



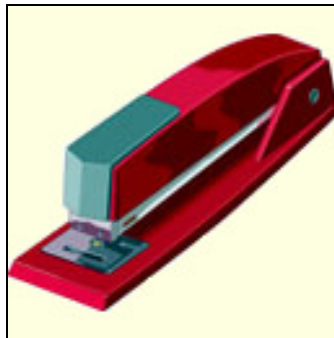
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
SIRET n° 180 092 298 00033 – code APE : 8411Z

Immeuble Le Triangle Part-Dieu
117, boulevard Marius Vivier Merle
69329 LYON CEDEX 03

Téléphone : 04 37 91 33 10
Télécopie : 04 37 91 33 66

Support technique :

- . Téléphone : 0820 77 1234 (0,019 € TTC/min)
- . Foire aux Questions : <https://applis.atih.sante.fr/agora>
- . Courriel : support@atih.sante.fr



Manuel d'utilisation AGRAF 6.0.x

En cas de problème :

Les questions concernant AGRAF pourront être adressés au niveau du thème « **Agora > Logiciels > MCO > AGRAF** » sur la plate-forme AGORA au niveau du lien suivant:
https://applis.atih.sante.fr/agora/log_agora.do.

L'objet du message doit indiquer l'erreur visualisée.

SOMMAIRE

1	PRESENTATION GENERALE	3
2	EVOLUTION DU FORMAT DE RSS EN 2009 :	4
3	FONCTIONNALITES	4
3.1	CAS DES ASSOCIATIONS DE DIALYSE.....	5
3.2	GESTION DES UNITES MEDICALES	5
3.3	FICHIERS CONCERNANT LA CHARGE EN SOINS	8
3.4	MENU	9
4	PARAMETRES	11
4.1	PERIODE DE TRAITEMENT	11
4.2	PARAMETRAGE DES REPERTOIRES	11
4.3	PARAMETRAGE E-PMSI	13
	<i>Paramétrage du client e-POP</i>	<i>14</i>
	<i>Connexion directe (utilisation par défaut).....</i>	<i>14</i>
4.4	AIDE	18
5	EXPORT	18
5.1	SORTIR DE L'APPLICATION.....	19
5.2	SAUVEGARDE	19
6	TRANSMISSION ET TRAITEMENT DES DONNEES SUR E-PMSI : MODE D'EMPLOI	21
6.1	AGRAF	21
6.2	E-PMSI.....	25
6.3	AMELIORATIONS ET PERFORMANCE.....	26
ANNEXES	27	
	CONFIGURATION MINIMALE REQUISE.....	28
	PROBLEMES CONNUS.....	29
	<i>Au lancement de l'application</i>	<i>30</i>
	SUPPORT TECHNIQUE	32
	- <i>Le manuel d'utilisation</i>	<i>32</i>
	- <i>La plate-forme AGORA.....</i>	<i>32</i>
	- <i>Par mail.....</i>	<i>33</i>
	- <i>Par téléphone</i>	<i>33</i>
	FORMAT D'IMPORTATION DU FICHIER D'INFORMATION DES UM.....	34
	FORMAT DE RSS GROUPE 114	36
	FORMAT DE RSS GROUPE 113	39
	FORMAT DES RSF	41
	FORMAT DES FICHIERS DES INDICATEURS SIIPS ET VARIABLES COMPLEMENTAIRES	50
	FORMAT DU FICHIER DE CORRESPONDANCE ENQUETE PMSI	51
	FORMAT DE RSA 216 (APPLICABLE A COMPTER DU 1ER JANVIER 2009)	52
	PRECISIONS SUR QUELQUES VARIABLES DU RSA	55
	FICHIER DE RSFA (*.RSFA).....	56
	FICHIER DE SORTIE ANO	60
	FORMATS DES FICHIERS SUPPLEMENTAIRES (EN SORTIE D'AGRAF).....	64
	FORMAT DE SORTIE DU FICHIER SIIPS, DU FICHIER DE CORRESPONDANCE ENQUETE/PMSI ET DU FICHIER D'ERREUR DE LA CHARGE EN SOINS.....	68
	RAPPORTS	70
	ERREURS DE CONTROLE DE FACTURES	74

1 Présentation générale

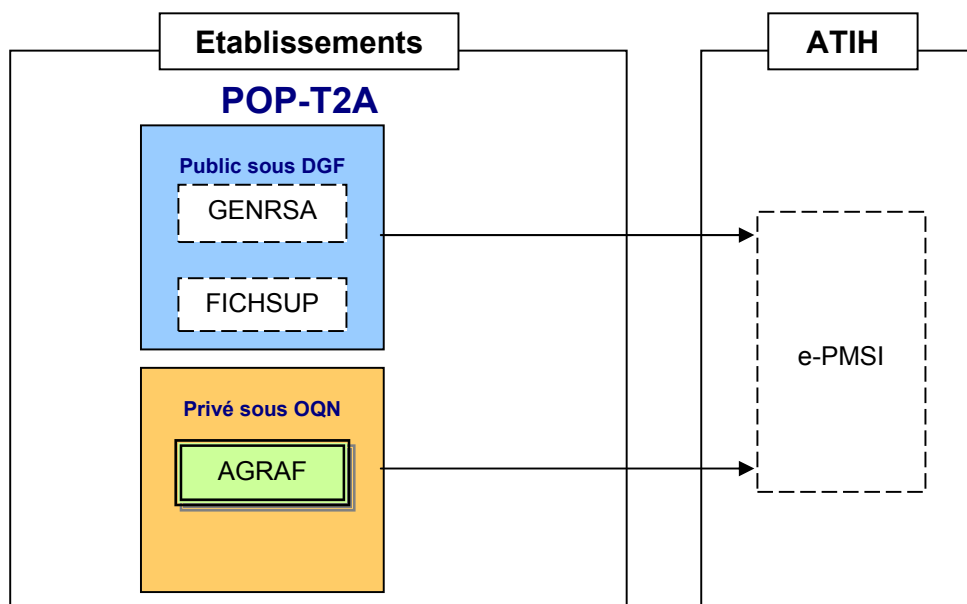
Le logiciel AGRAF permet l'anonymisation et le chaînage des fichiers de RSS groupés et des RSF. Il génère le fichier « ANO-RSA-RSFA » qui devra être fourni au logiciel e-POP afin d'être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI ou via les supports disquette ou CD-ROM aux ARH pour les établissements ne disposant pas d'une connexion à Internet.

Nous vous rappelons que les transmissions sont désormais mensuelles dans un délai d'un mois.

ATTENTION :

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

Le schéma, ci-dessous, montre la place occupée par AGRAF dans la **Panoplie d'Outils** du **PMSI** utilisés dans le cadre de la **Tarification A l'Activité (POP-T2A)**.



2 Evolution du format de RSS en 2009 :

En 2009, les séjours dont la date de sortie est antérieure au 1er mars 2009 doivent être groupés avec la fonction de groupage 10.10C (format de RUM non groupé 013 en entrée produisant le format de RSS groupé 113 en sortie).

Les séjours dont la date de sortie est postérieure ou égale au 1er mars 2009 doivent être groupés avec la version 11.11 (format de RUM non groupé 014 en entrée produisant le format de RSS groupé 114 en sortie).

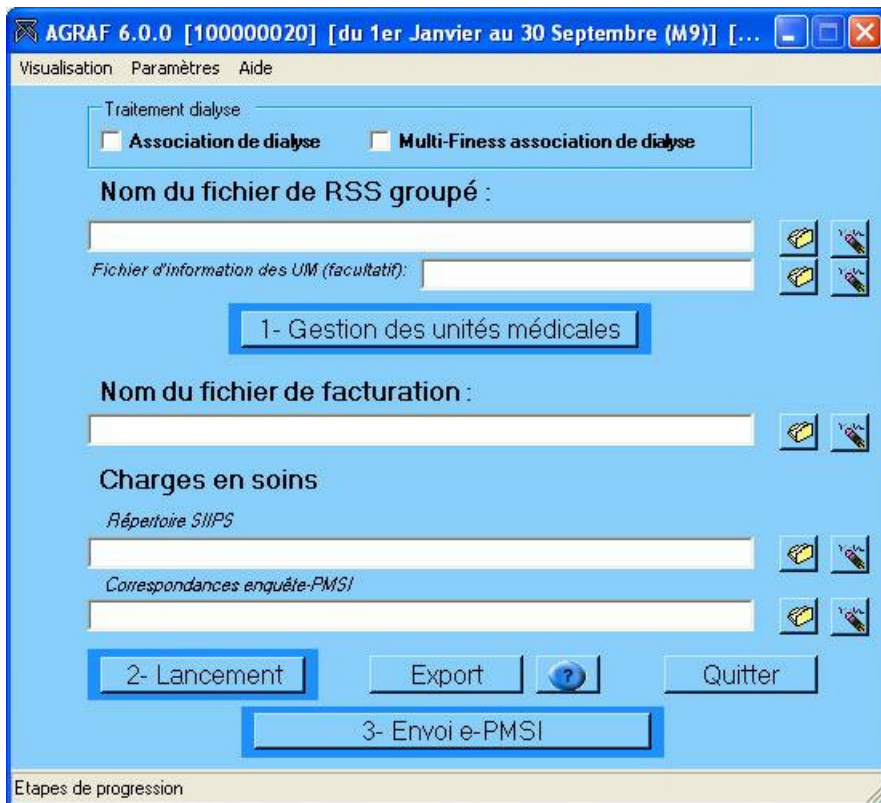
Les traitements AGRAF acceptent donc en entrée les fichiers au format 114 pour l'ensemble de l'année ou au format mixte (113 pour les séjours avant le 1er mars et 114 pour les séjours postérieurs au 1er mars).

Extrait de la note d'information « Transmission des données 2009 » située sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=0000100005FF>.

3 Fonctionnalités

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

Après le lancement de l'application, une fenêtre semblable à celle présentée ci-dessous s'affiche (l'affichage n'a pas changé pour cette version) :



3.1 Cas des associations de dialyse

Dans le cas des associations de dialyse vous devez :

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

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

- cocher les deux cases correspondantes : Association de dialyse
- Multi-Finess association de dialyse

- choisir une période de traitement (cf partie 2.2 ci-dessous)

Répertoire des fichiers de facturation :



- choisir le répertoire des fichiers de facturation



- lancer le traitement

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

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

3.2 Gestion des unités médicales

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

- Saisie de l'information par l'utilisateur :

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

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

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

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

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

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

IMPORTANT :

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

DESORMAIS, il n'y aura plus qu'une seule validation à effectuer, AGRAF affiche dès le début les unités médicales non importées ou non saisies préalablement (lors d'une précédente saisie) et les préremplie (sans type d'autorisation et leur attribue comme date de début d'effet le 1^{er} janvier de l'année de traitement). Veillez bien vérifier si toutes vos autorisations sont présentes.

The screenshot shows a Windows-style dialog box titled "Renseignements des données sur les unités médicales". It features three input fields: "Numéro de l'unité médicale" with a dropdown menu showing "2000", "Types d'activités autorisées" with a dropdown menu showing "01 - Réanimation", and "Date de début d'effet d'autorisation" with a text box and a note "(au format jjmmss)". Below these fields are four buttons: "Mettre à jour", "Ajouter", "Supprimer", and "Analyse du fichier". At the bottom of the dialog are two buttons: "Annuler" and "Validation".

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

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

- **Mettre à jour**

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

- **Ajouter**

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

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

- **Supprimer**

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

- **Analyse du fichier**

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

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

NOTE : Ce fichier est uniquement imprimable

- **Annuler**

Permet d'annuler la saisie des informations courantes.

- **Validation**





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

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

Cette table, validée par le DIM, servira de référence pour le calcul des suppléments. L'ensemble des données validées constitue le fichier d'information sur les autorisations d'UM. Ce fichier est anonymisé et exporté par AGRAF.

