



Pôle LETS
Service Architecture et
Production Informatique
117, Bd Marius Vivier Merle
69482 LYON Cedex 3
E-Mail : mailing-
pmsi@atih.sante.fr
Tél. : +33 (04 37 91 33 10)

PAPRICA

HAD Publique (Ex-DGF)

Manuel d'utilisation

Version 1.10.0.0

En cas de problème :

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

Sommaire

SOMMAIRE	2
1 PRESENTATION GENERALE	4
2 FONCTIONNALITES	5
2.1 PERIODE DE TRAITEMENT	7
2.2 FICHIERS COMPLEMENTAIRES (FICHCOMP)	7
2.3 LES CONVENTIONS HAD-EHPA ET HAD-ESMS	8
2.3.1 <i>La saisie des conventions HAD-EHPA et HAD-ESMS</i>	9
2.3.2 <i>Le traitement de l'activité HAD en EHPA par PAPRICA</i>	11
2.4 LANCEMENT	12
2.4.1 <i>Contrôles préliminaires</i>	12
2.4.2 <i>Contrôles complémentaires</i>	13
2.4.3 <i>Anonymisation et réalisation du chaînage des données</i>	16
2.4.4 <i>Traitement des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT</i>	16
2.5 MENUS	17
2.5.1 <i>Visualisation</i>	17
2.5.2 <i>Le menu « ? »</i>	18
2.6 EXPORT	19
2.7 QUITTER LE PROGRAMME	20
2.8 SAUVEGARDE	21
3 TRANSMISSION ET TRAITEMENT DES DONNEES SUR E-PMSI : MODE D'EMPLOI	23
3.1 PAPRICA	23
3.2 E-PMSI	25
4 SUPPORT TECHNIQUE	26
5 LE MANUEL D'UTILISATION	26
6 LA PLATE-FORME AGORA	27
7 PAR MAIL	27
8 PAR TELEPHONE	27
9 ANNEXES	29
9.1 ANNEXE 1 : CONFIGURATION MINIMALE REQUISE	30
9.2 ANNEXE 2 : PARAMETRAGE DE LA TRANSMISSION E-PMSI	31
9.3 ANNEXE 3 : INFORMATIONS SUR LE CHAINAGE	36
9.3.1 <i>Présentation générale</i>	36
9.3.2 <i>Problème de calcul d'intégrité sur ANO-HOSP</i>	37
9.3.3 <i>Doublons sur le n° administratifs dans ANO-HOSP</i>	37
9.3.4 <i>Association entre patients et séjours</i>	38
9.3.5 <i>Détection de l'unicité du couple {patient, n° de séjour}</i>	38
9.3.6 <i>Association des patients aux RPSS</i>	38
9.4 ANNEXE 4 : LES CONTROLES ET LES CODES RETOUR PAPRICA	40

9.4.1	L'ensemble des contrôles réalisés par PAPRICA est synthétisé dans la figure ci-dessous :.....	40
9.4.2	Les erreurs bloquantes.....	41
9.4.3	Les erreurs non bloquantes.....	46
9.5	ANNEXE 5 : LES FORMATS.....	47
9.5.1	Format de RPSS non groupé H05.....	47
9.5.2	Format de RPSS groupé H15.....	51
9.5.3	Format ANO-HOSP pour V008.....	57
9.5.4	Format des fichiers complémentaires.....	58
9.5.5	Format du fichier HOSP-PMSI.....	58
9.5.6	Format d'importation du fichier des Conventions HAD-EHPA.....	58
9.5.7	Format du RAPSS (H25).....	59
9.5.8	Fichier de chaînage (ANO).....	62
9.5.9	Formats des fichiers de contrôles en sortie.....	64
9.5.10	Formats des fichiers complémentaires de sortie.....	65
	FICHE D'IDENTIFICATION DU DOCUMENT.....	67
	CYCLE EDITORIAL.....	67
	TEXTE(S) DE REFERENCE.....	67
	HISTORIQUE DES VERSIONS.....	67
	DIFFUSION.....	67

