



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 69 71 20

Télécopie : 04 37 69 71 21

Support technique :

Téléphone : 04 37 69 71 27

Courriel : support@atih.sante.fr

Manuel d'utilisation de LAMDA Version 1.0.0

Attention : Il faut impérativement faire des essais sur la période de test (M0) et vérifier que la valorisation e-PMSI de cette période de test est celle attendue, avant toute télétransmission sur la période "réelle".

Sommaire

1	PRESENTATION DE LAMDA.....	3
2	SCHEMA DE L'ENVIRONNEMENT APPLICATIF	4
3	LE FONCTIONNEMENT DE LAMDA.....	4
4	L'INTERFACE DE L'APPLICATION.....	5
5	LE MENU DE L'ECRAN PRINCIPAL DE LAMDA	6
5.1	LE MENU « FICHIER »	6
5.1.1	<i>La récupération de la signature du T4 2006.....</i>	<i>6</i>
5.2	LE MENU « RAPPORTS »	6
5.3	LE MENU « PARAMETRES »	7
5.3.1	<i>Le menu « Période de traitement »</i>	<i>7</i>
5.3.2	<i>L'emplacement des fichiers de sauvegarde.....</i>	<i>7</i>
5.4	LE MENU « AIDE »	7
5.4.1	<i>La fenêtre « A propos »</i>	<i>7</i>
5.4.2	<i>Le menu « Manuel d'utilisation ».....</i>	<i>7</i>
6	LES BOUTONS DE L'ECRAN PRINCIPAL	7
7	RETRANSMETTRE UNE PERIODE PRECEDENTE.....	8
8	LE FICHIER DE SIGNATURE DU TRAITEMENT VALIDE DU T4 2006.....	9
9	LE SUIVI DU TRAITEMENT	9
10	LE FICHIER D'EXPORT GENERE PAR LAMDA.....	9
11	LES FICHIERS DE SAUVEGARDE.....	10
	ANNEXES	11

1 Présentation de LAMDA

LAMDA (Logiciel d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activité) permet de prendre en compte des dossiers 2006 transmis en 2007, comme prévu dans l'annexe 5 de la circulaire N°DHOS/F1/F4/2007/105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion, que nous reproduisons ci-dessous.

Annexe 5 de la circulaire DHOS/FA/F4/2007/105 du 21 mars 2007 :

Prise en compte des dossiers 2006 transmis en 2007

Cette prise en compte ne concerne que les séjours. L'activité externe n'est donc pas concernée.

Deux types de dossiers 2006 peuvent être transmis en 2007 :

- les dossiers non facturés en 2006
- les dossiers ayant subi une modification des informations administratives (VIDHOSP) dans l'hypothèse de la suppression du taux de conversion en 2006 ou des informations médicales (RSS) dans tous les cas.

Ces deux types de dossiers subiront un traitement différent : les dossiers non facturés seront payés en totalité, par contre pour les dossiers modifiés c'est la différence entre le nouveau montant calculé et celui qui a été payé en 2006 qui sera payé.

Ce sont les modalités de valorisation 2006 qui seront utilisées pour traiter ces dossiers (GENRSA – MAT2A).

Il est donc nécessaire d'avoir les fichiers de RSS groupés ainsi que les fichiers ANOHOSP et HOSPPMSI (éventuellement) correspondant aux nouveaux dossiers ainsi qu'aux dossiers modifiés.

Afin de simplifier la procédure de création de ces fichiers il sera fourni aux établissements un logiciel ad hoc.

Ce logiciel devra être installé sur le poste où se trouve GENRSA.

Il utilisera les fichiers correspondant à une nouvelle extraction concernant l'ensemble de l'activité de l'année 2006 (fichier de RSS groupés, ANOHOSP et HOSPPMSI éventuellement).

Il aura les fonctionnalités suivantes :

- Récupération sur ePMSI de la signature du traitement validé pour T4 2006.
- Comparaison du nouveau fichier complet 2006 par rapport à celui qui a été validé en T4 2006 sur la base du numéro administratif de séjour contenu dans le fichier de RSS groupé¹.
- Elaboration du fichier contenant les nouveaux dossiers (numéro administratif présent dans le nouveau fichier mais absent du fichier validé en T4 2006).
- Elaboration du fichier contenant les dossiers modifiés en fonction du type de traitement validé en T4 2006 (MAT2A ou MAT2A-STC) sur la base de la comparaison pour les RSS des éléments de valorisation (GHS + suppléments) et/ou pour les enregistrements ANOHOSP les nouvelles variables permettant la détermination du taux de remboursement.

Ce sont les fichiers obtenus en sortie de cet applicatif qui devront être envoyés sur ePMSI.

