



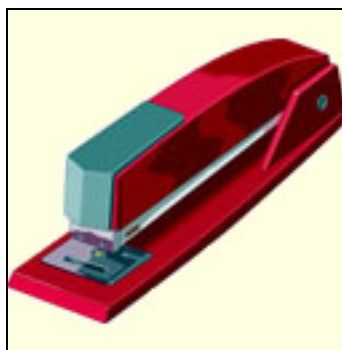
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
SIRET n° 180 092 298 00017 – code APE : 751A

65, boulevard Marius Vivier Merle
69482 LYON CEDEX 03

Téléphone : 04 37 91 33 20
Télécopie : 04 37 91 33 21

Support technique :

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



Manuel d'utilisation d'AGRAF 4.5.0

Sommaire

1	PRESENTATION GENERALE	4
2	FONCTIONNALITES	5
2.1	PERIODE DE TRAITEMENT	5
2.2	GESTION DES UNITES MEDICALES	5
	• <i>Mettre à jour</i>	7
	• <i>Ajouter</i>	7
	• <i>Supprimer</i>	7
	• <i>Analyse du fichier</i>	7
	• <i>Annuler</i>	7
	• <i>Validation</i>	7
2.3	MENU	8
	• <i>Visualisation</i>	8
	• <i>Aide</i>	9
2.4	EXPORT	9
2.5	SORTIR DE L'APPLICATION	10
2.6	SAUVEGARDE	10
3	TRANSMISSION ET TRAITEMENT DES DONNEES SUR E-PMSI : MODE D'EMPLOI	12
3.1	AGRAF	12
3.2	E-POP	13
3.3	E-PMSI	14
3.4	AMELIORATIONS ET PERFORMANCE	14
	ANNEXES	16
	PROBLEMES CONNUS	17
	FORMAT D'IMPORTATION DU FICHIER D'INFORMATION DES UM	21
	FORMAT DE RSS GROUPE 113	22
	FORMAT DES RSF	24
	FORMAT DE RSA 215	33
	PRECISIONS SUR QUELQUES VARIABLES DU RSA	36
	FICHIER DE RSFA (*.RSFA)	38
	FICHIER DE SORTIE ANO	42
	FORMATS DES FICHIERS SUPPLEMENTAIRES (EN SORTIE D'AGRAF)	47
	RAPPORTS	48
	ERREURS DE CONTROLE DE FACTURES	51

En cas de problème :

Les questions concernant AGRAF pourront être adressés par courrier électronique à support@atih.sante.fr en précisant « AGRAF » 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

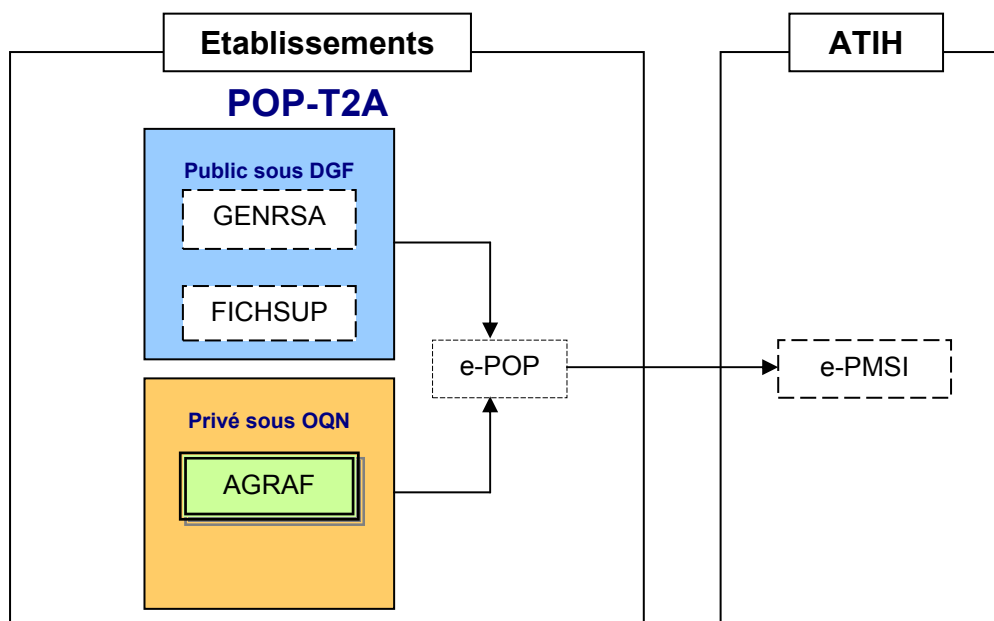
Le logiciel AGRAF permet l'anonymisation et le chaînage des fichiers de RSS groupés et des RSF. Il génère le fichier « ANO-RSA-RSFA » qui devra être fourni au logiciel e-POP afin d'être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI ou via les supports disquette ou CD-ROM aux ARH pour les établissements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

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

ATTENTION :