1 Présentation générale

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

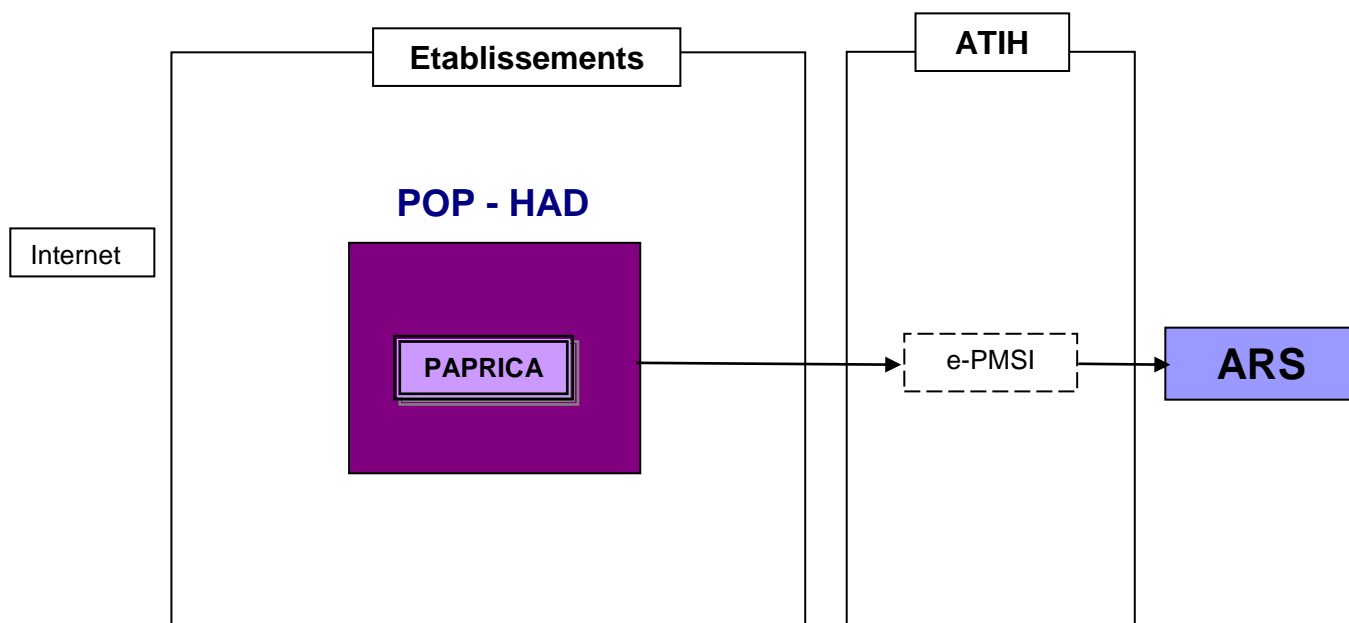
- permettre aux établissements de facturer les journées de prise en charge à l'Assurance Maladie, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) des établissements d'HAD,
- disposer, à l'échelon régional et à l'échelon national, d'informations statistiques sur certaines caractéristiques des patients pris en charge dans les structures d'HAD.

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

Cette transmission s'effectue par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'État. La périodicité, trimestrielle jusqu'au premier trimestre 2007 inclus, devient mensuelle à partir du 1^{er} avril 2007. La transmission d'un mois civil doit être effectuée au cours du mois suivant.

ATTENTION : elle s'effectue sur des données cumulées depuis le 1^{er} janvier de l'exercice en cours

Le schéma, ci-dessous, montre la place occupée par PAPRICA dans la **Panoplie d'Outils du PMSI** utilisée en HAD (POP-HAD).



2 Fonctionnalités

Le logiciel PAPRICA permet l'anonymisation des fichiers de résumés par sous-séquence (RPSS) groupés ou non, et le chaînage de ceux-ci avec le fichier ANO-HOSP et/ou HOSP-PMSI (selon les modalités décrites dans la circulaire DHOS/PMSI/2001 n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours).