NOTE : Ce fichier est uniquement imprimable

3.3 Fichiers concernant la charge en soins

Charges en soins			
Répertoire SIIPS:	<input type="text"/>		
Correspondances enquête-PMSI:	<input type="text"/>		

Le répertoire contenant un ou plusieurs fichiers SIIPS peut être renseigné ici.

Attention, AGRAF considère que tous les fichiers contenus dans ce répertoire sont des fichiers SIIPS. Veillez à ne pas mettre d'autres fichiers dedans.

Il est également possible d'indiquer ici le fichier de correspondance enquête/PMSI (pour les établissements également investis dans le recueil du nombre d'actes).

Voir en annexe le format d'entrée de ces fichiers.

Contrôles :

Un ensemble de contrôles de formats et de cohérence est effectué pour chacun des enregistrements SIIPS. Il en résulte une liste d'erreurs associée à chaque séjour SIIPS. Ces erreurs peuvent être bloquantes (le séjour ne sera pas exporté, donc pas transmis sur e-pmsi), ou non bloquantes (le séjour est néanmoins transmis). Il en est de même concernant le fichier de correspondance enquête/PMSI.

Voici les codes erreurs et leurs significations :

▪ **Fichiers SIIPS**

Erreurs bloquantes :

- Erreur n°1 : le nombre de champs est différent de 21
- Erreur n°2 : la date d'entrée (ou de sortie) dans l'unité de soins est absente ou son format n'est pas JJ/MM/AAAA
- Erreur n°3 : la date d'entrée dans l'unité de soins est strictement supérieure à la date de sortie de l'unité de soins
- Erreur n°4 : le n° de RSS et le n° administratif local de séjour sont tous les 2 absents.
- Erreur n°5 : impossible de rattacher le séjour SIIPS à un séjour PMSI, ni avec le n° de RSS, ni avec le n°administratif local de séjour.
- Erreur n°6 : la date d'entrée dans l'unité de soins est strictement inférieure à la date d'entrée dans le séjour PMSI.
- Erreur n°7 : la date de sortie de l'unité de soins est strictement supérieure à la date de sortie du séjour PMSI.
- Erreur N°8 : le n°FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS.

Erreurs non bloquantes :

- Erreur n°20 : le code de l'unité de soins est absent.
- Erreur n° 21 : un des indicateurs SIIPS est absent ou n'est pas numérique, ou sa valeur n'est pas entière ou n'est pas positive ou zéro.

- Erreur n°22 : une des variables complémentaires n'est pas égale à 0, 1, 2, 3 ou vide.
- Erreur n°23 : la date d'entrée dans l'unité de soins est strictement inférieure à la date de sortie de l'unité de soins du précédent séjour SIIPS rattaché au même séjour PMSI.
- Erreur n°24 : la somme des journées des séjours SIIPS d'un même séjour PMSI est strictement supérieur à la durée de ce séjour PMSI.

- **Fichiers de correspondance enquête/PMSI**

Toutes les erreurs constatées dans les enregistrements de ce fichier sont bloquantes :

- Erreur n°41 : le nombre de champs est différent de 3
- Erreur n°42 : le n° de RSS et le n° administratif local de séjour sont tous les 2 absents.
- Erreur n°43 : impossible de rattacher l'enregistrement à un séjour PMSI, ni avec le n° de RSS, ni avec le n°administratif local de séjour.
- Erreur n°44 : le n°administratif local de séjour correspond à plusieurs séjours PMSI. Cette erreur ne concerne que les enregistrements dont le n° de RSS ne correspond à aucun séjour PMSI.
- Erreur n°45 : le numéro d'enquête est rattachable à plusieurs séjours PMSI différents

3.4 Menu

- Visualisation

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

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

- « **Rapport général** » : ce rapport est le regroupement de tous les rapports, excepté les lignes erreurs que vous trouverez ci-après. Désormais, ce fichier est sous forme d'un fichier HTML visualisable sous Internet Explorer (vous pourrez voir un exemple en annexe).
- « **Doublons sur les N° de séjours** » : ce rapport répertorie les séjours (N° de séjour et N° administratif associé) qui ont été retrouvés en doublons. Ces doublons faussent la restitution des séjours non valorisés. De plus, ce type d'erreur peut provoquer des problèmes lors de contrôles régionaux futurs.
- « **Différence de groupage** » : ce rapport répertorie les différences de groupage entre le groupage obtenu par votre groupeur et celui déterminé par le logiciel AGRAF. Le résultat obtenu par ce dernier constitue la référence officielle.
- « **Erreurs des contrôles sur factures** » : Il répertorie tous les enregistrements en erreurs, quelque soient le type de RSF.

- « **Erreur sur factures** » : ce rapport fournit toutes les erreurs répertoriées au niveau du fichier de facture. La liste des erreurs signalées dans ce rapport est décrite dans l'annexe « Erreurs de contrôle des factures ».
- « **Erreurs de couplage** » : ce rapport fournit les numéros de séjours présentant des incohérences entre les deux fichiers de séjour et de facture. Chaque séjour déclaré doit être associé à une ou plusieurs et inversement, une facture doit être associée à un séjour (variable « Numéro de RSS » d'un enregistrement RSF A identique à la variable « N° de RSS » du séjour qui lui est associé).
- « **Détails des séjours non pris en compte dans la valorisation** » : ce rapport portant l'extension « .val.err.txt » répertorie les N° de séjours qui posent problèmes pour la valorisation.
- « **Facture sans séjour associé** » : ce rapport portant l'extension « .FactureSansSejour.txt » répertorie les factures sans séjour qui posent problèmes pour la valorisation.
- « **Rapport séjours SIIPS et correspondances Enquête soins / PMSI** » : ce rapport portant l'extension « siips.log.txt » donne le nombre d'erreurs bloquantes et non bloquantes, par numéro d'erreur, détectées dans les fichiers SIIPS et dans le fichier de correspondance enquête/PMSI. Il donne également le nombre d'enregistrements exportés et ceux non exportés, c'est-à-dire le nombre de ceux qui seront transmis et ceux qui ne le seront pas.
- « **Détail des erreurs dans les séjours SIIPS** » : ce rapport portant l'extension « siips.log.csv » détaille l'ensemble des erreurs détectées dans les séjours SIIPS, en donnant le nom de fichier, le n° de ligne en erreur, le n° de RSS, le numéro administratif local de séjour, le nombre d'erreurs détectées ainsi que la liste des erreurs, cela pour chaque séjour. Attention, si le séjour SIIPS est rattaché au rsa par son n° administratif local, alors le n° de RSS affiché dans ce rapport peut être différent de celui présent dans l'enregistrement initial.
- « **Détail des erreurs dans les correspondances Enquête soins/PMSI** » : ce rapport portant l'extension correspenqsoin.log.csv détaille l'ensemble des erreurs détectées dans le fichier de correspondance enquête/PMSI, en donnant le n° de ligne en erreur, le n° de RSS, le numéro administratif local de séjour, le nombre d'erreurs détectées ainsi que la liste des erreurs, cela pour chaque enregistrement.

Pour connaître la signification des numéros d'erreurs présent dans les fichiers de rapport concernant les SIIPS et les correspondances enquête soin/PMSI, voir le paragraphe intitulé « Fichiers concernant la charge en soins » au niveau du chapitre « Fonctionnalités ».

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

ATTENTION :

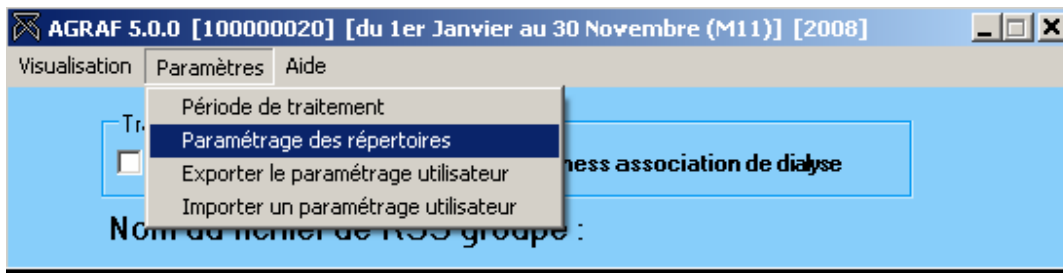
Certaines erreurs au niveau des rapports indiqués, ci-dessus, provoquent des erreurs d'index lors de la transmission sur e-PMSI (ces erreurs sont bloquantes). Il vous faudra d'abord les corriger avant de transmettre vos données :

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

- date de sortie du RSS non générée par les tables binaires au niveau du « Compte-rendu de Genrsap » (RUM antérieur au 15 mars 2006)

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

4 Paramètres



4.1 Période de traitement

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

Dans cette version, on peut visualiser les deux premiers mois (M1 et M2) au niveau des paramètres, cependant, ceux-ci ne sont pas utilisables pour l'année 2007.

4.2 Paramétrage des répertoires

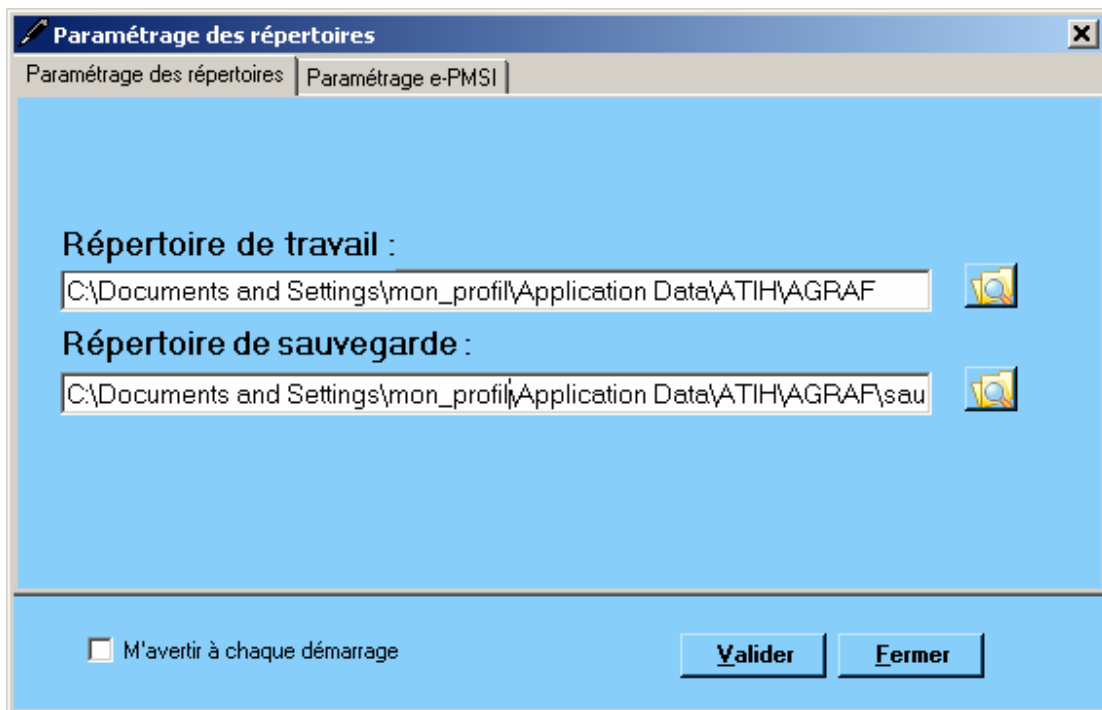
Une nouvelle fonctionnalité a été mise en place afin de faciliter les opérations de sauvegarde des fichiers que les établissements doivent réaliser de manière régulière (cf. l'article 6-II de l'arrêté « PMSI » du 22 février 2008)


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


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

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


Si plusieurs utilisateurs sont été chargés de réaliser les envois sur la plate-forme e-PMSI, les sauvegardes seront dispersées sur autant de profils que d'utilisateurs. Nous vous incitons à modifier ces paramètres afin de faciliter les opérations de sauvegarde et d'archivage du dossier « sauvegarde » : par exemple dossier réseau régulièrement sauvegardé par le service informatique. Vous pouvez personnalisé les répertoires de travail et de sauvegarde. Pour cela cliquer sur le menu Paramétrage – Paramétrage des répertoires (fenêtre ci-dessous)

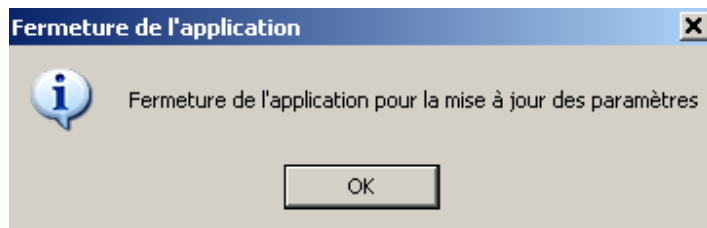


Pour changer de répertoire de travail, cliquer sur le bouton  afin de sélectionner votre répertoire de travail.

