

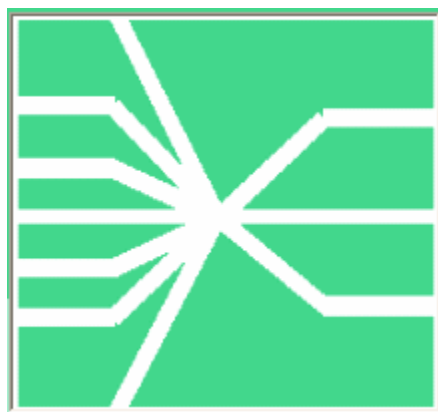


Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation  
SIRET n° 180 092 298 00033 – code APE : 8411Z

117, boulevard Marius Vivier Merle  
69329 LYON CEDEX 03

Téléphone : 04 37 91 33 10  
Télécopie : 04 37 91 33 67

Support technique :  
. Téléphone : 0820 77 1234 (0,019 € TTC/min)  
. Courriel : support@atih.sante.fr



## ***Manuel d'utilisation de PAPRICA ex-OQN 1.2.0.7***

### **En cas de problème :**

Les questions concernant PAPRICA pourront être adressés au niveau du thème « **Agora > Logiciels > HAD > PAPRICA** » sur la plate-forme AGORA au niveau du lien suivant: [https://applis.atih.sante.fr/agora/log\\_agora.do](https://applis.atih.sante.fr/agora/log_agora.do).  
L'objet du message doit indiquer l'erreur visualisée.

# Sommaire

<b>1. PRESENTATION GENERALE .....</b>	<b>4</b>
<b>2. FONCTIONNALITES .....</b>	<b>4</b>
2.1 PERIODE DE TRAITEMENT .....	5
2.2 LES CONVENTIONS HAD-EHPA .....	6
• <i>La saisie des conventions HAD-EHPA</i> .....	6
• <i>Le traitement de l'activité HAD en EHPA par PAPRICA</i> .....	8
2.3 LANCEMENT .....	9
• <i>Contrôles préliminaires</i> .....	9
• <i>Contrôles complémentaires</i> .....	10
• <i>Le contrôle des factures</i> .....	12
2.4 MENU .....	15
• <i>Visualisation</i> .....	15
• <i>Le menu « ? »</i> .....	16
2.5 EXPORT .....	16
2.6 SAUVEGARDE .....	17
<b>3. TRANSMISSION ET TRAITEMENT DES DONNEES SUR E-PMSI : MODE D'EMPLOI .....</b>	<b>18</b>
3.1 PAPRICA .....	19
3.2 E-PMSI .....	20
<b>4. SUPPORT TECHNIQUE .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. LE MANUEL D'UTILISATION .....</b>	<b>21</b>
<b>4.2. LA PLATE-FORME AGORA .....</b>	<b>21</b>
<b>4.3. PAR MAIL .....</b>	<b>22</b>
<b>4.4. PAR TELEPHONE .....</b>	<b>22</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>23</b>
CONFIGURATION MINIMALE REQUISE .....	24
PARAMETRAGE DE LA TRANSMISSION E-PMSI .....	25
FORMAT RPSS NON GROUPE (H04) .....	34
FORMAT RPSS GROUPE (H14) .....	36
FORMAT DES RSF .....	39
FORMAT D'IMPORTATION DU FICHER DES CONVENTIONS HAD-EHPA .....	47
FORMAT DU RAPSS (H24) .....	48
FICHER DE CHAINAGE (ANO) .....	51
FORMATS DES FICHERS DE CONTROLES EN SORTIE .....	55
FORMAT DU FICHER EHPA EN SORTIE DE TRAITEMENT .....	56
FORMAT DES FICHERS RSF ANONYMISES EN SORTIE DE TRAITEMENT .....	57

**En cas de problème :**

Les questions concernant PAPRICA devront être posées de préférence sur AGORA (<https://applis.atih.sante.fr/agora>, nécessite un identifiant et un mot de passe e-PMSI), mais pourront également être adressées par courrier électronique à [support@atih.sante.fr](mailto:support@atih.sante.fr) en précisant « PAPRICA » dans l'objet du message ou par téléphone au 0820 77 1234 (0,019 € TTC/min de 8h30 à 12h et de 14h à 18h).

## 1. Présentation générale

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

- permettre aux établissements de transmettre les journées de prise en charge, ainsi que les factures associées à ces séjours
- disposer, à l'échelon régional et à l'échelon national, d'informations statistiques sur certaines caractéristiques des patients pris en charge dans les structures d'HAD.

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

Cette transmission s'effectue par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'État. La périodicité est mensuelle. La transmission d'un mois civil doit être effectuée au cours du mois suivant.

### **ATTENTION :**

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

## 2. Fonctionnalités

Le logiciel PAPRICA ex-OQN permet l'anonymisation des fichiers de résumés par sous-séquence (RPSS) groupés ou non, et le chaînage de ceux-ci avec le fichier de résumés standardisés de facturation (RSF).

Il génère le fichier « ANO-RAPSS » qui devra être fourni au logiciel e-POP afin d'être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI.

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

**NOTE :**

Le numéro FINESS affiché correspond au numéro FINESS de l'établissement (code géographique). PAPRICA détermine cette information par l'analyse de la première ligne du fichier de RPSS.

**2.1 Période de traitement**

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

**IMPORTANT :** renseignez soigneusement ces deux informations parce qu'elles permettent au logiciel de repérer les « RPSS hors période ». **Ces enregistrements seront supprimés du fichier définitif et ne seront pas pris en compte pour le traitement.** ATTENTION, ce contrôle s'appuie uniquement sur vos déclarations. Autrement dit, une déclaration erronée de la période peut classer (à tort !) tous vos RPSS en erreur.

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

## 2.2 Les conventions HAD-EHPA

La saisie des conventions HAD-EHPA n'est requise que s'il existe des interventions de votre établissement en EHPA ou EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Pour une information détaillée sur les conventions HAD-EHPA et sur l'intervention de l'HAD en EHPA, veuillez consulter la page suivante sur le site de l'ATIH :

<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00012FF>

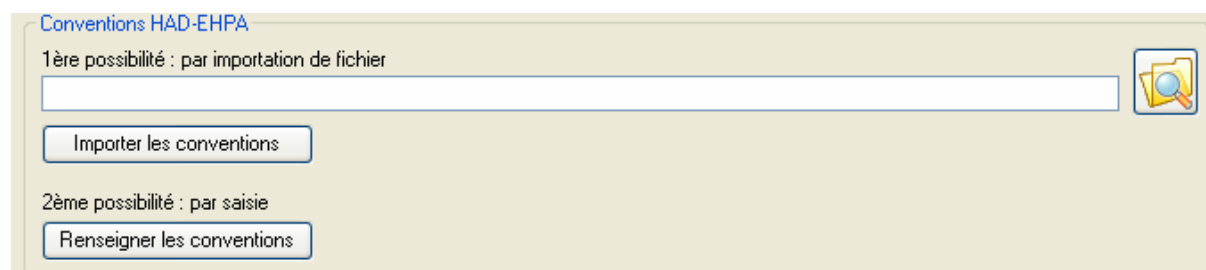
Et notamment, vous trouverez sur cette page, un lien vers le document :

« Note d'information technique aux établissements d'HAD intervenant dans les EHPA »

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

- **La saisie des conventions HAD-EHPA**

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



*L'interface pour la gestion des conventions HAD-EHPA*

PAPRICA permet de gérer les conventions HAD-EHPA de deux manières :

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

**Attention :** Le fichier RPSS doit être renseigné dans la zone « Nom du fichier de RPSS » avant tout import ou saisie des conventions HAD-EHPA. Effectivement, un prétraitement est effectué pour déterminer les FINESS EHPA présents dans ce fichier RPSS.