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

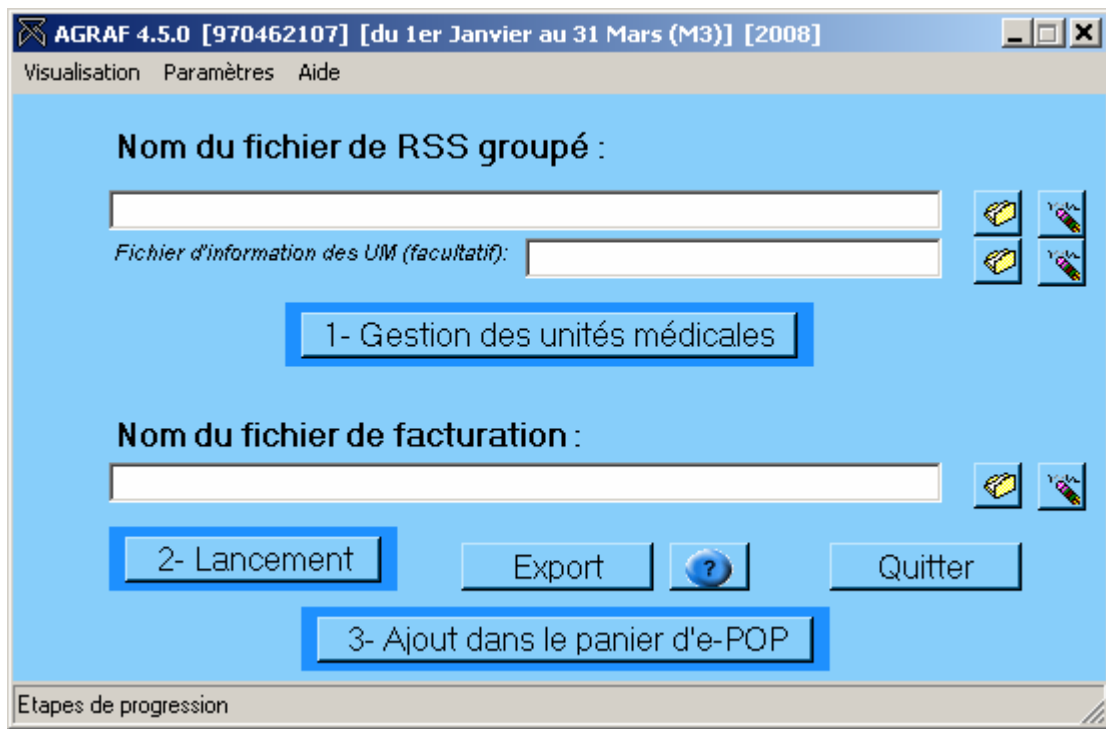
Le schéma, ci-dessous, montre la place occupée par AGRAF dans la **Panoplie d'Outils du PMSI** utilisés dans le cadre de la **Tarification A l'Activité (POP-T2A)**.



2 Fonctionnalités

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

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



2.1 Période de traitement

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

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

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

2.2 Gestion des unités médicales

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

- Saisie de l'information par l'utilisateur :

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

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

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

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

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

IMPORTANT :

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

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

UM	Type d'autorisation	Date de début d'effet d'autorisation
----	---------------------	--------------------------------------

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

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

- Mettre à jour

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

- Ajouter

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

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

- Supprimer

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

- Analyse du fichier

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

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

NOTE : Ce fichier est uniquement imprimable

- Annuler

Permet d'annuler la saisie des informations courantes.

- Validation

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

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

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

NOTE : Ce fichier est uniquement imprimable

2.3 Menu

- Visualisation

IMPORTANT : Une refonte des rapports a été effectuée.

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

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

Les fichiers de compte-rendus ont changés:

Rapport général
Doublons sur N° de séjour
Différence de groupage
Erreurs des contrôles sur factures
Erreur sur factures
Erreur de couplage
Détails des séjours non pris en compte dans la valorisation

- **« Rapport général »** : ce rapport est le regroupement de tous les rapports, excepté les lignes erreurs que vous trouverez ci-après. Désormais, ce fichier est sous forme d'un fichier HTML visualisable sous Internet Explorer (vous pourrez voir un exemple en annexe).
- **« Doublons sur les N° de séjours »** : ce rapport répertorie les séjours (N° de séjour et N° administratif associé) qui ont été retrouvés en doublons. Ces doublons faussent la restitution des séjours non valorisés. De plus, ce type d'erreur peut provoquer des problèmes lors de contrôles régionaux futurs.
- **« Différence de groupage »** : ce rapport répertorie les différences de groupage entre le groupage obtenu par votre groupeur et celui déterminé par le logiciel AGRAF. Le résultat obtenu par ce dernier constitue la référence officielle.
- **« Erreurs des contrôles sur factures »** : Il répertorie tous les enregistrements en erreurs, quelque soient le type de RSF.
- **« Erreur sur factures »** : ce rapport fournit toutes les erreurs répertoriées au niveau du fichier de facture. La liste des erreurs signalées dans ce rapport est décrite dans l'annexe « Erreurs de contrôle des factures ».
- **« Erreurs de couplage »** : ce rapport fournit les numéros de séjours présentant des incohérences entre les deux fichiers de séjour et de facture. Chaque séjour déclaré doit être associé à une ou plusieurs et inversement, une facture doit être associée à un séjour (variable « Numéro de RSS » d'un enregistrement RSF A identique à la variable « N° de RSS » du séjour qui lui est associé).
- **« Détails des séjours non pris en compte dans la valorisation »** : ce rapport portant l'extension « .val.err.txt » répertorie les N° de séjours qui posent problèmes pour la valorisation.

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

ATTENTION :

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

- *enregistrements non-conformes et séjours comportant plus de 99 RUM au niveau du « Compte-rendu de Gensap »*
- *date de sortie du RSS non générée par les tables binaires au niveau du « Compte-rendu de Gensap » (RUM antérieur au 15 mars 2006)*
- *« N° de RSS dans fichier de facture mais pas dans le fichier de RSA » et « N° de RSS dans fichier de RSA mais pas de fichier de facture » au niveau du rapport « Erreurs de couplage »*

- *Aide*

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

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

2.4 Export

IMPORTANT :

Le logiciel e-POP sera unique quelque soit le champs PMSI (MCO, SSR, HAD ou PSY) ou le type d'établissement (ex-DGF ou ex-OQN) à partir du 1^{er} trimestre 2007.