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

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

PAPRICA 1.10.0.0

Fichier Visualisation Paramètres ?

Période de traitement

Période de Test (M0) 2013

Nom du fichier RPSS

Nom du fichier AND-HOSP

Utilisation du fichier HOSP-PMSI

Nom du fichier HOSP-PMSI

Fichiers FICHCOMP

Options

Je ne déclare pas de médicaments ATU

Je déclare des médicaments MED et ATU mais je n'ai qu'un fichier

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

Nom du fichier médicaments (MED hors ATU)

Nom du fichier médicaments (ATU)

Conventions HAD-EHPA

1ère possibilité : Par importation de fichier

Importer les conventions

2ème possibilité : Par saisie

Renseigner les conventions

Lancement Export Envoi e-PMSI ? Quitter

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

NOTE :

Le numéro FINESS affiché correspond au numéro FINESS de à celui de l'entité juridique lorsqu'il s'agit d'un établissement « ex-DGF ». PAPRICA détermine cette information par l'analyse de la première ligne du fichier de RPSS.

2.1 Période de traitement

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

IMPORTANT :

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

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.

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

2.2 Fichiers complémentaires (FICHCOMP)

3 options permettent éventuellement de saisir des médicaments ATU :

1. L'option « **Je ne déclare pas de médicaments ATU** » permet de déclarer éventuellement des médicaments de type MED. Si toutes fois, des médicaments de type ATU se trouvent dans le fichier destiné aux médicaments de type MED alors ils seront ignorés.
2. L'option « **Je déclare des médicaments MED et ATU mais je n'ai qu'un fichier** » permet de déclarer à la fois des médicaments de type MED et de

type ATU dans un fichier unique à renseigner dans la zone « **Nom du fichier médicaments (MED dont ATU)** ».

3. L'option « J'ai deux fichiers pour distinguer les deux types de médicaments » permet de déclarer à la fois des médicaments de type MED et de type ATU dans 2 fichiers distincts à renseigner respectivement dans les zones « **Nom du fichier médicaments (MED hors ATU)** » et « **Nom du fichier médicaments ATU** ». Si toutes fois, des médicaments de type ATU se trouvent dans le fichier destiné aux médicaments de type MED alors ils seront ignorés.

Les fichiers de suivi de consommation par patient des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT devront être transmis vers la plate-forme e-PMSI (les formats sont indiqués en annexe 5 : cf. « *Format des fichiers supplémentaires* »).

2.3 Les conventions HAD-EHPA et HAD-ESMS

La saisie des conventions est obligatoire s'il existe des interventions de votre établissement en EHPA ou EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ou en ESMS (Etablissement Sociaux et Médico-Sociaux).

Evolution PAPRICA du M9 2012 : l'intervention des services d'hospitalisation à domicile est désormais autorisée dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. Deux décrets ont été publiés :

Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026354691&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026354711&dateTexte=&categorieLien=id>

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

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

Et notamment, vous trouverez sur cette page, un lien vers le document : « Note d'information technique aux établissements d'HAD intervenant dans les EHPA »

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

2.3.1 La saisie des conventions HAD-EHPA et HAD-ESMS

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



Interface pour la gestion des conventions

PAPRICA permet de gérer les conventions de deux manières :

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

ATTENTION :

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

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

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

Un rapport d'import est affiché à la fin du traitement ; il présente l'ensemble des erreurs qui ont été détectées. Ce rapport peut contenir des lignes se référant à votre fichier d'import des conventions (*cf.* § 2.7).