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

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

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

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

Visualisation

Numéro FINESS de l'EHPA\*  (\* : zone obligatoire)

Code forfait de soins\*

Date de début de la convention\*  (au format jjmmaaaa)

Date de fin de la convention

	Finess	Forfait soins	Date de début	Date de fin
▶	770001311	0	01102008	
*				

Mettre à jour

Ajouter

Supprimer

Annuler Validation

La fenêtre de saisie et de contrôle d'import des conventions EHPA

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

Toute modification est directement enregistrée en base de données

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

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

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

Comme précisé dans La Note d'information technique (aux établissements d'HAD intervenant dans les EHPA) :

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

- **Le traitement de l'activité HAD en EHPA par PAPRICA**

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

Seuls certains modes de prise en charge principal et associés sont autorisés pour l'activité HAD en EHPA, lorsque le patient est hébergé dans un EHPA avec forfait de soins. A titre indicatif, les modes de prise en charge principaux autorisés sont : 3, 4, 5, 7, 8, 9, 18 et 24. Les modes de prise en charge associés autorisés sont : de 1 à 9, 11, 12, 14, 18 et 24.

Au niveau du menu [*Visualisation*] de la fenêtre principale de PAPRICA, un nouveau compte-rendu est accessible par la commande [*EHPA - Journées supprimés car hors convention*]. Le rapport d'anonymisation qui est affiché à la fin du traitement vous indique l'ensemble des erreurs qui ont pu se produire et qui concernent l'activité HAD en EHPA. Veillez à consulter attentivement ce rapport.

## 2.3 Lancement

Lancement

**ATTENTION** : À l'issue des traitements effectués par le logiciel PAPRICA, des fichiers de sauvegarde sont générés. Il est **IMPORTANT** que ces fichiers soient sauvegardés (cf. § « Sauvegarde ») lors de toute désinstallation ou réinstallation du logiciel.

### **IMPORTANT :**

Nous vous recommandons de consulter les rapports, notamment de Synthèse des erreurs de groupage et des contrôles complémentaires, avant toute transmission à la plate-forme e-PMSI. Ceci pour éviter de réeffectuer des transmissions de données à la demande des tutelles.

- **Contrôles préliminaires**

NOTE : La description des formats HAD ont été mis à disposition le 25/11/2009 sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=000010000DFF> )

Une vérification préalable des RPSS est opérée. À l'issue de cette étape, PAPRICA ne conserve que les RPSS corrects.

Les contrôles réalisés sont les suivants :

- [LONGUEUR INCORRECTE] : la longueur du RPSS ne correspond pas à celle prévue par le format ;
- [FINESS INCOHERENT] : le numéro FINESS du RPSS ne correspond pas à celui qui est affiché dans la barre des titres. Il correspond au numéro FINESS de l'établissement (code géographique) pour les établissements « ex-OQN ». PAPRICA détermine cette information par l'analyse de la première ligne du fichier de RPSS ;
- [CARACTERE ILLICITE] : un caractère non autorisé est présent dans le RPSS ;
- [HORS PERIODE] : le RPSS n'appartient pas à la période de traitement déclarée.

**ATTENTION** : Les RPSS ne passant pas ces contrôles ne seront pas transmis à la plate-forme e-PMSI.

**NOTE** : La présence de ces erreurs peut engendrer des erreurs de séquençement. Il est vivement conseillé de vérifier les RPSS incriminés et de les corriger si besoin est.

Lorsque le contrôle a détecté des RPSS erronés, une fenêtre vous avertit. Elle permet d'interrompre le traitement à ce stade afin d'apporter les corrections nécessaires.

- **Contrôles complémentaires**

En complément des contrôles « intra-RPSS » intégrés à la fonction groupage, PAPRICA met en œuvre des vérifications « inter-RPSS » qui donnent lieu à un classement en erreurs bloquantes (à l'exception des codes en gras dans la liste ci-dessous) et une non valorisations des RPSS (groupage en GHPC 9999 et GHT 999).

**Note :** le classement en erreurs bloquantes ne s'appliquera qu'aux RPSS dont la date de fin est postérieure au 28/02/2010. Autrement dit, ces erreurs ne seront que des alertes pour les RPSS de janvier et février.

**Contrôle de stabilité des informations au sein du même séjour**

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

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

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

**Contrôle de stabilité des informations au sein de la même séquence**

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

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

S650 : Date de début de séquence différente de la référence  
S651 : Date de fin de séquence différente de la référence  
S652 : MPP différent de la référence  
S653 : MPA différent de la référence  
S654 : IK différent de la référence  
S655 : AVQ différentes de la référence  
S656 : DP différent de la référence

**Contrôle de cohérence des enchaînements**

On vérifie le bon enchaînement des numéros ainsi que des dates de début et de fin (des séquences et des sous-séquences).

E700 : Incohérence dans la numérotation du n° de séquence  
E701 : Problème d'enchaînement de la date de début de séquence avec la date de fin de la séquence précédente

E702 : Date de début de la première séquence différente de la date d'entrée du séjour

E703 : Date de fin de la dernière séquence différente de la date de sortie du séjour

E704 : Date de fin de la dernière sous-séquence du séjour différente de la date de fin séquence et/ou différente de la date de sortie du séjour

E705 : Incohérence dans la numérotation du n° de sous-séquence

E706 : Problème d'enchaînement de la date de début de sous-séquence avec la date de fin de la sous-séquence précédente

E707 : Date de début de la première sous-séquence différente de la date de début de la séquence

E708 : Date de fin de la dernière sous-séquence de la séquence différente de la date de fin de la séquence

### **Autres contrôles**

R800 : Clé d'identification de la sous-séquence non unique

R801 : « Dernière sous-séquence du séjour » positionnée à « oui » pour une sous-séquence intermédiaire

R802 : Mode de sortie/destination non renseigné pour la dernière sous-séquence du séjour

**R803** : Date de sortie du séjour postérieure au dernier jour de la période de transmission

**R804** : Date de fin de séquence postérieure au dernier jour de la période de transmission

**R805** : Dernière sous-séquence du séjour" positionnée à "non" alors que date de fin de sous-séquence = date de sortie

Ces erreurs sont répertoriées dans le menu Visualisation – Synthèse des erreurs de groupage et des erreurs complémentaires.