La périodicité de transmission est la même que les fichiers de valorisation de l'année 2007. Cependant dans le cas où l'établissement ferait de nouvelles extractions avec une périodicité différente de celle de la production d'activité 2007, le logiciel de traitement permettra la retransmission des fichiers de la dernière période validée.

¹Contrairement à ce qui est annoncé dans cette annexe, la comparaison est effectuée sur la base du numéro de RSS et non pas sur le numéro administratif de séjour.

2 Schéma de l'environnement applicatif

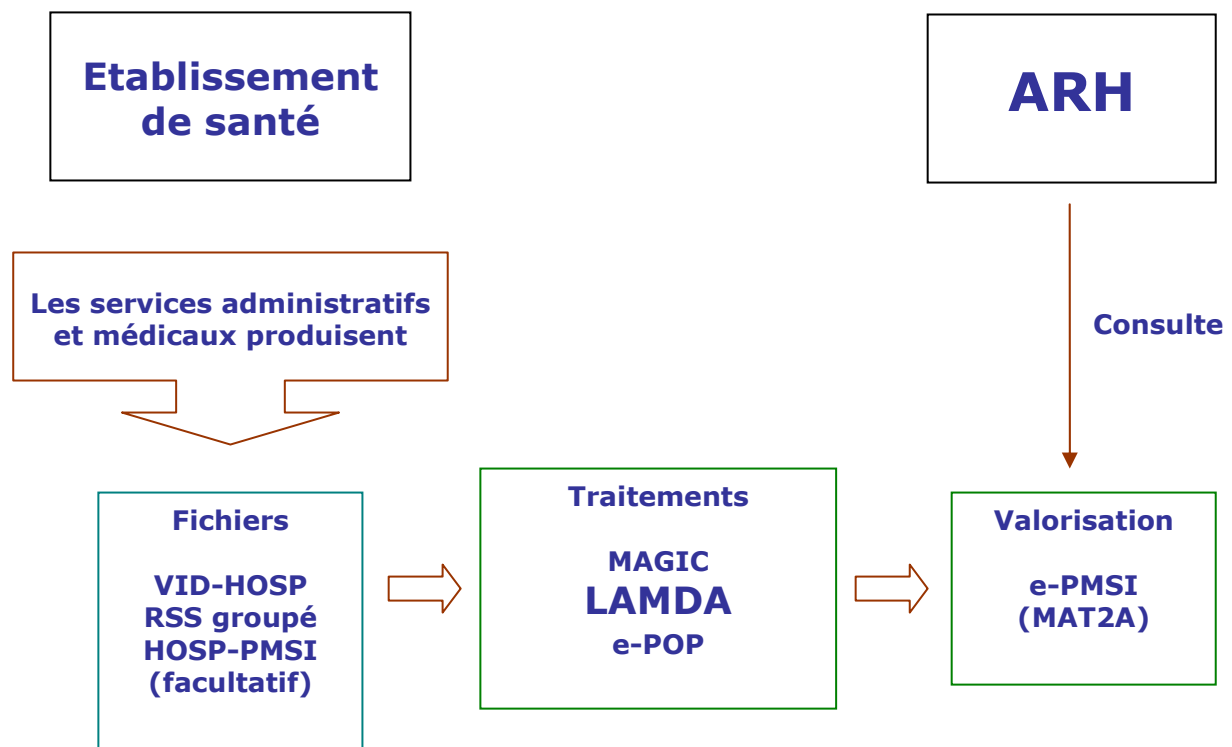


Figure 1 : le schéma de l'environnement de LAMDA

L'établissement de santé produit 2 fichiers qui sont : le fichier VID-HOSP et le fichier de RSS groupés. Les informations contenues dans ces fichiers reprennent l'ensemble de l'activité de 2006 avec les modifications et les ajouts éventuels.

Le fichier VID-HOSP permet de générer le fichier ANO-HOSP, en le générant à partir de l'application MAGIC (versions 3.x.x). Ce fichier **ANO-HOSP**, le fichier de **RSS groupé** et éventuellement le fichier **HOSP-PMSI** seront fournis en entrée de traitement de LAMDA.

Le traitement de LAMDA permet de générer un fichier d'export qui sera envoyé à la plateforme e-PMSI, pour valorisation. C'est l'application e-POP qui permet d'envoyer ce fichier d'export à e-PMSI. Cette opération peut également être réalisée directement sur le site e-PMSI, via la commande « Transmettre le fichier ».