AGRAF offre deux possibilités d'exportation :

- Le bouton *[Ajout dans le panier d'e-POP]* permet de lancer l'application e-POP pour la transmission vers e-PMSI. Si vous n'avez pas installé e-POP dans le répertoire par défaut (« C:\Program Files\ePOP), AGRAF vous demandera d'indiquer l'emplacement correct.

- Le bouton *[Export]* permet d'exporter le fichier « ANO-RSA-RSFA» qui devra être fourni au logiciel e-POP afin d'être transmis à la plate-forme e-PMSI. Ce bouton ne doit être utilisé que si le logiciel e-POP n'est pas installé sur la même machine qu'AGRAF.

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

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

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

FINESS : 999999999

Période de transmission : T1

Année de transmission : 2007

Nom du fichier d'export : 999999999.2007.3.ano_rha_rsfa.zip

Le fichier d'export renferme les éléments suivants :

- Le fichier de contrôle **«data.mnf»** (cf. avertissement ci-dessous)
- Le fichier de contrôle **«desc.mnf»** (cf. avertissement ci-dessous)
- Le fichier de contrôle **«desc.xml»** (cf. avertissement ci-dessous)
- Un fichier zippé portant l'extension **«data.zip»** contenant les fichiers ci-dessous :
 - Le fichier de RSA (**«.rsa»**)
 - Le fichier de chaînage (**«.ano»**)
 - Le fichier d'unités médicales (**«.ium»**)
 - Le fichier de facture (**«.rsfa»**)
 - Le fichier de contrôle de facture (**«.ctl»**)
 - Le fichier de contrôle de version (**«.ver»**)

AVERTISSEMENT :

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

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

2.5 Sortir de l'application

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

2.6 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].[Trimestre].[jour-mois-année-heure-minute-seconde].in.zip
[FINESS].[Année].[Trimestre].[jour-mois-année-heure-minute-seconde].out.zip

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

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

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

Chaque [extension] correspond à un type de fichier:

- « .rss.txt » : fichier de séjour RSS traité par AGRAF
- « .rss.ini.txt » : fichier de séjour RSS fourni par l'utilisateur
- « .rsf.txt » : fichier de facture RSF
- « .ium.txt » : fichier de gestion des unités médicales

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

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

Rappel: l'article 7-I de l'arrêté « PMSI » du 31 décembre 2003 oblige tous les établissements qui transmettent leurs RSaC (ou provisoirement leurs RSA) à conserver une sauvegarde du fichier de RSS source : **« pour chaque établissement, le médecin chargé de l'information médicale, sauvegarde le fichier de RSS qui est à la source du fichier de RSaC et assure 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 (LEDDA) supposent un strict respect de fichiers et de leur intégrité. Les outils PMSI-MCO officiels diffusés ou utilisés par l'ATIH, vérifient tous cette signature depuis le traitement des données du 1^{er} trimestre 2006. Avec la mise en place des outils informatiques pour les contrôles externes réalisés par les praticiens de l'assurance maladie, ce principe devient impératif et strictement contrôlé.

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

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

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

Si l'établissement venait à modifier un seul RSS de ce fichier sans transmettre un nouveau fichier de RSA alors la clé de sécurisation ne fonctionnerait plus, le fichier serait considéré comme corrompu et la levée de l'anonymisation serait bloquée dans LEDDA.

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

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

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

- Pour AGRAF : C:\Program Files\POP-T2A\AGRAF\sauvegarde

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

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 AGRAF, la transmission à la plate-forme e-PMSI via le logiciel e-POP et le traitement des données à partir du site e-PMSI.

Les opérations à effectuer sont les suivantes :

3.1 AGRAF

1- Définir la période de traitement.

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

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

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

4- Saisie des informations :

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


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

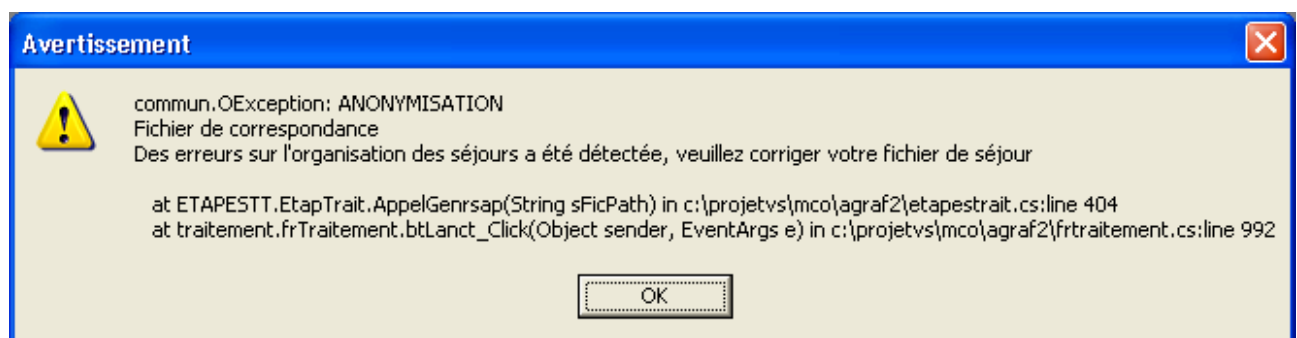
Lorsque toutes les informations sont enregistrées, vous devez valider la saisie (utilisez le bouton [*Validation*])

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

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

Au cours du traitement, AGRAF ne vous demande plus la disquette Image FOIN.

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



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

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

8- Cliquer ensuite sur le bouton [**3- Ajout dans le panier d'e-POP**] qui a pour effet de lancer l'application e-POP permettant la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI.

3.2 e-POP

9- Dans le logiciel e-POP, indiquer votre identifiant (« Login ») et le mot de passe correspondant à votre compte sur la plate-forme e-PMSI. Eventuellement, si votre établissement possède un serveur Proxy (serveur filtrant les accès à Internet), cocher la case correspondante et renseigner les champs nécessaires (demander ces informations au service informatique de votre établissement).