- **Le contrôle des factures**

Le rapport de contrôle des factures est accessible à partir du menu Visualisation / Erreurs de format de 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
129	ERR_FMT_TX_REMB	Erreur de format taux de remboursement
130	ERR_VAL_TX_REMB	Erreur de valeur de 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_MAUV_CPC	Non implémenté
154	ERR_C_AVEC_MAUV_CPC	Non implémenté
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_FILLER1	Erreur de FILLER (valeur vide)
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 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
271	ERR_VAL_COD_REMB_EXC	Erreur de valeur code remboursement exceptionnel
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
308	ERR_FMT_MONT_UNIT_ECART_INDEM	Erreur de format montant unitaire de l'écart indemnisable
309	ERR_FMT_MONT_TOT_ECART_INDEM	Erreur de format montant total de l'écart indemnisable
310	ERR_FMT_COD_UCD	Erreur de format code UCD
311	ERR_FMT_COEF_FRACT	Erreur de format coefficient de fractionnement
312	ERR_VAL_NAT_INTER	Erreur de valeur nature d'interruption ou de fin de séjour
313	ERR_FMT_ETAB	Erreur de format établissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte
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

## 2.4 Menu

- **Visualisation**

Vous pouvez visualiser tous les compte-rendus générés lors du traitement, grâce au menu *{Visualisation}*. Ils fournissent des informations utiles (numéros de ligne, description de l'erreur, ...) permettant de corriger les RPSS erronés.

Les fichiers de compte-rendus sont les suivants :

- « **Erreurs de format de RPSS** » : liste des RPSS en erreur issue des contrôles de format effectués ;
- « **Compte-rendu de PAPRICA** » : ce rapport fournit une synthèse des erreurs détectées lors du groupage réalisé par PAPRICA ;
- « **Différences de groupage** » : ce rapport répertorie les différences de groupage entre le groupe homogène de prise en charge (GHPC) obtenu par votre groupeur et celui déterminé par le logiciel PAPRICA. Le résultat obtenu par ce dernier constitue la référence officielle ;
- « **Visualisation des erreurs non bloquantes de groupage** » : Ce rapport visualise toutes les lignes du RAPSS possédant des erreurs non bloquantes de groupage ;
- « **Visualisation des erreurs bloquantes de groupage** » : Ce rapport visualise toutes les lignes du RAPSS possédant des erreurs bloquantes de groupage ;
- « **Synthèse des erreurs de groupage et des contrôles complémentaires** » : voir le paragraphe Contrôles complémentaires, pour plus de précisions  
Le formalisme utilisé concernant les erreurs de ce fichier est le suivant : C (erreurs de contrôle du groupage, issus de la fonction groupage), S (erreurs de séquençement), E (erreurs d'enchaînement) et R (erreurs de cohérence). Le format de ce fichier est fourni ci-dessous
- « **Consignes de production RPSS/RSF** » : Voir le document Précisions sur les évolutions en HAD sur la page suivante, du site de l'ATIH (<http://www.atih.sante.fr/?id=000010000DFF>). Publiée le 25/11/2009.
- « **Erreurs de format de RSF** » : les erreurs sur les lignes de votre fichier de facturation.

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

- FINESS
- Période
- Mois
- N° de séjour HAD
- N° de séquence
- N° de sous-séquence
- Nombre d'erreur

- Code(s) erreur(s)

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

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

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

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

- **Le menu « ? »**

Le manuel d'utilisation peut être consulté en utilisant le menu {? : *Manuel d'utilisation*}.

## **2.5 Export**

PAPRICA offre deux possibilités d'exportation :

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

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

**[FINESS].[Année].[Mois].ano\_rapss.pop.zip**

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

FINESS : 999999999

Période de transmission : M3

Année de transmission : 2010

Nom du fichier d'export : 999999999.2010.3.ano\_rapss.zip

Les fichiers d'export sont les suivants :

- le fichier de contrôle «**data.mnf**» (cf. avertissement ci-dessous) ;
- le fichier de contrôle «**desc.mnf**» (cf. avertissement ci-dessous) ;
- le fichier de contrôle «**desc.xml**» (cf. avertissement ci-dessous) ;
- un fichier zippé portant l'extension «**data.zip**» contenant les fichiers ci-dessous :
  - le fichier de RAPSS qui porte l'extension «**.rapss**» (cf. format en annexe) ;
  - le fichier de chaînage qui porte l'extension «**.ano**» (cf. format en annexe) ;
  - le fichier de chaînage qui porte l'extension «**.sta**» (cf. format en annexe) ;
  - le fichier de la liste des erreurs de génération qui porte l'extension «**.leg**» (comprenant les erreurs de groupage et de contrôles complémentaires) ;
  - éventuellement, si vous avez saisi des « conventions HAD-EHPA », le fichier d'export portant l'extension «**.ehpa**» (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).
  - le fichier de RSFA qui porte l'extension «**.rsfa**»
  - le fichier de contrôle des RSF qui porte l'extension «**.ctlf**»

### **AVERTISSEMENT** :

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

## **2.6 Sauvegarde**

Chaque traitement est sauvegardé dans le dossier « sauvegarde » du répertoire d'installation.

Cette sauvegarde est composée de deux fichiers au format compressé (.zip), au nom composé comme suit :

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

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

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

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

Chaque [extension] correspond à un type de fichier:

- « .rpss.ini.txt » : fichier de séjour RPSS
- « .rpss.txt » : fichier de séjour RPSS fournie à la librairie d'anonymisation
- « .hosppmsi.ini.txt » : fichier HOSP-PMSI
- « .hosppmsi.txt » : fichier HOSP-PMSI fournie à la librairie de chaînage
- « .anohosp.ini.txt » :fichier ANO-HOSP
- « .anohosp.txt » : fichier ANO-HOSP fournie à la librairie de chaînage
- « .med.ini.txt » : fichier de molécules onéreuses si présent
- « .med.txt » : fichier de molécules onéreuses fournie à la librairie de traitement des médicaments

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*}.

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

En pratique, il faut sauvegarder le contenu du dossier [Dossier d'installation]\sauvegarde. Le dossier par défaut est :

C:\Program Files\HAD\PAPRICA\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).

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

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

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

Les opérations à effectuer sont les suivantes.

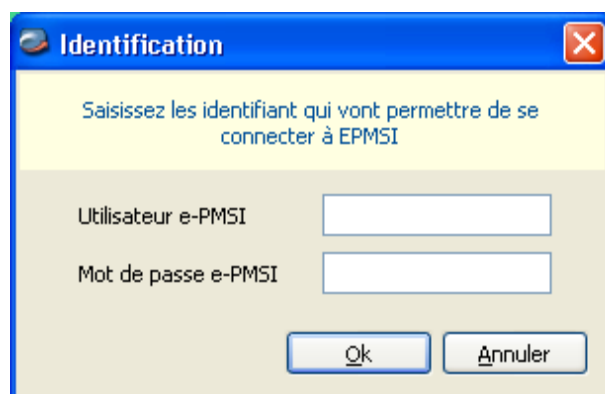
### 3.1 PAPRICA

Le format de RPSS traité est le format RPSS H14, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010.  
Description du traitement :

Définir la période de traitement dans les zones réservées à cet effet. Ceci est important pour la suite du traitement.

À la fin du traitement, le rapport des consignes de production des RPSS/RSF est affiché.