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

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

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



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

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

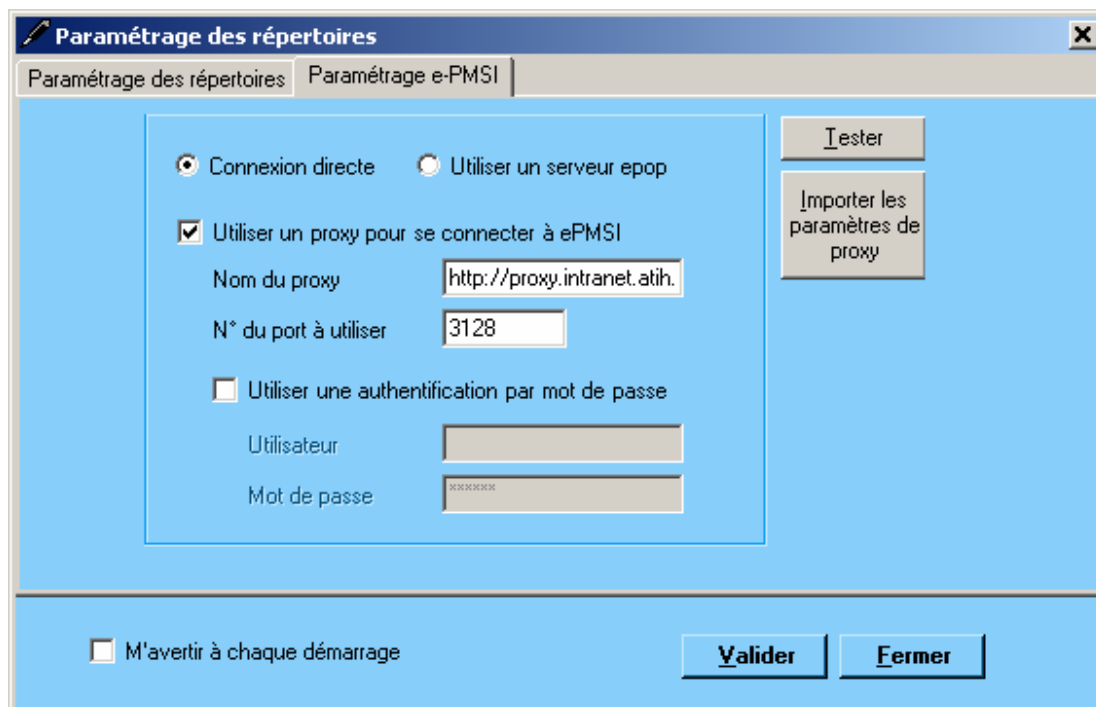
NOTE :

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

REMARQUE :

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

4.3 Paramétrage e-PMSI



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

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

Paramétrage du client e-POP

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

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

Connexion directe (utilisation par défaut)

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

Paramétrage des répertoires Paramétrage e-PMSI

Connexion directe Utiliser un serveur epop

Utiliser un proxy pour se connecter à ePMSI

Nom du proxy

N° du port à utiliser

Utiliser une authentification par mot de passe

Utilisateur

Mot de passe

Tester

Importer les paramètres de proxy

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

Zone de saisie « Nom du proxy » : il s'agit du nom du Proxy à utiliser pour le transfert vers e-PMSI. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton

« Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement de santé.

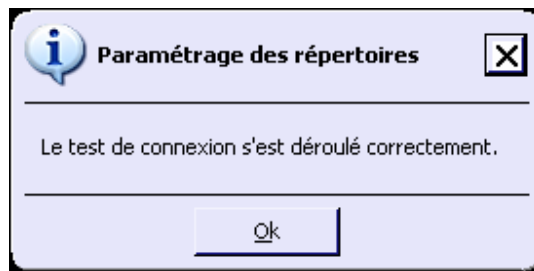
Zone de saisie « N° de port à utiliser » : il s'agit d'un n° compris entre 0 et 65535 à utiliser pour communiquer avec le proxy. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement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

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

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

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

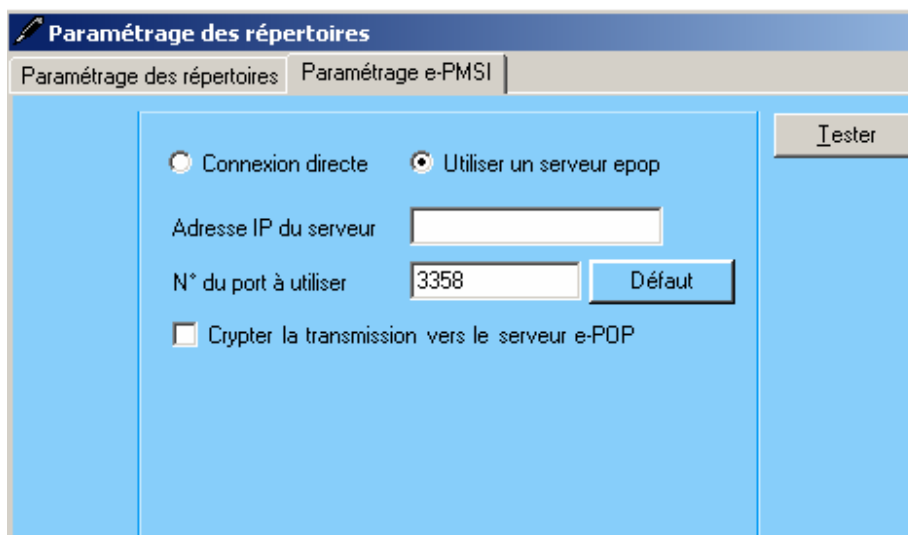
Bouton « Tester » : un clic sur ce bouton permet de réaliser un test de connexion vers e-PMSI. La réussite de ce test aboutit au message suivant :



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

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

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



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

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



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

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

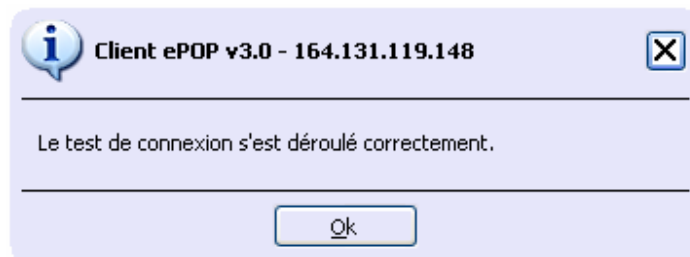
- Dans un souci de simplification, il est conseillé de conservé le numéro de port par défaut attribué par l'ATIH (3358).
- Ce port doit être ouvert sur l'ordinateur client et sur l'ordinateur exécutant le serveur (voir plus bas la problématique des pare-feu).

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

4.4 Aide

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

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

5 Export

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

AGRAF offre deux possibilités d'exportation :

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

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

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

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

FINESS : 999999999

Période de transmission : M3

Année de transmission : 2009

Nom du fichier d'export : 999999999. ano_rha_rsfa.2009.3.pop.zip

Le fichier d'export renferme les éléments suivants :

- Le fichier de contrôle «**data.mnf**» (cf. avertissement ci-dessous)
- Le fichier de contrôle «**desc.mnf**» (cf. avertissement ci-dessous)
- Le fichier de contrôle «**desc.xml**» (cf. avertissement ci-dessous)
- Un fichier zippé portant l'extension «data .zip» contenant les fichiers ci-dessous :
 - Le fichier de RSA («**.rsa**»)
 - Le fichier de chaînage («**.ano**»)
 - Le fichier d'unités médicales («**.ium**»)
 - Le fichier de facture («**.rsfa**»)
 - Le fichier de contrôle de facture («**.ctl**»)
 - Le fichier de liste des erreurs de groupage («**.leg**»)
 - Eventuellement, si vous avez renseigné un répertoire contenant des fichiers SIIPS, le fichier portant l'extension «**.siips**»
 - Eventuellement, si vous avez le fichier de correspondance enquête soins / PMSI, le fichier portant l'extension «**.enqsoin**»
 - Le fichier d'erreurs avec l'extension «**.ceserr**» contenant les erreurs des fichiers SIIPS et correspondance enquête soin/PMSI si vous en avez renseignés.
 - Le fichier de contrôle de version («**.ver**»)

AVERTISSEMENT :

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

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

5.1 Sortir de l'application

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

5.2 Sauvegarde

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

[FINESS].[Année].[Trimestre].[jour-mois-année-heure-minute-seconde].in.zip
[FINESS].[Année].[Trimestre].[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 utilisés pour le traitement dont les noms ont été formalisés sous la forme suivante:

[FINESS].[Année].[Trimestre].[extension]

Chaque [extension] correspond à un type de fichier:

- « .rss.txt » : fichier de séjour RSS traité par AGRAF
- « .rss.ini.txt » : fichier de séjour RSS fourni par l'utilisateur
- « .rsf.txt » : fichier de facture RSF
- « .ium.txt » : fichier de gestion des unités médicales*
- « .siips[i].txt » : si il y a n fichiers SIIPS dans le répertoire renseigné par l'utilisateur, alors l'extension du 1^{er} fichier sera « .siips1.txt », celle du 2^{ème} sera « .siips2.txt », ..., « .siips[n].txt »
- « .enqsoin.txt » : fichier de correspondance enquête soin / PMSI si renseigné

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

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

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

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

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

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

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

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

Si l'établissement venait à modifier un seul RSS de ce fichier sans transmettre un nouveau fichier de RSA alors la clé de sécurisation ne fonctionnerait plus, le fichier

serait considéré comme corrompu et la levée de l'anonymisation serait bloquée dans LEDDA.

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

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

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

Les dossiers par défaut sont :

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

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

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

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

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

Les opérations à effectuer sont les suivantes :

6.1 AGRAF

1- Définir la période de traitement.

