



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

117 boulevard Marius Vivier Merle
69329 LYON CEDEX 03

Support technique :

. Téléphone : 0820 77 1234

. Forum : https://applis.atih.sante.fr/agora/log_agora.do

. Courriel : support@atih.sante.fr

PIVOINE-OQN 1.0.0.1

Sommaire

1.	PRESENTATION GENERALE	3
2.	FONCTIONNALITES	4
3.	LES ZONES A RENSEIGNER.....	5
4.	TRAITEMENT	6
5.	LES CONTROLE DES RPS	8
6.	LE CONTROLE DES FACTURES.....	9
7.	LA TRANSMISSION SUR E-PMSI.....	12
8.	E-PMSI.....	12
9.	SUPPORT TECHNIQUE	13
	LA PLATE-FORME AGORA	13
	- PAR MAIL	13
	- PAR TELEPHONE.....	13
10.	ANNEXES	14
	CONFIGURATION MINIMALE REQUISE.....	15
	FORMAT DES FICHIERS EN ENTREE DE PIVOINE.....	16
	<i>VID-HOSP : format FMT4</i>	20
	FORMAT DES FICHIERS EN SORTIE DE PIVOINE.....	29

En cas de problème :

Les questions concernant PIVOINE pourront être adressés au niveau du thème « **Agora > Logiciels > PSY > PIVOINE** » 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.

1. Présentation générale

Ce module a été créé pour la mise en place de la transmission des données du RIM-P ex-OQN à la plate-forme e-PMSI. Il permet de traiter et de transmettre les données correspondant aux hospitalisations et actes ambulatoires.

Voir la page « Production RSF et couplage au RIM-P », suivante, sur le site de l'ATIH, à ce sujet : <http://www.atih.sante.fr/?id=0002F0006BFF> .

ATTENTION :

L'envoi des données est trimestriel pour le champ de la psychiatrie.

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).

2. Fonctionnalités

Le logiciel PIVOINE-OQN (Programme Informatique de Vérification et d'Occultation des Informations Nominatives Echangées) transforme les fichiers de résumés par séquence (RPS), couplé au fichier RSF, et de résumés d'activité ambulatoire (RPA) en fichiers anonymes et opère des contrôles de format.

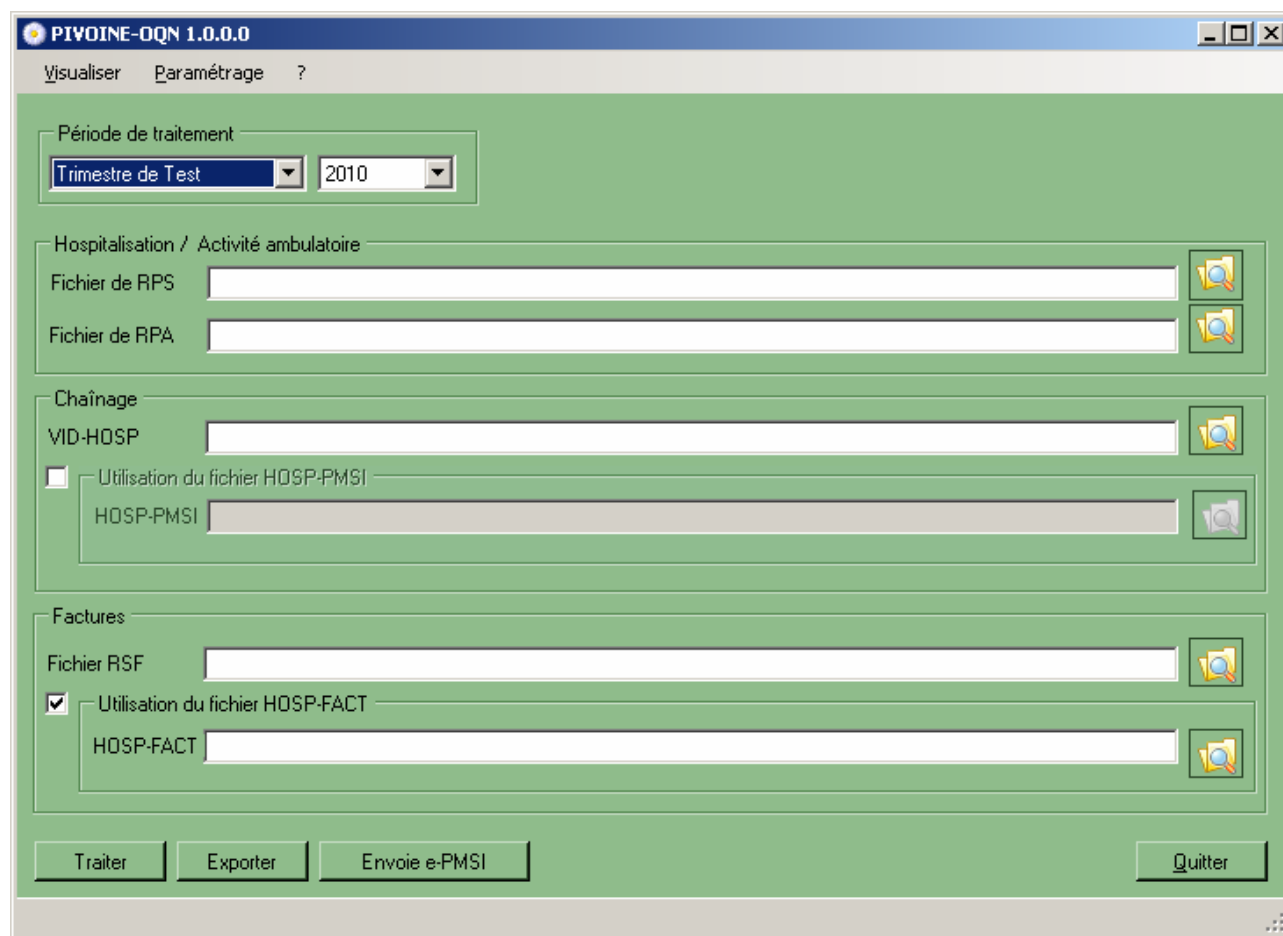
NOTE :

L'affichage du numéro FINESS dans la barre d'outils se détermine automatiquement dans PIVOINE à la lecture de la 1^{ère} ligne du fichier de RPS et du fichier de RPA.

Il est important de faire figurer dans ceux-ci, le FINESS attendu par rapport à votre enregistrement sur la plateforme e-PMSI. Il s'agit du FINESS Géographique pour les établissements privés.

Si ce n'est pas le cas, la référence pour la transmission est le numéro FINESS inscrit pour la structure concernée sur la plateforme e-PMSI et il convient de veiller en tout état de cause à cette conformité dans les différents fichiers.

Le logiciel se présente sous la forme suivante :



3. Les zones à renseigner

Période de traitement

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

ATTENTION : Il est important que la période de traitement soit correcte. En effet, les enregistrements **ne finissant pas dans la période déclarée** ne seront pas traités ni transmis.

Hospitalisation

L'utilisateur doit fournir à cet endroit le fichier correspondant aux hospitalisations (résumés par séquences correspondant aux prises en charge à temps complet ou partiel). On peut à tout moment effacer le nom du fichier en supprimant le texte. Le format des enregistrements de ce fichier est disponible en annexe (RPS).

Activité ambulatoire

L'utilisateur doit indiquer s'il y a lieu le nom du fichier de résumés d'activité ambulatoire (RPA). La description du format du fichier de RPA est fournie en annexe.