3 Le fonctionnement de LAMDA

Le traitement effectué est le suivant :

- Récupération sur e-PMSI de la signature du traitement validé pour T4 2006.
- Comparaison des nouveaux fichiers complets 2006 par rapport à ceux qui ont été validés en T4 2006 sur la base du numéro de RSS contenu dans le fichier de RSS groupés et du numéro administratif de séjour contenu dans le fichier ANO-HOSP
- Elaboration du fichier contenant les nouveaux dossiers (numéros de RSS présents dans le nouveau fichier mais absents du fichier validé en T4 2006), pour le fichier RSS et du fichier contenant les nouvelles lignes pour le fichier ANO-HOSP

- Elaboration du fichier contenant les dossiers modifiés en T4 2006, sur la base de la comparaison pour les RSS des éléments de valorisation (GHS + suppléments) et/ou pour les enregistrements ANO-HOSP, les nouvelles variables permettant la détermination du taux de remboursement

ATTENTION : cette procédure ne pourra être réalisée que si des identifiants communs existent entre le nouveau fichier de RSS groupés et celui validé en T4 2006 (numéro de RSS et numéro administratif de séjour).

4 L'interface de l'application

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

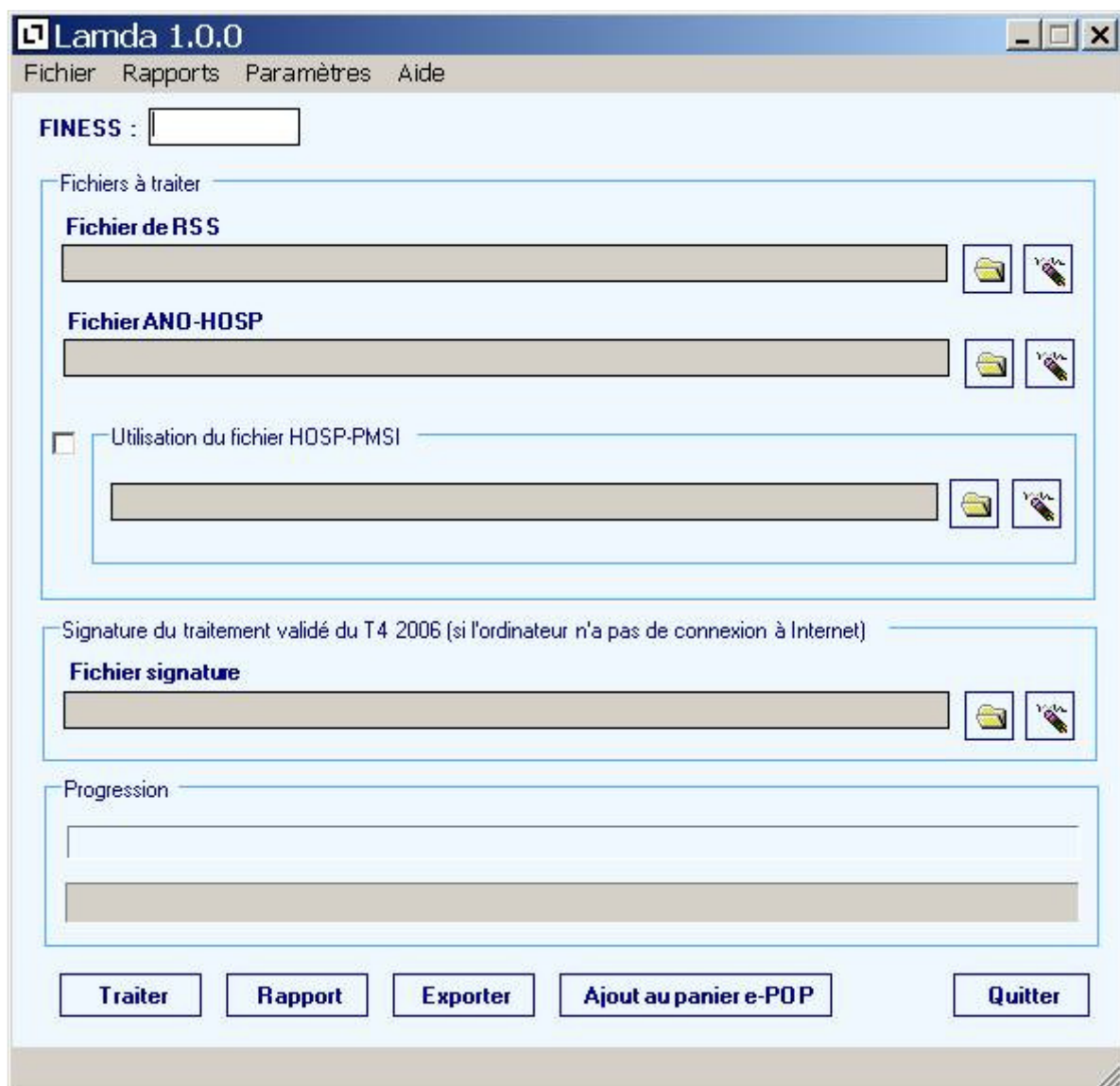


Figure 2 : l'écran principal de LAMDA

Les informations minimales à renseigner pour lancer un traitement sont :