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

PAPRICA - Saisie des conventions HAD-EHPA et HAD-ESMS

Visualisation

Numéro FINESS EHPA ou ESMS* (* : zone obligatoire)

Code forfait soins EHPA ou type établissement*

* : Sans forfait soins = Etablissement Social - Avec forfait soins = Etablissement Médico-Social

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

Date de fin de la convention

	Finess	Forfait soins	Date de début	Date de fin
▶	770001311	0	01012012	31122015
*				

Mettre à jour

Ajouter

Supprimer

Annuler Validation

Fenêtre de saisie et de contrôle d'import des conventions

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

ATTENTION: Toute modification est directement enregistrée en base de données

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

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

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

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

2.3.2 Le traitement de l'activité HAD en EHPA par PAPRICA

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

Seuls certains modes de prise en charge principaux (MPP) et associés (MPA) sont autorisés pour décrire l'activité d'HAD auprès de patients hébergés dans un EHPA. A titre indicatif :

- les MPP autorisés sont les suivants : 03, 04, 05, 07, 08, 09, 18 et 24,
- les MPA autorisés sont : de 01 à 09, 11, 12, 14, 18 et 24.

Par la commande [*EHPA - Journées supprimés car hors convention*] du menu [*Visualisation*] de la fenêtre principale de PAPRICA, un nouveau compte-rendu est accessible : le rapport d'anonymisation qui est affiché à la fin du traitement vous indique l'ensemble des erreurs qui ont pu se produire et qui concernent l'activité HAD en EHPA. Veillez à consulter attentivement ce rapport pour situer l'origine de (des) l'erreur(s).

2.4 Lancement

A rectangular button with a light blue border and the word "Lancement" centered inside.**ATTENTION :**

À l'issue des traitements effectués par le logiciel PAPRICA, des fichiers de sauvegarde sont générés. Il est **IMPORTANT** que ces fichiers soient sauvegardés lors de toute désinstallation ou réinstallation du logiciel (cf. § 2.9 « Sauvegarde »).

IMPORTANT :

Nous vous recommandons de consulter les rapports, notamment de chaînage, avant toute transmission à la plate-forme e-PMSI.

Dès le lancement de PAPRICA, des contrôles préliminaires et complémentaires sont effectués sur le contenu des RPSS. La figure de l'annexe 4 détaille l'ensemble des contrôles réalisés par PAPRICA.

2.4.1 Contrôles préliminaires

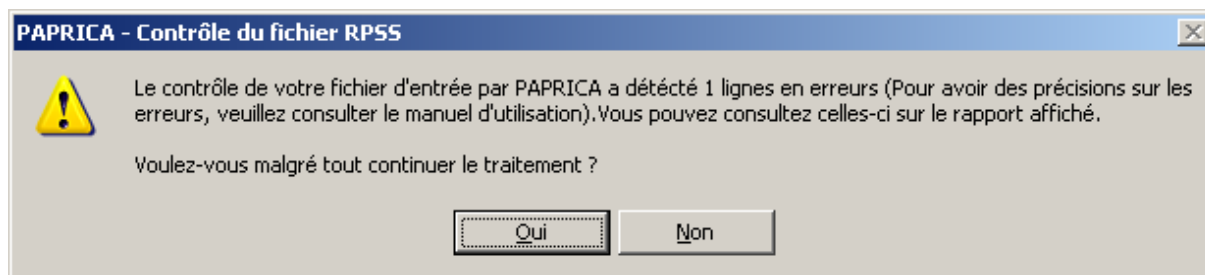
Les contrôles réalisés à ce stade sont les suivants :

- [LONGUEUR INCORRECTE] : la longueur du RPSS ne correspond pas à celle prévue par le format ;
- [FINESS INCOHERENT] : le numéro FINESS du RPSS ne correspond pas à celui qui est affiché dans la barre des titres. Il correspond au numéro FINESS de l'entité juridique lorsqu'il s'agit d'un établissement « ex-DGF ». PAPRICA détermine cette information par l'analyse de la première ligne du fichier de RPSS ;
- [CARACTERE ILLICITE] : un caractère non autorisé est présent dans le RPSS ;
- [HORS PERIODE] : le RPSS n'appartient pas à la période de traitement déclarée.