Chaînage

Cette partie ne concerne que les utilisateurs ayant des prises en charge à temps complet ou partiel (hospitalisation).

Pour chaque période trimestrielle, le fichier des RSF correspondant au fichier des RPS doit être constitué par les établissements sous OQN conformément aux principes et description de contenu indiqués ci-dessus. Pour l'année 2010, les établissements sous OQN qui ne seraient pas en mesure de produire un fichier de facturation correspondant à l'ensemble des RPS, doivent maintenir la production du fichier VID-HOSP.

Le fichier des RSF est produit par le service de facturation, le cas échéant accompagné du fichier de correspondance entre le numéro d'entrée et le numéro administratif de séjour, si le numéro d'entrée n'est pas utilisé comme numéro administratif de séjour dans le RPS; ces fichiers sont ensuite transmis au médecin en charge de l'information médicale.

Le fichier VID-HOSP : Le format utilisé est le FMT4 tel que décrit dans la documentation du logiciel MAGIC, disponible sur le site de l'ATIH. Ce format est également disponible en annexe.

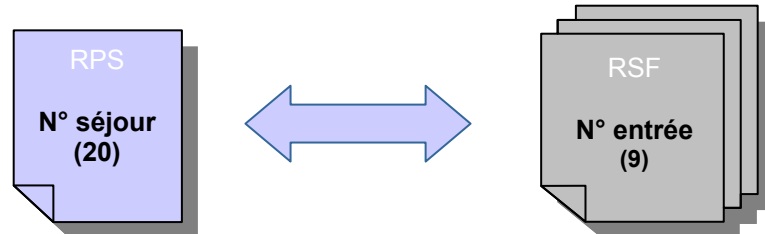
Pour le fichier HOSP-PMSI : il n'est à fournir que dans l'hypothèse où le numéro de séjour des RPS est différent du numéro de séjour du fichier VID-HOSP.

Dans le cas où il n'y a pas nécessité de fournir le fichier HOSP-PMSI, Pivoine le génère automatiquement.

Factures

Le fichier RSF : Les formats du fichier RSF sont décrits en annexe. Les données du fichier RSF sont également utilisées pour le chaînage des séjours.

Le fichier HOSP-FACT : il est à fournir si les numéros de séjour des RPS sont différents des numéros d'entrée des factures.



Nécessité d'une table de correspondance « N° séjour – N° entrée » (HOSP-FACT)
Sauf si n° entrée = n° séjour (limitation à 9 caractères significatifs, après suppression des espaces).

4. Traitement

Vous trouverez, ci-dessous, une description des principales étapes du traitement :

Prétraitement du fichier d'entrée

Le traitement consiste d'abord à effectuer des traitements préliminaires sur les des RPS et/ou RPA. Les erreurs détectées sont les suivantes :

- [LONGUEUR INCORRECTE]
- [CARACTERE ILLICITE]
- [N° FORMAT INCONNU]
- [FINISS INCOHERENT]
- [RPS HORS PERIODE]

Contrôle de format

Viennent ensuite les contrôles de format des fichiers ainsi prétraités. De même, les erreurs détectées sont visualisables après le traitement par l'intermédiaire du menu *{Visualiser | Contrôles des RPS/RPA}*.

Anonymisation des enregistrements

Cette étape permet de rendre anonymes les informations indirectement nominatives (date de naissance, code postal de résidence, ...).

Chaînage

Un compte-rendu de chaînage est généré à la fin du traitement. Il reprend le résultat des contrôles suivants :

- Nb de RPS retenus : nombre de lignes de RPS issues du contrôle préliminaire et du contrôle de format. Les enregistrements en erreur, apparaissent dans les fichiers de log du menu Visualiser/Contrôle des RPS
- Nb de séjours : il s'agit du nombre de séjours distincts du fichier des RPS (par N° de séjour)
- Taux de chaînage : c'est le taux de séjours qui ont pu être chaînés
- Traitement du fichier HOSP-PMSI : ce sont les informations du traitement de ce fichier, les enregistrements sont filtrés sur la longueur de ligne
- Traitement du fichier HOSP-FACT : les enregistrements sont filtrés sur la longueur de ligne. S'il est généré automatiquement, il est nécessaire de faire correspondre les N° de séjour et les N° d'entrée (sur 9 positions)
- Liste des séjours non chaînés : sont affichés les N° de séjour, pour lesquels, le chaînage n'a pas pu être effectuée. Si cette liste contient des enregistrements, il faut vérifier les zones concernés par le chaînage entre les différents fichiers (RPS, VID-HOSP, HOSP-PMSI, RSF et HOSP-FACT)

-> tous les n° de séjour ou les n° administratifs ne répondant pas aux critères demandés ne seront pas chaînés.

5. Les contrôle des RPS

Les rapports de contrôle des RPS sont accessibles à partir du menu Visualiser / Contrôle des RPS. Les erreurs, sur les RPS, peuvent être les suivantes :

- 4.0 IPP absent
- 4.1 IPP mauvais format
- 5.0 Date de naissance absente
- 5.1 Date de naissance incorrect
- 6.0 Sexe du patient absent
- 6.1 Sexe du patient incorrect
- 7.0 Code postal de résidence absent
- 7.1 Code postal de résidence incorrect
- 8.0 Nature prise en charge absent
- 8.1 Nature prise en charge incorrect
- 9.0 Numero de séjour absent
- 9.1 Numero de séjour incorrect
- 10.0 Date entrée de séjour absent
- 10.1 Date entrée de séjour incorrect
- 11.0 Mode d'entrée de séjour / Provenance absent
- 11.1 Mode d'entrée de séjour / Provenance incorrect
- 12.0 Date de sortie du séjour absent
- 12.1 Date de sortie du séjour incorrect
- 13.0 Mode de sortie de séjour / Destination absent
- 13.1 Mode de sortie de séjour / Destination incorrect
- 14.0 Unité médicale absent
- 15.0 N° de secteur ou de dispositif intersectoriel incorrect
- 16 Mode légal de séjour
- 17 Indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai
- 18.0 Date de début de séquence absent
- 18.1 Date de début de séquence incorrect
- 19.0 Date de fin de séquence absent
- 19.1 Date de fin de séquence incorrect
- 20 Nombre de jours de présence
- 21 Nombre de demi-journées de présence
- 22 Nombre de jours d'isolement thérapeutique
- 23 Score pour la dépendance pour l'habillement
- 24 Score pour la dépendance pour le déplacement/locomotion
- 25 Score pour la dépendance pour l'alimentation
- 26 Score pour la dépendance pour la continence
- 27 Score pour la dépendance pour le comportement
- 28 Score pour la dépendance pour la relation
- 29 Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire
- 30 Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale
- 31 Nombre de diagnostics et facteurs associés
- 32 Diagnostic ou facteur associé
- 100 Affectation du même n° de séjour à plusieurs patient
- 101 Affectation du même ipp affecté à plusieurs patients
- 102 La date de début de séquence antérieure à la date d'entrée du séjour

- 103 La date de début de séquence postérieure à la date de sortie du séjour
- 104 La date de fin de séquence antérieure à la date d'entrée du séjour
- 105 La date de fin de séquence postérieure à la date de sortie du séjour
- 106 La date de fin de séquence antérieure à la date de début de séquence

6. Le contrôle des factures

Le rapport de contrôle des factures est accessible à partir du menu Visualiser / Contrôle des RSF. Le format de ce fichier est le suivant :

"FINESS; ANNEE; MOIS; TYPE, NOENT; NOFACT; NBERR; LISTERR".