10- Appuyer sur le bouton [**Envoi e-PMSI**] pour effectuer la transmission.

11- Une fois le panier envoyé vous accédez au rapport indiquant si la transmission s'est bien déroulée : « OK » après le nom de fichier.

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

3.3 e-PMSI

12- Rendez-vous, maintenant, sur la plate-forme e-PMSI

(<https://www.epmsi.atih.sante.fr/accueil.jsp>)

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

14- Exemple de traitement du deuxième trimestre 2005

Menu « Applications »

« MAT2A »

« MAT2A MCO DGF » ou « MAT2A MCO OQN »

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

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

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

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

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

3.4 Améliorations et performance

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

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

Les fichiers de test ont les caractéristiques suivantes :

- fichier de RSS :

taille : 7985 Ko

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

Plusieurs machines ont été utilisées pour effectuer les tests :

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

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

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

ANNEXES

Problèmes connus

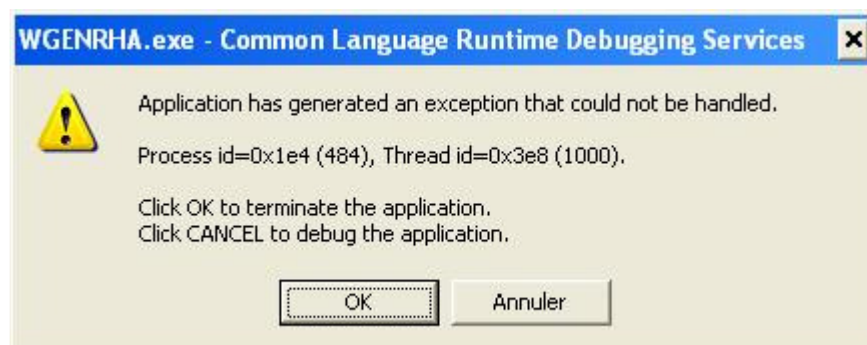
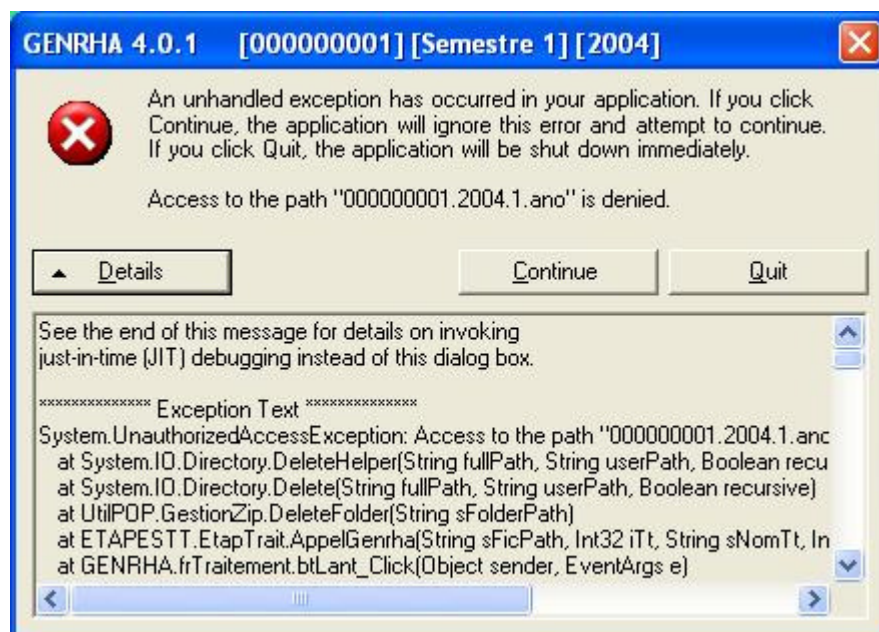
Les deux premiers sont les mêmes que ceux observés avec le logiciel d'anonymisation en soins de suite (GENRHA). Nous utiliserons ce logiciel pour illustrer les erreurs :

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 d'anonymisation (AGRAF ou GENRSA) :

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

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



Problème d'enregistrement dans la base de registre

Sous tous les systèmes d'exploitation :

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

Pour résoudre le problème, il faut procéder ainsi :

les utilisateurs sous les systèmes d'exploitation XP, 2000 et NT4 doivent se connecter sous un compte « Administrateur de la machine locale » (demander ces informations au service informatique de votre établissement).

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

pour enregistrer « sortolx.ocx » : dans le menu {démarrer| Exécuter}, tapez le commande suivante : `regsvr32 c:\windows\system32\sortolx.ocx` , cliquez sur le bouton [OK] et vérifier 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.

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 d'anonymisation n'a pas été généré par le logiciel MAGIC 3.1.0, le fichier ANO-HOSP a été modifié ou le fichier fourni n'est pas un fichier ANO-HOSP.

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

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

« Fichier de correspondance

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

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

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

- L'attribution d'un même n° de RSS pour plusieurs séjours (ou patients) différents

- Dans le cas d'un multi-RUM : les RUM constitutifs ne sont pas jointifs (pas les uns a la suite des autres).

