

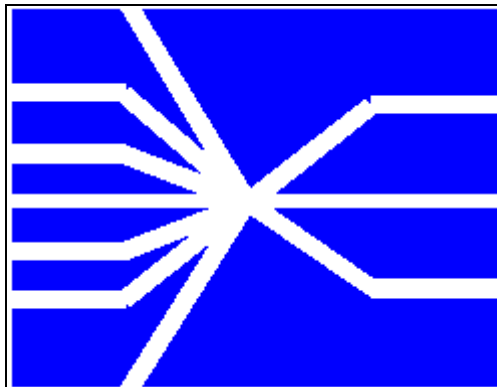


Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
SIRET n° 180 092 298 00033 – code APE : 8411Z

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

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

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



Manuel d'utilisation de GENRSA Version 11.4.X



Sommaire

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE	5
2. FONCTIONNALITÉS	7
2.1 PÉRIODE DE TRAITEMENT	8
2.2 PARAMÉTRAGE DE LA TRANSMISSION E-PMSI	9
2.3 GESTION DES UNITÉS MÉDICALES	13
<i>Mette à jour</i>	15
<i>Ajouter</i>	15
<i>Supprimer</i>	15
<i>Annuler</i>	15
<i>Validation</i>	16
2.4 FICHIERS COMPLÉMENTAIRES FACULTATIFS	17
2.5 FICHIER HOSP-PMSI	19
2.6 LANCEMENT	20
2.7 MENU	24
<i>Visualisation</i>	24
<i>Aide</i>	25
2.8 EXPORT	26
2.9 QUITTER LE PROGRAMME	27
2.10 SAUVEGARDE	28
3. TRANSMISSION ET TRAITEMENT DES DONNÉES SUR E-PMSI : MODE D'EMPLOI	30
3.1 GENRSA	30
3.2 E-PMSI	32
4. L'UTILISATION D'AGORA	34
ANNEXES	38
CONFIGURATION MINIMALE REQUISE	39
SAUVEGARDE DU FICHIER DE RSS À LA SOURCE DU FICHIER DE RSAC (OU DE RSA), SÉCURISATION DES DONNÉES ET FONCTIONNEMENT DU CONTRÔLE EXTERNE	40
FORMATS DE RSS GROUPÉ 116	42
FORMAT ANO-HOSP 2012	45
FORMAT ANO-HOSP 2013	46
FORMAT D'IMPORTATION DU FICHIER D'INFORMATION DES UM (UTILISÉ PAR GENRSA)	50
FORMAT 2008 DU FICHIER HOSP-PMSI	52
FORMATS DES FICHIERS COMPLÉMENTAIRES	53
FORMAT DE RSA GROUPÉ EN CCAM (220)	55
FICHIER DE CHAÎNAGE (ANO)	61
FICHIERS LEG ET STA	65
FORMATS DES FICHIERS DE SORTIE SUIVI PAR PATIENT SUPPLÉMENTAIRES	70
SÉJOURS NON VALORISÉS	73
PROBLÈMES CONNUS	74
« An unhandled exception has occurred in your application »	74
« Application has generated an exception that could not be handled »	75
« Signature de l'application incorrecte, veuillez réeffectuer la mise à jour »	76
« Le fichier ne peut être importé dans la base de données, le traitement ne peut s'effectuer »	76
« Problème de CRC dans ANO-HOSP : avez-vous utilisé la bonne version de MAGIC ? »	76

En cas de problème :

Les questions concernant GENRSA 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 en précisant « GENRSA » 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

La détermination des ajustements budgétaires infra annuels consécutifs à l'application du modèle de tarification à l'activité repose sur la transmission aux agences régionales de l'hospitalisation par les établissements de santé de leurs données d'activité, de leur consommation de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté.

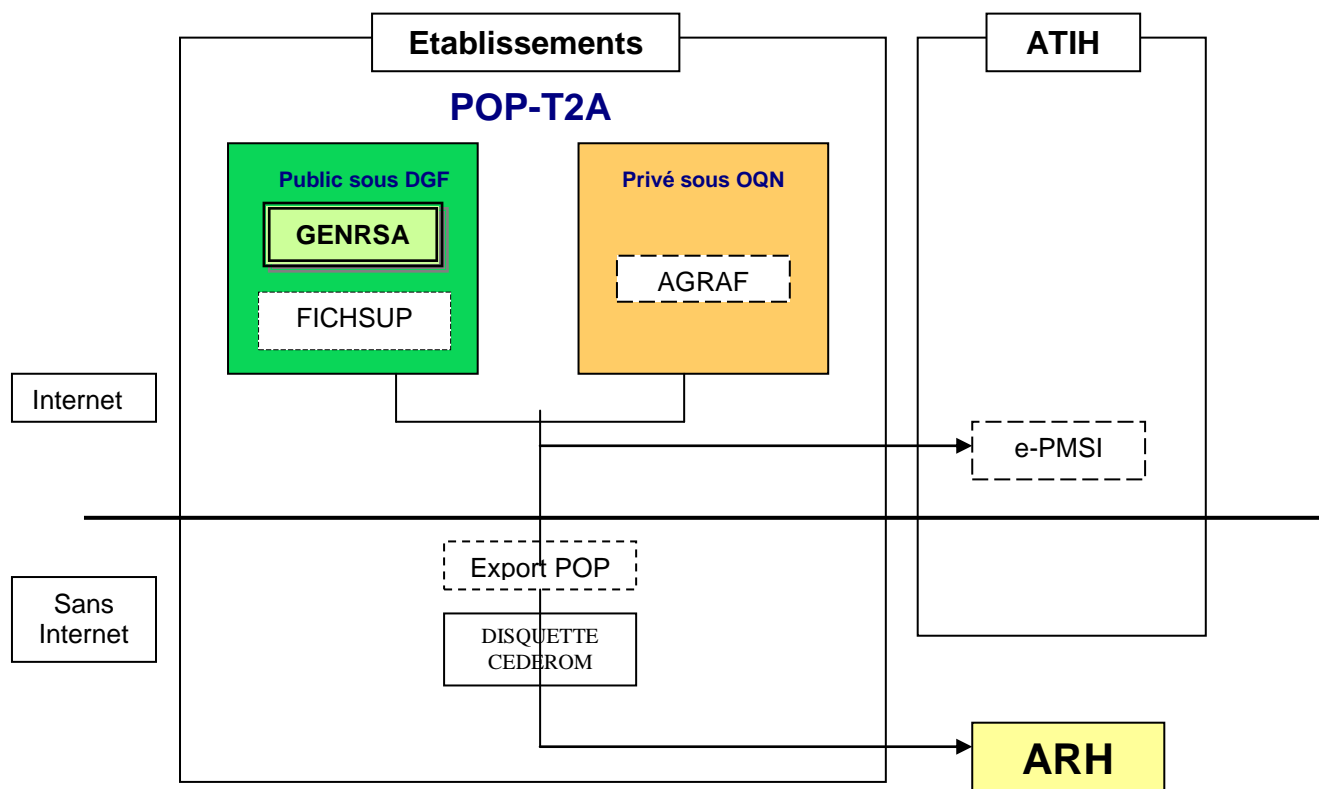
Les données d'activité concernent l'activité d'hospitalisation avec ou sans hébergement décrite par les GHS (fichiers de RSA et données d'activité relatives aux IVG), l'activité ambulatoire (actes et consultations externes) et l'activité d'urgences. En dehors de ces données PMSI (RSA), toutes les autres informations d'activité sont regroupées dans un ensemble de fichiers spécifiques.

✚ Depuis avril 2007, les RSA sont transmis selon une périodicité mensuelle dans un délai d'un mois, après la fin de chaque mois.

ATTENTION :

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

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



Evolution du format de RSS :

- ✚ En 2013, les séjours dont la date de sortie est antérieure au 1er mars 2013 doivent être groupés avec la fonction de groupage 13.11d (format de RUM non groupé 016 en entrée produisant le format de RSS groupé 116 en sortie). Les séjours dont la date de sortie est postérieure ou égale au 1er mars 2013 doivent être groupés avec la version 13.11e (également format de RUM non groupé 016 en entrée produisant le format de RSS groupé 116 en sortie).

Les traitements GENRSA acceptent donc en entrée uniquement les fichiers au format 116 pour l'ensemble de l'année 2013.

Evolution du format du fichier ANOHOSP :

Le logiciel accepte le nouveau format ANOHOSP pour 2013 (celui créé par MAGIC 4.3), mais accepte également l'ancien format 2012 (créé par MAGIC 4.2). Il est fortement recommandé d'utiliser le nouveau format 2013.

2. Fonctionnalités

Le logiciel GENRSA permet l'anonymisation des fichiers RSS groupés et le chaînage de ceux-ci avec le fichier ANO-HOSP et/ou HOSP-PMSI (selon les modalités décrites dans la circulaire DHOS/PMSI/2001 n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissement de santé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)).

Les fichiers suivants pourront être transmis vers la plate-forme e-PMSI:

- Le fichier de diagnostics à visée d'enquête.
- Le fichier de suivi de consommation par patient des médicaments (FICHCOMP)
- Le fichier de suivi de consommation par patient des DMI (FICHCOMP)
- le fichier d'information sur les autorisations des UM (Il y a deux manières de renseigner les informations sur les autorisations des UM : par saisie ou par importation d'un fichier)

TRES IMPORTANT :

La transmission du fichier de diagnostics à visée d'enquête ou des fichiers FICHCOMP (médicaments et des DMI) est « facultative » dans le sens où leur **absence n'est pas bloquante** pour la transmission des RSA sur la plate-forme e-PMSI : certains établissements n'ont pas de médicaments onéreux ou de DMI.

Par contre si vous avez ces types de consommations, vous devez **obligatoirement** produire et remonter les fichiers **FICHCOMP** correspondants.

Nous rappelons, ci-dessous, le calendrier concernant la transmission de ces données (extrait d'un courrier précisant l'envoi des fichiers FICHCOMP à l'adresse suivante sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=000220006FFF>) :

« - A compter du 1er janvier 2007 : production de FICHCOMP pour les médicaments anticancéreux, ainsi que les médicaments dérivés du sang. La liste des médicaments concernés est produite en annexe de la présente. Elle sera également produite sur le site de l'ATIH.

- A compter du 1er juillet 2007 : production de FICHCOMP pour tous les médicaments autorisant un paiement en sus des GHS.

- A compter du 1er octobre 2007 : production de FICHCOMP pour tous les DMI autorisant un paiement en sus des GHS. »

Le logiciel génère le fichier « ANO-RSA » qui devra être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI ou via les supports disquette ou CD-ROM aux ARH pour les établissements ne disposant pas d'une connexion à Internet.

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

GENRSA 11.4.0.0 [000000001] [du 1er Janvier au 31 Mars (M3)] [2013]

Visualisation Paramètres Aide

Période de traitement: du 1er Janvier au 31 Mars (M3) 2013

Nom du fichier RSS groupé :

Fichier d'information des UM (facultatif):

1- Gestion des unités médicales ?