La liste des codes erreurs comporte le caractère « | » comme séparateur.

Les codes erreurs concernant les contrôles des factures, sont les suivants :

CODE	MNEMO	LIBELLE
105	ERR_VAL_DATNAISS	Erreur de valeur date de naissance
107	ERR_VAL_DATENT	Erreur de valeur date d'entrée
109	ERR_VAL_DATSOR	Erreur de valeur date de sortie
110	ERR_AGE_ERRONE	Age erroné
127	ERR_FMT_MONT_REMB	Erreur de format montant remboursé
128	ERR_VAL_MONT_REMB	Erreur de valeur montant remboursé
129	ERR_FMT_TX_REMB	Erreur de format taux de remboursement
130	ERR_VAL_TX_REMB	Erreur de valeur taux de remboursement
135	ERR_VAL_GD_REG	Erreur de valeur code grand régime
136	ERR_VAL_NAT_ASS	Erreur de valeur nature d'assurance
138	ERR_FMT_TOT_BASE_REMB_PH	Erreur de format total base remboursement PH
139	ERR_VAL_TOT_BASE_REMB_PH	Erreur de valeur total base remboursement PH
140	ERR_FMT_TOT_FACT_PH	Erreur de format montant total facturé PH
141	ERR_VAL_TOT_FACT_PH	Erreur de valeur montant total facturé PH
142	ERR_FMT_TOT_REMB_PH	Erreur de format total remboursable AMO PH
143	ERR_VAL_TOT_REMB_PH	Erreur de valeur total remboursable AMO PH
144	ERR_FMT_TOT_HON_FACT	Erreur de format total honoraire facturé
145	ERR_VAL_TOT_HON_FACT	Erreur de valeur total honoraire facturé
146	ERR_FMT_TOT_HON_REMB	Erreur de format total honoraire remboursable AMO
147	ERR_VAL_TOT_HON_REMB	Erreur de valeur total honoraire remboursable AMO
148	ERR_DIFF_BR_CALCUL	Différence somme montant base remboursement indiquée et calculée selon formule (B ou C)
149	ERR_DIFF_MR_CALCUL	Différence somme montant remboursable AMO indiquée et calculée selon formule (B ou C)
150	ERR_VAL_DATENT_DATSOR	Date de sortie antérieure à la date d'entrée
151	ERR_PAS_DE_A	Absence de RSF A pour un séjour
152	ERR_TYPEA_ENDOUBLE	Présence de plusieurs RSF A pour un même séjour
153	ERR_B_AVEC_MAUUV_CPC	Enregistrement de type B avec code de prise en charge autre que 1,4
154	ERR_C_AVEC_MAUUV_CPC	Enregistrement de type C avec code de prise en charge autre que 1,4
155	ERR_TYPENR_INCONNU	Type d'enregistrement inconnu (RSF de type inconnu)
158	ERR_COHER_AB_TOTAL_BR	Différence somme de base remboursement détaillée (B) et total (A)

159	ERR_COHER_AB_TOTAL_FACT	Différence somme de total facturé détaillé (B) et total (A)
160	ERR_COHER_AB_TOTAL_REMB	Différence somme de total remboursé détaillé (B) et total (A)
161	ERR_COHER_AC_TOTAL_REMB	Différence somme de total honoraire remboursé détaillé (C) et total (A)
162	ERR_COHER_AC_TOTAL_FACT	Différence somme de total honoraire facturé détaillé (C) et total (A)
175	ERR_FACTURE_NULLE	Somme des totaux et montants du RSF A nulle
176	ERR_FACTURE_ANNULATION	Présence d'opération d'annulation ne correspondant à aucune facture du séjour
200	ERR_FMT_NUM_FINESS_JUR	Erreur de format numéro FINESS de l'entité juridique
201	ERR_FMT_NUM_FINESS_GEO	Erreur de format numéro FINESS de l'établissement
202	ERR_VAL_SEXE	Erreur de valeur sexe (différent de 1,2)
204	ERR_FMT_NUM_ENT	Erreur de format n° entrée
205	ERR_VAL_COD_CIV	Erreur de valeur code civilité
207	ERR_FMT_IMMAT	Erreur de format n° immatriculation assuré
208	ERR_VAL_CLE_IMMAT	Erreur de valeur clé du n° immatriculation
210	ERR_FMT_RANG	Erreur de format rang de bénéficiaire
211	ERR_VAL_NUM_FAC	Erreur de valeur n° de facture
212	ERR_FMT_NUM_FAC	Erreur de format n° facture
213	ERR_VAL_NATURE_OP	Erreur de valeur nature opération
215	ERR_FMT_TYP_CONTRAT_AMC	Erreur de valeur type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire
216	ERR_VAL_JUSTIF_EXO_TM	Erreur de valeur justification d'exonération du TM
218	ERR_VAL_COD_PRISE_CHARGE	Erreur de valeur code de prise en charge
221	ERR_VAL_COD_PCH_GR_REG	Erreur de cohérence code de prise en charge/code grand régime
222	ERR_VAL_COD_PCH_NAT_ASS	Erreur de cohérence code de prise en charge/nature d'assurance
223	ERR_FMT_RANG_NAISS	Erreur de format rang de naissance
224	ERR_FMT_TOT_PART_ASS	Erreur de format total participation assuré avant OC
226	ERR_FMT_TOT_REMB_OC_PH	Erreur de format total remboursable OC pour les PH
228	ERR_FMT_TOT_REMB_OC_HONO	Erreur de format total remboursable OC pour les honoraires
230	ERR_VAL_ETAT_LIQUID	Erreur de valeur état de liquidation de la facture
233	ERR_VAL_MT	Erreur de valeur mode de traitement
234	ERR_FMT_DMT	Erreur de format discipline de prestation
235	ERR_VAL_DATDEB_SEJOUR	Erreur de valeur date de début de séjour
237	ERR_VAL_DATFIN_SEJOUR	Erreur de valeur date de fin de séjour
239	ERR_VAL_DATDEB_DATFIN_SEJOUR	Date de fin de séjour antérieure à la date de début de séjour
240	ERR_VAL_COD_ACTE	Erreur de valeur code acte
242	ERR_VAL_QTE	Erreur de format/valeur quantité
243	ERR_FMT_QTE	Erreur de format quantité
244	ERR_FMT_COEF	Erreur de format coefficient
245	ERR_VAL_CPC	Erreur de valeur code de prise en charge FJ
247	ERR_FMT_COEF_MCO	Erreur de format coefficient MCO
248	ERR_FMT_PRIX_UNI	Erreur de format prix unitaire
249	ERR_FMT_MBR	Erreur de format montant base remboursement
250	ERR_FMT_MONT_TOT_DEP	Erreur de format montant total de la dépense
251	ERR_FMT_MONT_REMB_AMC	Erreur de format montant remboursable par AMC
252	ERR_FMT_MONT_REMB_NOEMIE	Erreur de format montant remboursé NOEMIE

