format	3	51	53	
N° format VID-HOSP	3	54	56	014
Filler	6	57	62	
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	63	63	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	64	64	
Code retour contrôle « sexe »	1	65	65	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	66	66	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	67	67	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	68	68	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	1	69	69	
Code retour contrôle « Cohérence date naissance »	1	70	70	Cohérence entre les informations RPSS et VID-HOSP/RSF-A
Code retour contrôle « Cohérence sexe »	1	71	71	Cohérence entre les informations RPSS et VID-HOSP/RSF-A
Filler	17	72	88	
Filler	60	89	148	
Date de naissance	8	149	156	
Filler	9	157	165	
Délai à la date d'entrée	5	166	170	Délai entre la date d'entrée du séjour et une date fictive (différente pour chaque patient) ;
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	171	175	
Date d'entrée du séjour PMSI	8	176	183	(*)
Date de sortie du séjour PMSI	8	184	191	(*)
Code retour contrôle « code grand régime »	1	192	192	
Code retour contrôle « code gestion »	1	193	193	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	194	194	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	195	195	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	196	196	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	197	197	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	198	198	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	199	199	
Code retour contrôle « Ticket modérateur forfaitaire »	1	200	200	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	201	201	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	202	202	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	203	203	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes »)	1	204	204	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	205	205	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	206	206	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	207	207	
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	208	208	

Filler	3	209	211	
Code retour contrôle « Identifiant anonyme d'hospitalisation »	1	212	212	
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	213	213	
Code retour contrôle « Code participation assuré »	1	214	214	
Code retour contrôle « N° d'entrée »	1	215	215	
Code retour contrôle « Rang de naissance »	1	216	216	
Code retour contrôle « Rang du bénéficiaire »	1	217	217	
Code retour contrôle « N° caisse gestionnaire »	1	218	218	
Code retour contrôle « N° centre gestionnaire »	1	219	219	
Code retour contrôle "Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents"	1	220	220	
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun"	1	221	221	
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire"	1	222	222	
Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	1	223	223	
Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	224	224	
Code retour contrôle "Nature de la pièce justificative des droits"	1	225	225	
Code retour contrôle "Prise en charge établie le"	1	226	226	
Code retour contrôle "Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du."	1	227	227	
Code retour contrôle "Délivrée par"	1	228	228	
Code retour contrôle "Régime de prestation de l'assuré"	1	229	229	
Code retour contrôle "Top éclatement des flux par l'établissement"	1	230	230	
Code retour contrôle "Date d'entrée"	1	231	231	
Code retour contrôle "Date de sortie"	1	232	232	
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	233	233	
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	234	234	
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	235	235	
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	236	236	
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	237	237	
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	238	238	
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	239	239	
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	240	240	
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	241	241	
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	242	242	
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	243	243	
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	244	244	
Code retour contrôle " N° Identification permanent du patient "	1	245	245	
Code retour contrôle "Identifiant nationale de santé"	1	246	246	
Code retour contrôle "Article 51"	1	247	247	
Filler	30	248	277	
Code grand régime	2	278	279	Type 2 CP positions 49-50
Code gestion	2	280	281	
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	282	282	cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2 {0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X}
Code de prise en charge du forfait journalier	1	283	283	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	284	285	{10, 13, 30, 41, 90, XX} cf. normes B2 10 : Maladie 13 : Maladie régime local (Alsace – Moselle) 30 : Maternité 41 : Accident du travail 90 : Prévention maladie
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	286	287	

Séjour facturable à l'assurance maladie	1	288	288	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
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	289	289	
Facturation du Ticket modérateur forfaitaire	1	290	290	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	4	291	294	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	295	304	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	305	314	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	315	324	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	325	328	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	329	338	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	339	343	3+2
Patient bénéficiaire de la CMU	1	344	344	
Filler	66	345	410	
Identifiant anonyme d'hospitalisation	8	411	418	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	419	428	
Code participation assuré	1	429	429	
Délai à la date de la première hospitalisation	5	430	434	Délai entre la date de première hospitalisation et une date fictive
Code retour "Délai à la date de la première hospitalisation"	1	435	435	
Filler	3	436	438	
Rang de naissance	1	439	439	
Rang du bénéficiaire	3	440	442	
N° caisse gestionnaire	3	443	445	
N° centre gestionnaire	4	446	449	
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	450	450	
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	451	459	Type 2 CP positions 86-94
N° d'organisme complémentaire	10	460	469	Type 2 CP positions 119-128
Nature de la pièce justificative des droits	1	470	470	
Prise en charge établie le	8	471	478	
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	479	486	
Délivrée par	3	487	489	
Régime de prestation de l'assuré	3	490	492	
Top éclatement des flux par l'établissement	1	493	493	
Date d'entrée	8	494	501	
Date de sortie	8	502	509	
Montant total du séjour facturé au patient	8	510	517	Indicateur Symphonie Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	518	518	Indicateur Symphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	519	526	Indicateur Symphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	527	534	Indicateur Symphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	8	535	542	Indicateur Symphonie Date de l'envoi de la FT patient