2- Indiquer le chemin d'accès du fichier de RSS (désormais, seuls les formats 111 sont autorisés : voir format en annexe)

3- Indiquer le chemin d'accès du fichier d'importation des unités médicales si besoin est

(cf format en annexe « Format du fichier d'importation des UM »)

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

4- Saisie des informations :

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

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

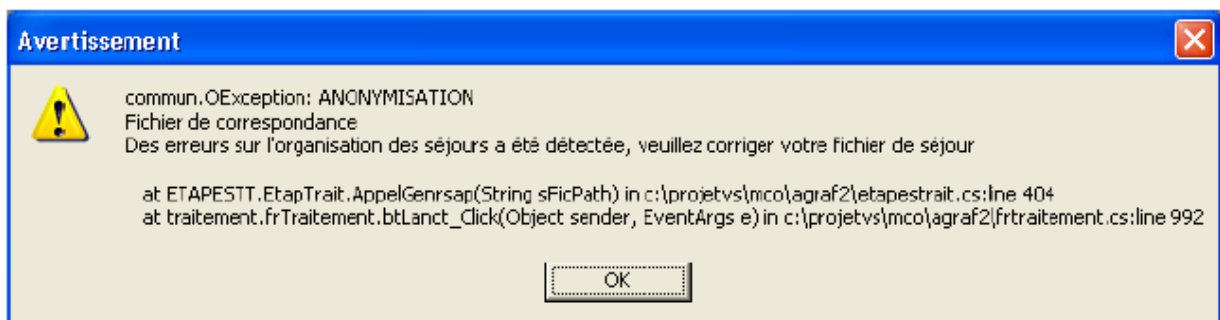
Lorsque toutes les informations sont enregistrées, vous devez valider la saisie (utilisez le bouton [Validation])

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

5bis- Si vous êtes concernés, veuillez indiquer le répertoire où se trouvent les fichiers SIIPS (et, si cela vous concerne, le fichier d'enquête)

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

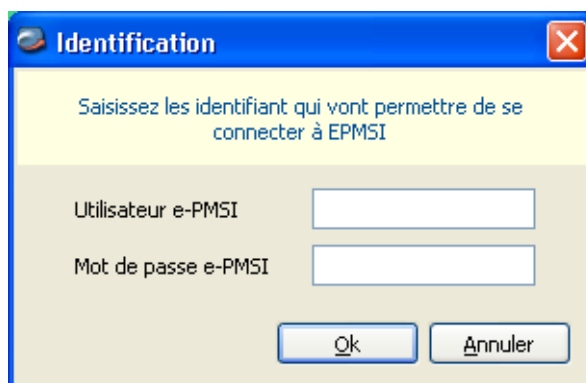
6bis- **Si vous avez un problème de doublons** (des séjours possédant le même N° de RSS), **LE TRAITEMENT S'ARRETE** et affiche la boîte de dialogue suivante :



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

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

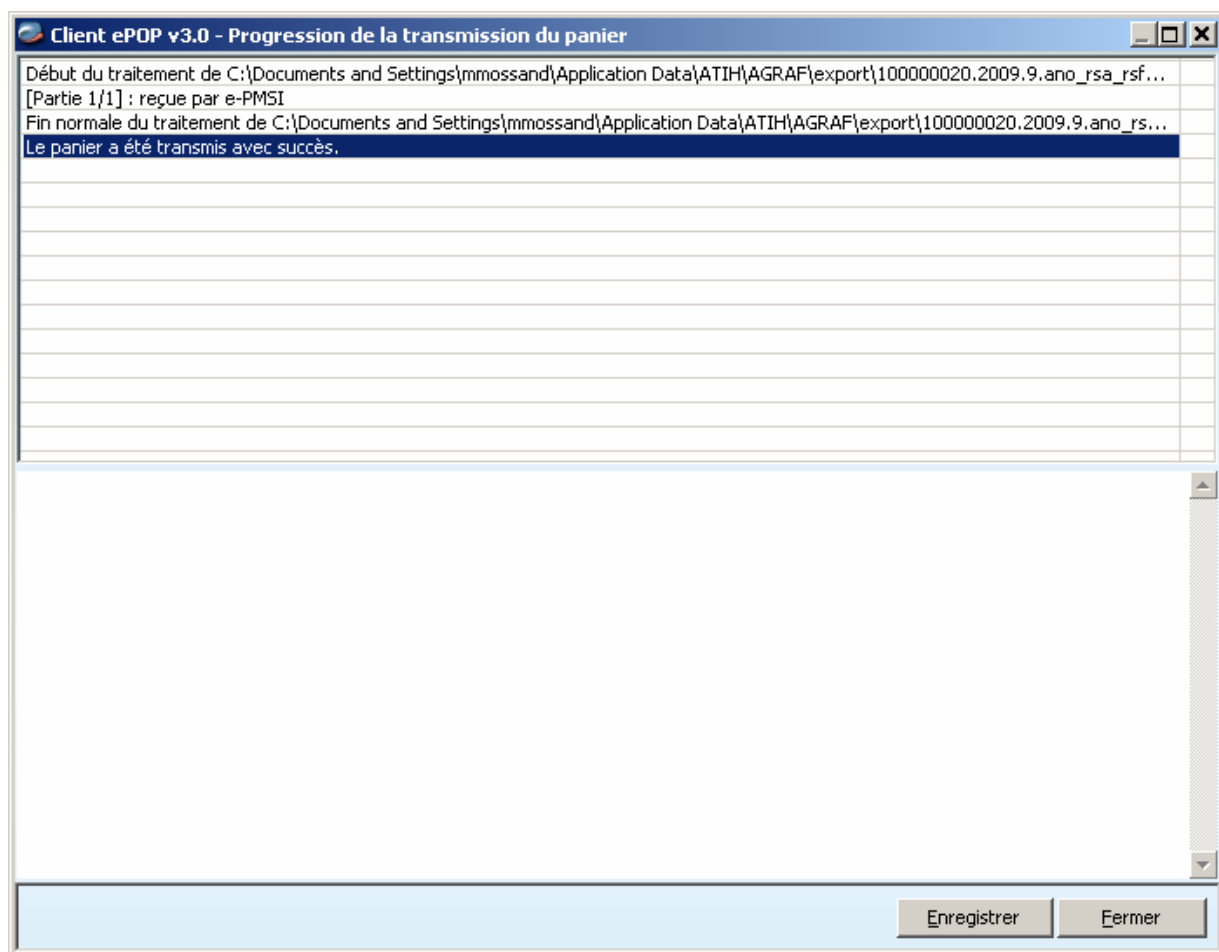
8- Cliquer sur le bouton **[3- Envoi e-PMSI]** qui a pour effet de lancer la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI.



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

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

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



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

DANS e-PMSI (<https://www.epmsi.atih.sante.fr>) :



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

6.2 e-PMSI

12- Rendez-vous, maintenant, sur la plate-forme e-PMSI (<https://www.epmsi.atih.sante.fr/accueil.jsp>)

13- Vous devez alors aller dans le menu « Login » et vous identifier grâce à vos identifiant et mot de passe.

14- Exemple de traitement du deuxième trimestre 2005

Menu « Applications »

« MAT2A »

« MAT2A MCO DGF » ou « MAT2A MCO OQN »

« Année 2005 » « T2 : De Janvier à Juin »

15- Pour vérifier que votre fichier a été transmis, au niveau du menu « Fichiers », vous devez voir mentionné la date et l'heure de votre dernière transmission par e-POP. Il n'est plus nécessaire, à cette étape, de refaire une transmission.

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

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

«Résultats ».

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

6.3 Améliorations et performance

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

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

Les fichiers de test ont les caractéristiques suivantes :

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

Plusieurs machines ont été utilisées pour effectuer les tests :

- XP Professional SP2
- AMD Athlon XP 1800+ (1.53 GHz) Temps indicatif de traitement : 14min
- 624 Mo de RAM (dont 253 Mo de libre)

- XP Professional SP2
- Pentium 4 CPU 1.70 GHz Temps indicatif de traitement : 20 min
- 1.00 Go de RAM (dont 680 Mo de libre)

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

ANNEXES

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.**

Systèmes d'exploitation pris en charge :

- Windows Vista
- Windows XP Service Pack 2
- Windows Server 2003
- Windows 2000 Service Pack 3
- Windows 98 Second Edition

REMARQUE :

Nous avons testé nos applications sur les systèmes d'exploitation cités ci-dessus. De plus, des essais ont été réalisés avec succès sur les systèmes d'exploitation 98, Millenium et XP Service Pack 1. Cependant, Microsoft ne supportant plus ces derniers depuis Juillet 2006, nous ne garantissons pas la compatibilité totale de nos logiciels sur ceux-ci. Si vous êtes dans ce cas, nous vous recommandons d'utiliser des machines ayant des systèmes d'exploitations plus récents.

Configuration matérielle minimum :

- RAM (mémoire vive) : 128 Mo (256 Mo ou plus recommandé)
- Processeur : 400 MHz (800 Mhz recommandé)

Logiciels requis :

- Windows Installer 3.0 (Windows Installer 2.0 pour Windows 98 et Millenium)
- Internet Explorer 5.0 ou supérieur
- Microsoft .NET Framework 2.0 :
<http://www.microsoft.com/downloads/details.aspx?FamilyID=0856eacb-4362-4b0d-8edd-aab15c5e04f5&displaylang=fr>
- Microsoft .NET Framework 2.0 Service Pack 1 :
<http://www.microsoft.com/downloads/details.aspx?familyid=79BC3B77-E02C-4AD3-AACF-A7633F706BA5&displaylang=fr>

Avertissement

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

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

Problèmes connus

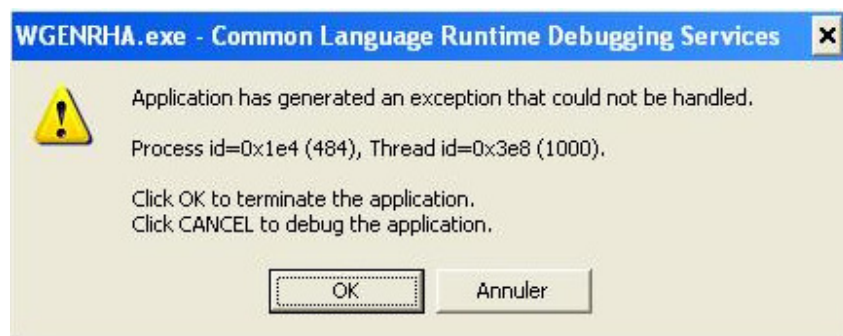
Les deux premiers sont les mêmes que ceux observés avec le logiciel d'anonymisation en soins de suite (GENRHA). Les suivantes sont les même que ceux observés avec le logiciel PREFACE (logiciel utilisé par les établissements MCO ex-DGF). Nous utiliserons ces logiciels pour illustrer les erreurs :

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

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

Problème d'enregistrement dans la base de registre

Sous tous les systèmes d'exploitation :



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

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

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

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

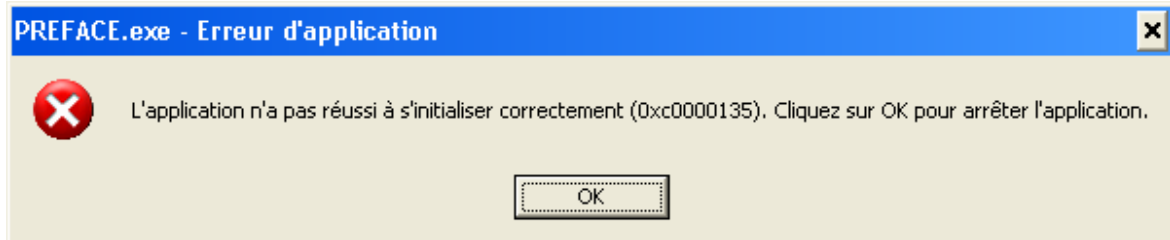
Remarque :

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

Au lancement de l'application

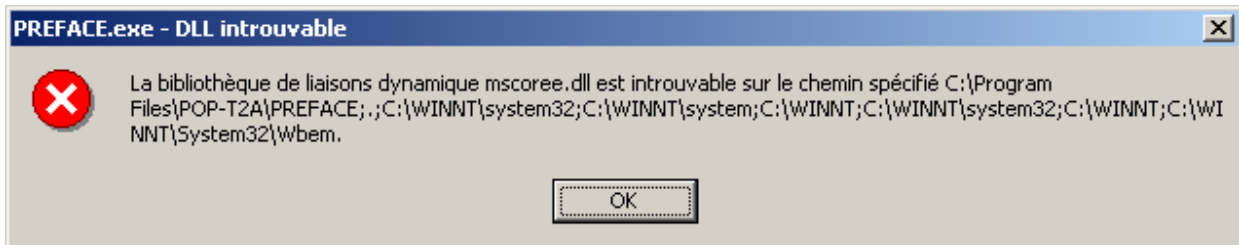
- « L'application n'a pas réussi à s'initialiser correctement »

Windows XP



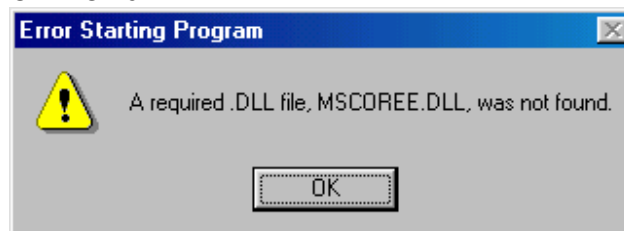
- « La bibliothèque de liaisons dynamique mscoree.dll est introuvable sur le chemin... »

Windows 2000



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

Windows 98, Windows Millenium



Ces trois messages correspondent à la même erreur :

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

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

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

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

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

Pour résoudre le problème, il vous faut télécharger et installer les composants suivants : « Microsoft Data Access Components » et le moteur de base de données Microsoft Jet 4.0.