		retour
253	ERR_VAL_NAT_OP_REC_NOEMIE	Erreur de valeur nature opération récupération NOEMIE retour
255	ERR_VAL_DAT_ACTE	Erreur de valeur date de l'acte
257	ERR_FMT_DNBR	Erreur de format dénombrement
258	ERR_FMT_MONT_HON	Erreur de format montant des honoraires
259	ERR_VAL_CCAM	Erreur de valeur code CCAM
261	ERR_VAL_EXT_DOC	Erreur de valeur d'extension documentaire
263	ERR_VAL_ACTIVITE	Erreur de valeur activité
265	ERR_FMT_MOD1	Erreur de format modificateur 1
266	ERR_FMT_MOD2	Erreur de format modificateur 2
267	ERR_FMT_MOD3	Erreur de format modificateur 3
268	ERR_FMT_MOD4	Erreur de format modificateur 4
269	ERR_VAL_ASSOC	Erreur de valeur association non prévue
		Erreur de valeur code remboursement exceptionnel
271	ERR_VAL_COD_REMB_EXC	
273	ERR_VAL_DENT1	Erreur de valeur n° dent 1
275	ERR_VAL_DENT2	Erreur de valeur n° dent 2
277	ERR_VAL_DENT3	Erreur de valeur n° dent 3
279	ERR_VAL_DENT4	Erreur de valeur n° dent 4
281	ERR_VAL_DENT5	Erreur de valeur n° dent 5
283	ERR_VAL_DENT6	Erreur de valeur n° dent 6
285	ERR_VAL_DENT7	Erreur de valeur n° dent 7
287	ERR_VAL_DENT8	Erreur de valeur n° dent 8
289	ERR_VAL_DENT9	Erreur de valeur n° dent 9
291	ERR_VAL_DENT10	Erreur de valeur n° dent 10
293	ERR_VAL_DENT11	Erreur de valeur n° dent 11
295	ERR_VAL_DENT12	Erreur de valeur n° dent 12
297	ERR_VAL_DENT13	Erreur de valeur n° dent 13
299	ERR_VAL_DENT14	Erreur de valeur n° dent 14
301	ERR_VAL_DENT15	Erreur de valeur n° dent 15
303	ERR_VAL_DENT16	Erreur de valeur n° dent 16
305	ERR_FMT_TAR_REF_LPP	Erreur de format tarif référence LPP
306	ERR_FMT_TOT_FACT	Erreur de format montant total facturé
307	ERR_FMT_PRIX_ACHAT_UNIT	Erreur de format prix d'achat unitaire
		Erreur de format montant unitaire de l'écart indemnisable
308	ERR_FMT_MONT_UNIT_ECART_INDEM	
		Erreur de format montant total de l'écart indemnisable
309	ERR_FMT_MONT_TOT_ECART_INDEM	
310	ERR_FMT_COD_UCD	Erreur de format code UCD
311	ERR_FMT_COEF_FRACT	Erreur de format coefficient de fractionnement
		Erreur de valeur nature d'interruption ou de fin de séjour
312	ERR_VAL_NAT_INTER	
		Erreur de format établissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte
313	ERR_FMT_ETAB	
324	ERR_VAL_JUSTI_EXO_TM	Erreur de valeur justification d'exonération du TM
325	ERR_FMT_COD_LPP	Erreur de format code référence LPP
326	ERR_FMT_PHASE	Erreur de format phase

7. La transmission sur e-PMSI

Le fichier d'export « RIMP » qui comprend les RPSA, les RSFA se présente sous la forme d'un fichier compressé. PIVOINE propose deux possibilités d'exportation :

1^{ère} possibilité :

Vous avez accès à internet et le paramétrage d'e-POP fonctionne correctement, cliquez sur le bouton « Envoie E-PMSI ». Voir le paragraphe [e-POP](#).

2^{ème} possibilité :

Vous n'avez pas accès à internet et vous ne voulez pas configurer ePop Serveur, cliquez sur le bouton « Exporter », une archive e-POP est sauvegardé à l'emplacement que vous lui indiquez. Lancer un navigateur internet et connectez vous à e-PMSI, transmettez via le site la sauvegarde générée.

ATTENTION : Si vous utilisez cette fonctionnalité, nous vous invitons à noter soigneusement le nom du dossier que vous aurez choisi pour contenir le résultat de l'exportation.

Le fichier exporté se présente sous la forme d'un fichier ZIP et porte un nom défini comme suit :

[FINESS].[Année].[Trimestre].rimp.zip

NOTE : pour plus d'informations concernant l'utilisation d'e-POP, veuillez vous référer au manuel d'utilisation de ce dernier.

8. e-PMSI

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

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

- Exemple de traitement du premier trimestre 2007 (M3)

Menu « Applications »

« MAT2A »

« M.A. PSY OQN »

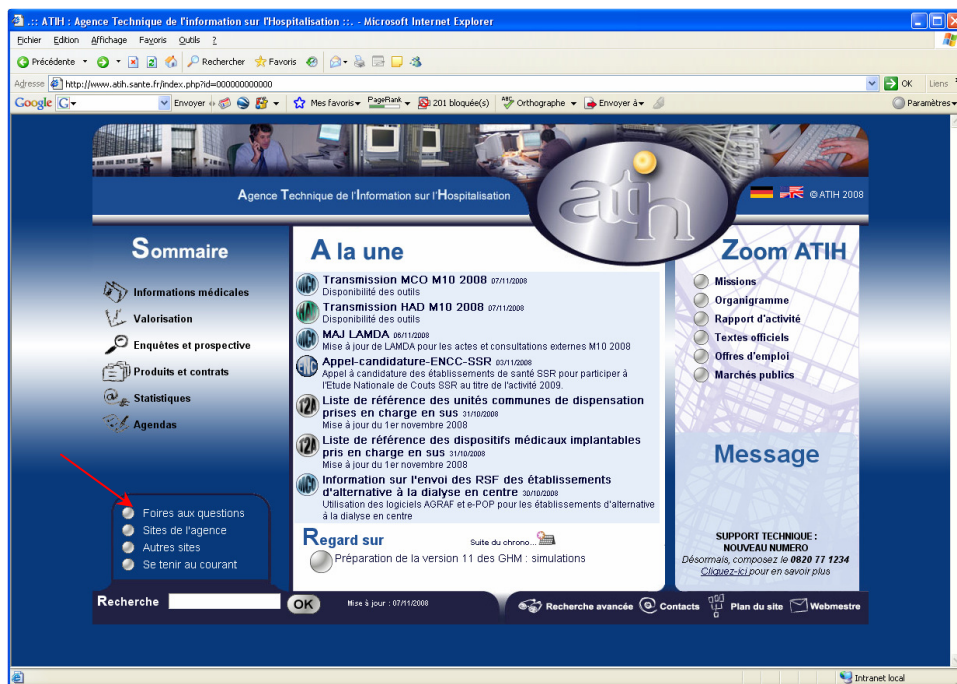
« Année 2010 » « M9 : De Janvier à Septembre »

Vous devrez obtenir une présentation similaire à celle-ci :

9. Support technique

La plate-forme AGORA

Indiquer votre incident au niveau du thème « **Agora > Logiciels > PSY > PIVOINE** » 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.

10. 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 »).