ATTENTION :

Les RPSS ne passant pas ces contrôles préliminaires ne pourront pas être transmis sur la plate-forme e-PMSI. La présence de ces erreurs peut engendrer des erreurs de séquençement. Il vous est vivement conseillé de vérifier les RPSS incriminés et de les corriger si besoin.

Lorsque les contrôles préliminaires ont détecté des RPSS erronés, une fenêtre semblable à celle qui suit est affichée. Elle permet d'interrompre le traitement à ce stade et d'apporter les corrections nécessaires.



2.4.2 Contrôles complémentaires

En complément des contrôles « intra-RPSS » intégrés à la fonction groupage, PAPRICA met en œuvre quatre types de vérifications « inter-RPSS » qui peuvent donner lieu à un classement en erreurs bloquantes (**à l'exception des codes en gras dans la liste des erreurs ci-dessous**) et entraîner une non valorisation des RPSS incriminés (groupage en GHPC 9999 et GHT 99).

NOTE : le classement en erreurs bloquantes ne s'appliquera qu'aux RPSS dont la date de fin est postérieure au 28/02/2013. Autrement dit, ces erreurs ne seront que des alertes pour les RPSS des mois de janvier et février.

Les erreurs issues des contrôles complémentaires de PAPRICA commencent par S (erreurs de stabilité), E (erreurs d'enchaînement) ou R (erreurs de cohérence du recueil) ; celles issues des contrôles de la fonction groupage commencent par C (erreurs de contrôle du groupage).

2.4.2.1 Contrôle de stabilité des informations au sein d'un même séjour

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

ATTENTION :

Pour chaque séjour, la valeur de référence utilisée provient du RPSS le plus récent (n° de séquence et n° de sousséquence les plus élevés du séjour).

En cas de non stabilité des informations entre le RPSS transmis et le RPSS de référence, les codes erreurs suivants peuvent s'afficher :

S600 : IPP différent de la référence

S601 : Date de naissance différente de la référence

S602 : Sexe différent de la référence

S603 : Date d'entrée du séjour différente de la référence

S604 : Mode d'entrée/provenance différent de la référence

S605 : Date de sortie du séjour différente de la référence

S606 : Mode de sortie/destination différent de la référence

2.4.2.2 Contrôle de stabilité des informations au sein d'une même séquence

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

ATTENTION :

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

En cas de non stabilité des informations, les codes erreurs suivants peuvent s'afficher :

S650 : Date de début de séquence différente de la référence

S651 : Date de fin de séquence différente de la référence

S652 : MPP différent de la référence

S653 : MPA différent de la référence

S654 : IK différent de la référence

S655 : score AVQ différent de la référence

2.4.2.3 Contrôle de cohérence des enchaînements

On vérifie le bon enchaînement des numéros ainsi que des dates de début et de fin des séquences et des sous-séquences. En cas d'incohérence des enchaînements, les codes erreurs suivants peuvent s'afficher :

E700 : Incohérence dans la numérotation du n° de séquence

E701 : Problème d'enchaînement de la date de début de séquence avec la date de fin de la séquence précédente

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

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

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

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

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

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

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

2.4.2.4 Autres contrôles de cohérence du recueil :

Il s'agit des codes erreurs suivants :

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

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

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

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

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

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

Remarques :

Contrairement aux autres erreurs issues des contrôles préliminaires et complémentaires, ces trois dernières erreurs ne sont pas bloquantes (R803, R804, R805).

Toutes les erreurs sont répertoriées dans le menu [*Visualisation*] – [*Synthèse des erreurs de groupage et des erreurs complémentaires*] (cf. § 2.6).

2.4.3 Anonymisation et réalisation du chaînage des données

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

Lors de cette phase, des contrôles réalisés : en premier lieu, PAPRICA analyse les couples numéro de RPSS - numéro administratif local de séjour de chaque RPSS. Il détecte les numéros de RPSS en doublons ainsi que les numéros administratifs de séjour en doublons. Afin de ne pas bloquer les traitements, lorsque PAPRICA trouve des N° de RPSS en doublons, seul le premier sera pris en compte pour la suite des vérifications. Il en sera de même concernant le n° administratif de séjour.