- Votre numéro de FINESS
- L'emplacement du fichier des RSS groupé, avec les séjours transmis en 2006 (modifiés ou non) et/ou les séjours qui n'avaient pas été transmis

- L'emplacement du fichier ANO-HOSP correspondant au fichier de RSS (complété et/ou modifié)
- Dans le menu paramètres : la période de traitement et l'emplacement du répertoire où sont situés vos fichiers de sauvegarde de la transmission du T4 2006 (par défaut, l'application va rechercher ces fichiers dans le répertoire de sauvegarde de GENRSA)

Pour lancer le traitement, vous cliquez sur le bouton *[Traiter]*.

5 Le menu de l'écran principal de LAMDA

Ce chapitre va décrire en détails les fonctions de chacun des menus de l'application.

Le menu comprend 4 éléments :

- le menu « Fichier » qui permet d'avoir accès à la fonctionnalité de récupérer le fichier de signature e-PMSI des fichiers validés au T4 2006
- le menu « Rapports » qui donne accès au « Rapport final », ainsi qu'aux rapports concernant le traitement des éléments nouveaux et modifiés déterminés par LAMDA
- Le menu « Paramètres » qui permet de renseigner la période de traitement et l'emplacement du répertoire des sauvegardes de GENRSA
- Le menu « Aide » qui vous permet d'avoir accès au présent manuel et à la fenêtre « A propos » de l'application

5.1 Le menu « Fichier »

5.1.1 La récupération de la signature du T4 2006

Cette fonctionnalité intervient dans le cas où vous ne souhaitez (ou ne pouvez) pas réaliser le traitement des fichiers sur un poste relié à Internet. Dans ce cas, vous pouvez télécharger un fichier contenant la signature des fichiers transmis au T4 2006. Ce même fichier sera fourni en entrée de traitement sur le poste où vous effectuez le traitement LAMDA, en renseignant la zone « Fichier signature ».

Par défaut, l'application LAMDA récupère automatiquement la signature de vos fichiers sur la plateforme e-PMSI.

5.2 Le menu « Rapports »

En fin de traitement, un rapport final est affiché à l'utilisateur. Ce même rapport est accessible par la commande du menu « Rapports/Rapport Final ». De plus, 2 types de rapports ont été distingués : celui des éléments Nouveaux et celui des éléments Modifiés.

Les sous-menus « Rapports/Nouveaux et Modifiés » fournissent des informations concernant le traitement des éléments nouveaux et modifiés qui ont été déterminés par le traitement de vos fichiers. Chacun de ces 2 sous-menus comporte les mêmes éléments d'affichage, il s'agit de :

- Liste RSS : affichage des lignes du fichier de RSS groupé qui ont été prises en compte. Il s'agit du fichier fournit en entrée de traitement (celui que vous avez renseigné au niveau de l'interface)
- Compte-Rendu GENRSA : le compte-rendu du traitement des éléments indiqués dans la liste RSS (citée ci-dessus) par GENRSA.
- Compte-Rendu Chaînage : le compte-rendu du chaînage des données
- Erreurs Chaînage : les erreurs de chaînage

5.3 Le menu « Paramètres »

Le menu « Paramètres » vous permet de gérer la période de traitement et le répertoire des sauvegardes.

5.3.1 Le menu « Période de traitement »

Ce menu vous permet de définir la période de traitement en cours.

5.3.2 L'emplacement des fichiers de sauvegarde

Un seul paramètre peut être défini, s'il est nécessaire, c'est l'emplacement des fichiers de sauvegarde. La fenêtre de saisie de ce paramètre est la suivante :

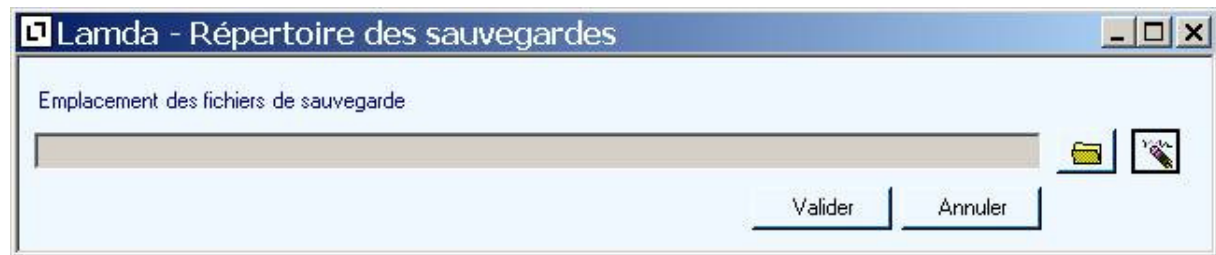


Figure 3 : la fenêtre du répertoire des sauvegardes

L'emplacement à indiquer correspond au répertoire où sont situées les sauvegardes des fichiers générés par la version de GENRSA utilisée au T4 2006.