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

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

Questions & Réponses

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

Format d'importation du fichier d'information des UM

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

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

- 01 : Réanimation hors pédiatrie
- 02 : Soins intensifs hors unité neurovasculaire
- 03 : Surveillance continue hors pédiatrie
- 04 : Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A)
- 05 : Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B)
- 06 : Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3)
- 07 : Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- 08 : Soins Palliatifs
- 09 : Classement ex-OQN soins particulièrement coûteux (SRA)
- 10 : Classement ex-OQN surveillance continue (SSC)
- 11 : Anesthésie ou chirurgie ambulatoire
- 12 : Hospitalisation à temps partiel de jour hors unité gériatrique, ou de nuit
- 13 : Réanimation pédiatrique
- 14 : Surveillance continue pédiatrique
- 15 : Clinique ouverte
- 16 : Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air
- 17 : Unité neurovasculaire hors soins intensifs
- 18 : Soins intensifs en unité neurovasculaire
- 19 : Unité d'addictologie de recours et de référence
- 21 : Centre d'hémodialyse pour adultes
- 22 : Centre d'hémodialyse pour enfants
- 23 : Unité d'hémodialyse médicalisée
- 2 caractères « espace » : Pas d'autorisation

Format de RSS groupé 113

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire/Facultatif	Remarques
Groupage : version de la classification		2	1	2	O	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	
	N° GHM	4	5	8	O	
Filler		1	9	9	F	blanc
N° de version du format de RSS		3	10	12	O	
Groupage : code retour		3	13	15	O	
Numéro FINESS		9	16	24	O	
Version du format du RUM		3	25	27	O	
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	
N° de RUM		10	68	77	O	
Date de naissance		8	78	85	O	
Sexe		1	86	86	O	
Numéro de l'unité médicale		4	87	90	O	
Type d'autorisation du lit dédié		2	91	92	F	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	93	100	O	
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	101	101	O	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		1	102	102	F	
Date de sortie de l'unité médicale		8	103	110	O	
Mode de sortie de l'unité médicale		1	111	111	O	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)		1	112	112	F	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)		5	113	117	O	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)		4	118	121	F	
Age gestationnel (nb de semaines révolues d'aménorrhée)		2	122	123	F	
Nombre de séances		2	124	125	F	
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RUM		2	126	127	O	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM		2	128	129	O	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM		2	130	131	O	
Diagnostic principal (DP)		8	132	139	O	
Diagnostic relié (DR)		8	140	147	F	

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

Format des RSF

RSF A : début de facture

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=A
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
Numéro de RSS	11	30	20	RSS non groupé	13	
Sexe	31	31	1	RSS non groupé		
Code civilité	32	32	1	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2:MLE=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	33	45	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	46	47	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	48	50	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	51	59	9	Type 2 CP	30	
Nature opération	60	60	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	61	62	2	Type 2 CP	77	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	63	64	2	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	65	65	1	Type 2 CP	79	
Code de prise en charge	66	66	1	Note n°1		1=A avec/2=A sans/3=NA avec /4=NA sans /5=NN
Code Gd régime	67	68	2	Type 2 CP	49	
Date Naissance	69	76	8	Type 2 CP	96	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	77	77	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	78	85	8	Type 2 CP	103	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de sortie	86	93	8	Type 2 CP	109	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)

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

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

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

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

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

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

RSF B : Prestations Hospitalières

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

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

RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

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

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

RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses

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

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

RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments

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

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

RSF C : Honoraire

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

RSF M : CCAM

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

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

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

Format de RSA 215

Format RSA 215 applicable à compter du 1er janvier 2008				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS	9	1	9	
Numéro de version du format du RSA	3	10	12	215
N° d'index du RSA	10	13	22	
Numéro de version du format du "RSS-groupé"	3	23	25	
Numéro séquentiel de tarifs	3	26	28	
Groupage lu :Version de la classification	2	29	30	
Groupage lu : GHM	CMD	2	31	32
	Type	1	33	33
	Numéro	2	34	35
	Complexité	1	36	36
Groupage lu : code-retour	3	37	39	
Groupage GENRSA :Version de la classification	2	40	41	
Groupage GENRSA : GHM	CMD	2	42	43
	Type	1	44	44
	Numéro	2	45	46
	Complexité	1	47	47
Groupage GENRSA : code-retour	3	48	50	
Nombre de RUM composant le RSS d'origine (NbRUM)	2	51	52	
Age en années	3	53	55	
Age en jours	3	56	58	
Sexe	1	59	59	
Mode d'entrée dans le champ du PMSI-MCO	1	60	60	
Provenance	1	61	61	
Mois de sortie	2	62	63	
Année de sortie	4	64	67	
Mode de sortie du champ PMSI-MCO	1	68	68	
Destination	1	69	69	
Type de séjour	1	70	70	
Durée totale du séjour dans le champ du PMSI (vide si séances)	4	71	74	
Code géographique de résidence	5	75	79	
Poids d'entrée (en grammes)	4	80	83	
Age gestationnel	2	84	85	
Nombre de séances	2	86	87	
IGS 2	3	88	90	
Numéro de GHS (du GHM GENRSA)	4	91	94	Forfait lorsque GHM dialyse ("après SROS")
Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute	4	95	98	
Séjour inférieur à la borne extrême basse	1	99	99	
Forfait dialyse	4	100	103	GHS 9500-9503 ou D01-D05 ("avant SROS")
Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances	3	104	106	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances	3	107	109	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances	3	110	112	
Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances	3	113	115	
Nombre de séances avant SROS	2	116	117	
Nombre d'actes menant dans le GHS 9510	3	118	120	