Fichiers complémentaires

Diagnostics à visée d'enquête :

Fichier DMI complémentaire :

Prestations complémentaires (PO) :

Prestations inter-établissements :

Dialyses péritonéales :

Fichier PIP complémentaire :

Fichier ORP complémentaire :

Fichier médicament (MED hors ATU) :

Fichier médicament (ATU) :

Options

☐ Je ne déclare pas de médicaments ATU

☐ Je déclare des médicaments MED et ATU mais je n'ai qu'un fichier pour les deux

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

Nom du fichier ANO-HOSP :

Utilisation du fichier HOSP-PMSI

Nom du fichier HOSP-PMSI :

2- Lancement Export ? Quitter

3-Envoi e-PMSI

Étapes de progression

Figure 1 : l'interface principale de GENRSA

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

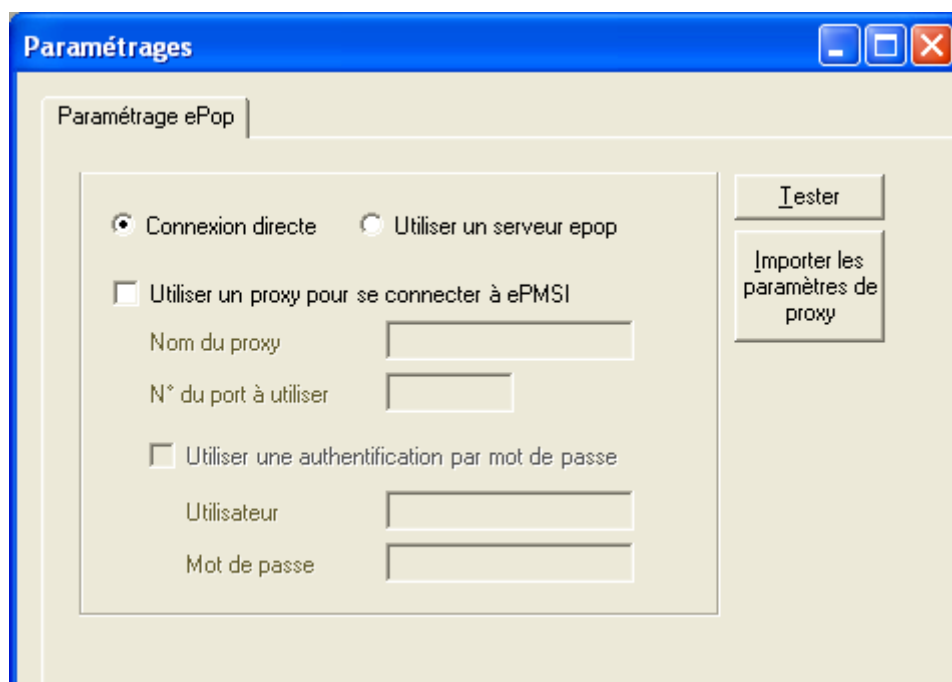
2.1 Période de traitement

Elle consiste à renseigner la période et l'année des données à traiter. Il est désormais possible de traiter vos données pour une période dite de test disponible au niveau de la plate-forme e-PMSI.

ATTENTION : Il est important que la période de traitement soit correcte.

2.2 Paramétrage de la transmission e-PMSI

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



Désormais, la transmission des données sur la plate-forme e-PMSI est intégré au logiciel GENRSA (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 , cette fenêtre s'affichera au premier lancement de GENRSA.

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.

Paramètres de connexion au serveur ePOP

☐ Utiliser un serveur epop ☒ Connexion directe

☒ Utiliser un proxy pour se connecter à ePMSI

Nom du proxy

N° du port à utiliser

☐ Utiliser une authentification par mot de passe

Utilisateur

Mot de passe

Tester

Importer les paramètres de proxy

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

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

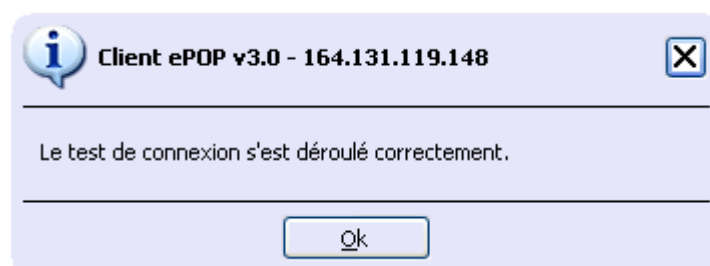
Zone de saisie « N° de port à utiliser » : il s'agit d'un n° compris entre 0 et 65535 à utiliser pour communiquer avec le proxy. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement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

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

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

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

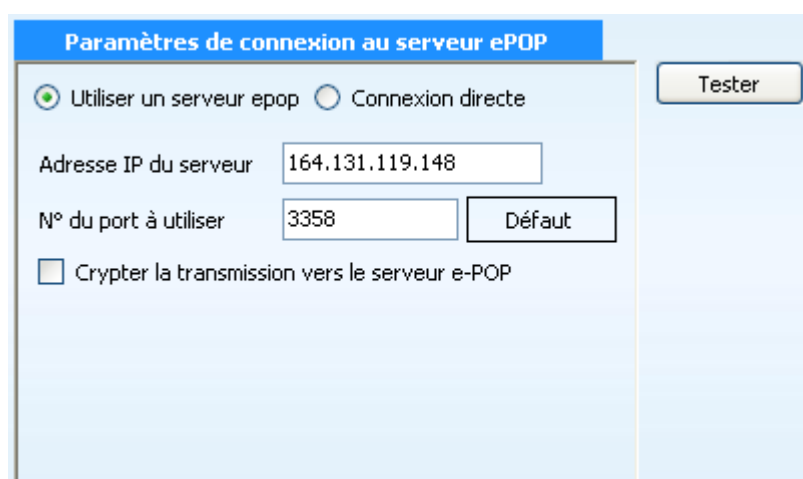
Bouton « Tester » : un clic sur ce bouton permet de réaliser un test de connexion vers e-PMSI. La réussite de ce test aboutit au message suivant :



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

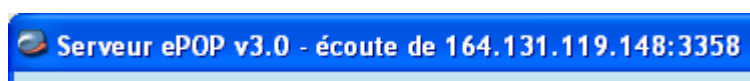
Bouton « Importer les paramètres de Proxy » : un clic sur ce bouton permet de récupérer automatiquement les paramètres du Proxy défini par défaut sur l'ordinateur. Cette récupération peut en outre ne pas aboutir. Les informations obtenues sont le plus souvent celles indiquées dans le paramétrage de Internet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

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



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

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



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

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

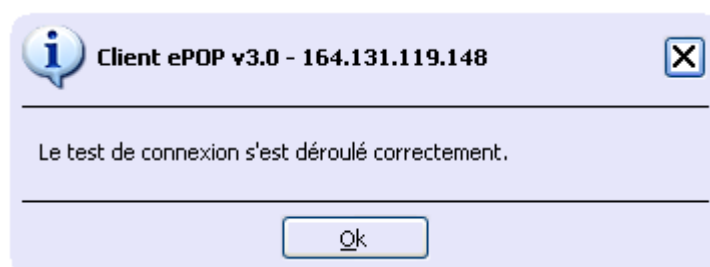
- Dans un souci de simplification, il est conseillé de conserver le numéro de port par défaut attribué par l'ATIH (3358).
- Ce port doit être ouvert sur l'ordinateur client et sur l'ordinateur exécutant le serveur (voir plus bas la problématique des pare-feu).

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.

2.3 Gestion des unités médicales

Certains suppléments facturables dépendent de la nature de l'unité médicale. À cet effet, une table d'information permet de renseigner la nature des UM.

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

- Numéro de l'unité médicale
- Le numéro FINESS géographique
- Le type d'autorisation pour cette unité médicale
- La date de début d'autorisation
- Le nombre de lits autorisés
- Le mode d'hospitalisation (C,P ou M)

Attention :

- le n° **FINESS géographique** est obligatoire à partir de l'année 2012
- le mode d'hospitalisation est obligatoire

Vous pouvez renseigner cette table de deux manières :

- Saisie via l'interface graphique :

L'utilisateur devra saisir les informations pour toutes les unités médicales déclarées dans le fichier de séjour (y compris les unités médicales n'ayant pas d'autorisation).

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

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

Quelle que soit la méthode utilisée, la table ainsi créée doit être éditée et/ou validée par le DIM.

IMPORTANT :

Il est important de répertorier l'historique des changements de type d'autorisation pour chaque unité médicale. Ainsi, une unité médicale peut avoir un type d'autorisation de soins intensifs à un moment donné puis, pendant un certain temps aucune autorisation et enfin bénéficier d'une autorisation de réanimation.

La gestion des unités médicales se présente sous la forme suivante :

UM	N° FINESS géo.	Type d'autorisation	Date de début d'effet	Nombre de lits	Mode hospitalisat
0	123456789	01 - Réanimation hors p	01/01/2006	050	C
1	123456789	07 - Unité d'hospitalisatio	01/01/2007	050	C
11	123456789	11 - Anesthésie ou chirurg	01/01/2006	050	C
12	123456789	12 - Hospitalisation à te	01/01/2006	050	P
17	123456789	17 - Unité neurovasculaire	08/01/2006	050	M
18	123456789	18 - Soins intensifs en u	01/01/2006	050	M
2	123456789	60 - Centre identifié pour	01/03/2006	050	C
24	123456789	24 - Unité de court séjou	01/01/2006	050	C
25	123456789	14 - Surveillance continu	01/01/2013	045	M
3	123456789	03 - Surveillance continu	01/01/2006	050	M
30	123456789	30 - Centre identifié pour	01/01/2006	050	C
4	123456789	04 - Néonatalogie sans s	01/01/2006	050	C
5	123456789	05 - Néonatalogie avec s	01/01/2006	050	P

Mette à jour

Prend en compte les modifications apportées par l'utilisateur dans l'interface de saisie.

Ajouter

Permet d'ajouter une nouvelle entrée.

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

Supprimer

Permet de supprimer une ligne dans la liste.

Annuler

Permet d'annuler la saisie effectuée des informations.

Validation

Permet de valider et terminer la gestion des UM. Un contrôle d'exhaustivité (toutes les UM du fichier de RSS doivent apparaître au moins une fois, tous les numéros FINESS géographiques doivent être renseignés et tous les modes d'hospitalisation également) est réalisé à ce moment là par GENRSA. Par ailleurs, un récapitulatif est fourni. Pour chaque association « unité médicale- type d'autorisation », nous avons les informations ci-dessous :

- *N° FINESS Géographique*
- *Date de début d'effet d'autorisation* : premier jour à partir duquel l'autorisation prend effet
- *Nombre de lits autorisés*
- *Mode d'hospitalisation*

NOTE : Ce fichier est uniquement imprimable



















L'ensemble des données validées constituera le fichier d'information sur les autorisations d'UM. Ce fichier sera anonymisé et exporté par GENRSA.

IMPORTANT :

Si vous n'avez pas importé ou saisi toutes les UM, une liste des unités médicales non répertoriées sera affichée sur cette même page.

2.4 Fichiers complémentaires facultatifs

Fichiers complémentaires

Diagnostics à visée d'enquête :	<input type="text"/>		
Fichier DMI complémentaire :	<input type="text"/>		
Prestations complémentaires (PO) :	<input type="text"/>		
Prestations inter-établissements :	<input type="text"/>		
Dialyses péritonéales :	<input type="text"/>		
Fichier PIP complémentaire :	<input type="text"/>		
Fichier ORP complémentaire :	<input type="text"/>		
Fichier médicament (MED hors ATU)	<input type="text"/>		
Fichier médicament (ATU)	<input type="text"/>		

Options

☐ Je ne déclare pas de médicaments ATU

☐ Je déclare des médicaments MED et ATU mais je n'ai qu'un fichier pour les deux

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

Les fichiers suivants pourront être transmis vers la plate-forme e-PMSI (les formats sont indiqués en annexe au niveau de « *Format des fichiers supplémentaires* ») :

- Le fichier de diagnostics à visée d'enquête
- Le fichier de suivi de consommation par patient des DMI (FICHCOMP)
- Le fichier des prestations complémentaires (prélèvement d'organes) par patient (FICHCOMP)
- Le fichier des prestations inter-établissements (FICHCOMP)
- Le fichier des activités de dialyse péritonéales (FICHCOMP, suppléments DIP).
- Le fichier des prothèses PIP (FICHCOMP)
- Le fichier de suivi de consommation par patient des médicaments (FICHCOMP) hors ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation)
- Le fichier de suivi de consommation par patient des médicaments (FICHCOMP) sous ATU
- Les médicaments thrombolytiques peuvent également être transmis et doivent être renseignés dans le même fichier que les médicaments hors ATU
- Le fichier des maladies rares ORP (FICHCOMP)

Note concernant les formats des fichiers :

- **Pour la dialyse péritonéale :** les forfaits dialyse D15, D16 ne sont plus à déclarer dans GENRSA à partir de 2011. Le type d'enregistrement 05 n'est donc plus accepté, seul le type 07 (supplément DIP, cf. formats en annexes) l'est.
- **Pour les médicaments hors ATU :** seul le format 06 est accepté.
- **Pour les médicaments sous ATU :** seul le format 09 est accepté.
- **Pour les médicaments thrombolytiques :** seul le format 10 est accepté.