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

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

Pour des mises à jour plus récentes, vous pouvez les trouver sur le site de Microsoft (<http://www.microsoft.com/france/>) au niveau du menu {Ressources, Téléchargements} et en faisant une recherche sur les mots-clés « MDAC » et « moteur de base de données Microsoft Jet 4.0 ».

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

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

« Fichier de correspondance »

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

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

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

- L'attribution d'un même n° de RSS pour plusieurs séjours (ou patients) différents
- Dans le cas d'un multi-RUM : les RUM constitutifs ne sont pas jointifs (pas les uns a la suite des autres).

Il vous faut absolument corriger ce type d'erreur. Veuillez en informer votre prestataire ou votre service informatique pour modifier cette anomalie.

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

Questions & Réponses

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

Support technique

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

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

Les moyens disponibles sont les suivants :

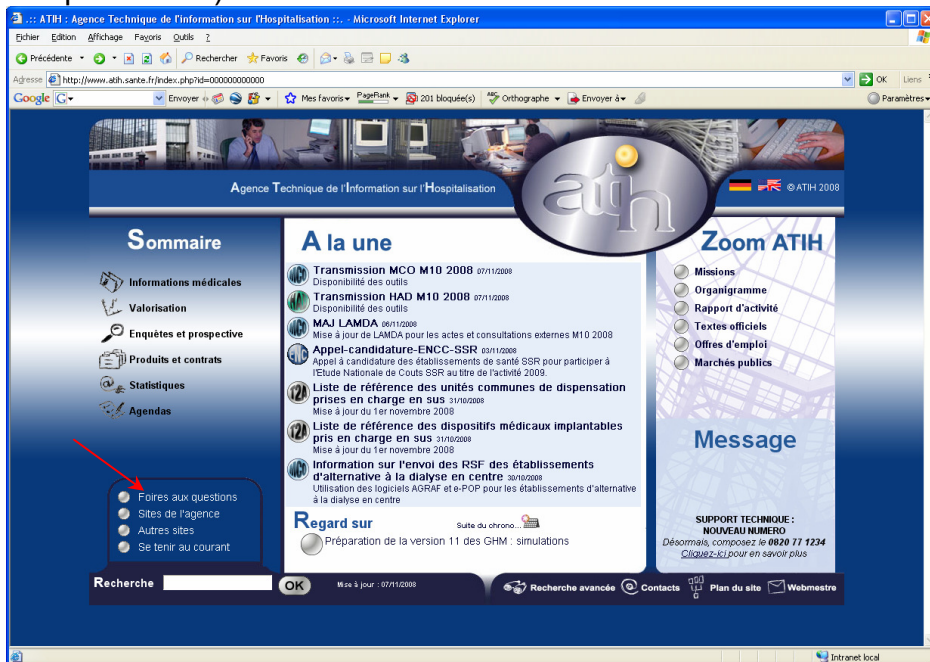
- Le manuel d'utilisation

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

- La plate-forme AGORA

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

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



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

- Par mail

A l'adresse suivante : support@atih.sante.fr. Il vous faudra fournir le nom du logiciel, la version utilisée, le système d'exploitation de votre machine et si vous le pouvez une copie de votre message d'erreur pour une prise en charge plus rapide de votre incident. Le prestataire chargé des courriers électroniques se charge de transmettre les incidents aux intervenants.

- Par téléphone

Au 08 20 77 12 34 du Lundi au Vendredi, de 8h30 à 12h00, et de 14h00 à 18h00. Votre incident sera pris en charge par le prestataire au moment de l'appel et transmis à l'ATIH. Il vous faudra fournir également les informations ci-dessus pour les mêmes raisons.

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

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

Format d'importation du fichier d'information des UM

Libellé	Taille	Position début	Position fin	Remarques
N° de l'unité médicale	4	1	4	Notation identique à celle du fichier RSS
Type d'autorisation	2	5	6	Cf (*)
Date d'effet de l'autorisation	8	7	14	Format de date jjmmaaaa
Nombre de lits	3	15	17	3 caractères « espace » si pas d'autorisation

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

- 01 : Réanimation hors pédiatrie
- 02 : Soins intensifs hors unité neurovasculaire
- 03 : Surveillance continue hors pédiatrie
- 04 : Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)
- 05 : Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B)
- 06 : Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3)
- 07 : Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- 08 : Soins Palliatifs
- 09 : Classement ex-OQN soins particulièrement coûteux (SRA)
- 10 : Classement ex-OQN surveillance continue (SSC)
- 11 : Anesthésie ou chirurgie ambulatoire
- 12 : Hospitalisation à temps partiel de jour hors unité gériatrique, ou de nuit
- 13 : Réanimation pédiatrique
- 14 : Surveillance continue pédiatrique
- 15 : Clinique ouverte
- 16 : Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air
- 17 : Unité neurovasculaire hors soins intensifs

18 : Soins intensifs en unité neurovasculaire
19 : Unité d'addictologie de recours et de référence
21 : Centre d'hémodialyse pour adulte
22 : Centre d'hémodialyse pour enfant
23 : Unité d'hémodialyse médicalisée
24;Unité de court séjour gériatrique hors hospitalisation de jour
25;Hospitalisation de jour gériatrique
30;Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires
60;Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée
2 caractères « espace » : Pas d'autorisation

Format de RSS groupé 114

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Groupage : version de la classification	2	1	2	O	N	Droite/Zéro	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	N	Droite/Zéro
	N° GHM	4	5	8	O	A	NA/NA
Filler	1	9	9	F	A	NA/Espace	
N° de version du format de RSS	3	10	12	O	A	NA/NA	114
Groupage : code retour	3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS	9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM	3	25	27	O	N	NA/NA	014
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	A	Gauche/Espace
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	A	Gauche/Espace
N° de RUM		10	68	77	O	A	Gauche/Espace
Date de naissance	8	78	85	O	N	Droite/Zéro	
Sexe	1	86	86	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale	4	87	90	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié	2	91	92	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale	8	93	100	O	N	Droite/Zéro	
Mode d'entrée dans l'unité médicale	1	101	101	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)	1	102	102	F	N	NA/Espace	
Date de sortie de l'unité médicale	8	103	110	O	N	Droite/Zéro	
Mode de sortie de l'unité médicale	1	111	111	O	N	NA/NA	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)	1	112	112	F	N	NA/Espace	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)	5	113	117	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)	4	118	121	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel (nb de semaines révolues d'aménorrhée)	2	122	123	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de séances	2	124	125	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	

RUM							
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	3	130	132	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)	8	133	140	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)	8	141	148	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2	3	149	151	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS (cf. note)	1	152	152	F	N	NA/Espace	1 : oui, 2 : non
Type de machine en radiothérapie	1	153	153	F	N	NA/Espace	1 à 8 selon le type de machine (à préciser)
Type de dosimétrie	1	154	154	F	N	NA/Espace	1 : avec histogramme dose-volume, 2 : sans histogramme dose-volume
Zone réservée	11	155	165	F	N	NA/Espace	
DAS n° 1	8	166	173	F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	A	...	
DAS n° nDAS	8			F	A	Gauche/Espace	
DAD n° 1	8			F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	...		
DAD n° nDAD	8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation (JJMMAAAA)	8		F	N	Droite/Zéro	
	Code CCAM	7		O	A	NA/NA	
	Phase	1		O	N	NA/NA	
	Activité	1		O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1		F	A	NA/Espace	
	Modificateurs	4		F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1		F	A	NA/Espace	
	Association non prévue	1		F	A	NA/Espace	
Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
.....	*26		

Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation (JJMMAAAA)	8			F	N	Droite/Zéro	
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/Espace	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/Espace	
	Association non prévue	1			F	A	NA/Espace	
	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
[1] O : obligatoire F : facultatif (la variable peut être laissée à vide)								
[2] A : alphanumérique (pas de distinction entre majuscules et minuscules), N : numérique								
[3] NA signifie "non applicable"								
Confirmation du codage du RSS : Dans certains GHM, lorsque la durée du séjour est courte, le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé. Cette zone permet de le confirmer. La confirmation doit être faite dans le dernier RUM								

Format de RSS groupé 113

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire/Facultatif	Remarques
Groupage : version de la classification		2	1	2	O	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	
	N° GHM	4	5	8	O	
Filler		1	9	9	F	blanc
N° de version du format de RSS		3	10	12	O	
Groupage : code retour		3	13	15	O	
Numéro FINESS		9	16	24	O	
Version du format du RUM		3	25	27	O	
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	
N° de RUM		10	68	77	O	
Date de naissance		8	78	85	O	
Sexe		1	86	86	O	
Numéro de l'unité médicale		4	87	90	O	
Type d'autorisation du lit dédié		2	91	92	F	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	93	100	O	
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	101	101	O	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		1	102	102	F	
Date de sortie de l'unité médicale		8	103	110	O	
Mode de sortie de l'unité médicale		1	111	111	O	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)		1	112	112	F	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)		5	113	117	O	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)		4	118	121	F	
Age gestationnel (nb de semaines révolues d'aménorrhée)		2	122	123	F	
Nombre de séances		2	124	125	F	
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RUM		2	126	127	O	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM		2	128	129	O	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM		2	130	131	O	
Diagnostic principal (DP)		8	132	139	O	

Diagnostic relié (DR)		8	140	147	F	
IGS 2		3	148	150	F	
Zone réservée		15	151	165	F	blanc
DAS n° 1		8			F	
.....		* 8			F	
DAS n° nDAS		8			F	
DAD n° 1		8			F	
.....					F	
DAD n° nDAD		8			F	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation (JJMMAAAA)	8			F	
	Code CCAM	7			O	
	Phase	1			O	
	Activité	1			O	
	Extension documentaire	1			F	
	Modificateurs	4			F	
	Remboursement exceptionnel	1			F	
	Association non prévue	1			F	
	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	
.....		*26				
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation (JJMMAAAA)	8			F	
	Code CCAM	7			O	
	Phase	1			O	
	Activité	1			O	
	Extension documentaire	1			F	
	Modificateurs	4			F	
	Remboursement exceptionnel	1			F	
	Association non prévue	1			F	
	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	

Format des RSF

RSF A : début de facture

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=A
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	30	20	RSS non groupé	13	
Sexe	31	31	1	RSS non groupé		
Code civilité	32	32	1	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2/ML=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	33	45	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	46	47	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	48	50	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	51	59	9	Type 2 CP	30	
Nature opération	60	60	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	61	62	2	Type 2 CP	77	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	63	64	2	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	65	65	1	Type 2 CP	79	
Code de prise en charge	66	66	1	Note n°1		1=A avec/2=A sans/3=NA avec /4=NA sans /5=NN
Code Gd régime	67	68	2	Type 2 CP	49	
Date Naissance	69	76	8	Type 2 CP	96	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	77	77	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	78	85	8	Type 2 CP	103	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)