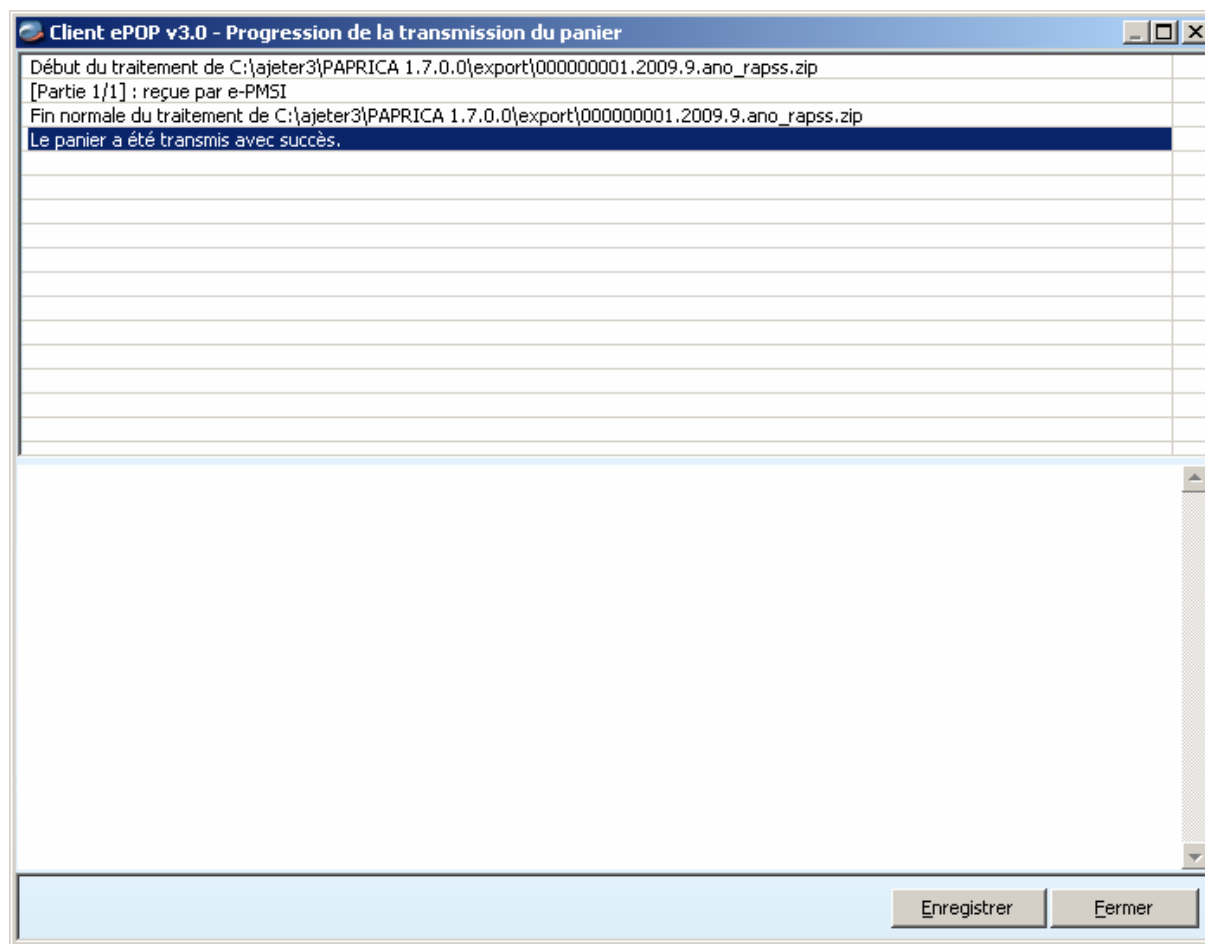
Cliquer ensuite sur le bouton *[Envoi e-PMSI]* qui a pour effet de lancer la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI.



**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 « Paramètres / Paramétrage e-POP » 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)

### 3.2 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 M3 2010

Menu « Applications »

« MAT2A »

« MAT2A HAD OQN »

« Année 2010 » « M3 : De Janvier à Mars »

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

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

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

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

## 4. Support technique

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

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

Les moyens disponibles sont les suivants :

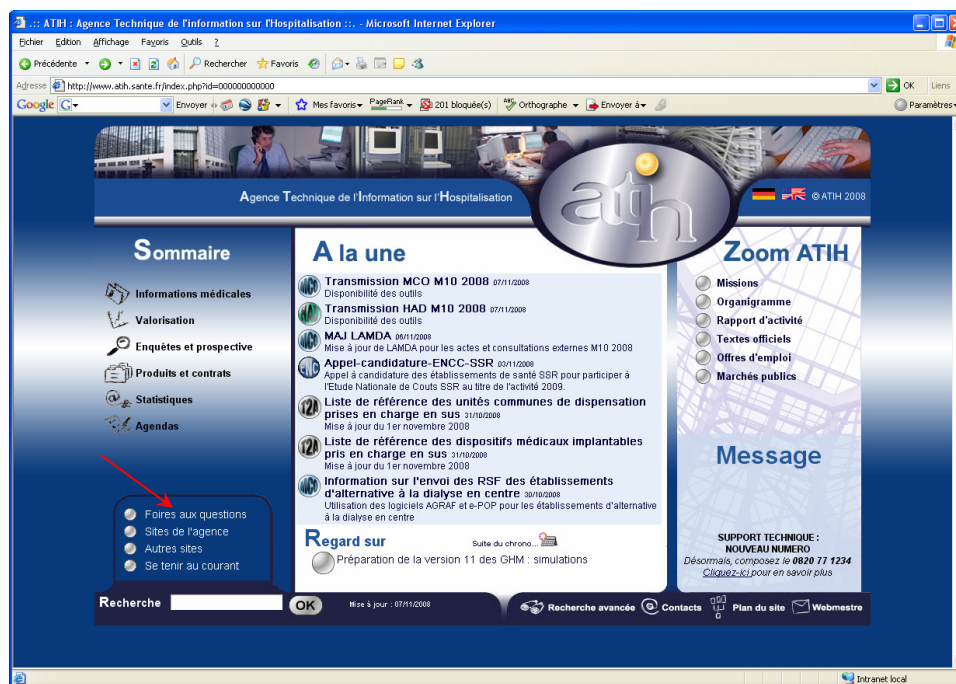
### 4.1. Le manuel d'utilisation

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

### 4.2. La plate-forme AGORA

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

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



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

### 4.3. Par mail

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

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

### 4.4. Par téléphone

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

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

# **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

### **REMARQUE :**

Nous avons testé nos applications sur les systèmes d'exploitation cités ci-dessus. Microsoft ne supportant plus sur les systèmes d'exploitation 98, Millenium et XP Service Pack 1 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 Service Pack 1 :

<http://www.microsoft.com/downloads/details.aspx?familyid=79BC3B77-E02C-4AD3-AACF-A7633F706BA5&displaylang=fr>