Par défaut, LAMDA va rechercher dans le répertoire de sauvegarde de l'installation de GENRSA (dossier « C:\Program Files\POP-T2A\GENRSA\sauvegarde »), si cette application est également installée sur le poste sur lequel vous exécutez LAMDA.

5.4 Le menu « Aide »

5.4.1 La fenêtre « A propos »

Cette fenêtre présente des informations concernant la version du logiciel, ainsi que les coordonnées et l'accès au site Web de l'ATIH.

5.4.2 Le menu « Manuel d'utilisation »

Ce menu affiche le présent document.

6 Les boutons de l'écran principal

Les boutons sont situés en bas de la fenêtre, ils sont au nombre de cinq :

- « Traiter » : permet de lancer le traitement des fichiers et aboutit à la génération du fichier d'export
- « Rapport » : affiche le rapport final de fin de traitement
- « Exporter » : permet d'enregistrer le fichier d'export généré dans un répertoire de votre choix
- « Ajout au panier e-POP » : lance e-POP, pour transmission de votre fichier sur la plateforme e-PMSI. Ce bouton permet également de retransmettre directement une période précédente, sans relancer le traitement
- « Quitter » : pour sortir de l'application

7 Retransmettre une période précédente

La transmission des données est effectuée selon une période mensuelle. Ainsi, chaque mois, vous devez transmettre, à la plateforme e-PMSI, le fichier Lamda généré. Et ceci, même si aucune modification n'a été effectuée.

Afin de faciliter ce traitement, Lamda permet de régénérer le fichier à partir du traitement de la période précédente. Pour cela, il vous suffit de cliquer directement sur le bouton « Ajout au panier e-POP ». Si aucun traitement n'a été lancé, Lamda affichera la boîte de dialogue suivante :

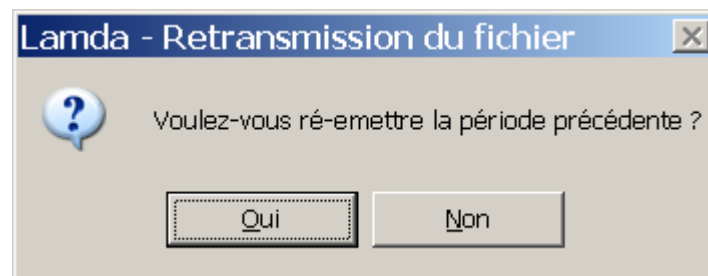


Figure 4 : on vient de cliquer sur « Ajout au panier e-POP »

Pour retransmettre le fichier de traitement de la période précédente, cliquez sur « Oui ». La panier e-POP se lancera automatiquement avec le fichier re-généré automatiquement qu'il vous suffira de transmettre. Vous pourrez également faire un export du fichier.