Date de sortie	86	93	8	Type 2 CP	109	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	94	101	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	102	109	8	Type 5 CP	50	id
Total honoraire Facturé	110	117	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	118	125	8	Type 5 CP	66	id
Total participation assuré avant OC	126	133	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable OC pour les PH	134	141	8	Type 5 CP	82	
Total remboursable OC pour les honoraires	142	149	8	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	150	157	8	Type 5 CP	115	
Etat de liquidation de la facture	158	158	1	cf. note 2		liquidation complète=1, partielle=2, non liquidée=3, inconnu=9

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

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

- Les assurés non pris en charge : chirurgie esthétique par exemple -> code PEC =2
- Les non assurés non pris en charge : étrangers sans PEC -> code PEC=4
- Les nouveaux-nés dont la prise en charge est réalisée sur la facture de la mère -> code PEC=5

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

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

RSF B : Prestations Hospitalières

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=B
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	30	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	31	43	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	44	45	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	46	48	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	49	57	9	Type 3 CP	30	
Mode de traitement	58	59	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	60	62	3	Type 3 CP	41	
Date de début de séjour	63	70	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de fin de séjour	71	78	8	Type 3 CP	50	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	79	83	5	Type 3 CP	56	4+1
Quantité	84	86	3	Type 3 CP	61	
Justification exonération TM	87	87	1	Type 3 CP	64	
Coefficient	88	92	5	Type 3 CP	65	3+2
Code de prise en charge FJ	93	93	1	Type 3 CP	70	
Coefficient MCO	94	98	5	Type 3 CP	71	1+4
Prix Unitaire	99	105	7	Type 3 CP	76	5+2
Montant Base remboursement	106	113	8	Type 3 CP	83	0 par défaut(6+2)
Taux applicable à la prestation	114	116	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	117	124	8	Type 3 CP	94	0 par défaut (6+2)
Montant total de la dépense	125	132	8	Type 3 CP	102	0 par défaut (6+2)
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	133	139	7	Type 3 CP	122	0 par défaut (5+2)
N° GHS	140	143	4	Type 3 CP	110	

Montant remboursé NOEMIE Retour	144	151	8	Entité NOP-PHS	47	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	152	154	3	Entité NOP-MFI	27	3 espaces si aucune

RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=I
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	30	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	31	43	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	44	45	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	46	48	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	49	57	9	Type 3S CP	30	
Date de début de séjour	58	65	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de fin de séjour	66	73	8	Type 3 CP	50	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Nature d'interruption ou de fin de séjour	74	74	1	Type 3S	81	
Etablissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte	75	88	14	Type 3S	67	N° FINESS

Note : Attention les informations concernant les dates de début et de fin de séjour de ce type de RSF proviennent de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3S dans le cas d'une interruption de séjour.
Le RSF I ne doit être produit qu'en cas de mutation

RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=P
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	30	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	31	43	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	44	45	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	46	48	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	49	57	9	Type 3F CP	27	
Date de début de séjour	58	65	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code référence LPP	66	78	13	Type 3F	43	
Quantité	79	80	2	Type 3F	70	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire sur devis	81	87	7	Type 3F	72	5+2
Montant total facturé	88	94	7	Type 3F	79	0 par défaut (5+2)
Prix d'achat unitaire	95	101	7	Type 3F	86	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	102	108	7	Type 3F	93	5+2
Montant total de l'écart indemnisable	109	115	7	Type 3F	100	5+2

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

RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=H
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	30	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	31	43	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	44	45	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	46	48	3	Type 2 CP	27	
N° facture	49	57	9	Type 2 CP	30	
Date de début de séjour	58	65	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code UCD	66	72	7	Type 3H	49	
Coefficient de fractionnement	73	77	5	Type 3H	57	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	78	84	7	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	85	91	7	Type 3H	74	0 par défaut (5+2)
Montant total de l'écart indemnisable	92	98	7	Type 3H	81	5+2
Quantité	99	101	3	Type 3H	88	
Montant total facturé TTC	102	108	7	Type 3H	91	0 par défaut (5+2)

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

RSF C : Honoraire

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=C
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	30	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	31	43	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	44	45	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	46	48	3	Type 2 CP	27	
N° facture	49	57	9	Type 2 CP	30	
Mode de traitement	58	59	2	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	60	62	3	Type 4 CP	41	
Justification exo TM	63	63	1	Type 4 CP	54	
Date de l'acte	64	71	8	Type 4 CP	70	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	72	76	5	Type 4 CP	76	
Quantité	77	78	2	Type 4 CP	81	
Coefficient	79	84	6	Type 4 CP	83	
Dénombrement	85	86	2	Type 4 CP	89	
Prix Unitaire	87	93	7	Type 4 CP	91	
Montant Base remboursement	94	100	7	Type 4 CP	98	0 par défaut
Taux Remboursement	101	103	3	Type 4 CP	105	
Montant Remboursable par AMO	104	110	7	Type 4 CP	108	0 par défaut
Montant des honoraire (dépassement compris)	111	117	7	Type 4 CP	115	0 par défaut
Montant remboursable par AMC	118	123	6	Type 4 CP	123	0 par défaut
Montant remboursé NOEMIE Retour	124	131	8	Entité NOP- PHS	47	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	132	134	3	Entité NOP-MFI	27	3 espaces si aucune

RSF M : CCAM

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=M
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	30	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	31	43	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	44	45	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	46	48	3	Type 2 CP	27	
N° facture	49	57	9	Type 2 CP	30	
Mode de traitement	58	59	2	Type 4 M	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	60	62	3	Type 4 CP	41	
Date de l'acte	63	70	8	Type 4 CP	70	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code CCAM	71	83	13	Type 4 M	43	
Extension documentaire	84	84	1	Type 4 M	56	
Activité	85	85	1	Type 4 M	57	
Phase	86	86	1	Type 4 M	58	
Modificateur 1	87	87	1	Type 4 M	59	
Modificateur 2	88	88	1	Type 4 M	60	
Modificateur 3	89	89	1	Type 4 M	61	
Modificateur 4	90	90	1	Type 4 M	62	
Association non prévue	91	91	1	Type 4 M	63	
Code remboursement exceptionnel	92	92	1	Type 4 M	64	

N° dent 1	93	94	2	Type 4 M	71	
N° dent 2	95	96	2	Type 4 M	73	
N° dent 3	97	98	2	Type 4 M	75	
N° dent 4	99	100	2	Type 4 M	77	
N° dent 5	101	102	2	Type 4 M	79	
N° dent 6	103	104	2	Type 4 M	81	
N° dent 7	105	106	2	Type 4 M	83	
N° dent 8	107	108	2	Type 4 M	85	
N° dent 9	109	110	2	Type 4 M	87	
N° dent 10	111	112	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	113	114	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	115	116	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	117	118	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	119	120	2	Type 4 M	97	
N° dent 15	121	122	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	123	124	2	Type 4 M	101	

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

Format des fichiers des indicateurs SIIPS et variables complémentaires

Ces fichiers sont à importer uniquement par les établissements participant à l'étude sur la charge en soins.

Chaque fichier SIIPS est au format « csv ». Les champs de chaque enregistrement (ou ligne) SIIPS sont séparés par des « point virgule ».

Champ à fournir	Spécificité du champ
FINESS	n° FINESS de l'établissement (9 caractères)
Unité de Soins	Code interne de l'unité de soins dans l'établissement
Identifiant séjour PMSI	n° de RSS
Identifiant séjour dans l'établissement	n° administratif local de séjour dans l'établissement
Date d'entrée dans l'unité de soins	JJ/MM/AAAA
Date de sortie de l'unité de soins	JJ/MM/AAAA
Charge totale en soins de base	coefficient SiIPS sur les soins de base (nombre entier)
Charge totale en soins technique	coefficient SiIPS sur les soins techniques (nombre entier)
Charge totale en soins éducatifs et relationnels	coefficient SiIPS sur les soins éducatifs et relationnels (nombre entier)
Incapacité à effectuer ses soins d'hygiène	Niveau de sévérité de 0 à 3 : 0 pas de problème, 1 limité, 2 modéré, 3 majeur
Atteinte à l'intégrité de la peau	idem
Altération de l'élimination urinaire et/ou fécale	idem
Altération de la mobilité physique	idem
Incapacité partielle ou totale à s'alimenter	idem
Isolement social	idem
Altération des opérations de la pensée	idem
Perte d'espoir	idem
Anxiété/Peur	idem
Manque de connaissances	idem
Complications post-opératoires	idem
Douleur	idem

Exemple de fichier SIIPS:

```
012345678;USIC;123456;000A125;01/05/2009;25/05/2009;54;226;240;1;2;3;2;1;2;3;1;2;3;1;3
012345678;USIC;B654231;012386;10/05/2009;15/05/2009;50;20;50;2;2;2;2;1;2;3;1;2;1;2;1
012345678;USIC;00541364;2B369;12/05/2009;22/05/2009;10;58;170;3;1;3;3;2;3;2;1;2;3;1;1
```

Remarque :

Pour les établissements qui ne recueillent pas les variables explicatives (recueil de niveau 1 seulement), les dernières colonnes du fichier seront donc une succession de 12 « ; », sans caractère blanc entre les points-virgules.

Format du fichier de correspondance enquête PMSI (Enquête sur le dénombrement des actes)

Le fichier de correspondance doit être au format « csv ». Les champs de chaque enregistrement (ou ligne) sont séparés par des « point virgule ».

Champ à fournir	Spécificité du champ
Identifiant séjour dans l'établissement	n° administratif local de séjour dans l'établissement
Identifiant séjour PMSI	n° de RSS
Identifiant séjour dans l'enquête	n° séquentiel d'enquête

Exemple de fichier de correspondance enquête/PMSI :

```
000A125;123456;52  
012386; B654231;53  
2B369; 00541364;54
```

Remarque :

Ce fichier n'est pas à importer pour les établissements qui ne se seront pas investis sur le recueil complémentaire du nombre d'acte de soins par séjour SIIPS.

Format de RSA 216 (applicable à compter du 1er janvier 2009)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS	9	1	9	
Numéro de version du format du RSA	3	10	12	216
N° d'index du RSA	10	13	22	
Numéro de version du format du "RSS-groupé"	3	23	25	
Numéro séquentiel de tarifs	3	26	28	
Groupage lu :Version de la classification	2	29	30	
Groupage lu : GHM	CMD	2	31	32
	Type	1	33	33
	Numéro	2	34	35
	Complexité	1	36	36
Groupage lu : code-retour	3	37	39	
Groupage GENRSA :Version de la classification	2	40	41	
Groupage GENRSA : GHM	CMD	2	42	43
	Type	1	44	44
	Numéro	2	45	46
	Complexité	1	47	47
Groupage GENRSA : code-retour	3	48	50	
Nombre de RUM composant le RSS d'origine (NbrUM)	2	51	52	
Age en années	3	53	55	
Age en jours	3	56	58	
Sexe	1	59	59	
Mode d'entrée dans le champ du PMSI-MCO	1	60	60	
Provenance	1	61	61	
Mois de sortie	2	62	63	
Année de sortie	4	64	67	
Mode de sortie du champ PMSI-MCO	1	68	68	
Destination	1	69	69	
Type de séjour	1	70	70	
Durée totale du séjour dans le champ du PMSI (vide si séances)	4	71	74	
Code géographique de résidence	5	75	79	
Poids d'entrée (en grammes)	4	80	83	
Age gestationnel	2	84	85	
Nombre de séances	2	86	87	
IGS 2	3	88	90	
Numéro de GHS (du GHM GENRSA)	4	91	94	
Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute	4	95	98	
Type de séjour inférieur à la borne extrême basse	1	99	99	
Nb journées EXB	3	100	102	
Forfait dialyse	4	103	106	
Top UHCD	1	107	107	
Confirmation du codage du séjour	1	108	108	
Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances	3	109	111	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances	3	112	114	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances	3	115	117	
Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances	3	118	120	
Nombre d'actes menant dans le GHS 9610	3	121	123	9610