Date de paiement AMO	8	543	550	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	8	551	558	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	559	566	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)
Statut FT AMO	1	567	567	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	568	568	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	569	569	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	570	572	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	573	616	
Filler	64	617	680	
ART51	1	681	681	
Filler	5	682	686	
Filler	32	687	718	
Zone chiffrée	344	719	1062	

(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations

5.5.11. Formats des fichiers de contrôles en sortie

Fichier *.leg (ex-DGF)

Liste d'erreurs de génération
Numéro FINESS e-PMSI
Mois période
Année période
Numéro séquentiel de séjour d'HAD
Numéro de la séquence dans le séjour
Numéro de sous-séquence
Nb d'erreurs Nberr
Code erreur N° 1
...
Code erreur N° Nberr

Fichier avec séparateur ";

Fichier *.sta (ex-DGF)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	10	14	
Numéro de la séquence dans le séjour	4	15	18	
Numéro de sous-séquence	4	19	22	
Signature FG	5	23	27	
Signature RPSS	20	28	47	
Signature Contrôle	8	48	55	

5.5.12. Formats des fichiers complémentaires de sortie

Fichier *.med 2022

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Filler	9	10	18	
Type de prestation	2	19	20	06
Année période de transmission	4	21	24	
Mois période de transmission	2	25	26	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	27	31	
Filler	5	32	36	
Numéro de la séquence dans le séjour	4	37	40	
Numéro de sous-séquence	4	41	44	
Nombre de séjours impliqués	6	45	50	
Code UCD	13	51	63	
Nombre administré (éventuellement fractionnaire)	10	64	73	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	74	83	7+3
Mois de la date d'administration	2	84	85	Au format MM
Année de la date d'administration	4	86	89	Au format AAAA
Délai à la date d'entrée du séjour	4	90	93	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	94	94	
Top transcodage UCD13 auto	1	95	95	1=oui, 2=non
Code indication des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus	7	96	102	code_LES sur https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus
Filler	18	103	120	

Fichier *.medatu 2022

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Filler	9	10	18	
Type de prestation	2	19	20	09
Année période de transmission	4	21	24	
Mois période de transmission	2	25	26	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	27	31	
Filler	5	32	36	
Numéro de la séquence dans le séjour	4	37	40	
Numéro de sous-séquence	4	41	44	
Nombre de séjours impliqués	6	45	50	
Code UCD	13	51	63	
Nombre administré (éventuellement fractionnaire)	10	64	73	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	74	83	7+3
Mois de la date d'administration	2	84	85	Au format MM
Année de la date d'administration	4	86	89	Au format AAAA
Délai à la date d'entrée du séjour	4	90	93	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	94	94	
Top transcodage UCD13 auto	1	95	95	1=oui, 2=non
Code indication des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus	7	96	102	code_LES sur https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus
Filler	18	103	120	

Fichier *.mchl 2022

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Filler	9	10	18	
Type de prestation	2	19	20	11
Année période de transmission	4	21	24	
Mois période de transmission	2	25	26	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	27	31	
Filler	5	32	36	
Numéro de la séquence dans le séjour	4	37	40	
Numéro de sous-séquence	4	41	44	
Nombre de séjours impliqués	6	45	50	
Code UCD	13	51	63	
Nombre administré (éventuellement fractionnaire)	10	64	73	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	74	83	7+3
Mois de la date d'administration	2	84	85	Au format MM
Année de la date d'administration	4	86	89	Au format AAAA
Délai à la date d'entrée du séjour	4	90	93	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	94	94	
Top transcodage UCD13 auto	1	95	95	1=oui, 2=non
Code indication des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus	7	96	102	code_LES sur https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus
Filler	25	96	120	

5.5.13. Formats du fichier de conventions

Fichier *.ehpa

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de fichier	3	10	12	D01
Année période de transmission	4	13	16	
Mois période de transmission	2	17	18	
Numéro FINESS ESMS/SSIAD/SPASAD	9	19	27	Numéro FINESS ESMS/SSIAD/SPASAD
Type d'établissement	2	28	29	Liste disponible : circulaire n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013
Code forfait de soins	1	30	30	
Date de début de la convention	8	31	38	Format JJMMAAAA (obligatoire)
Date de fin de la convention	8	39	46	Format JJMMAAAA. Peut ne pas être renseignée (8 caractères « espace »)