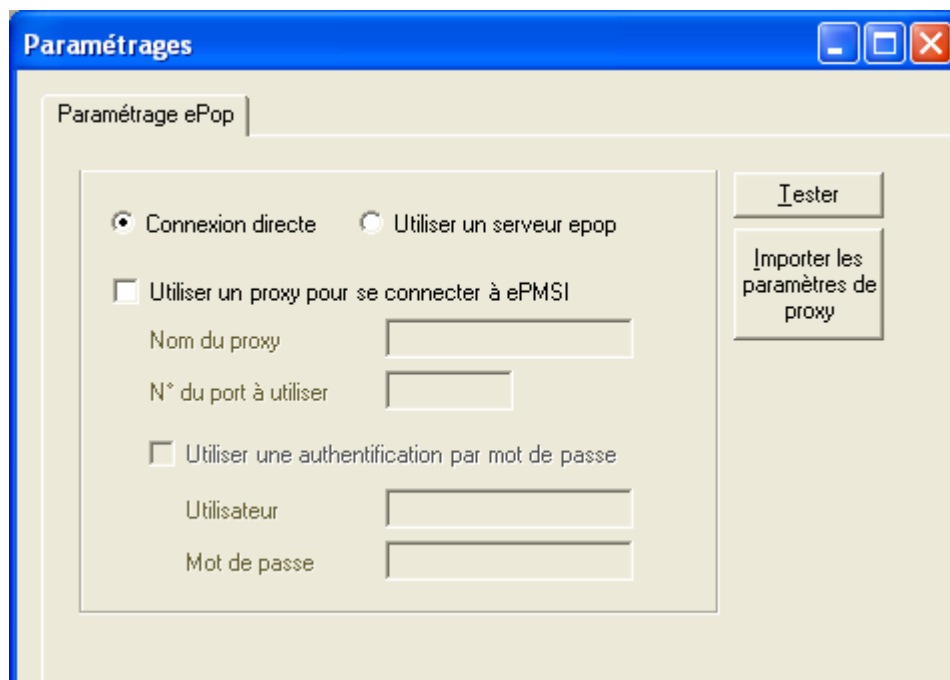
### **Avertissement**

Les utilisateurs de Windows NT 4.0/XP/2000 doivent se connecter sous le compte « **Administrateur de la machine locale** » avant de procéder à l'installation des logiciels constitutifs de la suite logicielle POP-HAD et désactiver tous les programmes résidents (anti-virus, programmeurs de tâches, etc.)

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

## Paramétrage de la transmission e-PMSI

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



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

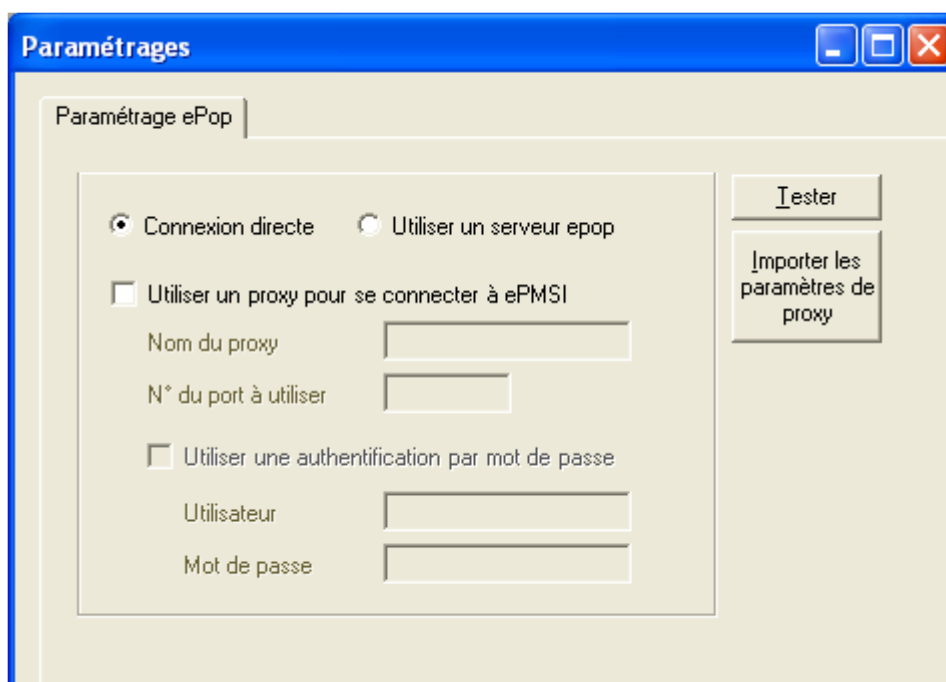
Si vous n'avez jamais paramétré e-POP, cette fenêtre s'affichera au premier lancement de PAPRICA.

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.

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

### Connexion directe (utilisation par défaut)

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



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

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

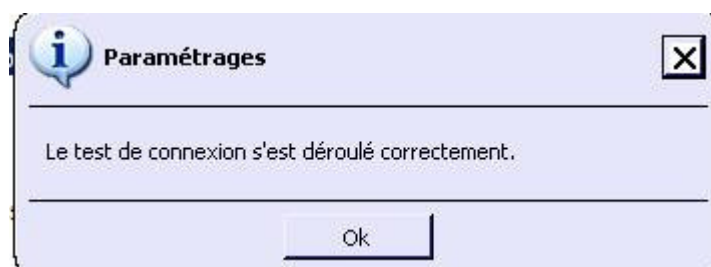
**Zone de saisie « N° de port à utiliser »** : il s'agit d'un n° compris entre 0 et 65535 à utiliser pour communiquer avec le proxy. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement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

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

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

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

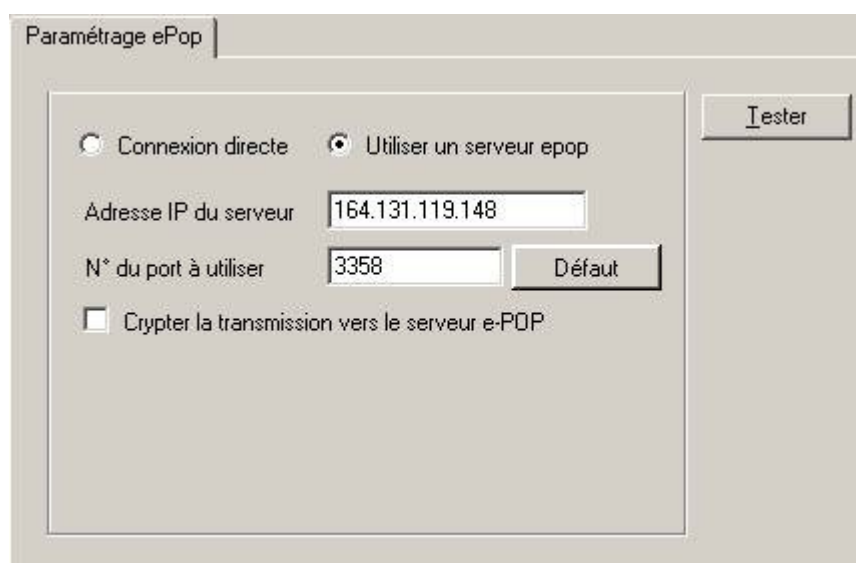
**Bouton « Tester »** : un clic sur ce bouton permet de réaliser un test de connexion vers e-PMSI. La réussite de ce test aboutit au message suivant :