Format des fichiers en entrée de PIVOINE

RPS

Libellé	Taille	Début	Fin	Valeurs
N° FINESS juridique	9	1	9	
N° FINESS géographique	9	10	18	
N° de format	3	19	21	P05
N° d'identification permanent du patient (IPP)	20	22	41	
Date de naissance du patient	8	42	49	JJMMAAAA
Sexe du patient	1	50	50	1=homme,2=femme
Code postal de résidence	5	51	55	
Nature de prise en charge	2	56	57	01-07 et 20-22
N° de séjour	20	58	77	
Date d'entrée de séjour	8	78	85	JJMMAAAA
Mode d'entrée de séjour	1	86	86	6 à 8
Provenance	1	87	87	1 à 7
Date de sortie de séjour	8	88	95	JJMMAAAA
Mode de sortie de séjour	1	96	96	4(**), 6 à 9
Destination	1	97	97	1 à 4, 6, 7
N° d'unité médicale	4	98	101	
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	102	106	
Mode légal de séjour	1	107	107	1 à 6
Indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai	1	108	108	E si oui, P, A
Date de début de séquence	8	109	116	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	117	124	JJMMAAAA
Nombre de jours de présence	3	125	127	
Nombre de demi-journées de présence	3	128	130	
Nombre de jours d'isolement thérapeutique	3	131	133	
Score pour la dépendance pour l'habillement (AVQ)	1	134	134	1 à 4
Score pour la dépendance pour le déplacement/Locomotion (AVQ)	1	135	135	1 à 4
Score pour la dépendance pour l'alimentation (AVQ)	1	136	136	1 à 4
Score pour la dépendance pour la continence (AVQ)	1	137	137	1 à 4
Score pour la dépendance pour le comportement (AVQ)	1	138	138	1 à 4
Score pour la dépendance pour la relation (AVQ)	1	139	139	1 à 4
Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire	1	140	140	S si oui
Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale	8	141	148	CIM 10 + extensions
Nombre de diagnostics et facteurs associés	2	149	150	
Diagnostic ou facteur associé 1	8	151	158	CIM 10 + extensions
....				
Diagnostic ou facteur associé n	8	151+n*8	158+n*8	CIM 10 + extensions

(*) La valeur 8 pour la provenance ou la destination est destinée au champ HAD mais n'est pas bloquante dans PIVOINE.

(**) La valeur 4 pour le mode de sortie a été prévue pour la fugue mais n'est pas obligatoire dans PIVOINE.

RPA

Libellé	Taille	Début	Fin	Valeurs
N° FINESS juridique	9	1	9	
N° FINESS géographique	9	10	18	
N° de format	3	19	21	P06
N° d'identification permanent du patient (IPP)	20	22	41	
Date de naissance du patient	8	42	49	JJMMAAAA
Sexe du patient	1	50	50	
Code postal de résidence	5	51	55	
Nature de prise en charge	2	56	57	30, 31
N° d'unité médicale	4	58	61	
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	62	66	
Date de l'acte	8	67	74	JJMMAAAA
Nature de l'acte	1	75	75	E,D,G,A,R
Lieu de l'acte	3	76	78	L01 à L10
Catégorie professionnelle de l'intervenant	1	79	79	M,I,P,A,R,E,S,X,Y
Nombre d'intervenants	1	80	80	
Indicateur d'activité libérale	1	81	81	L si oui
Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale	8	82	89	CIM 10 + extensions (*)
Nombre de diagnostics et facteurs associés	1	90	90	
Diagnostics et facteurs associés	8	91	98	CIM 10 + extensions (*)
....				
Diagnostic ou facteur associé n	8	91+n*8	98+n*8	CIM 10 + extensions (*)

(*) L'absence des diagnostics pour les intervenants non médecins n'est pas bloquante.

Les enregistrements de ces 2 fichiers ne doivent être constitués que des caractères contenus dans l'ensemble suivant : lettres majuscules ou minuscules non accentuées (soit A à Z et a à z), chiffres 0 à 9, les signes « + », « - », « ; » et le blanc ou espace. Les lignes sont terminées par le caractère fin de ligne et retour chariot.

HOSP-PMSI

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

HOSP-FACT

Libelle	Taille	Position	Remarques
N° administratif du séjour	20	21-40	Obligatoire : doit être strictement identique à celui des RPS
N° d'entrée	9	21-29	Obligatoire : doit être strictement identique à celui des RSF

VID-HOSP : format FMT4

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire/Facultatif	Remarques
N° immatriculation assuré	13	1	13	O	
Clé du n° immatriculation	2	14	15	O	
Code grand régime	2	16	17	O	Type 2 CP positions 49-50
Date de naissance du patient	8	18	25	O	JJMMAAAA
Sexe du patient	1	26	26	O	
N° d'identification administratif de séjour	20	27	46	O	Cadré à gauche, complété par des espaces
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	47	47	O	
Code de prise en charge du forfait journalier	1	48	48	O	
Nature d'assurance	2	49	50	O	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	51	52	F	Type 2 CP positions 117-118
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	53	53	O	Note 1
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	54	54	F	Note 2
Facturation du 18 euros	1	55	55	O	
Nombre de venues de la facture	3	56	58	O	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	59	68	O	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	69	78	O	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	79	88	O	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant lié à la majoration au parcours de soin	4	89	92	O	2+2 : Montant en centimes d'euros
Montant base remboursement	10	93	102	O	8+2 : Montant en centimes d'euros
Taux de remboursement	5	103	107	O	3+2

Note 1 :

- 0 : non
- 1 : oui
- 2 : en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
- 3 : en attente de décision sur les droits du patient

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

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

Formats des fichiers de facture (RSF)

1. RSF A : Début de facture

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Commentaire
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=A
Numéro FINESS de l'entité juridique	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Sexe	20	20	1	RPSS	70	
Numéro d'entrée	21	29	9	Type 2 CP	40	
Code civilité	30	30	1	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2:MLE=2/SAN=3
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 2 CP	30	
Nature opération	58	58	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	59	60	2	Type 2 CP	77	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	61	62	2	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	63	63	1	Type 2 CP	79	
Code de prise en charge	64	64	1	Note n°1		1=A avec/2=A sans/3=NA avec /4=NA sans /5=NN
Code Gd régime	65	66	2	Type 2 CP	49	
Date Naissance	67	74	8	Type 2 CP	96	modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	75	75	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	76	83	8	Type 2 CP	103	modification liée au format de la date
Date de sortie	84	91	8	Type 2 CP	109	modification liée au format de la date
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	92	99	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	100	107	8	Type 5 CP	50	id
Total honoraire Facturé	108	115	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	116	123	8	Type 5 CP	66	id
Total participation assuré avant OC	124	131	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable OC pour les PH	132	139	8	Type 5 CP	82	

Total remboursable OC pour les honoraires	140	147	8	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	148	155	8	Type 5 CP	115	
Etat de liquidation de la facture	156	156	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 suivants

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

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

2. RSF B : Prestations Hospitalières

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=B
Numéro FINESS de l'entité juridique	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	47	55	9	Type 3 CP	30	
Mode de traitement	56	57	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	58	60	3	Type 3 CP	41	
Date de début de séjour	61	68	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	69	76	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent

Code acte	77	81	5	Type 3 CP	56	4+1
Quantité	82	84	3	Type 3 CP	61	
Justification exonération TM	85	85	1	Type 3 CP	64	
Coefficient	86	90	5	Type 3 CP	65	3+2
Code prise en charge FJ	91	91	1	Type 3 CP	70	
Coefficient MCO/HAD	92	96	5	Type 3 CP	71	Non utilisé en psychiatrie
Prix Unitaire	97	103	7	Type 3 CP	76	5+2
Montant Base remboursement	104	111	8	Type 3 CP	83	0 par défaut(6+2)
Taux applicable à la prestation	112	114	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	115	122	8	Type 3 CP	94	0 par défaut (6+2)
Montant total de la dépense	123	130	8	Type 3 CP	102	0 par défaut (6+2)
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	131	137	7	Type 3 CP	122	0 par défaut (5+2)
N° de GHS/GHT	138	141	4	Type 3 CP	110	Non utilisé en psychiatrie
Montant remboursé NOEMIE Retour	142	149	8	Entité NOP-PHS	47	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	150	152	3	Entité NOP-MFI	27	3 espaces si aucune

3. RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=l
Numéro FINESS de l'entité juridique	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	47	55	9	Type 3S CP	30	

Date de début de séjour	56	63	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	64	71	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Nature d'interruption ou de fin de séjour	72	72	1	Type 3S	81	
Etablissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte	73	86	14	Type 3S	67	N° FINESS

Note : Attention les informations concernant les dates de débuts 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 RSFI ne doit être produit qu'en cas de mutation

4. RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=P
Numéro FINESS de l'entité juridique	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	47	55	9	Type 3F CP	27	
Date de début de séjour	56	63	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code référence LPP	64	76	13	Type 3F	43	
Quantité	77	78	2	Type 3F	70	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire sur devis	79	85	7	Type 3F	72	5+2
Montant total facturé	86	92	7	Type 3F	79	0 par défaut (5+2)
Prix d'achat unitaire	93	99	7	Type 3F	86	5+2

Montant unitaire de l'écart indemnisable	100	106	7	Type 3F	93	5+2
Montant total de l'écart indemnisable	107	113	7	Type 3F	100	5+2

Note : 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)

5. RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=H
Numéro FINESS de l'entité juridique	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° facture	47	55	9	Type 2 CP	30	
Date de début de séjour	56	63	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code UCD	64	70	7	Type 3H	49	
Coefficient de fractionnement	71	75	5	Type 3H	57	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	76	82	7	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	83	89	7	Type 3H	74	0 par défaut (5+2)
Montant total de l'écart indemnisable	90	96	7	Type 3H	81	5+2
Quantité	97	99	3	Type 3H	88	
Montant total facturé TTC	100	106	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

6. RSF C : Honoraire

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=C
Numéro FINESS de l'entité juridique	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° facture	47	55	9	Type 2 CP	30	
Mode de traitement	56	57	2	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	58	60	3	Type 4 CP	41	
Justification exo TM	61	61	1	Type 4 CP	54	
Date de l'acte	62	69	8	Type 4 CP	70	Attention format de date différent
Code acte	70	74	5	Type 4 CP	76	
Quantité	75	76	2	Type 4 CP	81	
Coefficient	77	82	6	Type 4 CP	83	
Dénombrement	83	84	2	Type 4 CP	89	
Prix Unitaire	85	91	7	Type 4 CP	91	
Montant Base remboursement	92	98	7	Type 4 CP	98	0 par défaut
Taux Remboursement	99	101	3	Type 4 CP	105	

Montant Remboursable par AMO	102	108	7	Type 4 CP	108	0 par défaut
Montant des honoraires (dépassement compris)	109	115	7	Type 4 CP	115	0 par défaut
Montant remboursable par AMC	116	121	6	Type 4 CP	123	0 par défaut
Montant remboursé NOEMIE Retour	122	129	8	Entité NOP-PHS	47	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	130	132	3	Entité NOP-MFI	27	3 espaces si aucune

7. RSF M : CCAM

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=M
Numéro FINESS de l'entité juridique	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° facture	47	55	9	Type 2 CP	30	
Mode de traitement	56	57	2	Type 4 M	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	58	60	3	Type 4 CP	41	
Date de l'acte	61	68	8	Type 4 CP	68	Attention format de date différent
Code CCAM	69	81	13	Type 4 M	43	
Extension documentaire	82	82	1	Type 4 M	56	
Activité	83	83	1	Type 4 M	57	
Phase	84	84	1	Type 4 M	58	
Modificateur 1	85	85	1	Type 4 M	59	
Modificateur 2	86	86	1	Type 4 M	60	

Modificateur 3	87	87	1	Type 4 M	61	
Modificateur 4	88	88	1	Type 4 M	62	
Association non prévue	89	89	1	Type 4 M	63	
Code remb exceptionnel	90	90	1	Type 4 M	64	
N° dent 1	91	92	2	Type 4 M	71	
N° dent 2	93	94	2	Type 4 M	73	
N° dent 3	95	96	2	Type 4 M	75	
N° dent 4	97	98	2	Type 4 M	77	
N° dent 5	99	100	2	Type 4 M	79	
N° dent 6	101	102	2	Type 4 M	81	
N° dent 7	103	104	2	Type 4 M	83	
N° dent 8	105	106	2	Type 4 M	85	
N° dent 9	107	108	2	Type 4 M	87	
N° dent 10	109	110	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	111	112	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	113	114	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	115	116	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	117	118	2	Type 4 M	97	
N° dent 15	119	120	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	121	122	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 en sortie de PIVOINE

CTLS

Ce fichier fournit, pour chaque résumé par séquence, la liste des erreurs détectées par PIVOINE.

Vous trouverez, ci-dessous, une description de son format ainsi que la liste des libellés associés aux codes d'erreurs :

Description du format :

Il s'agit d'un fichier texte ASCII dont les valeurs sont séparées par « ; » (point-virgule). Il contient les variables, ci-dessous :

N° FINESS juridique
N° FINESS géographique
N° Trimestre
Année
N° séquentiel de séjour
N° séquentiel de séquence au sein du séjour
Nombre d'erreur (Nberr)
Code d'erreur n°1
...
Code d'erreur n°Nberr

Liste des codes d'erreurs :

- 1 : présence de caractères non autorisés dans le **numéro FINESS juridique**
- 2 : présence de caractères non autorisés dans le **numéro FINESS géographique**
- 3 : **numéro de format** inconnu
- 4 : présence de caractères non autorisés dans **le numéro d'identification permanent du patient (IPP)**
- 5 : codage incorrect de la **date de naissance du patient** incorrect
- 6 : valeur non autorisée pour le codage du **sexe du patient**
- 7 : présence de caractères non autorisés dans le **code postal de résidence**
- 8 : code de **nature de prise en charge** inconnu
- 9 : présence de caractères non autorisés dans le **numéro de séjour**
- 10 : **date d'entrée de séjour** incorrecte (ne respecte pas le format JJMMAAAA)
- 11 : combinaison « **Mode d'entrée de séjour/Provenance** » non autorisée
- 12 : **date de sortie de séjour** incorrecte (ne respecte pas le format JJMMAAAA)
- 13 : combinaison « **Mode de sortie de séjour/Destination** » non autorisée
- 14 : présence de caractères non autorisés dans l'**unité médicale**
- 15 : codage incorrect du **n° de secteur ou de dispositif intersectoriel**
- 16 : valeur non autorisée pour le codage du **mode légal de séjour**
- 17 : valeur non autorisée pour le codage de l'**indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai**
- 18 : **date de début de séquence** incorrecte (ne respecte pas le format JJMMAAAA)
- 19 : **date de fin de séquence** incorrecte (ne respecte pas le format JJMMAAAA)