Options pour la saisie des médicaments sous ATU :

Vous devez saisir l'une des 3 options de la boîte de dialogue suivante :

Options

Option 1 ☒ Je ne déclare pas de médicaments ATU

Option 2 ☐ Je déclare des médicaments MED et ATU mais je n'ai qu'un fichier pour les deux

Option 3 ☐ J'ai deux fichiers pour distinguer les deux types de médicaments

- Choisissez l'option 1 si vous ne déclarez pas de médicaments ATU. Dans ce cas, 1 seul fichier peut être renseigné. Seuls les médicaments hors ATU et les thrombolytiques pourront être renseignés dans ce fichier.
- Choisissez l'option 2 si vous déclarez des médicaments sous ATU, et que ces médicaments sont déclarés dans le même fichier que les médicaments hors ATU et les thrombolytiques. Dans ce cas, 1 seul fichier peut être renseigné dans l'interface, dans lequel les 3 types de médicaments pourront être déclarés.
- Enfin, choisissez l'option 3 si vous déclarez des médicaments sous ATU dans un fichier séparé. Dans ce cas, 2 fichiers peuvent être saisis dans l'interface : le 1^{er} premier contenant les médicaments hors ATU et les thrombolytiques, et le second contenant les médicaments sous ATU.

2.5 Fichier HOSP-PMSI

Le fichier HOSP-PMSI est nécessaire au traitement d'anonymisation. Si ce fichier n'est pas renseigné au niveau de l'interface GENRSA, il est généré automatiquement. Vous retrouvez la description de ce fichier dans le format RSS :

N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI sauf si IPP)	28-47	20
N° Administratif local de séjour		48-67	20

Pour rappel, voici la description du fichier HOSP-PMSI qui est fournie, en annexe de ce document :

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

2.6 Lancement

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

- Anonymisation et réalisation du chaînage des données

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

Vous trouverez, ci-dessous, fichier par fichier une présentation des **contrôles réalisés** :

Détection des doublons sur les N° de RSS :

GENRSA analyse les N° de RSS en doublons sur le fichier de séjour. Seul les RUM d'un RSS multi-RUM peuvent avoir un n° de RSS identique. Le logiciel considère comme doublons les N° de RSS dans les cas suivants:

- un même n° de RSS a été attribué pour plusieurs séjours (ou patients) différents
- dans le cas d'un multi-RUM : les RUM constitutifs du RSS ne sont pas jointifs (pas les uns à la suite des autres)

Attention: La présence de tels doublons peut fausser l'analyse des séjours non valorisés, et la valorisation elle-même de certains séjours. Donc si GENRSA détecte ces doublons, le traitement est interrompu et vous devez impérativement modifier votre fichier de séjours afin qu'il n'y ait plus de doublons sur le N° de RSS. Pour visualiser l'ensemble des numéros de RSS en doublons, vous pouvez aller dans le menu "Visualisation" et cliquer sur l'option "*Numéros de RSS en doublons dans le fichier de séjours*".

Fichier de séjour (RSS)

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Longueur incorrecte
- Le format du RUM est différent de 116.

ATTENTION : Désormais, seuls les enregistrements codés en CCAM seront acceptés. Les enregistrements erronés ne seront pas traités ni exportés par GENRSA, ceux-ci seront visualisables au niveau du rapport « *Compte-rendu de GENRSA* ».

Fichier de diagnostics à visée d'enquête

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- Le code de diagnostic n'appartient pas à la CIM 10.

Fichier des médicaments (hors ATU, sous ATU ou thrombolytiques)

Les causes de rejet pour ces types d'enregistrements sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- La date indiquée est mal renseignée.
- La date d'administration est strictement inférieure à la date d'entrée du séjour
- La date d'administration est strictement supérieure au dernier jour du mois correspondant à la période traitée.
- Le code UCD n'est pas autorisé

Veuillez consulter également le format en annexe.

Fichier des DMI

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- La date indiquée est mal renseignée.
- Le code LPP n'est pas autorisé

Veuillez consulter également le format en annexe.

Fichier des Prestations complémentaires (Prélèvement d'organes)

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- Le code prestation n'est pas autorisé (les codes autorisés sont : PO1, PO2, PO3, PO4, PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA).
- Un même code PO apparaît plusieurs fois pour un même n° administratif. Dans ce cas, GENRSA ne conserve qu'un seul des enregistrements en doublons.
- Pour un même n° administratif, plusieurs codes PO1, PO2, PO3 et PO4 se cumulent.
- La règle suivante n'est pas respectée : **les codes PO1, PO2, PO3 et PO4 sont obligatoirement associés aux séjours à l'issue desquels le patient décède** (mode de sortie 9)

Veuillez consulter également le format en annexe.

Fichier des Dialyses péritonéales

Attention, à partir du 1^{er} mars 2010, seul les enregistrements de type 07 déclarant les suppléments DIP sont acceptés. Les forfaits dialyses D15 et D16 n'étant plus à déclarer dans GENRSA, le type 05 n'est plus accepté.

Les causes de rejet pour ces enregistrements de type 07 sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- Le code prestation n'est pas autorisé (uniquement DIP).
- La date de fin du RSS rattaché doit être supérieure ou égale au 1^{er} mars 2010.

Contrôles particuliers :

- Le nombre de suppléments DIP déclaré ne doit pas dépasser le nombre de jours défini par l'intervalle [Date de début – Date de fin].
- L'intervalle [Date de début – Date de fin] doit être inclut dans l'intervalle [Date de début du RSS rattaché – Date de fin du RSS rattaché].
- Pour un même séjour, les dates de début et de fin ne doivent pas se chevaucher.
- Le nombre total de suppléments DIP ne doit pas dépasser la durée du séjour du RSS rattaché.

Pour plus d'information, voir la page « Informations relatives à la dialyse » situé sur le site de l'atih : <http://www.atih.sante.fr/?id=00022000C1FF>.

Veuillez consulter également le format en annexe.

Fichier des prothèses PIP

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- Le code est différent de PIP
- Un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même n° administratif. Dans ce cas, GENRSA ne conserve qu'un seul des enregistrements en doublons.

Veillez consulter également le format en annexe.

Fichier des maladies rares ORP

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte

Veillez consulter également le format en annexe.

A la fin du traitement, les rapports d'anonymisation du fichier de RSS, des fichiers complémentaires (s'il y a lieu) ainsi que ceux liés au chaînage s'affichent à l'écran.

IMPORTANT :

Nous vous recommandons de consulter les rapports, notamment de chaînage, avant toute transmission à la plate-forme e-PMSI. Ceci pour éviter de réeffectuer des transmissions de données à la demande des tutelles. Les rapports peuvent être consultés via le menu *{Visualisation}*.

Rapport de l'anonymisation des fichiers complémentaires:

Ce fichier ayant pour extension « *.comp.log.txt* » présente les résultats de 3 différents contrôles:

- Contrôle1: contrôle préliminaire de détection de doublons:
Cette phase permet de détecter d'éventuelles anomalies dans l'attribution des N° administratifs de séjours. En effet, il peut y avoir **plusieurs N° de RSS pour un même N° administratif de séjour**. (dans ce cas la consommation enquête est affectée au premier séjour). Voici le traitement effectué par GENRSA dans ce cas pour chaque fichier:
 - **Fichier de diagnostic à visée d'enquête** : la consommation enquête est affectée au premier séjour
 - **Fichier médicament** (avec ou sans ATU): la consommation est répartie sur l'ensemble des RSS associés au n° administratif
 - **Autres fichiers** : DMI, prestations complémentaires (Prélèvement d'organes), DIP,PIP,PIE : **les enregistrements ne sont pas exportés**, ils sont rejetés et s'affichent dans le rapport (dans la partie contrôle 3).
- Contrôle 2: enregistrements rejetés (longueur incorrecte):
Pour chacun des 3 types de fichiers (enquête, médicaments et DMI), il est indiqué la liste des enregistrements ayant une longueur incorrecte. Ils sont donc rejetés.
- Contrôle 3: il s'agit de la liste des enregistrements non exportés (rejetés) suite à des contrôle de cohérence et de règles métiers (cf. paragraphes précédents relatifs à chaque type de fichiers).
Pour chaque type de fichiers, il est indiqué la liste des enregistrements rejetés à cause de l'un de ces critères.

2.7 Menu

Visualisation

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

Les fichiers de compte-rendu sont les suivants :

- « **Compte-rendu de GENRSA** » : ce rapport portant l'extension « *.log.txt* » fournit une synthèse des erreurs détectées lors du groupage réalisé par GENRSA et les enregistrements non conformes au traitement. Nous rappelons que seuls le format de RSS 116 est accepté.
- « **Différence de groupage** » : ce rapport portant l'extension « *.dif.txt* » répertorie les différences de groupage entre le GHM obtenu par votre groupeur et celui déterminé par le logiciel GENRSA. Le résultat obtenu par ce dernier constitue la référence officielle.
- « **Compte-rendu de chaînage** » : cf. annexe pour des informations supplémentaires. Ce rapport porte l'extension « *.chainage.log.txt* ».
- « **Erreurs de chaînage** » : idem. Ce rapport porte l'extension « *.chainage.err.txt* ».

- « **Rapport de l'anonymisation des fichiers complémentaires** » : ce rapport portant l'extension « .comp.log.txt » répertorie les lignes en erreurs des différents fichiers complémentaires fournis.
- « **Rapport de l'importation du fichier d'information des UM** » : ce rapport portant l'extension « .ium.import.err.txt » répertorie les lignes en erreurs lors de l'importation du fichier d'information des UM (s'il y a lieu) et les unités médicales dont le type d'autorisation n'est pas renseigné.
- « **Séjours non valorisés (synthèse)** » : ce rapport portant le nom "ctl_mt2a.synth.log.txt" énumère les séjours non valorisés. Ces séjours sont classés en 3 catégories définies par les 3 règles décrites à l'annexe "SEJOURS NON VALORISES".
- « **Séjours non valorisés (détail)** » : ce rapport portant le nom "ctl_mt2a.detail.log.csv" donne la liste des numéros de RSS non valorisés avec pour chacun d'entre eux le n° du test (ou numéro de règle) qui est vrai pour ce RSS (cf. l'annexe "SEJOURS NON VALORISES").
- « **Numéros de RSS en doublons dans le fichier de séjours** » : ce rapport portant l'extension ".doublonsnorss.log.csv" donne la liste des N° de RSS en doublons. Voici les différentes informations présentes dans ce fichier : N° de RSS en doublon, N° de ligne dans le fichier de RSS traité, n°Administratif local de séjour, date d'entrée, GHM. Ce fichier est au format csv.

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

- N° de RSS
- Groupage établissement N° de CMD
- Groupage établissement: N° du GHM
- Groupage établissement: Groupage code retour
- Groupage GENRSA: N° de CMD
- Groupage GENRSA: N° du GHM
- Groupage GENRSA: Groupage code retour

Aide

Les informations sur le logiciel peuvent être obtenues par l'intermédiaire du menu {Aide | A propos}.

Le manuel d'utilisation peut être consulté en utilisant le menu {Aide | Manuel d'utilisation}.

2.8 Export

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

GENRSA offre deux possibilités d'exportation :

- Le bouton *[3 - 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-RSA » qui pourra être transmis directement à la plate-forme e-PMSI via le menu « Fichiers » de la plate-forme e-PMSI.

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

[FINESS].ano-rsa-udm.[Année].[Mois].pop.zip

REMARQUE : Le mois indiqué au niveau du nom physique des fichiers correspond au nombre de mois transmis.