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

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

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



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

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



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

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

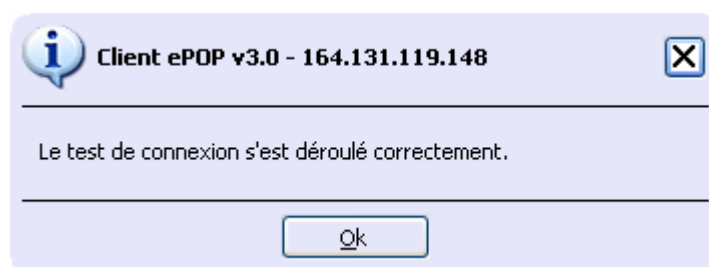
- **Dans un souci de simplification, il est conseillé de conserver le numéro de port par défaut attribué par l'ATIH (3358).**
- **Ce port doit être ouvert sur l'ordinateur client et sur l'ordinateur exécutant le serveur (voir plus bas la problématique des pare-feu).**

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

Codes retour PAPRICA

### Les erreurs bloquantes

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

#### NUMÉRO DE SÉJOUR EN HAD

**001** : absent

#### DATE DE NAISSANCE

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

**003** : improbable par rapport à la date d'entrée

#### DATE D'ENTRÉE

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

**005** : postérieure à la date de début de séquence

**006** : postérieure à la date de début de sous séquence

#### DATE DE DÉBUT DE SÉQUENCE

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

**009** : postérieure à la date de début de sous séquence

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

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

**012** : postérieure à la date de fin de sous séquence

#### DATE DE DÉBUT DE SOUS-SÉQUENCE

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

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

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

**018** : postérieure à la date de fin de sous séquence

#### DATE DE FIN DE SOUS-SÉQUENCE

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

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

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

#### MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

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

#### DÉPENDANCE SELON KARNOFSKY

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

#### DATE DE SORTIE

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

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

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

**030** : Mode de prise en charge principal non accepté pour les interventions d'HAD en EHPA avec forfait de soins.

La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3, pour un EHPA avec forfait de soins et un mode de prise en charge principal non autorisé en EHPA.

**031** : Mode de prise en charge associé non accepté pour les interventions d'HAD en EHPA avec forfait de soins.

La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3, pour un EHPA avec forfait de soins et un mode de prise en charge associé non autorisé en EHPA (si celui-ci est renseigné).

## FICHER DE CONVENTION HAD-EHPA

**032** : Non renseigné ou introuvable

## CONVENTION HAD-EHPA

**033** : Format incorrect

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

**035** : Code forfait soins n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

**036** : Périodes de convention non disjointes

## NUMÉRO FINESS ENTITÉ JURIDIQUE

**040** : format incorrect (ou non renseigné)

## NUMÉRO FINESS CODE GÉOGRAPHIQUE

**041** : format incorrect (ou non renseigné)

## CODE SEXE

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

## MODE D'ENTRÉE

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

## PROVENANCE

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

## DATE DE SORTIE (si renseignée)

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

**046** : antérieure à la date de fin de séquence

## DATE DE FIN DE SEQUENCE

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

## MODE DE SORTIE (si renseigné)

**050** : n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées

## DESTINATION (si renseignée)

**051** : n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées

## DIAGNOSTIC PRINCIPAL

**053** : n'appartient pas la CIM (ou non renseigné)

## MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ

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

## AVQ - HABILLAGE OU TOILETTE

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

## AVQ - DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

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

## AVQ - ALIMENTATION

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

## AVQ - CONTINENCE

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

## AVQ - COMPORTEMENT

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

## AVQ - RELATION ET COMMUNICATION

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

## TYPE DE LIEU DE DOMICILE DU PATIENT

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

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

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

- 1 : domicile du patient
- 2 : autre type de domicile

- 3 : patient hébergé en EHPA

#### MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIE DOCUMENTAIRE

**068** : Mode de prise en charge associé documentaire inconnu

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

Voici la liste des codes autorisés pour le mode de prise en charge associé documentaire :

- 01 à 15, 17 à 22, 24 à 25 : si non renseigné, mettre 2 espaces, pour plus d'informations, veuillez vous référer à l'annexe E du guide méthodologique disponible sur le site de l'ATIH à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=902>;
- 26 à 28 : pour plus d'informations, veuillez vous référer au document « Modification du format des RPSS en 2007 » sur le site de l'ATIH à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001400011FF>.  
**070** : Nombre de diagnostics associés absents  
**071** : Nombre de diagnostics associés non numérique  
**072** : Nombre d'actes CCAM absent  
**073** : Nombre d'actes CCAM non numérique  
**075** : Diagnostic associé : n'appartient pas à la CIM (ou n'est pas renseigné)

#### ACTE CCAM

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

**081** : Nombre d'occurrence d'acte CCAM absent

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

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

#### CCAM

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

**085** : Date de réalisation de l'acte CCAM incohérente

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

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

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

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

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

**093** : Numéro d'entrée absent ou non numérique

**094** : Numéro de facture absent ou non numérique

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

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

### Les erreurs non bloquantes

#### DATE SYSTÈME

**500** : antérieure à la date d'entrée

**501** : antérieure à la date de sortie

#### DATE D'ENTRÉE

**505** : improbable car trop ancienne

CODE POSTAL

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

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ

**517** : incompatible avec le mode de prise en charge principal

INDICE DE KARNOVSKY

**524** : inférieur au seuil minimal défini pour cette combinaison MP, MA

INDICE DE KARNOVSKY

**525** : supérieur au seuil maximal défini pour cette combinaison MP, MA

NUMERO FINESS EHPA

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

**530** : Combinaison mode de prise en charge principal/mode de prise en charge associé inhabituelle

## Secteur ex-OQN

### Format RPSS non groupé (H04)

Libellé des variables	Taille	Position début	Position fin	Obligatoire	Type	Cadrage/Remplissage	Format des valeurs
Groupage : numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H04
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro d'entrée	9	42	50	O	N	Droite/Zéro	
N° de facture	9	51	59	O	N	Droite/Zéro	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	60	60	O	N	NA/NA	cf. note 1
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	61	61	O	N	NA/NA	cf. note 2
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS EHPA	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	

## Secteur ex-OQN

Diagnostic principal	8	143	150	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Nombre de diagnostics associés (NbDa)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sous-séquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sous-séquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sous-séquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sousséquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic associé n° 1	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...	...	...	...	...	...	...	...
Diagnostic associé n° NbDa	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2		O	N	Droite/Zéro	
...	...	...	...	...	...	...	...
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2		O	N	Droite/Zéro	

**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

## Secteur ex-OQN

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

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

### Format RPSS Groupé (H14)

Libellé des variables	Taille	Position début	Position fin	Obligatoire	Type	Cadrage/Remplissage	Format des valeurs
Groupage : numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H14
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro d'entrée	9	42	50	O	N	Droite/Zéro	
N° de facture	9	51	59	O	N	Droite/Zéro	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	60	60	O	N	NA/NA	cf. note 1
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	61	61	O	N	NA/NA	cf. note 2
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS EHPA	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	

## Secteur ex-OQN

Mode de prise en charge associé	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal	8	143	150	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Nombre de diagnostics associés (NbDa)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sous-séquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sous-séquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sous-séquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sousséquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic associé n° 1	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...	...	...	...	...	...	...	...
Diagnostic associé n° NbDa	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2		O	N	Droite/Zéro	
...	...	...	...	...	...	...	...
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM

## Secteur ex-OQN

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

**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

## Format des 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	
Filler	64	64	1			
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	

## Secteur ex-OQN

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 complete=1, partielle=2, non liquidée=3, inconnu=9

**Note 1** : 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	

## Secteur ex-OQN

Coefficient HAD	92	96	5	Type 3 CP	71	1+4
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 GHT	138	141	4	Type 3 CP	110	
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

## Secteur ex-OQN

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)

## Secteur ex-OQN

### 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

## Secteur ex-OQN

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

## Secteur ex-OQN

### 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	

## Secteur ex-OQN

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 d'importation du fichier des Conventions HAD-EHPA**

<b>Libellé</b>	<b>Taille</b>	<b>Position</b>	<b>Remarques</b>
N° FINESS	9	1-9	
Code forfait de soins	1	10-10	0 : sans forfait de soins, 1 : avec forfait de soins ;
Date de début de la convention	8	11-18	Obligatoire. Format JJMMAAAA
Date de fin de la convention	8	19-26	Facultative, elle peut être laissée par défaut à « blanc », c'est-à-dire 8 espaces. Format JJMMAAAA

## Secteur ex-OQN

### Format du RAPSS (H24)

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

#### Format RAPSS H24 (établissements ex-OQN)

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	1	9	
Numéro de version du format de RAPSS	3	10	12	H24 (inscrit par PAPRICA)
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	
Numéro séquentiel d'entrée	5	22	26	calculé par PAPRICA
N° séquentiel de facture	5	27	31	calculé par PAPRICA
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	32	32	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	33	33	
Âge en années	3	34	36	calculé par PAPRICA
Âge en jours	3	37	39	calculé par PAPRICA
Sexe du patient	1	40	40	
Code géographique	5	41	45	calculé par PAPRICA
Type de lieu de domicile du patient	1	46	46	1,2 ou 3
Numéro FINESS EHPA	9	47	55	
Nombre de journées dans le séjour	4	56	59	calculé par PAPRICA
Mode d'entrée	1	60	60	
Provenance	1	61	61	
Mode de sortie	1	62	62	
Destination	1	63	63	
Mois de la date de sortie du séjour	2	64	65	non renseigné si séjour non terminé
Année de la date de sortie du séjour	4	66	69	non renseignée si séjour non terminé
Numéro de la séquence dans le séjour	4	70	73	calculé par PAPRICA
Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d'entrée du séjour	4	74	77	calculé par PAPRICA
Nombre de journées dans la séquence	4	78	81	calculé par PAPRICA
Dernière séquence	1	82	82	calculé par PAPRICA, 1=oui, 2=non
Mois de la date de fin de la séquence	2	83	84	non renseigné si séquence non terminée
Année de la date de fin de la séquence	4	85	88	non renseignée si séquence non terminée
Mode de prise en charge principal	2	89	90	

## Secteur ex-OQN

Mode de prise en charge associé	2	91	92	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	93	94	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	95	96	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	97	98	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	99	100	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	101	102	
Cotation dépendance selon Karnofsky	3	103	105	
Diagnostic principal	6	106	111	
<b>Nombre de diagnostics associés (NbDa)</b>	<b>2</b>	<b>112</b>	<b>113</b>	
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	114	114	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	115	115	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	116	116	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	117	117	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	118	118	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	119	119	
Numéro de sous-séquence	4	120	123	
Mois de sortie de la sous-séquence	2	124	125	calculé par PAPRICA
Année de sortie de la sous-séquence	4	126	129	calculé par PAPRICA
Nombre de journées entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence	4	130	133	calculé par PAPRICA
Nombre de journées de la sous-séquence	4	134	137	calculé par PAPRICA
Dernière sous-séquence de la séquence	1	138	138	calculé par PAPRICA, 1=ooui, 2=non
Dernière sous-séquence du séjour	1	139	139	1=ooui, 2=non
<b>Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)</b>	<b>3</b>	<b>140</b>	<b>142</b>	
Diagnostic associé n° 1	6	143	148	
...	...	...	...	...
Diagnostic associé n° NbDa	6			
Acte CCAM n° 1	Délai depuis le début de la sous-séquence	4		
	Code de l'acte	7		
	Code de la phase	1		
	Code de l'activité	1		
	Extension documentaire	1		
	Nombre de réalisations	2		
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sous-séquence	1		
...	...	...	...	...
Acte CCAM n° 1	Délai depuis le début de la sous-séquence	4		
	Code de l'acte	7		
	Code de la phase	1		
	Code de l'activité	1		
	Extension documentaire	1		

## Secteur ex-OQN

	Nombre de réalisations	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sous-séquence	1			1=oui, 2=non
Numéro de version du format du RPSS		3			
Groupage établissement : version de la classification		2			peut être vide
Groupage établissement : code retour		3			peut être vide
Groupage établissement : n° du GHPC		4			peut être vide
Groupage établissement : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4)		1			peut être vide
Groupage établissement : n° du GHT		2			
Groupage établissement : nombre de jours		3			
...		...	...	...	
Groupage établissement : n° du GHT		2			
Groupage établissement : nombre de jours		3			
Groupage PAPRICA : version de la classification		2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : code retour		3			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : n° du GHPC		4			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4)		1			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : n° du GHT		2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de jours		3			inscrit par PAPRICA
...		...	...	...	...
Groupage PAPRICA : n° du GHT		2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de jours		3			inscrit par PAPRICA

## Fichier de chaînage (ANO)

<b>Format avant intégration dans e-PMSI</b>				
<b>Libellé</b>	<b>Taille</b>	<b>Début</b>	<b>Fin</b>	<b>Remarques</b>
N° FINESS de l'établissement (code géographique)	9	10	18	
N° format	3	19	21	
N° format VID-HOSP	3	22	24	
Mois de sortie	2	25	26	
Année de sortie	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)	1	37	37	
N° anonyme	17	38	54	
N° de séjour	5	55	59	
N° séquentiel de séjour HAD/Numéro séquentiel d'entrée	5	60	64	
Date d'entrée	8	65	72	
Date de sortie	8	73	80	
Code retour contrôle « code grand régime »	1	81	81	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	82	82	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	83	83	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	84	84	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	85	85	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	86	86	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	87	87	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	88	88	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	89	89	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	90	90	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	91	91	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes »)	1	92	92	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	93	93	

## Secteur ex-OQN

Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	94	94	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	95	95	
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	96	96	
Filler	3	97	99	
Code grand régime	2	100	101	Type 2 CP positions 49-50
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	102	102	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	103	103	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	104	105	{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	106	107	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	108	108	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	109	109	
Facturation du 18 euro	1	110	110	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	4	111	114	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	115	124	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	125	134	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	135	144	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	145	148	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	149	158	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	159	163	3+2
Patient bénéficiaire de la CMU	1	164	164	
Filler	34	165	198	
(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations				

## Secteur ex-OQN

Le numéro 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)

#### « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : présence d'une erreur A20 ou A20B
- 2 : présence d'une erreur C10

#### « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »

- 0 : pas de problème à signaler
- 1 : présence d'une erreur A10 ou A10B

#### « date de référence »

- 0 : pas de problème à signaler**
- 1 : erreur dans le format de la date de référence**
- 2 : date de référence inutilisable car trop ancienne (antérieure à 1990)**