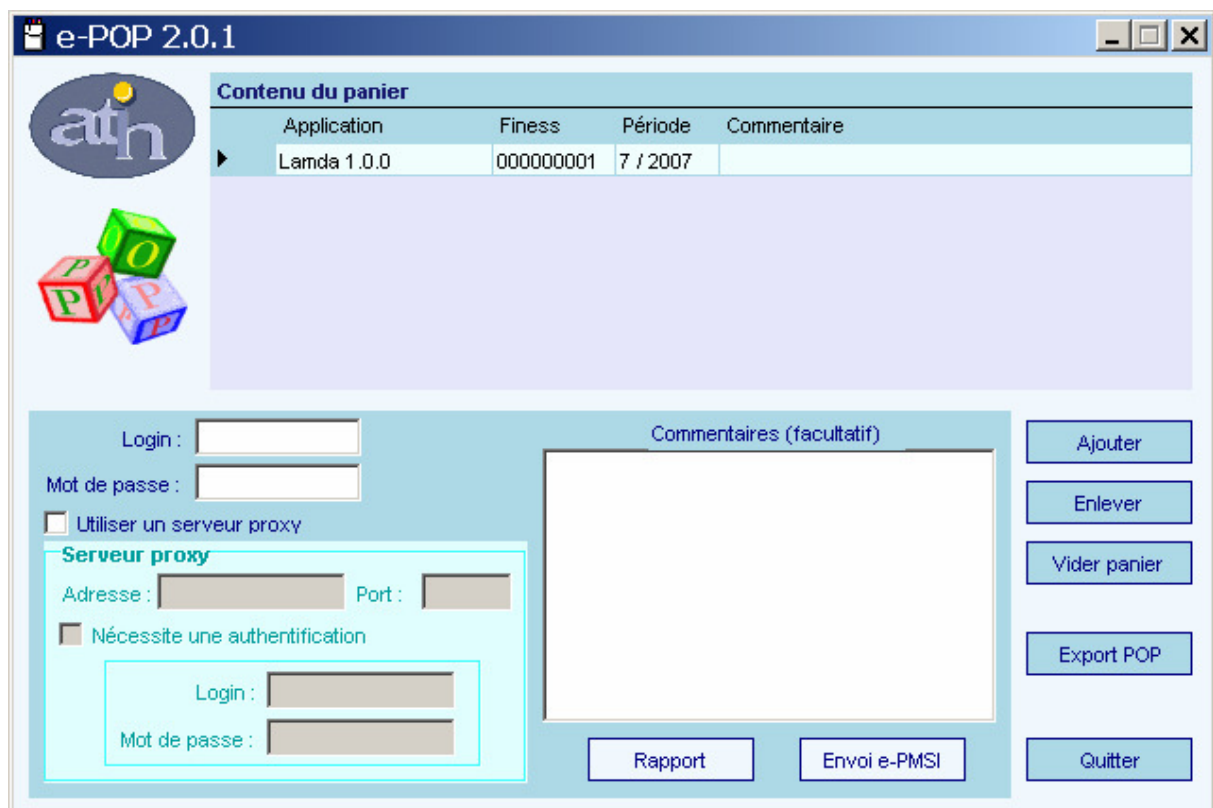


Figure 5 : le panier e-POP est affiché pour la retransmission du fichier

8 Le fichier de signature du traitement validé du T4 2006

Cette fonction a été rajoutée pour les établissements qui souhaitent utiliser LAMDA sur une machine non reliée à Internet. Ce fichier n'est pas à renseigner dans le cadre du fonctionnement normal du logiciel.

Le fichier de signature du traitement validé au T4 2006 peut être récupéré à partir de LAMDA par le menu « Fichier/Récupérer signature e-PMSI ». Cette fonctionnalité ne peut être effectuée que sur un poste relié à Internet.

L'application vous proposera d'enregistrer ce fichier dans un répertoire. C'est ce même fichier que vous renseignez au niveau de l'interface, pour lancer le traitement des fichiers par LAMDA, sur une autre machine. Cette manipulation nécessite donc l'installation de LAMDA sur 2 postes informatiques.

Si la zone « Fichier Signature » est renseignée au niveau de l'interface principale, LAMDA va lire directement dans le fichier indiqué et récupère la signature de ce fichier.

ATTENTION : ce fichier étant également signé, une vérification est effectuée avant tout traitement. Le fichier doit donc forcément être obtenu à partir de LAMDA et vous ne devez pas modifier ce fichier manuellement.

9 Le suivi du traitement

Les traitements pouvant être longs, une attention toute particulière a été apportée quant aux possibilités de suivi de l'avancement du traitement.

Ainsi chaque étape significative est indiquée au niveau de la zone de progression et une barre d'avancement permet le suivi. Cette barre d'avancement est fournie à titre purement indicatif au niveau des étapes du traitement. Elle ne représente pas une estimation ou un calcul des temps de traitement.

Les grandes étapes du traitement sont également indiquées tout au bas de l'écran principal, dans la barre d'état.

10 Le fichier d'export généré par LAMDA

Il s'agit du fichier qui est généré en sortie de traitement de LAMDA. Ce fichier doit être ajouté au panier e-POP pour être envoyé sur e-PMSI.

Le fichier d'export « AVAP » qui regroupe les fichiers à transmettre au logiciel e-POP se présente sous la forme d'un fichier zip et porte un nom défini comme suit :

[FINESS].2007.x.avap.zip

Le fichier d'export contient les éléments suivants :

- Le fichier de contrôle «**data.mnf**»
- Le fichier de contrôle «**desc.mnf**»
- Le fichier de contrôle «**desc.xml**»
- Un fichier zippé portant l'extension «**data .zip**»

AVERTISSEMENT :

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

11 Les fichiers de 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].2007.x.[jour-mois-année-heure-minute-seconde].in.zip
[FINESS].2007.x.[jour-mois-année-heure-minute-seconde].out.zip

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].2006.4.[extension]

Le second fichier correspond aux copies des fichiers de sortie destinés à l'exportation sur la plate-forme e-PMSI.

En pratique, il faut sauvegarder le contenu du dossier [Dossier d'installation]\sauvegarde. Le dossier par défaut est : « C:\Program Files\POP-T2A\LAMDA\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).