FINESS : 999999999

Période de transmission : M3

Année de transmission : 2013

Nom du fichier d'export : 999999999.ano-rsa-udm.2013.3.pop.zip

Le fichier d'export renferme les éléments suivants :

- Le fichier de contrôle « **data.mnf** » (cf. avertissement ci-dessous)
- Le fichier de contrôle « **desc.mnf** » (cf. avertissement ci-dessous)
- Le fichier de contrôle « **desc.xml** » (cf. avertissement ci-dessous)
- Un fichier zippé portant l'extension « **data .zip** » contenant les fichiers ci-dessous :
 - Le fichier de RSA qui porte l'extension « **.rsa** » (cf. format en annexe)
 - Le fichier de chaînage qui porte l'extension « **.ano** » (cf. format en annexe)
 - Le fichier de liste des erreurs de groupage qui porte l'extension « **.leg** » (cf. format en annexe)
 - Le fichier de liste des signatures du traitement d'anonymisation qui porte l'extension « **.sta** » (cf. format en annexe)

- Eventuellement, le fichier des caractéristiques des unités médicales qui porte l'extension « **.ium** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Diagnostics à visée d'enquête », le fichier portant l'extension « **.enq** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez déclaré des médicaments hors ATU, le fichier portant l'extension « **.med** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez déclaré des médicaments sous ATU, le fichier portant l'extension « **.medatu** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez déclaré des médicaments thrombolytiques, le fichier portant l'extension « **.medthrombo** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « DMI », le fichier portant l'extension « **.dmip** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Prestations complémentaires », le fichier portant l'extension « **.porg** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Prestations inter-établissements », le fichier portant l'extension « **.pie** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Dialyses péritonéales », le fichier portant l'extension « **.diap** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »). Ce fichier contient les suppléments DIP déclarés.
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « PIP », le fichier portant l'extension « **.pip** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Eventuellement, si vous avez renseigné le fichier complémentaire « ORP », le fichier portant l'extension « **.orp** » (cf format en annexe « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »)
- Le fichier de contrôle de traitement qui porte l'extension « **.ver** »

AVERTISSEMENT :

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

2.9 Quitter le programme

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

2.10 Sauvegarde

Chaque traitement est sauvegardé au niveau du dossier « sauvegarde » du répertoire d'installation.

Cette sauvegarde est composée de deux fichiers au formats compressés (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:

- « .rss.txt » : fichier de séjour RSS
- « .hpp.txt » : fichier HOSP-PMSI
- « .ano.txt » : fichier ANO-HOSP
- « .ium.txt » : fichier de gestion des unités médicales
- « .enq.txt » : fichier d'enquête si présent
- « .dmi.txt » : fichier DMI si présent
- « .med.txt » : fichier de molécules onéreuses si présent
- « .medatu.txt » : fichier des médicaments sous ATU si ils ont été déclarés dans un fichier séparé
- « .porg.txt » : fichier des prestations complémentaires (prélèvements d'organes) si présent
- « .pie.txt » : fichier des prestations inter-établissements
- « .diap.txt » : fichier des dialyses péritonéales si présent (suppléments DIP)
- « .pip.txt » : fichier des prothèses PIP
- « .orp.txt » : fichier des maladies rares ORP

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

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

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

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

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

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

Si l'établissement venait à modifier un seul RSS de ce fichier sans transmettre un nouveau fichier de RSA alors la clé de sécurisation ne fonctionnerait plus, le fichier serait considéré comme corrompu et la levée de l'anonymisation serait bloquée dans LEDDA. L'établissement doit alors solliciter une dévalidation des données déjà validées et une reprise complète du processus de traitement des données (MAT2A, DATIM, Feuille d'extraction). De même si l'établissement venait à perdre le fichier de sauvegarde automatique généré par GENRSA sans pouvoir le restaurer (perte des données stockées, incendie, effacement accidentel et pas de sauvegarde...), la procédure de recherche de RSS et de levée de l'anonymat préparatoire au contrôle externe serait bloquée. Une pénalisation pourrait être appliquée à l'établissement pour incapacité à produire les documents nécessaires au contrôle.

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

En pratique, il faut sauvegarder le contenu du dossier [Répertoire travail]\sauvegarde. Le dossier de sauvegarde, par défaut, est :

- C:\Documents and Settings\[nomLogin]\Application Data\ATIH\Genrsa\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).

L'emplacement du répertoire de travail de GENRSA vous est indiqué dans le menu Aide – Infos système et paramétrage.

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 regroupe le traitement par GENRSA, la transmission à la plate-forme e-PMSI et le traitement des données à partir du site e-PMSI.

Les opérations à effectuer sont les suivantes :

3.1 GENRSA

1- Définir la période de traitement. Ceci est important pour la suite du traitement.

2- Indiquer le chemin d'accès du fichier de RSS. Seuls sont acceptés les RSS au format 116 pour l'ensemble de l'année 2012 (voir formats en annexe).

3- Indiquer le chemin d'accès du fichier d'importation des unités médicales si besoin est (cf format en annexe « Format du fichier d'importation des UM »)

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

4- Saisie des informations :

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

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

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

5- S'il y a lieu, indiquez les chemins d'accès aux nouveaux fichiers complémentaires : Diagnostics à visée d'enquête, Médicament ou DMI (cf format en annexe), etc.

6- Indiquer le chemin d'accès du fichier ANO-HOSP utilisé pour le chaînage (voir format en annexe et pour plus d'information, vous pouvez consulter la circulaire suivante sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=000240005BFF> au niveau de « Textes et références », Circulaire N° 106 du 22 fév.2001 relative au chaînage des séjours en établissements hospitaliers.)

7- Pour le fichier HOSP-PMSI, vous avez 2 possibilités :

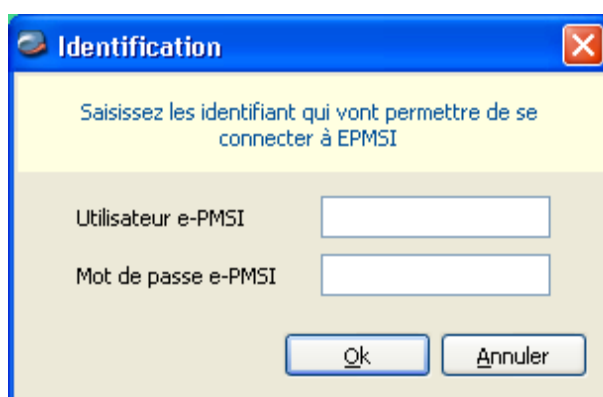
- Utiliser un fichier HOSP-PMSI (voir format en annexe). Dans ce cas, indiquer son chemin d'accès en utilisant le bouton [...] en face de la zone et cocher la case « *Utilisation d'un fichier HOSP-PMSI* ».
- Ne pas utiliser le fichier HOSP-PMSI. Vous devez alors décocher la case « *Utilisation d'un fichier HOSP-PMSI* ».

Vous pouvez vous dispenser de ce fichier si et seulement si, vous avez renseigné la variable « N° d'identification administratif de séjour » du fichier VID-HOSP (cf. manuel d'utilisation de MAGIC pour une description plus détaillée) avec la variable « N° Administratif local de séjour » qui figure dans le RSS.

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

9- A la fin du traitement, le compte-rendu de GENRSA, celui du chaînage ainsi que celui de l'anonymisation des fichiers complémentaires (s'il y a lieu) s'affichent à l'écran.

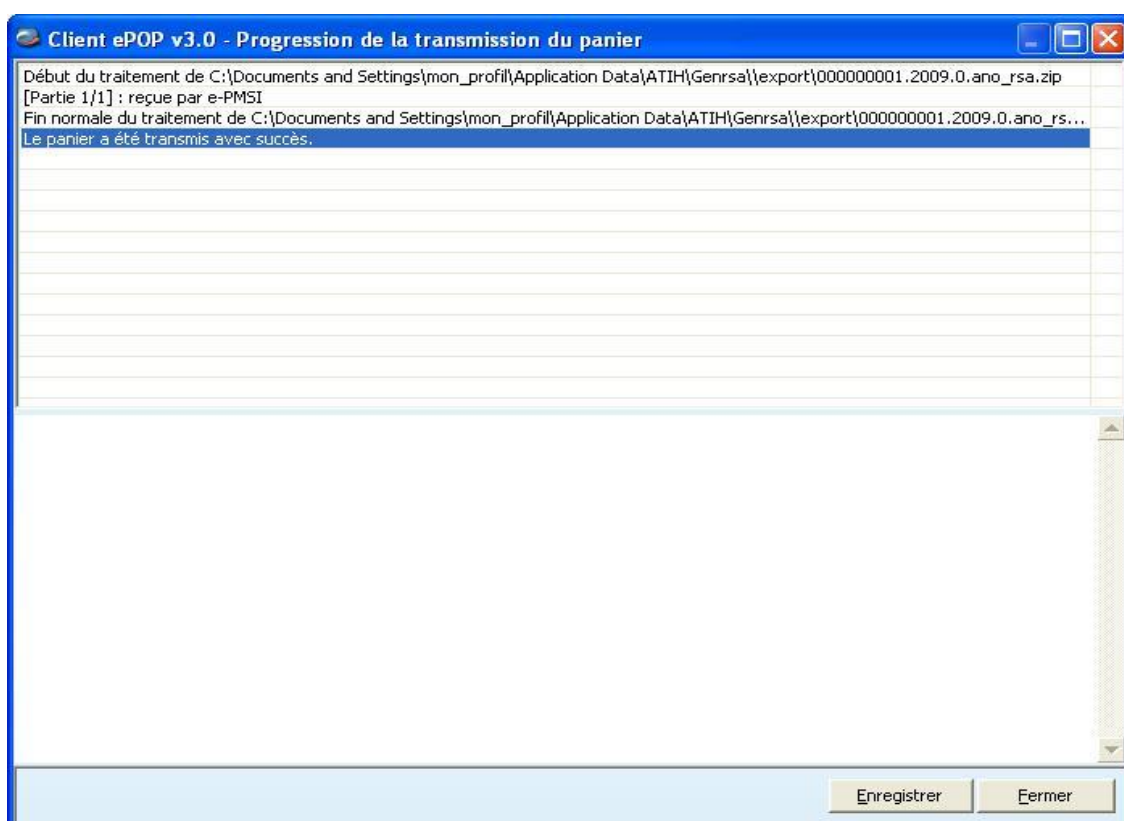
10- Cliquer sur le bouton **[3- Envoi e-PMSI]** qui a pour effet de lancer la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI.



11- **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).

12- **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

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

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

15- Exemple de traitement du premier trimestre 2011

Menu « Applications »

« MAT2A »

« MAT2A STC MCO DGF (sans taux de conversion) »

« Année 2011 » « M3 : De Janvier à Mars »

16- 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. Il n'est plus nécessaire, à cette étape, de refaire une transmission.

17- Vous pouvez donc demander un « Traitements » sur les dernières données transmises. Pour cela, allez dans le menu « Traitements », et cliquez sur le bouton

« Commander ». Il faudra ensuite « Placer ce traitement dans la file d'attente » et cliquer sur la flèche jaune pour continuer. Par défaut, un mail vous sera envoyé lorsque le traitement sera terminé.

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

19- Après avoir vérifié le contenu de vos tableaux, faire valider cet envoi par le valideur de l'établissement (compte valideur sur la plate-forme e-PMSI).

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. L'utilisation d'AGORA

Pour toute question ou remarque, il est préférable de poster des messages sur AGORA. En effet, l'ATIH a mis en place un système de mail automatique auprès des référents des différents thèmes et sous-thèmes.

La plateforme AGORA est accessible à partir du site de l'ATIH <http://www.atih.sante.fr/>.

Puis, il vous suffit de cliquer sur le lien Foire aux questions. Le site AGORA est accessible à partir de vos identifiants e-PMSI. Il vous suffit donc d'avoir un compte e-PMSI pour y accéder.