#### « 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

## Secteur ex-OQN

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

## Formats des fichiers de contrôles en sortie

### Fichier \*.leg (ex-OQN)

<b>Liste d'erreurs de génération</b>
FINESS
Mois période
Année période
<b>Numéro séquentiel d'entrée</b>
N° séquentiel de facture   Numéro de la séquence dans le séjour   Numéro de sous-séquence
Nb d'erreurs Nberr
CR 1
...
CR Nberr

Fichier avec séparateur ";"

### Fichier \*.sta (ex-OQN)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS	9	1	9	
<b>Numéro séquentiel d'entrée</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	
N° séquentiel de facture	5	15	19	
N° de séquence	4	20	23	
N° de sous-séquence	4	24	27	
Signature FG	5	28	32	
Signature RPSS	20	33	52	
Signature Contrôle	8	53	60	

### Fichier \*.ctlf (ex-OQN)

Contrôle des factures (*.ctlf)			
Libellé	Taille	Début	Fin
Numéro FINESS	9	1	9
Année période	4	10	13
N° période	2	14	15
<b>N° séquentiel d'entrée</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>20</b>
N° séquentiel de facture	5	21	25
Nombre d'erreurs (NbErr)	3	26	28
Code erreur n° 1	3	29	31
...			
Code erreur n° NbErr	3		

## Format du fichier EHPA en sortie de traitement

### Conventions HAD-EHPA (\*.ehpa)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	n° FINESS Géographique (pour ex-OQN)
Type de fichier	3	10	12	D01
Année période	4	13	16	
N° période (mois)	2	17	18	
N° FINESS EHPA	9	19	27	N° Finess EHPA(D)
Code forfait de soins	1	28	28	
Date de début de la convention	8	29	36	Format JJMMAAAA (obligatoire)
Date de fin de la convention	8	37	44	Format JJMMAAAA. Peut ne pas être renseignée (8 caractères « espace »)

## Secteur ex-OQN

### Format des fichiers RSF anonymisés en sortie de traitement

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 d'entrée (idem RAPSS)	5	20	24
N° séquentiel de facture (idem RAPSS)	5	25	29
Mois de la date d'entrée	2	30	31
Année de la date d'entrée	4	32	35
Mois de la date de sortie	2	36	37
Année de la date de sortie	4	38	41
Sexe	1	42	42
Code civilité	1	43	43
Nature opération	1	44	44
Nature assurance	2	45	46
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	47	48
Justification d'exonération du TM	1	49	49
Code Gd régime	2	50	51
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	8	52	59
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	8	60	67
Total honoraire Facturé	8	68	75
Total honoraire remboursable AM	8	76	83
Total participation assuré avant OC	8	84	91
Total remboursable OC pour les PH	8	92	99
Total remboursable OC pour les honoraires	8	100	107
Montant total facturé pour PH	8	108	115
Etat de liquidation de la facture	1	116	116
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 d'entrée (idem RAPSS)	5	20	24
N° séquentiel de facture (idem RAPSS)	5	25	29
Mois de la date de début de séjour	2	30	31
Année de la date de début de séjour	4	32	35
Mois de la date de fin de séjour	2	36	37
Année de la date de fin de séjour	4	38	41
Mode de traitement	2	42	43
Discipline de prestation (ex DMT)	3	44	46
Code acte	5	47	51
Quantité	3	52	54
Justification exonération TM	1	55	55
Coefficient	5	56	60
Code prise en charge FJ	1	61	61
Coefficient HAD	5	62	66
Prix Unitaire	7	67	73
Montant Base remboursement	8	74	81
Taux applicable à la prestation	3	82	84

## Secteur ex-OQN

Montant Remboursable par la caisse (AMO)	8	85	92
Montant total de la dépense	8	93	100
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	7	101	107
N° de GHT	4	108	111
Montant remboursé NOEMIE Retour	8	112	119
Nature opération récupération NOEMIE Retour	3	120	122

### 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 d'entrée (idem RAPSS)	5	20	24
N° séquentiel de facture (idem RAPSS)	5	25	29
Mois de la date de début de séjour	2	30	31
Année de la date de début de séjour	4	32	35
Mois de la date de fin de séjour	2	36	37
Année de la date de fin de séjour	4	38	41
Nature d'interruption ou de fin de séjour	1	42	42
Etablissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte	14	43	56

### 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 d'entrée (idem RAPSS)	5	20	24
N° séquentiel de facture (idem RAPSS)	5	25	29
Mois de la date de début de séjour	2	30	31
Année de la date de début de séjour	4	32	35
Code référence LPP	13	36	48
Quantité	2	49	50
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire sur devis	7	51	57
Montant total facturé	7	58	64
Prix d'achat unitaire	7	65	71
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	72	78
Montant total de l'écart indemnisable	7	79	85

### 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 d'entrée (idem RAPSS)	5	20	24
N° séquentiel de facture (idem RAPSS)	5	25	29
Mois de la date de début de séjour	2	30	31
Année de la date de début de séjour	4	32	35
Code UCD	7	36	42
Coefficient de fractionnement	5	43	47
Prix d'achat unitaire TTC	7	48	54
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	55	61
Montant total de l'écart indemnisable	7	62	68

## Secteur ex-OQN

Quantité	3	69	71
Montant total facturé TTC	7	72	78

### 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 d'entrée (idem RAPSS)	5	20	24
N° séquentiel de facture (idem RAPSS)	5	25	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
Justification exo TM	1	41	41
Code acte	5	42	46
Quantité	2	47	48
Coefficient	6	49	54
Dénombrement	2	55	56
Prix Unitaire	7	57	63
Montant Base remboursement	7	64	70
Taux Remboursement	3	71	73
Montant Remboursable par AMO	7	74	80
Montant des honoraire (dépassement compris)	7	81	87
Montant remboursable par AMC	6	88	93
Montant remboursé NOEMIE Retour	8	94	101
Nature opération récupération NOEMIE Retour	3	102	104

### 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 d'entrée (idem RAPSS)	5	20	24
N° séquentiel de facture (idem RAPSS)	5	25	29
Compatible avec la date de l'acte	1	30	30
Mois de la date de l'acte	2	31	32
Année de la date de l'acte	4	33	36
Mode de traitement	2	37	38
Discipline de prestation (ex DMT)	3	39	41
Code CCAM	13	42	54
Extension documentaire	1	55	55
Activité	1	56	56
Phase	1	57	57
Modificateur 1	1	58	58
Modificateur 2	1	59	59
Modificateur 3	1	60	60
Modificateur 4	1	61	61
Association non prévue	1	62	62
Code remb exceptionnel	1	63	63
N° dent 1	2	64	65
N° dent 2	2	66	67

## Secteur ex-OQN

N° dent 3	2	68	69
N° dent 4	2	70	71
N° dent 5	2	72	73
N° dent 6	2	74	75
N° dent 7	2	76	77
N° dent 8	2	78	79
N° dent 9	2	80	81
N° dent 10	2	82	83
N° dent 11	2	84	85
N° dent 12	2	86	87
N° dent 13	2	88	89
N° dent 14	2	90	91
N° dent 15	2	92	93
N° dent 16	2	94	95