Nombre d'actes menant dans le GHS 9611	3	124	126	9611
Nombre d'actes menant dans le GHS 9612	3	127	129	9612
Nombre d'actes menant dans le GHS 9619	3	130	132	9619
Nombre d'actes menant dans le GHS 9620	3	133	135	9620
Nombre d'actes menant dans le GHS 6523	3	136	138	6523(gammaknife)
Nombre d'actes menant dans le GHS 9621	3	139	141	9621(cyberknife)
Nombre d'actes menant dans le GHS 9615	3	142	144	9615(aphérèse sanguine)
Filler	2	145	146	Nb séances avant SROS (M1 et M2)
	3	147	149	Nombre de suppléments pour SRA (réanimation)
	3	150	152	Nombre de suppléments pour SSC (surveillance continue)
	15	153	167	
Nombre de suppléments caisson hyperbare	3	168	170	
Type de prestation de prélèvement d'organe	1	171	171	1, 2 ou 3
Nombre de suppléments pour REA (réanimation)	3	172	174	
Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation	3	175	177	
Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs)	3	178	180	
Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue)	3	181	183	
Nombre de suppléments NN1	3	184	186	
Nombre de suppléments NN2	3	187	189	
Nombre de suppléments NN3	3	190	192	
Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique)	3	193	195	
Passage dans un lit dédié de soins palliatifs	1	196	196	
Type de machine en radiothérapie	1	197	197	
Type de dosimétrie	1	198	198	
N° séquentiel du RUM ayant fourni le DP	2	199	200	
Diagnostic principal (DP)	6	201	206	
Diagnostic relié (DR)	6	207	212	
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RSA	2	213	214	
Nombre de zones d'actes (nA) dans ce RSA	5	215	219	
Zone d'UM n°1	Type d'UM	2		
	Durée séjour partielle	3		
	Valorisation réa	1		1=O/2=N
	Indicateur de SRC	1		1=O/2=N
	Valorisation partielle	1		1, 2, 3 ou 4
	DP	6		
	DR	6		
...				
Zone d'UM n°NbRUM	Type d'UM	2		
	Durée séjour partielle	3		
	Valorisation réa	1		1=O/2=N
	Indicateur de SRC	1		1=O/2=N
	Valorisation partielle	1		1, 2, 3 ou 4
	DP	6		
	DR	6		
DAS n° 1	6			
.....				
DAS n° nDAS	6			

Zone d'acte n° 1	N° séquentiel du RUM	2		-	N° séquentiel du RUM d'où provient l'acte
	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte n° 1 pendant le séjour	2			
...					
Zone d'acte n° nZA	N° séquentiel du RUM	2		-	N° séquentiel du RUM d'où provient l'acte
	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte n° 1 pendant le séjour	2			

Précisions sur quelques variables du RSA

A. Règles de détermination du GHS

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

Soins Palliatifs

Détermination du GHS

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

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

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

B. Détermination de la variable « Valorisation partielle »

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

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

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

C. Variable « Passage en lit dédié »

0 : Pas de passage en lit dédié

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

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

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

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

Fichier de RSFA (*.rsfa)

1. RSFA A : Début de facture

Libelle	Début	Fin	Taille
N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (A)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° séquentiel de facture	13	15	3
Année de sortie	16	19	4
Mois de sortie	20	21	2
Numéro FINESS	22	30	9
Sexe	31	31	1
Code civilité	32	32	1
Nature opération	33	33	1
Nature assurance	34	35	2
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	36	37	2
Justification d'exonération du TM	38	38	1
Code de prise en charge	39	39	1
Code Gd régime	40	41	2
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	42	49	8
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	50	57	8
Total honoraire Facturé	58	65	8
Total honoraire remboursable AM	66	73	8
Total participation assuré avant OC	74	81	8
Total remboursable OC pour les PH	82	89	8
Total remboursable OC pour les honoraires	90	97	8
Montant total facturé pour PH	98	105	8
Etat de liquidation de la facture	106	106	1

2. RSFA B : Prestations Hospitalières

Libelle	Début	Fin	Taille
N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (B)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° séquentiel de facture	13	15	3
Année de fin de séjour	16	19	4
Mois de fin de séjour	20	21	2
Numéro FINESS	22	30	9
Mode de traitement	31	32	2
Discipline de prestation (ex DMT)	33	35	3
Code acte	36	40	5
Quantité	41	43	3
Justification exonération TM	44	44	1
Coefficient	45	49	5
Code prise en charge FJ	50	50	1
Coefficient MCO	51	55	5
Prix Unitaire	56	62	7

Montant Base remboursement	63	70	8
Taux applicable à la prestation	71	73	3
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	74	81	8
Montant total de la dépense	82	89	8
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	90	96	7
N° GHS	97	100	4
Montant remboursé NOEMIE Retour	101	108	8
Nature opération récupération NOEMIE Retour	109	111	3

3. RSFA I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

Libelle	Début	Fin	Taille
N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (I)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° séquentiel de facture	13	15	3
Année de fin de séjour	16	19	4
Mois de fin de séjour	20	21	2
Numéro FINESS	22	30	9
Nature d'interruption ou de fin de séjour	31	31	1
Etablissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte	32	45	14

4. RSFA P : Prestations Hospitalières Prothèses

Libelle	Début	Fin	Taille
N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (P)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° séquentiel de facture	13	15	3
Année début de séjour	16	19	4
Mois de début de séjour	20	21	2
Numéro FINESS	22	30	9
Code référence LPP	31	43	13
Quantité	44	45	2
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire sur devis	46	52	7
Montant total facturé	53	59	7
Prix d'achat unitaire	60	66	7
Montant unitaire de l'écart indemnisable	67	73	7
Montant total de l'écart indemnisable	74	80	7

5. RSFA H : Prestations Hospitalières Médicaments

Libelle	Début	Fin	Taille
N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (H)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° séquentiel de facture	13	15	3
Année début de séjour	16	19	4
Mois début de séjour	20	21	2
Numéro FINESS	22	30	9
Code UCD	31	37	7
Coefficient de fractionnement	38	42	5
Prix d'achat unitaire TTC	43	49	7
Montant unitaire de l'écart indemnisable	50	56	7
Montant total de l'écart indemnisable	57	63	7
Quantité	64	66	3
Montant total facturé TTC	67	73	7

6. RSFA C : Honoraire

Libelle	Début	Fin	Taille
N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (C)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° séquentiel de facture	13	15	3
Année de l'acte	16	19	4
Mois de l'acte	20	21	2
Numéro FINESS	22	30	9
Mode de traitement	31	32	2
Discipline de prestation (ex DMT)	33	35	3
Justification exo TM	36	36	1
Code acte	37	41	5
Quantité	42	43	2
Coefficient	44	49	6
Dénombrement	50	51	2
Prix Unitaire	52	58	7
Montant Base remboursement	59	65	7
Taux Remboursement	66	68	3
Montant Remboursable par AMO	69	75	7
Montant des honoraires (dépassement compris)	76	82	7
Montant remboursable par AMC	83	88	6
Montant remboursé NOEMIE Retour	89	96	8
Nature opération récupération NOEMIE Retour	97	99	3

7. RSFA M : CCAM

Libelle	Début	Fin	Taille
N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (M)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° séquentiel de facture	13	15	3
Année de l'acte	16	19	4
Mois de l'acte	20	21	2
Numéro FINESS	22	30	9
Mode de traitement	31	32	2
Discipline de prestation (ex DMT)	33	35	3
Code CCAM	36	48	13
Extension documentaire	49	49	1
Activité	50	50	1
Phase	51	51	1
Modificateur 1	52	52	1
Modificateur 2	53	53	1
Modificateur 3	54	54	1
Modificateur 4	55	55	1
Association non prévue	56	56	1
Code remb exceptionnel	57	57	1
N° dent 1	58	59	2
N° dent 2	60	61	2
N° dent 3	62	63	2
N° dent 4	64	65	2
N° dent 5	66	67	2
N° dent 6	68	69	2
N° dent 7	70	71	2
N° dent 8	72	73	2
N° dent 9	74	75	2
N° dent 10	76	77	2
N° dent 11	78	79	2
N° dent 12	80	81	2
N° dent 13	82	83	2
N° dent 14	84	85	2
N° dent 15	86	87	2
N° dent 16	88	89	2

Fichier de sortie ANO

Format avant intégration dans e-PMSI

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
N° format	3	10	12	
N° format VID-HOSP	3	13	15	
Mois de sortie	2	16	17	
Année de sortie	4	18	21	
Code retour contrôle « n° sécurité sociale »	1	22	22	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	23	23	
Code retour contrôle « sexe »	1	24	24	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	25	25	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	26	26	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	27	27	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	1	28	28	
N° anonyme	17	29	45	
N° de séjour	5	46	50	
N° séquentiel dans fichier PMSI	10	51	60	
Date d'entrée	8	61	68	(*)
Date de sortie	8	69	76	(*)
Code retour contrôle « code grand régime »	1	77	77	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	78	78	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	79	79	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	80	80	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	81	81	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	82	82	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	83	83	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	84	84	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	85	85	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	86	86	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	87	87	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	88	88	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	89	89	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	90	90	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	91	91	
Code grand régime	2	92	93	Type 2 CP positions 49-50
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	94	94	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	95	95	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	96	97	{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	98	99	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	100	100	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	101	101	
Facturation du 18 euro	1	102	102	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	3	103	105	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	106	115	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	116	125	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	126	135	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	136	139	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	140	149	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	150	154	3+2

(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations

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

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

Détail des codes retour :

« N° immatriculation assuré »

- 0 : RAS
- 1 : format incorrect
- 2 : utilisation de la valeur manquante (13 fois le caractère « X »)
- 3 : n° non conforme suite au contrôle de la clé

« Date de naissance »

- 0 : RAS
- 1 : format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
- 2 : utilisation de la valeur manquante (8 fois le caractère « X »)

« Sexe »

- 0 : RAS
- 1 : Valeur non autorisée (1 : Masculin, 2 : Féminin)
- 2 : utilisation de la valeur manquante (« X »)

« N° d'identification administratif de séjour »

- 0 : RAS
- 1 : Non renseigné (20 caractères espace)

« Code grand régime »

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

« Code justification d'exonération du ticket modérateur »

- 0 : RAS

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

« Code de prise en charge du forfait journalier »

0 : RAS

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

« Nature d'assurance »

0 : RAS

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

Code	Libellé
XX	Pas d'information
10	Maladie
13	Maladie régime local Alsace-Moselle
30	Maternité
41	Accident du travail
90	Prévention maladie

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

0 : RAS

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

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

« Séjour facturable à l'assurance maladie »

0 : RAS

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

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

« Facturation du 18 euro »

0 : RAS

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

« Nombre de venues de la facture »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du ticket modérateur »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du forfait journalier »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

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

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant lié à la majoration au parcours de soin »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant base remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Taux de remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

Note :

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

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

0 : RAS

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

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

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

Formats des fichiers supplémentaires (en sortie d'AGRAF)

Contrôle des factures (*.ctl)

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

Fichier d'UM (*.ium)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
N° format	2	10	11	98
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° FINESS géographique	9	18	26	
N° UM	4	27	30	
Type d'autorisation	2	31	32	
Date de début d'effet	8	33	40	
Nombre de lits	3	41	43	

Format de fichier de signatures applicable à compter du 1er janvier 2009 (*.sta)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS	9	1	9	
N° d'index du RSA	10	10	19	
Signature FG	5	20	24	
Signature RSS	20	25	44	
Signature Contrôle	8	45	52	

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

FINESS
Mois période
Année période

N° d'index du RSA
Nb d'erreurs Nberr
CR 1
...
CR Nberr
Fichier avec séparateur ";"