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

Systèmes d'exploitation supportés :

- Windows 98
- Windows 98 SE
- 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 du logiciel.

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 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** ».

Format de RSS groupé en CCAM (111)

Intitulé		Position	Taille
Groupage : Version de la classification		1-2	2
Groupage : N° de GHM	N° de CMD	3-4	2
	N° de GHM	5-8	4
Filler		9-9	1
N° de version du format de RSS (111)		10-12	3
Groupage Code retour		13-15	3
Numéro FINESS		16-24	9
Version du format du RUM (011)		25-27	3
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI sauf si IPP)	28-34	7
N° Administratif local de séjour		35-54	20
Date de naissance		55-62	8
Sexe		63-63	1
Numéro de l'unité médicale		64-67	4
Type d'autorisation de l'unité		68-69	2
Type d'autorisation du lit		70-71	2
Zone réservée		72-72	1
Date d'entrée dans l'unité médicale		73-80	8
Mode d'entrée dans l'unité médicale		81-81	1
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		82-82	1
Date de sortie de l'unité médicale		83-90	8
Mode de sortie de l'unité médicale		91-91	1
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)		92-92	1
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)		93-97	5
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)		98-101	4
Nombre de séances		102-103	2
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RUM		104-105	2
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM		106-107	2
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM		108-109	2
Diagnostic principal (DP)		110-117	8
Diagnostic relié (DR)		118-125	8
IGS 2		126-128	3
Zone réservée		129-143	15
DAS n° 1			8
.....			* 8
DAS n° nDAS			8
DAD n° 1			8
.....			* 8

DAD n° nDAD			8
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation		8
	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
.....			*26
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation		8
	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° nZA pendant le séjour		2

Formats de fichier VID-HOSP

Libellé	Taille	Position	Remarques
N° de sécurité sociale	13	1-13	Valeur manquante « XXXXXXXXXXXXX »
Date de naissance du patient	8	14-21	Au format JJMMAAAA Valeur manquante : « XXXXXXXX »
Sexe du patient	1	22-22	1 : Homme / 2 : Femme Valeur manquante : « X »
N° d'identification administratif de séjour	20	23-42	Doit être obligatoirement renseigné.
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	43-43	{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X} cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2
Code de prise en charge du forfait journalier	1	44-44	{A, L, R, X} cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	45-46	{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
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	47-47	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 euros	1	48-48	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	3	49-51	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	52-61	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	62-71	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	72-81	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant lié à la majoration au parcours de soin	4	82-85	2+2 : Montant en centimes d'euros

REMARQUES :

- Le « N° de sécurité sociale » à renseigner est celui qui figure sur la **carte Vitale**. Il correspond au NIR de l'ouvrant droit (Numéro d'Inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques). A l'heure actuelle, l'ensemble des caisses (tout régime confondu) s'est conformé à cette règle. Pour plus d'information, veuillez consulter les articles R161-33-1 à R161-33-9 et R161-34 à R161-38 du « *Code de la Sécurité Sociale (Partie Réglementaire – Décrets en Conseil d'Etat)* ».
- Une tolérance sur la longueur du « N° d'identification administratif de séjour » est admise : les numéros comportant moins de 20 caractères sont automatiquement complétés par des blancs à droite.

Format de fichier ANO-HOSP

Libellé	Taille	Position	Remarques
Clé d'intégrité	4	1-4	Permet de s'assurer qu'aucune modification n'a été réalisée après la génération.
Code retour contrôle «n° sécurité sociale »	1	5-5	(i)
Code retour contrôle «date de naissance »	1	6-6	ii)
Code retour contrôle «sexe »	1	7-7	(iii)
Code retour contrôle «n° d'identification administratif de séjour»	1	8-8	(iv)
N° anonyme	17	9-25	
N° d'identification administratif de séjour	20	26-45	Même numéro que dans VID-HOSP et HOSP-PMSI
Clé d'intégrité n°2	4	46-49	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	50-50	(v)
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	51-51	(vi)
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	52-52	(vii)
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	53-53	(viii)
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	54-54	(ix)
Code retour contrôle « nombre de venues »	1	55-55	(x)
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur»	1	56-56	(xi)
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	57-57	(xii)
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie»	1	58-58	(xiii)
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin»	1	59-59	(xiv)
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	60-60	{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X} cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2
Code de prise en charge du forfait journalier	1	61-61	{A, L, R, X} cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	62-63	{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
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	64-64	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	65-65	0 : non/ 1 : oui
Nombre de venues	3	66-68	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	69-78	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	79-88	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	89-98	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant lié à la majoration au parcours de soin	4	99-102	2+2 : Montant en centimes d'euros