2.4.4 Traitement des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT

Les causes de rejet du fichier FICHCOMP peuvent être les suivantes :

- le numéro FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RPSS ;
- le numéro administratif de séjour n'apparaît pas dans le RPSS ;
- la longueur des enregistrements est incorrecte ;
- la date indiquée est mal/non renseignée.

Veuillez consulter également l'annexe 5 qui détaille le format du fichier FICHCOMP : cf. « *Format des fichiers complémentaires* ».

À la fin du traitement, les rapports d'anonymisation du fichier de RPSS, du fichier complémentaire (s'il y a lieu), ainsi que ceux liés au chaînage s'affichent à l'écran. Nous vous recommandons de les consulter avant toute transmission à la plate-forme e-PMSI.

2.5 Menus

2.5.1 Visualisation

Vous pouvez visualiser tous les compte-rendus générés lors du traitement des données par PAPRICA, grâce au menu [*Visualisation*]. Ils fournissent des informations utiles (numéros de ligne, description de l'erreur, ...) permettant d'identifier et de corriger les RPSS erronés.

Les fichiers de compte-rendu sont les suivants :

- « **Erreurs de format** » : liste des RPSS erronés à l'issue des contrôles de format effectués (cf. § 2.5 pour plus de précisions - Contrôles préliminaires)
- « **Compte-rendu de PAPRICA** » : ce rapport fournit une synthèse des erreurs détectées lors du groupage réalisé par PAPRICA
- « **Différences de groupage** » : ce rapport répertorie les différences de groupage entre le groupe homogène de prise en charge (GHPC) obtenu par votre groupeur et celui déterminé par le logiciel PAPRICA. Le résultat obtenu par ce dernier constitue la référence officielle
- « **Compte-rendu de chaînage** » : cf. annexe 5 pour des informations supplémentaires
- « **Erreurs de chaînage** » : cf. annexe 5
- « **Visualisation des erreurs bloquantes de groupage** » : Ce rapport visualise toutes les lignes du RAPSS possédant des erreurs bloquantes. Ces erreurs sont issues des contrôles « intra-RPSS » intégrés à la fonction groupage
- « **Visualisation des erreurs non bloquantes de groupage** » : Ce rapport visualise toutes les lignes du RAPSS possédant des erreurs non bloquantes. Ces erreurs sont issues des contrôles « intra-RPSS » intégrés à la fonction groupage
- « **Synthèse des erreurs de groupage et des contrôles complémentaires** » : cf. § 2.5 pour plus de précisions- Contrôles complémentaires, en plus des erreurs de groupage. Le format de ce fichier est fourni ci-dessous.

NOTES :

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

- FINESS
- Période
- Mois
- N° de séjour HAD
- N° de séquence
- N° de sousséquence

- Nombre d'erreurs
- Code(s) erreur(s)

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

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

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

- N° de séjour HAD
- N° de séquence
- N° de sousséquence

- Groupage établissement: code retour
- Groupage établissement: n° du GHPC
- Groupage établissement: nombre de zones tarifaires (1 à 4)
- Groupage établissement: n° du GHT
- Groupage établissement: nombre de jours
- ...
- Groupage établissement: n° du GHT
- Groupage établissement: nombre de jours

- Groupage PAPRICA : code retour
- Groupage PAPRICA : n° du GHPC
- Groupage PAPRICA : nombre de zones tarifaires (1 à 4)
- Groupage PAPRICA : n° du GHT
- Groupage PAPRICA : nombre de jours
- ...
- Groupage PAPRICA : n° du GHT
- Groupage PAPRICA : nombre de jours

2.5.2 Le menu « ? »

Le manuel d'utilisation de PAPRICA peut être consulté en utilisant le menu [? : *Manuel d'utilisation*].