Le lien Foires aux questions sur le site de l'ATIH

Afin que les référents puissent vous répondre le plus rapidement possible, nous vous remercions de bien sélectionner le sous-thème se rapportant à votre question. Pour toute question concernant l'utilisation des logiciels fournis par l'ATIH, les sous-thèmes sont situés dans le thème Agora/Logiciels. Pour les questions concernant GENRSA, le sous-thème est le suivant :

Agora > Logiciels > MCO > GENRSA

Vous disposez également d'un moteur de recherche. Vous pouvez à partir de la saisie de mots-clés, retrouver les messages s'y référant. Le moteur de recherche apparaît toujours en haut de votre page de session AGORA :

Résultat de la recherche - Windows Internet Explorer

https://applis.ath.sante.fr/agora/ago_08.do

Session appartenant à Dominique Sautereau (22464)

anohosp Recherche sur : ☐ un seul de ces mots clés ☐ tous ces mots clés ☐ ce thème et ses sous-thèmes ☐ l'ensemble de l'Agora Lancer la recherche

Agora > Logiciels > MCO > LAMDA

Résultat de votre recherche

Aucun sujet ne correspond à votre recherche

Contributions correspondant à votre recherche

Auteur	Extrait	Date	Thème
Delphine Rossille	(...) M12. Donc Vidhosp doit être au format 2007. Comment fait on alors pour générer anohosp? étant donné que MAGIC a été modifié pour le nouveau form(...)	15 juillet 2008	LAMDA
Thierry CUNNAC	PS. : De plus les compte rendu de LAMDA sont "perturbants" : - Rapport final GENRSA : TRAITEMENT DU FICHIER DE RSS : Nombre de RSS de l'a(...)	16 juillet 2008	LAMDA
pierre macutan	(...)te: le nouveau lamda 2010 pour traiter les RSS. La réponse est " problème de CRC dans anohosp. Avez vous utilisé la bonne version de Magic ?" Code retour 2. J'utilise Magic 4002. (...)	08 septembre 2008	LAMDA

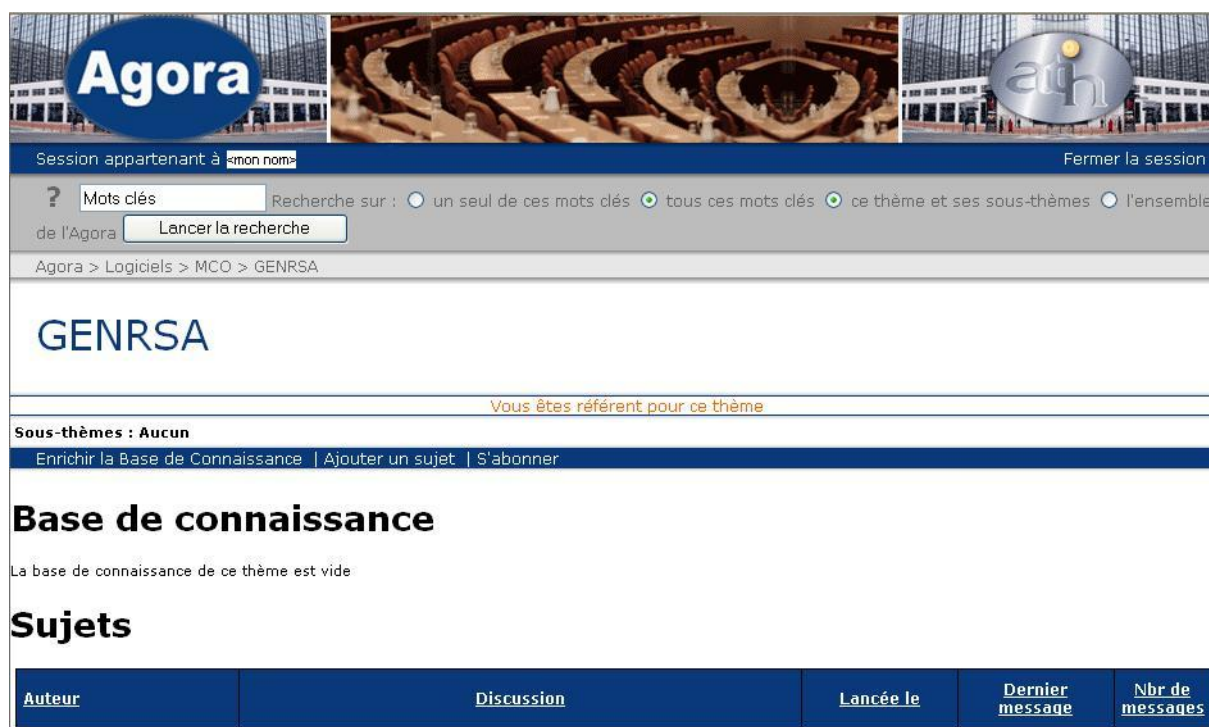
Aucune contribution dont le nom de l'auteur correspond à votre recherche n'a été trouvée

Retour

https://applis.ath.sante.fr/agora/ Intranet local 100%

L'utilisation du moteur de recherche d'AGORA

Pour poser une nouvelle question sur AGORA, vous sélectionnez le thème et le sous-thème concerné (s'il existe), puis vous cliquez sur « Ajouter un sujet ». Voici un exemple :



Session appartenant à [mon nom](#) [Fermer la session](#)

? Mots clés Recherche sur : ☐ un seul de ces mots clés ☒ tous ces mots clés ☒ ce thème et ses sous-thèmes ☐ l'ensemble de l'Agora [Lancer la recherche](#)

Agora > Logiciels > MCO > GENRSA

GENRSA

[Vous êtes référent pour ce thème](#)

Sous-thèmes : **Aucun**

[Enrichir la Base de Connaissance](#) | [Ajouter un sujet](#) | [S'abonner](#)

Base de connaissance

La base de connaissance de ce thème est vide

Sujets

Auteur	Discussion	Lancée le	Dernier message	Nbr de messages
------------------------	----------------------------	---------------------------	---------------------------------	---------------------------------

Une fois dans le thème(dans cet exemple c'est GENRSA), vous pouvez cliquer sur Ajouter un sujet

Voici l'écran de saisie qui apparaît ensuite :

The screenshot shows a Microsoft Internet Explorer browser window displaying the AGORA web application. The address bar shows the URL: https://applis.atih.sante.fr/agora/ago_ajout_sujet.do?action=prepare&id_theme=60. The page header includes the AGORA logo and a navigation bar with the text "Session appartenant à <mon_nom>" and a "Fermer la session" link. The main content area is titled "Saisie d'un nouveau sujet sur le thème : GENRSA". It features a text input field for "Titre du sujet", a checkbox labeled "Avertir les référents" which is checked, and a rich text editor with a toolbar containing icons for bold, italic, underline, text color, background color, bulleted list, numbered list, link, unlink, and insert image. The text editor contains the placeholder text "Ici le texte du sujet ...". The browser's status bar at the bottom indicates "Intranet local".

La saisie d'un nouveau sujet sur AGORA

Nous vous recommandons de renseigner au mieux le titre du sujet.

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 est **une application à usage local et n'est pas destinée à être utilisée en réseau.**

Systèmes d'exploitation supportés :

- Windows 2000 Service Pack 1.0 ou supérieur
- Windows ME
- Windows NT 4.0 avec Service Pack 6.0a ou supérieur
- Windows XP
- Windows 2003

Configuration matérielle : 32 Mo de RAM (mémoire vive) sont nécessaires à l'installation des logiciels « Suite logicielle POP-T2A »

Logiciels requis : Internet Explorer 5.01 (ou supérieur)

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-T2A 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** ».

Sauvegarde du fichier de RSS à la source du fichier de RSAc (ou de RSA), sécurisation des données et fonctionnement du contrôle externe

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

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

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

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

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

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

Si l'établissement venait à modifier un seul RSS de ce fichier sans transmettre un nouveau fichier de RSA alors la clé de sécurisation ne fonctionnerait plus, le fichier serait considéré comme corrompu et la levée de l'anonymisation serait bloquée dans LEDDE. L'établissement doit alors solliciter une dévalidation des données déjà validées et une reprise complète du processus de traitement des données (MAT2A, DATIM, Feuille d'extraction). De même si l'établissement venait à perdre le fichier de sauvegarde automatique généré par GENRSA sans pouvoir le restaurer (perte des données stockées, incendie, effacement accidentel et pas de sauvegarde...), la procédure de recherche de RSS et de levée de l'anonymat préparatoire au contrôle externe serait bloquée. Une pénalisation pourrait être appliquée à l'établissement pour incapacité à produire les documents nécessaires au contrôle.

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

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

- Voir le guide mise à niveau disponible à partir du menu Aide de GENRSA

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).

Formats de RSS groupé 116

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Groupage : version de la classification		2	1	2	O	N	Droite/Zéro	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	N	Droite/Zéro	
	N° GHM	4	5	8	O	A	NA/NA	
Filler		1	9	9	F	A	NA/NA	
N° de version du format de RSS		3	10	12	O	A	NA/NA	116
Groupage : code retour		3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS		9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM		3	25	27	O	N	NA/NA	016
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	A	Gauche/Espace	
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	A	Gauche/Espace	
N° de RUM		10	68	77	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance		8	78	85	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe		1	86	86	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale		4	87	90	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié		2	91	92	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	93	100	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	101	101	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		1	102	102	F	N	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale		8	103	110	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale		1	111	111	O	N	NA/NA	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)		1	112	112	F	N	NA/NA	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)		5	113	117	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)		4	118	121	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel		2	122	123	F	N	Droite/Zéro	
Date des dernières règles		8	124	131	F	N	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de séances		2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RUM		2	134	135	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM		2	136	137	O	N	Droite/Zéro	

Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM		3	138	140	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)		8	141	148	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)		8	149	156	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2		3	157	159	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS		1	160	160	F	N	NA/NA	cf. note 1
Type de machine en radiothérapie		1	161	161	F	N	NA/NA	cf. note 2
Type de dosimétrie		1	162	162	F	N	NA/NA	cf. note 3
Numéro d'innovation		15	163	177	F	A	Gauche/Espace	
Zone réservée		15	178	192	F	N	NA/Espace	
DA n° 1		8	193	200	F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	A	...	
DA n° nDA		8			F	A	Gauche/Espace	
DAD n° 1		8			F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	...		
DAD n° nDAD		8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
...		*26	
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	

Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	

[1] O : obligatoire F : facultatif (la variable peut être laissée à vide)

[2] A : alphanumérique (pas de distinction entre majuscules et minuscules), N : numérique

[3] NA signifie "non applicable"

"Note 1 : La fonction groupage suspecte parfois des anomalies de codage pour lesquelles le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé. Cette zone permet la confirmation. Elle doit être faite dans le dernier RUM. Ces anomalies portent soit sur une durée de séjour trop courte soit sur un accouchement classé en dehors de la CMD14."

Note 2 :

1 : machine dédiée de type "Tomographie" ou "Novalis" ou "Cyberknife" ou "Protonthérapie"

2 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle et d'un module de repositionnement du malade à distance

3 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle sans module de repositionnement du malade à distance

4 : machine non équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame ou de système d'enregistrement et de contrôle

Note 3 :

1 : dosimétrie de RCM

2 : tridimensionnelle avec HDV sur volume cible et organe à risque

3 : tridimensionnelle sans HDV sur volume cible et organe à risque

4 : autre type de dosimétrie

Format ANO-HOSP 2012

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	20	20
Code retour contrôle « date de naissance »	1	21	21
Code retour contrôle « sexe »	1	22	22
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	23	23
N° anonyme	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Code retour contrôle « code grand régime »	1	61	61
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	62	62
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	63	63
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	64	64
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	65	65
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	66	66
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	67	67
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	68	68
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	69	69
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	70	70
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	71	71
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes »)	1	72	72
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	73	73
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	74	74
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	75	75
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	76	76
Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »	1	77	77
Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	1	78	78
Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe »	1	79	79
Code retour contrôle « Date de l'hospitalisation »	1	80	80
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	81	81
Code grand régime	2	82	83
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	84	84
Code de prise en charge du forfait journalier	1	85	85
Nature d'assurance	2	86	87
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	88	89
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	90	90
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	91	91
Facturation du 18 euro	1	92	92
Nombre de venues de la facture	4	93	96
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	97	106
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	107	116
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	117	126
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	127	130
Montant base remboursement	10	131	140
Taux de remboursement	5	141	145

Patient bénéficiaire de la CMU	1	146	146
N° administratif de séjour de la mère	20	147	166
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	167	167
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	168	168
Date de l'hospitalisation	8	169	176
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	177	186

NOTE : les lignes de la forme « 68F69999XXXXXX... » correspondent à des VID-HOSP de longueur incorrecte