Nombre d'actes menant dans le GHS 9511	3	121	123	
Nombre d'actes menant dans le GHS 9512	3	124	126	
Nombre d'actes menant dans le GHS 9515	3	127	129	
Nombre d'actes menant dans le GHS 9524	3	130	132	
Nombre de suppléments caisson hyperbare	3	133	135	
Type de prestation de prélèvement d'organe	1	136	136	1, 2 ou 3
Nombre de suppléments pour SRA (réanimation)	3	137	139	
Nombre de suppléments pour REA (réanimation)	3	140	142	
Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation	3	143	145	
Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs)	3	146	148	
Nombre de suppléments pour SSC (surveillance continue)	3	149	151	
Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue)	3	152	154	
Nombre de suppléments NN1	3	155	157	
Nombre de suppléments NN2	3	158	160	
Nombre de suppléments NN3	3	161	163	
Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique)	3	164	166	
Passage dans un lit dédié de soins palliatifs	1	167	167	
N° séquentiel du RUM ayant fourni le DP	2	168	169	
Diagnostic principal (DP)	6	170	175	
Diagnostic relié (DR)	6	176	181	
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RSA	2	182	183	
Nombre de zones d'actes (nA) dans ce RSA	4	184	187	
Zone d'UM n°1	Type d'UM	2		
	Durée séjour partielle	3		
	Valorisation réa	1		1=O/2=N
	Valorisation partielle	1		1, 2, 3 ou 4
	DP	6		
	DR	6		
...				
Zone d'UM n°NbRUM	Type d'UM	2		
	Durée séjour partielle	3		
	Valorisation réa	1		1=O/2=N
	Valorisation partielle	1		1, 2, 3 ou 4
	DP	6		
	DR	6		
DAS n° 1	6			
.....				
DAS n° nDAS	6			
Zone d'acte n° 1	N° séquentiel du RUM	2		N° séquentiel du RUM d'où provient l'acte
	Délai depuis la date d'entrée	3		
	Code CCAM	7		
	Phase	1		
	Activité	1		
	Extension documentaire	1		
	Modificateurs	4		
	Remboursement exceptionnel	1		
	Association non prévue	1		
	Nombre d'exécutions de l'acte n° 1 pendant le séjour	2		
...				
Zone d'acte n° nZA	N° séquentiel du RUM	2		N° séquentiel du RUM d'où provient l'acte

Délai depuis la date d'entrée	3		-	
Code CCAM	7		-	
Phase	1			
Activité	1			
Extension documentaire	1			
Modificateurs	4			
Remboursement exceptionnel	1			
Association non prévue	1			
Nombre d'exécutions de l'acte n° 1 pendant le séjour	2			

Précisions sur quelques variables du RSA

A. Règles de détermination du GHS

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

Soins Palliatifs

Détermination du GHS

Si le GHM est 23Z02Z et si le type d'autorisation de l'unité médicale est 08 à la date de sortie du RUM principal alors le **GHS prend la valeur 7957**

Si le GHM est 23Z02Z et si le type d'autorisation de l'unité médicale n'est pas 08 à la date de sortie du RUM principal, mais que le type de lit dédié vaut 08 sur au moins un des RUM alors le **GHS prend la valeur 7958**

Si le GHM est 23Z02Z et si le type d'autorisation de l'unité médicale n'est pas 08 à la date de sortie du RUM principal et si le type de lit dédié na vaut pas 08 sur au moins un des RUM alors le **GHS prend la valeur 7956**

B. Détermination de la variable « Valorisation partielle »

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

1 : valorisation partielle, même déclaration du type d'UM sur le RUM et dans AGRAF.

2 : valorisation partielle, déclaration différente du type d'UM sur le RUM et dans AGRAF. Le type d'UM donné dans AGRAF est retenu.

3 : valorisation totale, même déclaration du type d'UM sur le RUM et dans AGRAF

4 : valorisation totale, déclaration différente du type d'UM sur le RUM et dans AGRAF. Le type d'UM donné dans AGRAF est retenu.

C. Variable « Passage en lit dédié »

0 : Pas de passage en lit dédié

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

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

Pour plus de précisions concernant les GHS associés, veuillez consulter le document présent à la page suivante :
<http://www.atih.sante.fr/?id=0002200063FF>

Fichier de RSFA (*.rsfa)

1. RSFA A : Début de facture

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

2. RSFA B : Prestations Hospitalières

Libelle	Début	Fin	Taille
N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (B)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° séquentiel de facture	13	15	3
Année de fin de séjour	16	19	4
Mois de fin de séjour	20	21	2
Numéro FINESS	22	30	9
Mode de traitement	31	32	2
Discipline de prestation (ex DMT)	33	35	3
Code acte	36	40	5
Quantité	41	43	3
Justification exonération TM	44	44	1
Coefficient	45	49	5
Code prise en charge FJ	50	50	1
Coefficient MCO	51	55	5
Prix Unitaire	56	62	7
Montant Base remboursement	63	70	8
Taux applicable à la prestation	71	73	3

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

3. RSFA I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

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

4. RSFA P : Prestations Hospitalières Prothèses

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

5. RSFA H : Prestations Hospitalières Médicaments

Libelle	Début	Fin	Taille
N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (H)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1

N° séquentiel de facture	13	15	3
Année début de séjour	16	19	4
Mois début de séjour	20	21	2
Numéro FINESS	22	30	9
Code UCD	31	37	7
Coefficient de fractionnement	38	42	5
Prix d'achat unitaire TTC	43	49	7
Montant unitaire de l'écart indemnisable	50	56	7
Montant total de l'écart indemnisable	57	63	7
Quantité	64	66	3
Montant total facturé TTC	67	73	7

6. RSFA C : Honoraire

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

7. RSFA M : CCAM

Libelle	Début	Fin	Taille
N° séquentiel (le même que pour les RSA)	1	10	10
Type d'enregistrement (M)	11	11	1
Type de format RSF (1=Ancien/2=Nouveau)	12	12	1
N° séquentiel de facture	13	15	3
Année de l'acte	16	19	4
Mois de l'acte	20	21	2
Numéro FINESS	22	30	9
Mode de traitement	31	32	2
Discipline de prestation (ex DMT)	33	35	3
Code CCAM	36	48	13