LES ERREURS DANS CE FICHIER LEG SONT DE TROIS TYPE :

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

Liste détaillée des erreurs

- C010 RSS MULTI-UNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT
- C011 NUMÉRO DE RSS ABSENT
- C013 DATE DE NAISSANCE ABSENTE
- C014 DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
- C015 DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
- C016 CODE SEXE ABSENT
- C017 CODE SEXE ERRONÉ
- C019 DATE D'ENTRÉE ABSENTE
- C020 DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
- C021 DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
- C023 RSS MULTI-UNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE - DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
- C024 MODE D'ENTRÉE ABSENT
- C025 MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
- C026 MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
RSS MULTI-UNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE
- C027
- C028 DATE DE SORTIE ABSENTE
- C029 DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
- C030 DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
- C032 RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE - DATE D'ENTRÉE
- C033 MODE DE SORTIE ABSENT
- C034 MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
- C035 MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
- C036 NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
- C037 RSS MULTI-UNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
- C039 DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE
- C040 DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
- C041 CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
- C042 CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
- C043 CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CCAM
- C045 RSS MULTI-UNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
- C046 RSS MULTI-UNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
RSS MULTI-UNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM
- C049 AUTRE QUE LE DERNIER
- C050 DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION

INTERETABLISSEMENT

- C051 CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
- C052 NOMBRE DE RÉALISATIONS D'ACTES NON NUMÉRIQUE, OU ERRONÉ
- C053 PROVENANCE ABSENTE
- C054 DESTINATION ABSENTE
- C055 NOMBRE DE DA OU DE DAD ABSENT
- C056 NOMBRE DE DA OU DE DAD NON NUMÉRIQUE
- C057 NOMBRE DE ZONES D'ACTES ABSENT
- C058 NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE
- C059 FORMAT DE RUM INCONNU
- C061 NUMÉRO DE RSS NON NUMÉRIQUE
- C062 UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE
- C064 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE
- C065 DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE
- C066 NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMBLABLE
- C067 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
- C068 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- C070 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
- C071 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- C073 ACTE : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CCAM
- C076 NUMÉRO FINISS DE FORMAT INCORRECT
- C077 DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE
- C078 DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC UTILISATION D'UN ACTE CCAM
- C079 DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC UTILISATION D'UN ACTE CCAM
- C080 CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ
- C081 CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE
- C082 POIDS D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
- C083 ZONE RÉSERVÉE NON VIDE
- C084 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE CAR RARE
- C085 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
- C086 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE
- C087 DIAGNOSTIC PRINCIPAL IMPRECIS
- C088 CODES Z A ÉVITER EN DP CAR N'EST HABITUELLEMENT PAS UN MOTIF D'HOSPITALISATION
- C090 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
- C091 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
- C092 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE
- C093 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ IMPRECIS
- C094 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
- C095 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- C096 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
- C097 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
- C098 DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE
- C099 DIAGNOSTIC RELIÉ IMPRECIS
- C100 TYPE D'AUTORISATION DE L'UNITÉ MÉDICALE NON ACCEPTE
- C101 TYPE D'AUTORISATION DE LIT DÉDIÉ NON ACCEPTE
- C102 DATE DE REALISATION DE L'ACTE CCAM INCOHÉRENTE
- C103 ACTIVITE D'UN ACTE CCAM NON RENSEIGNEE OU VALEUR ERRONEE
- C110 ACTIVITE 4 INEXISTANTE POUR L'ACTE CCAM
- C111 CODE D'ACTIVITE AUTRE QUE 4 INEXISTANT POUR UN ACTE CCAM
- C112 GESTE COMPLEMENTAIRE SANS ACTE PRINCIPAL
- C113 CODE INTERDIT EN DP CAR TRES IMPRÉCIS
- C114 CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITÉ (V,W,X,Y)
- C115 CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATÉGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE

INTERDIT

C116 CODE INTERDIT EN DR CAR TRES IMPRÉCIS

C117 CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITÉ (V,W,X,Y)
CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATÉGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE

C118 INTERDIT
CODE INTERDIT EN DA PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATÉGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE

C119 INTERDIT

C120 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE MAIS ABSENTE

C121 CODE DE CONFIRMATION DU RSS INCORRECT

C122 CODE DE TYPE DE MACHINE DE RADIOTHÉRAPIE INCORRECT

C123 CODE DE DOSIMÉTRIE INCORRECT

C223 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE

G002 INCOMPATIBILITE SEXE DIAGNOSTIC PRINCIPAL

G003 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT

G004 TABLES ENDOMMAGÉES OU ERREUR DANS LE PARCOURS DE L'ARBRE

G005 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM

G007 POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ

G080 SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL

G222 SÉJOUR AVEC ACTE OPÉRATOIRE NON MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL

I004 TABLES ENDOMMAGÉES

I008 CORRUPTION D'UNE TABLE

I009 TABLE INTROUVABLE

I500 FICHER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES NON TROUVÉ

I501 FICHER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES CORROMPU

I502 DATE DE SORTIE DU RSS NON GÉRÉE PAR LES TABLES BINAIRES

Format de sortie du fichier SIIPS, du fichier de correspondance enquête/PMSI et du fichier d'erreur de la charge en soins

Le fichier SIIPS en sortie est au format « csv ». Les champs de chaque enregistrement (ou ligne) SIIPS sont séparés par des « point virgule ». Il en va de même pour le fichier de correspondance.

A noter : GENRSA tente d'associer chaque séjour SIIPS et chaque correspondance enquête soins/PMSI par 2 moyens : soit par le N° de RSS, soit par le N° Administratif local de séjour. Le premier est prioritaire sur le second.

Indicateurs SIIPS et variables complémentaires (*.siips)

FINESS
Mois période
Année période
N° d'index du RSA
Unité de Soins
Durée du séjour dans l'unité de soins
Charge totale en soins de base
Charge totale en soins technique
Charge totale en soins éducatifs et relationnels
Incapacité à effectuer ses soins d'hygiène
Atteinte à l'intégrité de la peau
Altération de l'élimination urinaire et/ou fécale
Altération de la mobilité physique
Incapacité partielle ou totale à s'alimenter
Isolement social
Altération des opérations de la pensée
Perte d'espoir
Anxiété/Peur
Manque de connaissances
Complications post-opératoires
Douleur

Correspondance n° PMSI et n° enquête (*.enqsoin)

FINESS
Mois période
Année période
N° d'index du RSA
Identifiant séjour dans l'enquête

Erreurs détectées lors du contrôle des fichiers siips/enqsoin (*.ceserr)

FINESS
Mois période
Année période
N° d'index du RSA
Nb d'erreurs NbErr
CR n° 1
...
CR n° NbErr

CR : code erreur (voir paragraphe intitulé : « Fichiers concernant la charge en soins » au paragraphe.)

Rapports

Rapport général :

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

Sommaire

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

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

1000 Enregistrements lus dans le fichier : C:\projetVS\MCO\agraf2\bin\Debug\wks\temp\rss.txt
1000 Enregistrements au format l11 -
1000 RSA écrits dans le fichier : C:\projetVS\MCO\agraf2\bin\Debug\rsap1.### (V. Classif : 10)

Analyse de la conformité du groupage

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

Différence entre groupage lu et groupage calculé par GENRSA

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

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

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

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

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

Terminé Intranet local

Un sommaire reprendra tous les rapports (identique à l'ancien « Visualisation »).
Chaque rapport sera accompagné d'un ou plusieurs liens :

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

Par exemple :

Le compte-rendu de Gensrap :

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

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

```

*****
*** CONTROLE DES RSF ***
DATE DE TRAITEMENT : Date et heure du traitement
FICHIER TRAITE   :   Nom du fichier d'entrée utilisé
*****
----- RSF-A -----
-
RSF TRAITES           : XX
RSF EXPLOITABLES     : XX (XXX %)
DONT :
- SANS ERREUR        : XX (XX %)
- ERREURS NON BLOQUANTES : XX (XX %)
RSF NON EXPLOITABLES (FORMAT INCORRECT) :XX( XX %)
....

```

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

Rapport d'erreurs (lien Détails) :

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

Détection des N° de séjour en doublons :

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

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

Différence de groupage

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

Rapport de contrôles sur factures :

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

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

[NUMERO_DE_LIGNE_DANS_LE_FICHER_DE_FACTURE][LIGNE_ERRONEE]

Erreurs de couplage :

Il existe deux types d'erreurs :

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

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

Détection des séjours non pris en compte dans la valorisation :

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

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

Rapport d'importation des UM :

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

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

SIIPS/enquete :

AGRAF fournit, dans un fichier délimité par « ; » (exploitable dans un tableur comme Excel). Les éléments fournis sont indiqués en première ligne.

Nous rappelons que ce fichier peut être vide si aucune erreur n'est détectée.

Les codes erreurs ont les définitions suivantes :

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

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

- Code erreur
- Ligne en erreur

Les autres rapports sont identiques à précédemment ou ont été allégés

Erreurs de contrôle de factures

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

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

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

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

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

Précisions

- **104, 106, 108** : format de date incorrect
Les dates doivent être renseignée en utilisant le format jjmmaaaa
Exemple : 03012006 pour le 3 janvier 2006

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

- **105, 107, 109** : valeur impossible pour une date
Exemple : 35012006 qui correspondrait à un 35 janvier 2006 !
- **110** : âge erroné
Deux causes possibles : l'année de la date de naissance est postérieure à celle de la date d'entrée ou la précède de plus de 120 ans
- **127, 129, 138, 140, 142, 143, 146** : présence de caractère non numérique
- **128** : montant remboursable par AMO nul
- **130** : taux remboursement strictement inférieur à 65%
- **135** : seules les valeurs, ci-dessous, sont admises comme code de grand régime :
01|02|03|04|05|06|07|08|09|10|12|14|15|16|17|80|90|91|92|93|94|95|96|99
- **136** : seules les valeurs, ci-dessous, sont admises comme code de nature d'assurance
10|13|30|41|90
- **139, 141, 143, 145, 147** : pour les codes de prise en charge 2, 3 et 5, le montant indiqué ne pas être nul

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

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

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

où :

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

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

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

q : 01

c : 007000 (format 4 + 2)

pu : 0000027(format 5 + 2)

br = 1 x 7000 x 27/100

br = 1890 soit 18.90€ (soit 0001890 dans le RSF)

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

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

où :

br : montant base remboursement indiqué
tx : taux remboursement

- **150** : date de sortie antérieure à la date d'entrée
- **151** : absence de RSF A pour ce séjour (RSS)
- **152** : présence de plusieurs RSF A pour un même séjour (RSS)
- **153, 154** : présence de RSF B ou C pour des codes de prise en charge autres que 1,4, 6
- **155** : type d'enregistrement inconnu (RSF de type inconnu)
- **158** : le total base remboursement prestation hospitalière qui figure sur le RSF A ne correspond pas à la somme des « montant base remboursement » des RSF B
- **159** : le montant total facturé pour PH qui figure sur le RSF A ne correspond pas à la somme des « montant total facturé » des RSF B
- **160** : le total remboursable AMO prestation hospitalière qui figure sur le RSF A ne correspond pas à la somme des « montant remboursable AMO » des RSF B
- **161** : le total honoraire remboursable AM qui figure sur le RSF A ne correspond pas à la somme des « montant remboursable AMO » des RSF C

- **162** : le total honoraire facturé qui figure sur le RSF A ne correspond pas à la somme des « montant des honoraires » des RSF C
- **174** : plusieurs numéros de GHS différents pour un même séjour
- **175** : somme des totaux et montants du RSF A nulle
- **176** : présence d'opération d'annulation ne correspondant à aucune facture du séjour
- **177** : il n'y a aucune code acte GHS dans le séjour
- **178** : présence de plusieurs factures avec code acte GHS dans le séjour