Format ANO-HOSP 2013

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	20	20
Code retour contrôle « date de naissance »	1	21	21
Code retour contrôle « sexe »	1	22	22
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	23	23
N° anonyme	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Code retour contrôle « code grand régime »	1	61	61
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	62	62
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	63	63
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	64	64
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	65	65
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	66	66
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	67	67
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	68	68
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	69	69
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	70	70
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	71	71
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	72	72
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	73	73
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	74	74
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	75	75
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	76	76
Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »	1	77	77
Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	1	78	78
Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe »	1	79	79
Code retour contrôle « Date de l'hospitalisation »	1	80	80
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	81	81
Code grand régime	2	82	83
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	84	84
Code de prise en charge du forfait journalier	1	85	85
Nature d'assurance	2	86	87
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	88	89
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	90	90
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	91	91
Facturation du 18 euro	1	92	92

Nombre de venues de la facture	4	93	96
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	97	106
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	107	116
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	117	126
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	127	130
Montant base remboursement	10	131	140
Taux de remboursement	5	141	145
Patient bénéficiaire de la CMU	1	146	146
N° administratif de séjour de la mère	20	147	166
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	167	167
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	168	168
Date de l'hospitalisation	8	169	176
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	177	186
Date de naissance du bénéficiaire	8	187	194
Sexe du bénéficiaire	1	195	195

Détail des codes retour (Communs aux 2 formats pour 2012 et 2013)

« N° immatriculation assuré »

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

« Date de naissance »

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

« Sexe »

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

« N° d'identification administratif de séjour »

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

« Code grand régime »

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

« Code justification d'exonération du ticket modérateur »

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

« Code de prise en charge du forfait journalier »

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

« Nature d'assurance »

0 : RAS

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

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

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

0 : RAS

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

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

« Séjour facturable à l'assurance maladie »

0 : RAS

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

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

« Facturation du 18 euro »

0 : RAS

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

« Nombre de venues de la facture »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du ticket modérateur »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du forfait journalier »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

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

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant lié à la majoration au parcours de soin »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant base remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **Taux de remboursement** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

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

0 : RAS

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

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

Code	Libellé
1	Patient en AME
2	Patient sous convention internationale
3	Patient payant
4	Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du CASF)
5	Patient hospitalisé dans un autre établissement
6	Acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier
9	Autres situations

« **Patient bénéficiaire de la CMU** »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (0 : Non | 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information)

« **N° administratif de séjour de la mère** »

0 ou 9 : RAS

1 : non renseigné alors que « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »=1

« **Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère** »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (1 pour oui laisser à vide sinon)

« **Hospitalisation pour prélèvement d'organe** »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (1 pour oui laisser à vide sinon)

« **Date de l'hospitalisation** »

0 : RAS

1 : format incorrect

2 : utilisation de la valeur manquante (8 fois le caractère « X »)

3 : non renseignée (8 caractères espace)

« **Montant total du séjour remboursable pour l'AMC** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

Note :

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

Format d'importation du fichier d'information des UM (utilisé par GENRSA)

Libellé	Taille	Position début	Position fin	Remarques
N° de l'unité médicale	4	1	4	Notation identique à celle du fichier RSS. A partir de M3 2013, consignes particulières pour les types 30 et 60 (cf. note ci-dessous)
N° FINESS Géographique	9	5	13	Obligatoire depuis 2012
Type d'autorisation	3	14	16	Cadré à gauche. La nomenclature utilisée sera diffusée ultérieurement. Exemple : pour réanimation hors pédiatrie : mettre « 01_ », où _ signifie « blanc ».
Date d'effet de l'autorisation	8	17	24	Format de date jjmmaaaa
Nombre de lits	3	25	27	3 caractères « espace » si pas d'autorisation, sinon au format « 000 » (par exemple pour un chiffre 2, écrire « 002 »)
Mode d'hospitalisation	1	28	28	=C : HC =P : HP =M : Mixte

Note importante : « N° de l'unité médicale »

A partir de M3 2013, pour les établissements bénéficiant d'une **autorisation 30** (« **Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires** ») ou **60** (« **Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée** »), il faudra créer dans le fichier « IUM », une unité fictive portant le n° « \$\$\$\$ » (4 fois le symbole dollar). Les consignes de remplissage des autres variables demeurent identiques. Lorsque l'établissement bénéficie des 2 autorisations (30 et 60), il faudra produire 2 lignes avec le n° « \$\$\$\$ » : une première ligne avec le type 30 et une seconde avec le type 60.

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

- 01 : Réanimation hors pédiatrie
- 02 : Soins intensifs hors unité neurovasculaire
- 03 : Surveillance continue hors pédiatrie
- 04 : Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)
- 05 : Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B)
- 06 : Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3)
- 07 : Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- 08 : Soins Palliatifs
- 11 : Anesthésie ou chirurgie ambulatoire
- 12 : Hospitalisation à temps partiel de jour hors unité gériatrique, ou de nuit
- 13 : Réanimation pédiatrique
- 14 : Surveillance continue pédiatrique
- 15 : Clinique ouverte
- 16 : Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air
- 17 : Unité neurovasculaire hors soins intensifs
- 18 : Soins intensifs en unité neurovasculaire
- 19 : Unité d'addictologie de recours et de référence
- 21 : Centre d'hémodialyse pour adulte
- 22 : Centre d'hémodialyse pour enfant

- 23 : Unité d'hémodialyse médicalisée
- 24 : Unité de court séjour gériatrique hors hospitalisation de jour
- 25 : Hospitalisation de jour gériatrique
- 26 : Unité hospitalière sécurisée interrégionale, UHSI
- 30 : Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires
- 60 : Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée
- 61 : Unité de prise en charge de la douleur chronique
- 2 caractères « espace » : Pas d'autorisation

Format 2008 du fichier HOSP-PMSI

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

Formats des fichiers complémentaires

Format générique pour tous les types de prestations recueillis par FICHCOMP
(Excepté le format des fichiers de médicaments, type 06,09,10)

Libellé	Début	Fin	Taille
N° FINESS	1	9	9
Type de prestation	10	11	2
N° Identifiant de séjour	12	31	20
N° de RUM	32	41	10
Date de début (JJMMAAAA)	42	49	8
Date de fin (JJMMAAAA)	50	57	8
Code	58	72	15
Nombre	73	82	10
Montant payé	83	92	10

Particularités de codage en fonction du type de prestation

	DMI (LPP)	Prélèvements d'organes	Prestations inter établissements	Dialyse Péritonéale (suppléments DIP)	Enquêtes	PIP	ORP
Type de prestation	02	03	04	07	99	51	52
N° Identifiant de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° RSS	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour
N° de RUM	NA	NA	NA	NA	N° RUM	NA	NA
Date de début	Date de pose	Date de réalisation du prélèvement d'organe	Date de début de la prestation	Date de début de séjour	NA	NA	NA
Date de fin	NA	NA	Date de fin de la prestation	Date de fin de séjour	NA	NA	NA
Code	Code LPP	PO1-PO2-PO3-PO4-PO5-PO6-PO7-PO8-PO9-POA	Prestation REA, SRA, SSC, SRC, STF, NN1, NN2, NN3	DIP	Code CIM 10	PIP	Code issu de la nomenclature "ORPHA"
Nombre	Nombre posé (10+0)	Egal à 1	Nombre de suppléments payés (10+0)	Nombre de suppléments DIP	NA	NA	NA
Montant	Prix d'achat par le nombre posé (7+3)	NA	NA	NA	NA	NA	NA

NA : Non Appliqué. Cette information n'est pas utilisée

Format spécifique pour les fichiers des médicaments hors ATU (type 06), sous ATU (type 09) ou thrombolytique (type 10):

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N°FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	Hors ATU : 06 Sous ATU : 09 Thrombolytique : 10
N°Administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	10	55	64	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	10	65	74	7+3
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Filler	30	76	105	Réservé à un usage futur

Format de RSA groupé en CCAM (220)

Libellé		Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS e-PMSI		9	1	9	
Numéro de version du format du RSA		3	10	12	220
N° d'index du RSA		10	13	22	
Numéro de version du format du "RSS-groupé"		3	23	25	
Numéro séquentiel de tarifs		3	26	28	
Groupage lu :Version de la classification		2	29	30	
Groupage lu : GHM	CMD	2	31	32	
	Type	1	33	33	
	Numéro	2	34	35	
	Complexité	1	36	36	
Groupage lu : code-retour		3	37	39	
Groupage GENRSA :Version de la classification		2	40	41	
Groupage GENRSA : GHM	CMD	2	42	43	
	Type	1	44	44	
	Numéro	2	45	46	
	Complexité	1	47	47	
Groupage GENRSA : code-retour		3	48	50	
Nombre de RUM composant le RSS d'origine (NbRUM)		2	51	52	
Age en années		3	53	55	
Age en jours		3	56	58	
Sexe		1	59	59	
Mode d'entrée dans le champ du PMSI-MCO		1	60	60	
Provenance		1	61	61	
Mois de sortie		2	62	63	
Année de sortie		4	64	67	
Mode de sortie du champ PMSI-MCO		1	68	68	
Destination		1	69	69	
Type de séjour		1	70	70	
Durée totale du séjour dans le champ du PMSI		4	71	74	
Code géographique de résidence		5	75	79	
Poids d'entrée (en grammes)		4	80	83	

Age gestationnel	2	84	85	
Délai de la date des dernières règles par rapport à la date d'entrée	3	86	88	
Nombre de séances	2	89	90	
Numéro de GHS (du GHM GENRSA)	4	91	94	
Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute	4	95	98	
Type de séjour inférieur à la borne extrême basse	1	99	99	
Nb journées EXB	3	100	102	
Filler	4	103	106	
Top UHCD	1	107	107	
Confirmation du codage du séjour	1	108	108	
Nombre d'autorisations d'unités médicales à portée globale valides (Nb_AutPGV)	1	109	109	
Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances	3	110	112	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances	3	113	115	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances	3	116	118	
Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances	3	119	121	
Nombre d'actes menant dans le GHS 9615	3	122	124	9615(aphérèse sanguine)
Nombre de suppléments radiothérapie pédiatrique	3	125	127	
Nombre de suppléments antepartum	3	128	130	
Nombre de zones de suppléments de radiothérapie (Nb_Rdth)	1	131	131	
Top valves aortiques percutanées	1	132	132	1 si date sortie >=15/08/2012 + type autorisation UM 60 + acte pose, blanc sinon
Filler	21	133	153	
Nombre de suppléments caisson hyperbare	3	154	156	
Type de prestation de prélèvement d'organe	1	157	157	1, 2 ou 3
Nombre de suppléments pour REA (réanimation)	3	158	160	
Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation	3	161	163	
Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs)	3	164	166	
Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue)	3	167	169	
Nombre de suppléments NN1	3	170	172	
Nombre de suppléments NN2	3	173	175	
Nombre de suppléments NN3	3	176	178	
Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique)	3	179	181	

Passage dans un lit dédié de soins palliatifs	1	182	182	
Type de machine en radiothérapie	1	183	183	
Type de dosimétrie	1	184	184	
Numéro d'innovation	15	185	199	
Nombre de faisceaux	1	200	200	
N° séquentiel du RUM ayant fourni le DP	2	201	202	
Diagnostic principal (DP)	6	203	208	
Diagnostic relié (DR)	6	209	214	
Nombre de diagnostics associés dans ce RSA	4	215	218	
Nombre de zones d'actes dans ce RSA	5	219	223	
Type d'autorisation à portée globale valide n° 1	2	224	225	
...	...			
Type d'autorisation à portée globale valide n° Nb_AutPGV	2			
Zone de suppléments de radiothérapie n° 1	Code du supplément (n° GHS)	4		
	Nombre de suppléments	3		
...
Zone de suppléments de radiothérapie n° Nb_Rdth	Code du supplément (n° GHS)	4		
	Nombre de suppléments	3		
Informations RUM n°1	N° séquentiel de RUM	2		
	Filler	3		
	Numéro FINESS géographique	9		
	DP	6		
	DR	6		
	IGS2	3		
	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_1)	2		
	Nombre de zones d'actes du RUM (Nb_Act_R_1)	3		
	Durée séjour partielle	4		
	Premier type d'autorisation d'UM	4		
	Nature du supplément pour le premier type	2		
	Nombre de supplément pour le premier type	4		