Extension documentaire	49	49	1
Activité	50	50	1
Phase	51	51	1
Modificateur 1	52	52	1
Modificateur 2	53	53	1
Modificateur 3	54	54	1
Modificateur 4	55	55	1
Association non prévue	56	56	1
Code remb exceptionnel	57	57	1
N° dent 1	58	59	2
N° dent 2	60	61	2
N° dent 3	62	63	2
N° dent 4	64	65	2
N° dent 5	66	67	2
N° dent 6	68	69	2
N° dent 7	70	71	2
N° dent 8	72	73	2
N° dent 9	74	75	2
N° dent 10	76	77	2
N° dent 11	78	79	2
N° dent 12	80	81	2
N° dent 13	82	83	2
N° dent 14	84	85	2
N° dent 15	86	87	2
N° dent 16	88	89	2

Fichier de sortie ANO

Sans renseignements des variables de suppression de taux de conversion :

	Taille	Remarques
N° FINESS	9	
Mois de sortie (MCO)	2	
Année de sortie	4	
Code retour contrôle « n° sécurité sociale »	1	Résultat du contrôle de la variable « n° de sécurité sociale ». Les valeurs possibles appartiennent à l'ensemble {0, 1, 2, 3, 4}
Code retour contrôle « date de naissance »	1	Résultat du contrôle de la variable « date de naissance ». Les valeurs possibles appartiennent à l'ensemble {0, 1, 2, 3, 4}
Code retour contrôle « sexe »	1	Résultat du contrôle de la variable « sexe ». Les valeurs possibles appartiennent à l'ensemble {0, 1, 2}
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	Résultat du contrôle de la variable « n° d'identification administratif de séjour ». Les valeurs possibles appartiennent à l'ensemble {0, 1}
Filler	2	Vaut '00'
Code retour contrôle « date de référence» (date d'entrée)	1	Les valeurs possibles appartiennent à l'ensemble {0, 1,2}
N° anonyme	17	
N° de séjour	4	
N° séquentiel dans fichier PMSI	10	

Avec renseignements des variables de suppression de taux de conversion :

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
N° format	3	10	12	001
N° format VID-HOSP	3	13	15	
Mois de sortie	2	16	17	
Année de sortie	4	18	21	
Code retour contrôle « n° sécurité sociale »	1	22	22	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	23	23	
Code retour contrôle « sexe »	1	24	24	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	25	25	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	26	26	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	27	27	
Code retour contrôle « date de référence» (date d'entrée)	1	28	28	
N° anonyme	17	29	45	
N° de séjour	4	46	49	
N° séquentiel dans fichier PMSI	10	50	59	
Code retour contrôle « code grand régime »	1	60	60	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	61	61	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	62	62	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	63	63	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	64	64	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	65	65	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	66	66	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	67	67	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur»	1	68	68	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	69	69	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes »)	1	70	70	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	71	71	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	72	72	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	73	73	
Code grand régime	2	74	75	Type 2 CP positions 49-50
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	76	76	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	77	77	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2

Nature d'assurance	2	78	79	{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	80	81	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	82	82	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	1	83	83	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	3	84	86	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	87	96	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	97	106	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	107	116	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	117	120	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	121	130	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	131	135	3+2

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 »

0 : pas de problème à signaler

1 : longueur incorrecte (différente de 13)

2 : renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXXXXXXX')

3 : présence de caractères non numériques

4 : format incorrect (i.e. ne commençant pas par '1', '2', '5', '6', '7' ou '8')

« date de naissance »

0 : pas de problème à signaler

1 : longueur incorrecte (différente de 8)

2 : renseignée avec la valeur manquante (i.e. 'XXXXXXXX')

3 : présence de caractères non numériques

4 : date incorrecte (i.e. ne peut être interprétée en tant que date au format jj/mm/aaaa)

« sexe »

0 : pas de problème à signaler

1 : renseigné avec la valeur manquante (i.e. 'X')

2 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à {1, 2})

« n° d'identification administratif de séjour »

0 : pas de problème à signaler
1 : non renseigné (longueur nulle)

« 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)

« date de référence »

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

« code justification d'exonération du ticket modérateur »

0 : pas de problème à signaler
1 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à [0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,C,X])

« code de prise en charge du forfait journalier »

0 : pas de problème à signaler
1 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à [A, L, R,X])

« Nature d'assurance »

0 : pas de problème à signaler
1 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à [10,13,30,41,90,XX])

« Séjour facturable à l'assurance maladie »

0 : pas de problème à signaler
1 : valeur illicite (i.e. n'appartenant pas à [0, 1, 2, 3])

« Facturation du 18 euros »

0 : pas de problème à signaler
1 : présence de caractères non numériques

« Nombre de venues »

0 : pas de problème à signaler
1 : présence de caractères non numériques

« montant à facturer au titre du ticket modérateur »

0 : pas de problème à signaler
1 : présence de caractères non numériques

« montant à facturer au titre du forfait journalier »

0 : pas de problème à signaler
1 : présence de caractères non numériques

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

0 : pas de problème à signaler
1 : présence de caractères non numériques

« montant lié à la majoration au parcours de soin »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

Formats des fichiers supplémentaires (en sortie d'AGRAF)

Contrôle des factures (*.ctl)