- 20 : le **nombre de jours de présence** n'est pas un nombre entier positif ou nul
- 21 : le **nombre de demi-journées de présence** n'est pas un nombre entier positif ou nul
- 22 : le **nombre de jours d'isolement thérapeutique** n'est pas un nombre entier positif ou nul
- 23 : valeur non autorisée pour le **score pour la dépendance pour l'habillement (AVQ)**
- 24 : valeur non autorisée pour le **score pour la dépendance pour le déplacement/locomotion (AVQ)**
- 25 : valeur non autorisée pour le **score pour la dépendance pour l'alimentation (AVQ)**
- 26 : valeur non autorisée pour le **score pour la dépendance pour la continence (AVQ)**
- 27 : valeur non autorisée pour le **score pour la dépendance pour le comportement (AVQ)**
- 28 : valeur non autorisée pour le **score pour la dépendance pour la relation (AVQ)**
- 29 : valeur non autorisée pour l'**indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire**
- 30 : le **diagnostic principal ou motif de prise en charge principale** n'appartient pas à la CIM-10 + extensions
- 31 : le **nombre de diagnostics et facteurs associés** n'est pas un nombre entier positif ou nul
- 32 : le **diagnostic ou facteur associé** n'appartient pas à la CIM-10 + extensions
- 100 : affectation du même **n° séjour** à plusieurs patients (**date naissance/IPP** différent)
- 101 : affectation du même **IPP** affecté à plusieurs patients
- 102 : la **date de début de séquence** antérieure à la **date d'entrée du séjour**
- 103 : la **date de début de séquence** postérieure à la **date de sortie du séjour**
- 104 : la **date de fin de séquence** antérieure à la **date d'entrée du séjour**
- 105 : la **date de fin de séquence** postérieure à la **date de sortie du séjour**
- 106 : la **date de fin de séquence** antérieure à la **date de début de séquence**

CTLA

Ce fichier fournit, pour chaque résumé par acte, la liste des erreurs détectées par PIVOINE.

Vous trouverez, ci-dessous, une description de son format ainsi que la liste des libellés associés aux codes d'erreurs :

Description du format :

Il s'agit fichier texte ASCII dont les valeurs sont séparées par « ; » (point-virgule). Il contient les variables, ci-dessous :

N° FINESS juridique
N° FINESS géographique
N° de trimestre
Année
N° d'ordre
Nombre d'erreur (Nberr)
Code d'erreur n°1
...
Code d'erreur n°Nberr

Liste des codes d'erreurs :

- 1 : présence de caractères non autorisés dans le **numéro FINESS juridique**
- 2 : présence de caractères non autorisés dans le **numéro FINESS géographique**
- 3 : **numéro de format** inconnu
- 4 : présence de caractères non autorisés dans **le numéro d'identification permanent du patient (IPP)**
- 5 : codage incorrect de la **date de naissance du patient** incorrect
- 6 : valeur non autorisée pour le codage du **sexe du patient**
- 7 : présence de caractères non autorisés dans le **code postal de résidence**
- 8 : code de **nature de prise en charge** inconnu
- 9 : présence de caractères non autorisés dans l'**unité médicale**
- 10 : codage incorrect du **n° de secteur ou de dispositif intersectoriel**
- 11 : **date de l'acte** incorrecte (ne respecte pas le format JJMMAAAA)
- 12 : valeur non autorisée pour la **nature de l'acte**
- 13 : valeur non autorisée pour le **lieu de l'acte**
- 14 : valeur non autorisée pour la **catégorie professionnelle de l'intervenant**
- 15 : le **nombre d'intervenants** n'est pas un nombre entier positif ou nul
- 16 : valeur non autorisée pour l'**indicateur d'activité libérale**
- 17 : le **diagnostic principal ou motif de prise en charge principale** n'appartient pas à la CIM-10 + extensions
- 18 : le **nombre de diagnostics et facteurs associés** n'est pas un nombre entier positif ou nul
- 19 : le **diagnostic ou facteur associé** n'appartient pas à la CIM-10 + extensions
- 100 : la **date de l'acte** est antérieure à la **date de naissance**

RPSA : Résumé par séquence anonymisé

Libellé	Taille	Début	Fin
N° FINESS juridique	9	1	9
N° format	3	10	12
N° format RIM d'origine	3	13	15
N° FINESS géographique	9	16	24
Cryptage irréversible de l'IPP	16	25	40
Identifiant de séjour	5	41	45
Age du patient en années	3	46	48
Age du patient en jours pour les enfants de moins d'un an	3	49	51
Sexe du patient	1	52	52
Code géographique de résidence	5	53	57
Nature de prise en charge	2	58	59
N° séquentiel de séjour	6	60	65
Mode d'entrée de séjour	1	66	66
Provenance	1	67	67
Mode de sortie de séjour	1	68	68
Destination	1	69	69
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	70	74
Mode légal de séjour	1	75	75
Indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai	1	76	76
N° séquentiel de séquence au sein du séjour	3	77	79
Délai entre la date de début de la séquence et la date d'entrée du séjour	4	80	83
Indicateur de première séquence du séjour	1	84	84
Indicateur de dernière séquence du séjour	1	85	85
Mois de la date de fin de séquence	2	86	87
Année de la date de fin de séquence	4	88	91
Nombre de jours couverts par la séquence	3	92	94
Nombre de jours de présence	3	95	97
Nombre de demi-journées de présence	3	98	100
Nombre de jours d'isolement thérapeutique	3	101	103
Score pour la dépendance pour l'habillement (AVQ)	1	104	104
Score pour la dépendance pour le déplacement/Locomotion (AVQ)	1	105	105
Score pour la dépendance pour l'alimentation (AVQ)	1	106	106
Score pour la dépendance pour la continence (AVQ)	1	107	107
Score pour la dépendance pour le comportement (AVQ)	1	108	108
Score pour la dépendance pour la relation (AVQ)	1	109	109
Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire	1	110	110
Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale	6	111	116
Nombre de diagnostics et facteurs associés	2	117	118
Diagnostic ou facteur associé 1	6	119	124
....			
Diagnostic ou facteur associé n	6	119+n*6	124+n*6

R3A : Résumé par acte ambulatoire anonymisé

Libellé	Taille	Début	Fin
N° FINESS juridique	9	1	9
N° format	3	10	12
N° format RIM d'origine	3	13	15
N° FINESS géographique	9	16	24
Cryptage irréversible de l'IPP	16	25	40
Identifiant de séjour	5	41	45
Age du patient en années à la date de réalisation de l'acte	3	46	48
Age du patient en jours pour les enfants de moins d'un an	3	49	51
Sexe du patient	1	52	52
Code géographique de résidence	5	53	57
Nature de prise en charge	2	58	59
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	60	64
N° d'ordre	8	65	72
Mois de la date de réalisation de l'acte	2	73	74
Année de la date de réalisation de l'acte	4	75	78
Nature de l'acte	1	79	79
Lieu de l'acte	3	80	82
Catégorie professionnelle de l'intervenant	1	83	83
Nombre d'intervenants	1	84	84
Indicateur d'activité libérale	1	85	85
Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale	6	86	91
Nombre de diagnostics et facteurs associés	1	92	92
Diagnostics et facteurs associés	6	93	98
....			
Diagnostic ou facteur associé n	6	93+n*6	98+n*6

ANO

Libellé	Taille	Début	Fin	
N° FINESS juridique	9	1	9	
N° FINESS géographique	9	10	18	
N° Format	3	19	21	
N° Format VID-HOSP	3	22	24	
Mois de la date d'entrée du séjour	2	25	26	
Année de la date d'entrée du séjour	4	27	30	
Code retour contrôle « n° sécurité sociale »	1	31	31	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	32	32	
Code retour contrôle « sexe »	1	33	33	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	34	34	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	35	35	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	36	36	
Code retour contrôle « date de référence» (date d'entrée du séjour)	1	37	37	
N° anonyme	17	38	54	
N° de séjour	5	55	59	
N° séquentiel de séjour	6	60	65	
Date d'entrée	8	66	73	(*)
Date de sortie	8	74	81	(*)
Code retour contrôle « code grand régime »	1	82	82	
		83		
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1		83	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	84	84	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	85	85	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	86	86	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	87	87	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	88	88	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	89	89	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	90	90	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur»	1	91	91	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	92	92	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes »)	1	93	93	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	94	94	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	95	95	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	96	96	
Code grand régime	2	97	98	Type 2 CP positions 49-50
		99		cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2 {0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X}
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1		99	
Code de prise en charge du forfait journalier	1	100	100	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	101	102	{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	103	104	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	105	105	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	106	106	
Facturation du 18 euro	1	107	107	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	3	108	110	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	111	120	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	121	130	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	131	140	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	141	144	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	145	154	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	155	159	3+2