	Deuxième type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le deuxième type	2			
	Nombre de supplément pour le deuxième type	4			
...
Informations RUM n° NbRUM	N° séquentiel de RUM	2			
	Filler	3			
	Numéro FINESS géographique	9			
	DP	6			
	DR	6			
	IGS2	3			
	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_NbRUM)	2			
	Nombre de zones d'actes du RUM (Nb_Act_R_NbRUM)	3			
	Durée séjour partielle	4			
	Premier type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le premier type	2			
	Nombre de supplément pour le premier type	4			
	Deuxième type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le deuxième type	2			
	Nombre de supplément pour le deuxième type	4			
DA n° 1 du RUM n° 1		6			
...	
DA n° Nb_DA_R_1 du RUM n° 1		6			
...	
DA n° 1 du RUM n° NbRUM		6			
...	
DA n° Nb_DA_R_NbRUM du RUM n° NbRUM		6			
Zone acte n° 1 du RUM n° 1	Délai depuis la date d'entrée	3		-	

	Code CCAM	7		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM	1			1 : oui, 2 : non
...
Zone acte n° Nb_Act_R_1 du RUM n° 1	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM	1			1 : oui, 2 : non
...
Zone acte n° 1 du RUM n° NbRUM	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			

	Nombre de réalisations de l'acte	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM	1			1 : oui, 2 : non
...
Zone acte n° Nb_Act_R_NbRUM du RUM n° NbRUM	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM	1			1 : oui, 2 : non

Fichier de chaînage (ANO)

Avec renseignement des variables de suppression de taux de conversion :

Format avant intégration dans e-PMSI

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° format	3	10	12	
N° format VID-HOSP	3	13	15	
Mois de sortie	2	16	17	
Année de sortie	4	18	21	
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	22	22	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	23	23	
Code retour contrôle « sexe »	1	24	24	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	25	25	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	26	26	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	27	27	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	1	28	28	
Code retour contrôle « Cohérence date naissance »	1	29	29	Cohérence entre les informations RSS et VID-HOSP/RSF-A
Code retour contrôle « Cohérence sexe »	1	30	30	Cohérence entre les informations RSS et VID-HOSP/RSF-A
N° anonyme	17	31	47	
N° de séjour	5	48	52	
N° séquentiel dans fichier PMSI	10	53	62	
Date d'entrée	8	63	70	(*)
Date de sortie	8	71	78	(*)
Code retour contrôle « code grand régime »	1	79	79	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	80	80	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	81	81	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	82	82	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	83	83	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	84	84	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	85	85	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	86	86	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	87	87	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	88	88	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	89	89	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	90	90	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	91	91	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	92	92	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	93	93	
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	94	94	
Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »	1	95	95	
Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	1	96	96	
Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe »	1	97	97	
Code retour contrôle « Date de l'hospitalisation »	1	98	98	
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	99	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	
N° anonyme mère-enfant	32	165	196	Éventuellement vide
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	197	197	
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	198	198	
Identifiant anonyme d'hospitalisation	8	199	206	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	207	216	8+2 : montant en centimes d'euro

(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations

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

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

Détail des codes retour :

« n° de sécurité sociale »
cf. format ANO-HOSP.

« date de naissance »
cf. format ANO-HOSP.

« sexe »

cf. format ANO-HOSP.

« n° d'identification administratif de séjour »

cf. format ANO-HOSP.

« 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

3 : présence d'une erreur (A20 OU A20B) ET 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 grand régime »

cf. format ANO-HOSP.

« code justification d'exonération du ticket modérateur »

cf. format ANO-HOSP.

« code de prise en charge du forfait journalier »

cf. format ANO-HOSP.

« Nature d'assurance »

cf. format ANO-HOSP.

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

cf. format ANO-HOSP.

« Séjour facturable à l'assurance maladie »

cf. format ANO-HOSP.

« Facturation du 18 euros »

cf. format ANO-HOSP.

« Nombre de venues »

cf. format ANO-HOSP.

« montant à facturer au titre du ticket modérateur »

cf. format ANO-HOSP.

« montant à facturer au titre du forfait journalier »

cf. format ANO-HOSP.

« montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »

cf. format ANO-HOSP.

« montant lié à la majoration au parcours de soin »

cf. format ANO-HOSP.

« montant base remboursement »

cf. format ANO-HOSP.

«taux de remboursement»

cf. format ANO-HOSP.

Fichiers LEG et STA

Fichier LEG

Liste d'erreurs de groupage
FINESS
Mois période
Année période
N° d'index du RSA
Nb d'erreurs Nberr
CR 1
...
CR Nberr
Fichier avec séparateur " ; "

LES ERREURS DANS CE FICHIER LEG SONT DE PLUSIEURS TYPE :

1. **ERREUR DE GROUPEMENT** : l'erreur de groupage commence par la lettre G et un nombre composé de 3 chiffres, (exemple : G002, INCOMPATIBILITE SEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL)
2. **ERREUR DE CONTRÔLE** : l'erreur de contrôle commence par la lettre C et un nombre composé de 3 chiffres.
3. **ERREUR D'IMPLEMENTATION** : l'erreur d'implémentation est moins fréquente et il commence par la lettre I suivie par un nombre composé de 3 chiffres.
4. **ERREUR DANS UN ENREGISTREMENT FICHCOMP PIP** (prothèses PIP): l'erreur commence par les 2 lettres **PI** et un nombre composé de 2 chiffres (exemple : PI01, un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même administratif local de séjour)
5. **ERREUR DANS UN ENREGISTREMENT FICHCOMP PORG** (prélèvements d'organes): l'erreur commence par les 2 lettres **PG** et un nombre composé de 2 chiffres (exemple : PG01, Un même code PO (prélèvement d'organe) est déclaré plusieurs fois pour un même administratif local de séjour)

Liste détaillée des erreurs

C010	RSS MULTIUNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT
C011	NUMÉRO DE RSS ABSENT
C013	DATE DE NAISSANCE ABSENTE
C014	DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
C015	DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
C016	CODE SEXE ABSENT
C017	CODE SEXE ERRONÉ
C019	DATE D'ENTRÉE ABSENTE
C020	DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
C021	DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
C023	RSS MULTIUNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
C024	MODE D'ENTRÉE ABSENT
C025	MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
C026	MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
C027	RSS MULTIUNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE
C028	DATE DE SORTIE ABSENTE
C029	DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
C030	DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
C032	RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE DATE D'ENTRÉE
C033	MODE DE SORTIE ABSENT
C034	MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
C035	MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
C036	NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE

C037	RSS MULTIUNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
C039	DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE
C040	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
C041	CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C042	CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C043	CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CCAM
C045	RSS MULTIUNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
C046	RSS MULTIUNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
C049	RSS MULTIUNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER
C050	DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION INTERÉTABLISSEMENT
C051	CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C052	NOMBRE DE RÉALISATIONS D'ACTES NON NUMÉRIQUE, OU ERRONÉ
C053	PROVENANCE ABSENTE
C054	DESTINATION ABSENTE
C055	NOMBRE DE DA OU DE DAD ABSENT
C056	NOMBRE DE DA OU DE DAD NON NUMÉRIQUE
C057	NOMBRE DE ZONES D'ACTES ABSENT
C058	NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE
C059	FORMAT DE RUM INCONNU
C062	UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE
C064	DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE
C065	DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE
C066	NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMLABLE
C067	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
C068	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
C070	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
C071	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
C076	NUMÉRO FINESS DE FORMAT INCORRECT
C077	DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE
C073	ACTE N'AYANT JAMAIS EXISTE DANS LA CCAM
C078	DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM
C079	DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM
C080	CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ
C081	CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE
C082	POIDS D'ENTREE NON NUMÉRIQUE
C083	ZONE RÉSERVÉE NON VIDE
C084	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMLABLE CAR RARE
C085	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
C086	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
C087	DIAGNOSTIC PRINCIPAL IMPRECIS
C088	CODES Z A ÉVITER EN DP CAR N'EST HABITUELLEMENT PAS UN MOTIF D'HOSPITALISATION
C090	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMLABLE CAR RARE
C091	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
C092	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
C093	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ IMPRECIS
C094	DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
C095	DIAGNOSTIC RELIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
C096	DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMLABLE CAR RARE
C097	DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
C098	DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
C099	DIAGNOSTIC RELÉ IMPRÉCIS
C100	TYPE D'AUTORISATION D'UNITE MEDICALE NON ACCEPTEE

C101	TYPE D'AUTORISATION DE LIT DEDIE NON ACCEPTE
C102	DATE DE REALISATION DE L'ACTE CCAM INCOHERENTE
C103	CODE D'ACTIVITE D'UN ACTE CCAM NON RENSEIGNEE OU VALEUR ERRONEE
C110	ACTIVITE 4 INEXISTANTE POUR UN ACTE CCAM
C111	CODE D'ACTIVITE AUTRE QUE 4 INEXISTANT POUR UN ACTE CCAM
C112	GESTE COMPLEMENTAIRE SANS ACTE PRINCIPAL
C113	CODE INTERDIT EN DP CAR TRES IMPRECIS
C114	CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)
C115	CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
C116	CODE INTERDIT EN DR CAR TRES IMPRECIS
C117	CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)
C118	CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
C119	CODE INTERDIT EN DA PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
C120	CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE MAIS ABSENTE
C121	CODE DE CONFIRMATION DU RSS INCORRECT
C122	CODE DE TYPE DE MACHINE DE RADIOTHÉRAPIE INCORRECT
C123	CODE DE DOSIMÉTRIE INCORRECT
C124	CONFIRMATION DU RSS NON NECESSAIRE ET PRESENTE
C125	AGE GESTATIONNEL NON NUMERIQUE
C126	AGE GESTATIONNEL REQUIS ABSENT
C127	AGE GESTATIONNEL INCOHERENT
C128	POIDS D'ENTREE SUR UN OU DEUX CARACTERES NON AUTORISE
C129	AGE GESTATIONNEL INCOHERENT PAR RAPPORT AU POIDS D'ENTREE
C130	DP EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
C131	DR EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
C132	DA EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE (Note : Pour les contrôles C130 à C132, si l'âge est <=10 ans, alors l'erreur sera générée.)
C133	DP EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
C134	DR EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
C135	DA EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE (Note : Pour les contrôles C133 à C135, si l'âge est >=2 ans, alors l'erreur sera générée.)
C142	DATE DE REALISATION DE L'ACTE D'ACCOUCHEMENT NON RENSEIGNEE OU INCOHERENTE
C143	MODE DE SORTIE INCOHERENT PAR RAPPORT AU DP
C145	NOMBRE DE SEANCES A ZERO AVEC DP MOTIF DE SEANCES
C146	NOMBRE DE SEANCES INCOHERENT PAR RAPPORT A LA DUREE DE SEJOUR
C147	DONNEES INCOMPATIBLES AVEC LE DP P95
C148	ACTE INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
C149	ACTE INCOMPATIBLE AVEC L' AGE INDIQUÉ
C150	DP DE SEANCES NON AUTORISE DANS UN RSS MULTIUNITÉ
C160	DATE DES DERNIERES REGLES NON NUMERIQUE
C161	DATE DES DERNIERES REGLES INCOHERENTE
C162	DATE DES DERNIERES REGLES REQUISE ABSENTE
C163	DATE DES DERNIERES REGLES INCONSTANTE
C164	DATE DES DERNIERES REGLES INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
C165	DATE DES DERNIERES REGLES POSTERIEURE A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR
C166	DATE DES DERNIERES REGLES TROP ANCIENNE PAR RAPPORT A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR
C167	ACTIVITE 1 OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE
C168	POIDS D'ENTREE REQUIS PAR RAPPORT A L'AGE
C169	IGS NON NUMÉRIQUE