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

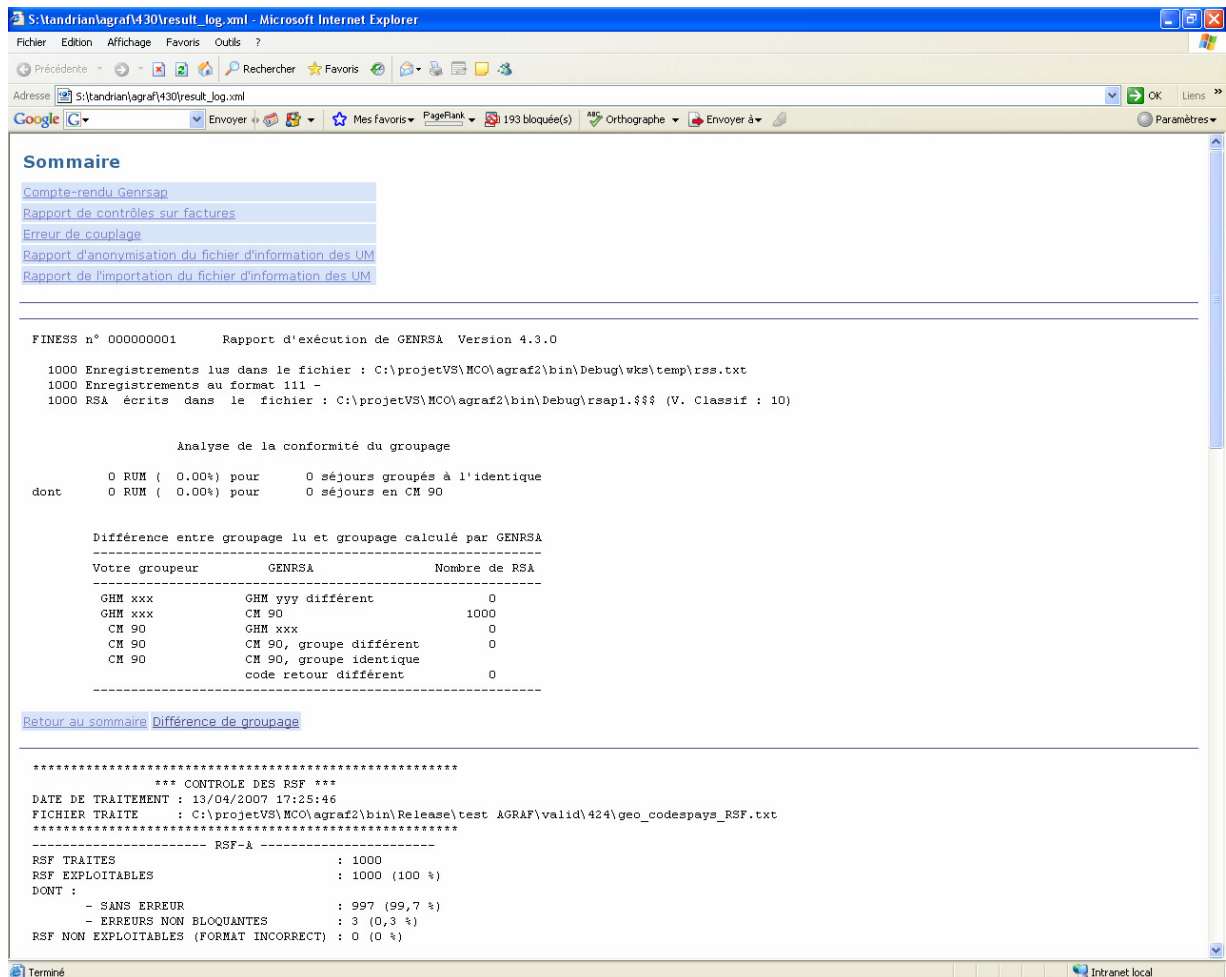
Fichier d'UM (*.ium)

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

Rapports

Rapport général :

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



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

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

Par exemple :

Le compte-rendu de Gensap :

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

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

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

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

Rapport d'erreurs (lien Détails) :

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

Détection des N° de séjour en doublons :

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

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

Différence de groupage

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

Rapport de contrôles sur factures :

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

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

[NUMERO_DE_LIGNE_DANS_LE_FICHIER_DE_FACTURE][LIGNE_ERRONEE]

Erreurs de couplage :

Il existe deux types d'erreurs :

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

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

Détection des séjours non pris en compte dans la valorisation :

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

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

Rapport d'importation des UM :

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

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

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

Les codes erreurs ont les définitions suivantes :

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

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

- Code erreur
- Ligne en erreur

Les autres rapports sont identiques à précédemment ou ont été allégés

Erreurs de contrôle de factures

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

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

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

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

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

Précisions

- **104, 106, 108** : format de date incorrect

Les dates doivent être renseignée en utilisant le format jjmmaaaa

Exemple : 03012006 pour le 3 janvier 2006

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

- **105, 107, 109** : valeur impossible pour une date

Exemple : 35012006 qui correspondrait à un 35 janvier 2006 !

- **110** : âge erroné

Deux causes possibles : l'année de la date de naissance est postérieure à celle de la date d'entrée ou la précède de plus de 120 ans

- **127, 129, 138, 140, 142, 143, 146** : présence de caractère non numérique

- **128** : montant remboursable par AMO nul

- **130** : taux remboursement strictement inférieur à 65%

- **135** : seules les valeurs, ci-dessous, sont admises comme code de grand régime :

01|02|03|04|05|06|07|08|09|10|12|14|15|16|17|80|90|91|92|93|94|95|96|99

- **136** : seules les valeurs, ci-dessous, sont admises comme code de nature d'assurance

10|13|30|41|90

- **139, 141, 143, 145, 147** : pour les codes de prise en charge 2, 3 et 5, le montant indiqué ne pas être nul

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

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

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

où :

q : quantité

c : coefficient

pu : prix unitaire

cmco : coefficient MCO

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

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

q : 01

c : 007000 (format 4 + 2)

pu : 0000027(format 5 + 2)

br = 1 x 7000 x 27/100

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

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

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

où :

br : montant base remboursement indiqué

tx : taux remboursement

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

- **175** : somme des totaux et montants du RSF A nulle
- **176** : présence d'opération d'annulation ne correspondant à aucune facture du séjour
- **177** : il n'y a aucune code acte GHS dans le séjour
- **178** : présence de plusieurs factures avec code acte GHS dans le séjour