(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations

Détail des codes retour

« N° sécurité sociale »

- 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

« **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

CTLF Anonymisé

Contrôle des factures (*.ctlf)			
Libellé	Taille	Début	Fin
FINESS	9	1	9
Année période	4	10	13
N° période	2	14	15
N° séquentiel de séjour (idem RPSA)	6	16	21
N° séquentiel de facture	3	22	24
Nombre d'erreurs (NbErr)	3	25	27
Code erreur n° 1	3	28	30
...			
Code erreur n° NbErr	3		

Fichier RSF anonymisés

1. RSF A : Début de facture			
Libellé des variables	Taille	Début	Fin
Type d'enregistrement	1	1	1
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	2	10
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	9	11	19
Numéro séquentiel de séjour (idem RPSA)	6	20	25
N° séquentiel de facture	3	26	28
Mois de la date d'entrée	2	29	30
Année de la date d'entrée	4	31	34
Mois de la date de sortie	2	35	36
Année de la date de sortie	4	37	40
Durée (Date de sortie-date d'entrée)	4	41	44
Sexe	1	45	45
Code civilité	1	46	46
Nature opération	1	47	47
Nature assurance	2	48	49
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	50	51
Justification d'exonération du TM	1	52	52
Code de prise en charge	1	53	53
Code Gd régime	2	54	55
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	8	56	63
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	8	64	71
Total honoraire Facturé	8	72	79
Total honoraire remboursable AM	8	80	87
Total participation assuré avant OC	8	88	95
Total remboursable OC pour les PH	8	96	103
Total remboursable OC pour les honoraires	8	104	111
Montant total facturé pour PH	8	112	119
Etat de liquidation de la facture	1	120	120
2. RSF B : Prestations Hospitalières			
Libellé des variables	Taille	Début	Fin
Type d'enregistrement	1	1	1
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	2	10
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	9	11	19
Numéro séquentiel de séjour (idem RPSA)	6	20	25
N° séquentiel de facture	3	26	28
Mois de la date de début de séjour	2	29	30
Année de la date de début de séjour	4	31	34
Mois de la date de fin de séjour	2	35	36
Année de la date de fin de séjour	4	37	40
Durée (Date de fin de séjour-date de début de séjour)	4	41	44
Mode de traitement	2	45	46
Discipline de prestation (ex DMT)	3	47	49
Code acte	5	50	54
Quantité	3	55	57

Justification exonération TM	1	58	58
Coefficient	5	59	63
Code prise en charge FJ	1	64	64
Coefficient MCO/HAD	5	65	69
Prix Unitaire	7	70	76
Montant Base remboursement	8	77	84
Taux applicable à la prestation	3	85	87
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	8	88	95
Montant total de la dépense	8	96	103
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	7	104	110
N° de GHS/GHT	4	111	114
Montant remboursé NOEMIE Retour	8	115	122
Nature opération récupération NOEMIE Retour	3	123	125

3. RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

Libellé des variables	Taille	Début	Fin
Type d'enregistrement	1	1	1
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	2	10
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	9	11	19
Numéro séquentiel de séjour (idem RPSA)	6	20	25
N° séquentiel de facture	3	26	28
Mois de la date de début de séjour	2	29	30
Année de la date de début de séjour	4	31	34
Mois de la date de fin de séjour	2	35	36
Année de la date de fin de séjour	4	37	40
Durée (Date de fin de séjour-date de début de séjour)	4	41	44
Nature d'interruption ou de fin de séjour	1	45	45
Etablissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte	14	46	59

4. RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses

Libellé des variables	Taille	Début	Fin
Type d'enregistrement	1	1	1
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	2	10
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	9	11	19
Numéro séquentiel de séjour (idem RPSA)	6	20	25
N° séquentiel de facture	3	26	28
Mois de la date de début de séjour	2	29	30
Année de la date de début de séjour	4	31	34
Code référence LPP	13	35	47
Quantité	2	48	49
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire sur devis	7	50	56
Montant total facturé	7	57	63
Prix d'achat unitaire	7	64	70
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	71	77
Montant total de l'écart indemnisable	7	78	84

5. RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments

Libellé des variables	Taille	Début	Fin
Type d'enregistrement	1	1	1
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	2	10
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	9	11	19
Numéro séquentiel de séjour (idem RPSA)	6	20	25

N° séquentiel de facture	3	26	28
Mois de la date de début de séjour	2	29	30
Année de la date de début de séjour	4	31	34
Code UCD	7	35	41
Coefficient de fractionnement	5	42	46
Prix d'achat unitaire TTC	7	47	53
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	54	60
Montant total de l'écart indemnisable	7	61	67
Quantité	3	68	70
Montant total facturé TTC	7	71	77

6. RSF C : Honoraire

Libellé des variables	Taille	Début	Fin
Type d'enregistrement	1	1	1
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	2	10
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	9	11	19
Numéro séquentiel de séjour (idem RPSA)	6	20	25
N° séquentiel de facture	3	26	28
Mois de la date de l'acte	2	29	30
Année de la date de l'acte	4	31	34
Mode de traitement	2	35	36
Discipline de prestation (ex DMT)	3	37	39
Justification exo TM	1	40	40
Code acte	5	41	45
Quantité	2	46	47
Coefficient	6	48	53
Dénombrement	2	54	55
Prix Unitaire	7	56	62
Montant Base remboursement	7	63	69
Taux Remboursement	3	70	72
Montant Remboursable par AMO	7	73	79
Montant des honoraire (dépassement compris)	7	80	86
Montant remboursable par AMC	6	87	92
Montant remboursé NOEMIE Retour	8	93	100
Nature opération récupération NOEMIE Retour	3	101	103

7. RSF M : CCAM

Libellé des variables	Taille	Début	Fin
Type d'enregistrement	1	1	1
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	2	10
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	9	11	19
Numéro séquentiel de séjour (idem RPSA)	6	20	25
N° séquentiel de facture	3	26	28
Compatible avec la date de l'acte	1	29	29
Mois de la date de l'acte	2	30	31
Année de la date de l'acte	4	32	35
Mode de traitement	2	36	37
Discipline de prestation (ex DMT)	3	38	40
Code CCAM	13	41	53
Extension documentaire	1	54	54
Activité	1	55	55
Phase	1	56	56

Modificateur 1	1	57	57
Modificateur 2	1	58	58
Modificateur 3	1	59	59
Modificateur 4	1	60	60
Association non prévue	1	61	61
Code remb exceptionnel	1	62	62
N° dent 1	2	63	64
N° dent 2	2	65	66
N° dent 3	2	67	68
N° dent 4	2	69	70
N° dent 5	2	71	72
N° dent 6	2	73	74
N° dent 7	2	75	76
N° dent 8	2	77	78
N° dent 9	2	79	80
N° dent 10	2	81	82
N° dent 11	2	83	84
N° dent 12	2	85	86
N° dent 13	2	87	88
N° dent 14	2	89	90
N° dent 15	2	91	92
N° dent 16	2	93	94