C170	EXTENSION DOCUMENTAIRE OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE (Note : En 2013, seule l'extension documentaire des actes CCAM d'anesthésie (type d'activité = '4') est obligatoire)
C173	EXTENSION DOCUMENTAIRE D'UN ACTE CCAM ERRONEE
C174	AGE GESTATIONNEL INCOHÉRENT PAR RAPPORT À LA PRÉSENCE D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT
C223	CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE
G002	INCOMPATIBILITE SEXE DIAGNOSTIC PRINCIPAL
G003	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT
G004	TABLES ENDOMMAGÉES OU ERREUR DANS LE PARCOURS DE L'ARBRE
G005	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM
G006	NOMBRE DE SEANCES STRICTEMENT SUPERIEUR A ZERO ET DP N'EST PAS UN MOTIF DE SEANCES
G007	POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ
G080	SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
G200	ERREUR TABLES : ACTE NON TROUVÉ
G201	ERREUR TABLES : DIAGNOSTIC NON AFFECTÉ À UNE RACINE MÉDICALE
G202	ERREUR TABLES : AUTRE
G203	DIALYSE PÉRITONÉALE AVEC UNE DURÉE DE SÉJOUR DE 0 JOUR
G204	DP D'ACCOUCHEMENT HORS D'UN ÉTABLISSEMENT INCOMPATIBLE AVEC MENTION D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT
G205	DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT SANS ACTE D'ACCOUCHEMENT
G206	ACTE D'ACCOUCHEMENT SANS DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT
G207	ACTE D'AVORTEMENT SANS DIAGNOSTIC EN RAPPORT
G208	DIAGNOSTIC D'ENTRÉE D'ANTE PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT LE POST PARTUM
G209	DIAGNOSTIC D'ENTRÉE DU POST PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT L'ANTE PARTUM
G210	AUCUN DES DIAGNOSTICS NE PERMET DE GROUPE
G211	DP DE LA PÉRIODE PÉRINATALE, INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE OU LE MODE D'ENTRÉE
G212	DP DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION AVEC UN NOMBRE DE SÉANCE À 0
G213	INCOMPATIBILITÉ POIDS À L'ENTRÉE DANS L'UNITÉ MÉDICALE ET ÂGE GESTATIONNEL
G214	MANQUE ACTE DE DIALYSE OU EXTENSIONS DES CODES DIAGNOSTICS
G215	MANQUE ACTE DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION
G216	MANQUE ACTE D'IRRADIATION
G222	SÉJOUR AVEC ACTE OPÉRATOIRE NON MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
I004	TABLES ENDOMMAGÉES
I008	CORRUPTION D'UNE TABLE
I009	TABLE INTROUVABLE
I500	FICHER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES NON TROUVÉ
I501	FICHER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES CORROMPU
I502	DATE DE SORTIE DU RSS NON GÉRÉE PAR LES TABLES BINAIRES
PI01	Un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour
PG01	Un même code PO (prélèvement d'organe) est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour
PG02	Un code PO de la liste PO1, PO2, PO3, PO4 n'est pas associé à un code PO de la liste PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA
PG03	Un code PO de la liste PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA n'est pas associé à un code PO de la liste PO1, PO2, PO3, PO4
PG04	Un code PO de la liste PO1, PO2, PO3 est déclaré alors que la fonction groupage n'en trouve pas.
PG05	Pas de PO déclaré alors que la fonction groupage en trouve
PI01	Un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour

Fichier STA**Format de fichier de signatures applicable à compter du 1er janvier 2009**

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

Formats des fichiers de sortie suivi par patient supplémentaires

(*.med, *.medatu, *.medthrombo, *.enq, *.dmip, *.porg,
*.pie, *.diap, *.ium, *.pip, *.orp)

Médicament (*.med)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	06
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Nombre de séjours impliqués	6	28	33	
Code UCD	9	34	42	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	43	52	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	53	62	7+3
Mois de la date d'administration	2	63	64	
Année de la date d'administration	4	65	68	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	69	72	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	73	73	
Filler	30	74	103	

DMI (*.dmip)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	02
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code LPP	9	28	36	
Nombre posé	10	37	46	
Prix d'achat multiplié par le nombre posé	10	47	56	7+3
Mois de la date de pose	2	57	58	
Année de la date de pose	4	59	62	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de pose	4	63	66	

Prélèvements d'organes (*.porg)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	03
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code PO	3	28	30	PO1, PO2, PO3, PO4, PO5, PO6, PO9
Mois de la date de réalisation du prélèvement d'organe	2	31	32	
Année de la date de réalisation du prélèvement d'organe	4	33	36	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de réalisation du prélèvement d'organe	4	37	40	

Prestations interétablissements (*.pie)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	04
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code Prestation	9	28	36	
Mois de la date de début de la prestation	2	37	38	
Année de la date de début de la prestation	4	39	42	
Nombre de suppléments payés	10	43	52	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de début de la prestation	4	53	56	
Durée de la prestation	4	57	60	

Enquêtes (*.eng)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	99
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
N° séquentiel du RUM	2	28	29	
Code diagnostic (CIM-10)	6	30	35	

Forfaits de dialyses péritonéales (*.diap)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	05
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code Prestation	3	28	30	
Nombre de semaine facturées	10	31	40	

Médicament avec ATU (*.medatu)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	09
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Nombre de séjours impliqués	6	28	33	
Code UCD	9	34	42	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	43	52	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	53	62	7+3
Mois de la date d'administration	2	63	64	
Année de la date d'administration	4	65	68	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	69	72	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	73	73	
Filler	30	74	103	

Médicament thrombolytique (*.medthrombo)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	10
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Nombre de séjours impliqués	6	28	33	
Code UCD	9	34	42	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	43	52	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	53	62	7+3
Mois de la date d'administration	2	63	64	
Année de la date d'administration	4	65	68	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	69	72	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	73	73	
Filler	30	74	103	

Prothèses PIP (*.pip)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	51
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code	3	28	30	PIP

Maladies rares (*.orp) (introduit en M12 2012)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	52
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code ORPHA	15	28	42	Cadré à gauche

UM (*.ium)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° format	2	10	11	90
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° FINESS géographique	9	18	26	
N° UM	4	27	30	
Type d'autorisation	4	31	34	
Date de début d'effet	8	35	42	
Nombre de lits	3	43	45	

Séjours non valorisés

Une description détaillée de la sélection des séjours non valorisés sera fournie ultérieurement sur la page de téléchargement du logiciel GENRSA

Problèmes connus

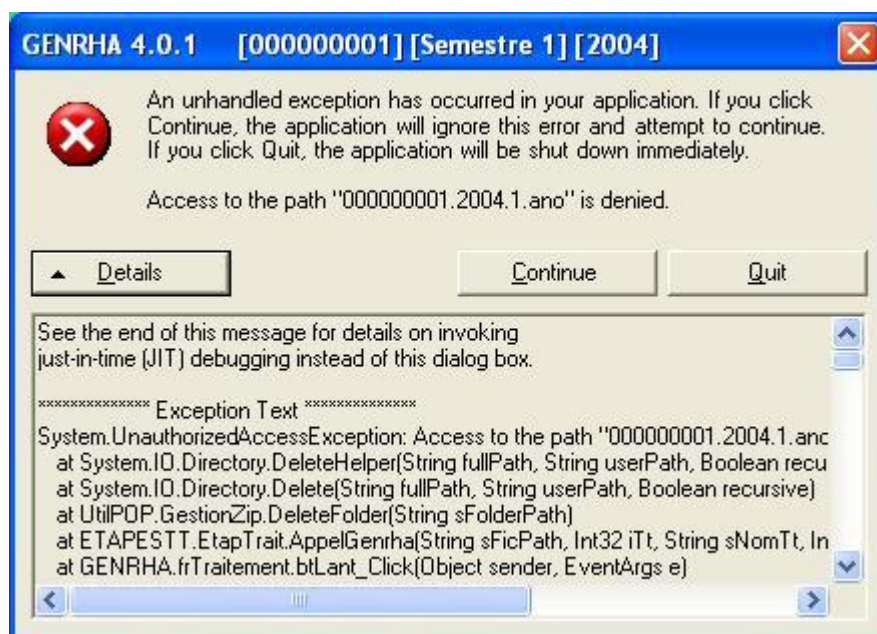
Les deux premiers sont les mêmes que ceux observés avec le logiciel d'anonymisation en soins de suite (GENRHA). Nous utiliserons ce logiciel pour illustrer les erreurs :

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

« An unhandled exception has occurred in your application »

Droits insuffisants sur les dossiers d'installation

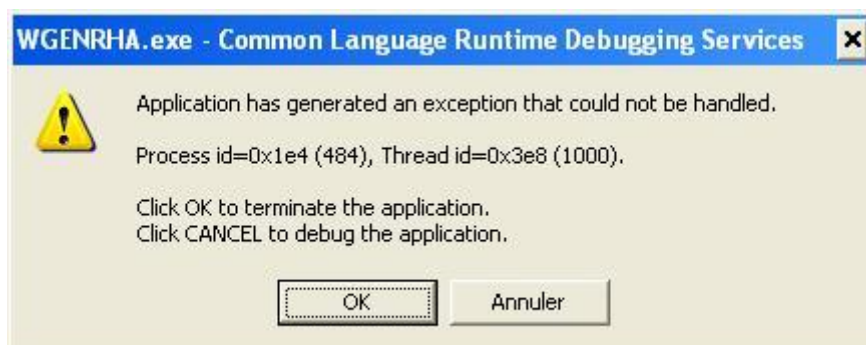
Sous les systèmes d'exploitation XP, 2000 et NT4 :



Lorsque vous obtenez l'un des messages d'erreurs précédents, vérifiez que les utilisateurs possèdent les droits suffisants pour l'utilisation du logiciel GENRSA :

- droits [contrôle total] pour le dossier d'installation de GENRSA (demander ces informations au service informatique de votre établissement).

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



i) Problème d'enregistrement dans la base de registre

Sous tous les systèmes d'exploitation :

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

Pour résoudre le problème, il faut procéder ainsi :

- les utilisateurs sous les systèmes d'exploitation XP, 2000 et NT4 doivent se connecter sous un compte « Administrateur de la machine locale » (demander ces informations au service informatique de votre établissement).
- pour enregistrer « xceedzip.dll » : dans le menu {démarrer| Exécuter}, tapez la commande suivante : `regsvr32 c:\windows\system32\xceedzip.dll`, cliquez sur le bouton [OK] et vérifiez si l'enregistrement s'est bien effectué.
- pour enregistrer « sortolx.ocx » : dans le menu {démarrer| Exécuter}, tapez la commande suivante : `regsvr32 c:\windows\system32\sortolx.ocx`, cliquez sur le bouton [OK] et vérifiez si l'enregistrement s'est bien effectué.

Remarque :

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

ii) Problème d'environnement de la machine

Principalement sous le système d'exploitation XP:

Si les manipulations précédentes ne résolvent pas le problème, il s'agit peut-être d'un problème d'environnement que l'application ne reconnaît pas.

Pour résoudre le problème, il faut procéder ainsi :

- les utilisateurs sous les systèmes d'exploitation XP, 2000 et NT4 doivent se connecter sous un compte « Administrateur de la machine locale »

- (demander ces informations au service informatique de votre établissement)
- Aller ensuite dans le menu {démarrer, Panneau de configuration, Ajout/Suppression de programmes}
 - Désinstaller le composant « Microsoft .NET Framework 1.1 »
 - Mettre le cédérom « Suite logicielle POP-T2A » d'avril 2004 dans le lecteur de cédérom
 - Aller au niveau de « [Lecteur CD]:\install\agraf » et double-cliquez sur le fichier *1036dotnetfx.exe*. Celui-ci s'exécutera, il vous faudra alors accepter la licence et suivre les indications par défaut.
 - Redémarrer votre ordinateur.

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

Désormais, les applications gèrent leur version, cela évite que les établissements bloquent lors de la transmission sur la plate-forme e-PMSI. Ce message s'affiche si la mise à jour s'est mal appliquée (un ou plusieurs fichiers ne sont pas modifiés). Fermez alors l'application et réappliquez la mise à jour.

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

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

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

Vous pouvez trouver des versions compatibles avec l'application à l'adresse suivante sous les noms respectifs de « *mdac_typ.exe* » et « *Jet40SP7_9xNT.exe* » : http://download.atih.sante.fr/afficher.php?id_lot=81.

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

« Problème de CRC dans ANO-HOSP : avez-vous utilisé la bonne version de MAGIC ? »

Le fichier ANO-HOSP fourni au logiciel GENRSA n'a pas été généré par le logiciel MAGIC, le fichier ANO-HOSP a été modifié ou le fichier fourni n'est pas un fichier ANO-HOSP.