Détail des codes retour :

(i) « 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')

(ii) « 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)

(iii) « 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])

(iv) « n° d'identification administratif de séjour »

0 : pas de problème à signaler

1 : non renseigné (longueur nulle)

(v) « 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])

(vi) « 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])

(vii) « Nature d'assurance »

0 : pas de problème à signaler

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

(viii) « 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])

(ix) « Facturation du 18 euros »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

(x) « Nombre de venues »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

(xi) « montant à facturer au titre du ticket modérateur »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

(xii) « montant à facturer au titre du forfait journalier »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

(xiii) « 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

(xiv) « montant lié à la majoration au parcours de soin »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence de caractères non numériques

REMARQUES :

Les messages d'erreurs affichés dans le rapport de « traitement local » résultent de l'analyse de ces codes d'erreur.

Cas particulier : lorsque vous présentez un enregistrement qui ne respecte pas la longueur d'un enregistrement au format VID-HOSP (42 ou 85 caractères), MAGIC retourne un enregistrement ANOHOSP spécial de la forme : (00009999XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX000099999999XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX).

En traitement local, vous obtiendrez le message « *Enregistrement de longueur incorrecte pour VID-HOSP (42 ou 85 attendue)* ».

Format du fichier HOSP-PMSI

Libellé	Taille	Position	Remarques
N° de RSS	7	1-7	Obligatoire
N° administratif du séjour	20	8-27	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

Format de RSA groupé en CCAM (213)

Libellé		Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS		9	1	9	
Numéro de version du format du RSA		3	10	12	213
N° d'index du RSA		10	13	22	
Numéro de version du format du "RSS-groupé"		3	23	25	
Numéro de version GENRSA		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	
Nombre de séances		2	84	85	
IGS 2		3	86	88	
Numéro de GHS (du GHM GENRSA)		4	89	92	forfait GHM lorsque dialyse ("après SROS")
Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute		4	93	96	
Séjour inférieur à la borne extrême basse		1	97	97	
Forfait dialyse		4	98	101	GHS 9500-9503 ou D01-D05 ("avant SROS")
Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances		3	102	104	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances		3	105	107	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire		3	108	110	

hors séances					
Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances		3	111	113	
Nombre de séances avant SROS		2	114	115	
Nombre d'actes menant dans le GHM 24Z05Z ou 28Z11Z		3	116	118	
Nombre d'actes menant dans le GHM 24Z06Z ou 28Z12Z		3	119	121	
Nombre d'actes menant dans le GHM 24Z07Z ou 28Z13Z		3	122	124	
Nombre de suppléments caisson hyperbare		3	125	127	
Type de prestation de prélèvement d'organe		1	128	128	1, 2 ou 3
Nombre de suppléments pour SRA (réanimation)		3	129	131	
Nombre de suppléments pour REA (réanimation)		3	132	134	
Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation		3	135	137	
Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs)		3	138	140	
Nombre de suppléments pour SSC (surveillance continue)		3	141	143	
Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue)		3	144	146	
Nombre de suppléments NN1		3	147	149	
Nombre de suppléments NN2		3	150	152	
Nombre de suppléments NN3		3	153	155	
Passage dans un lit dédié de soins palliatifs		1	156	156	
Diagnostic principal (DP)		6	157	162	
Diagnostic relié (DR)		6	163	168	
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RSA		2	169	170	
Nombre de zones d'actes (nA) dans ce RSA		4	171	174	
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
	Position du DP	2			"DP", "DR" ou rang DAS
...					
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
	Position du DP	2			"DP", "DR" ou rang DAS
DAS n° 1		6			
.....					
DAS n° nDAS		6			
Zone d'acte 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 d'exécutions de l'acte n° 1 pendant le séjour	2			
...					
Zone d'acte n° nZA	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° nZA pendant le séjour	2			

Fichier de chaînage (ANO)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Mois de sortie	2	10	11	
Année de sortie	4	12	15	
Code retour contrôle « n° sécurité sociale »	1	16	16	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	17	17	
Code retour contrôle « sexe »	1	18	18	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	19	19	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	20	20	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	21	21	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	1	22	22	
N° anonyme	17	23	39	
N° de séjour	4	40	43	
N° séquentiel dans fichier PMSI	10	44	53	10 pour le MCO, 7 pour le SSR
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	54	54	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	55	55	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	56	56	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	57	57	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	58	58	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	59	59	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	60	60	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	61	61	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes »	1	62	62	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	63	63	
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	64	64	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	65	65	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	66	67	{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
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	68	68	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	69	69	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	3	70	72	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	73	82	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	83	92	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	93	102	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	103	106	2+2 : montant en centimes d'euro

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. 'XXXXXXX')
- 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)

« 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 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