2.6 Export

IMPORTANT :

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

PAPRICA offre deux possibilités d'exportation :

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

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

[FINESS].[Année].[Mois].ano_rapss.pop.zip

REMARQUE :

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

Exemple : N° FINESS 999999999, Période de transmission M3, Année de transmission 2013. Le fichier exporté « ANO-RAPSS » sera nommé 999999999.2013.3.ano_rapss.zip

Les fichiers contenus dans l'export sont les suivants :

- le fichier de contrôle « **data.mnf** » (cf. avertissement ci-dessous) ;
- le fichier de contrôle « **desc.mnf** » (cf. avertissement ci-dessous) ;
- le fichier de contrôle « **desc.xml** » (cf. avertissement ci-dessous) ;
- un fichier zippé portant l'extension « **data.zip** » contenant les fichiers ci-dessous :
 - le fichier de RAPSS qui porte l'extension « **.rapss** » (cf. format en annexe 5) ;
 - le fichier de chaînage qui porte l'extension « **.ano** » (cf. format en annexe 5) ;
 - le fichier de chaînage qui porte l'extension « **.sta** » (cf. format en annexe 5) ;
 - le fichier de la liste des erreurs de génération qui porte l'extension « **.leg** » (comprenant les erreurs de groupage et de séquençement) ;

- éventuellement, le fichier d'export portant l'extension « **.ehpa** » si vous avez saisi des conventions HAD-EHPA (cf format en annexe 5 « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).
- éventuellement, le fichier portant l'extension « **.med** » si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Médicaments » des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT, (cf format en annexe 5 « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).
- éventuellement, le fichier portant l'extension « **.medatu** » si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Médicaments ATU » des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT, (cf format en annexe 5 « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).

AVERTISSEMENT :

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

2.7 Quitter le programme

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

2.8 Sauvegarde

Chaque traitement est sauvegardé dans le dossier « sauvegarde » du répertoire d'installation. Cette sauvegarde est composée de deux fichiers au format compressé (.zip), au nom composé comme suit :

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

[jour-mois-année-heure-minute-seconde] correspond aux date et heure du début du traitement effectué. Le premier fichier correspond aux copies des fichiers d'entrée (*in*) utilisés pour le traitement dont les noms ont été formalisés sous la forme suivante:

[FINESS].[Année].[Mois].[extension]

Chaque [extension] correspond à un type de fichier:

- « .rpss.ini.txt » fichier de séjour RPSS
- « .rpss.txt » fichier de séjour RPSS fourni à la librairie d'anonymisation
- « .hosppmsi.ini.txt » fichier HOSP-PMSI
- « .hosppmsi.txt » fichier HOSP-PMSI fourni à la librairie de chaînage
- « .anohosp.ini.txt » fichier ANO-HOSP
- « .anohosp.txt » fichier ANO-HOSP fourni à la librairie de chaînage
- « .med.ini.txt » fichier des molécules onéreuses facturées en sus des GHT si présent
- « .med.txt » fichier des molécules onéreuses facturées en sus des GHT
- « .medatu.ini.txt » fichier des molécules onéreuses ATU facturées en sus des GHT si présent
- « .medatu.txt » fichier des molécules onéreuses ATU facturées en sus des GHT fourni à la librairie de traitement des médicaments

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

RAPPEL :

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

En pratique, il faut sauvegarder le contenu du dossier [Dossier d'installation]\sauvegarde. Par défaut, le chemin du dossier de sauvegarde est le suivant :

C:\Program Files\HAD\PAPRICA\sauvegarde

Il est fortement recommandé de procéder à une sauvegarde externe des données (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 1).

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

Dans l'ordre, les opérations à effectuer sont les suivantes.

3.1 PAPRICA

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

2) Indiquer le chemin d'accès du fichier de RPSS (actuellement les formats autorisés est H15 : cf. formats en annexe 5).

3) S'il y a lieu, indiquez les chemins d'accès au nouveau fichier complémentaire de médicaments facturés en sus des GHT (cf. format en annexe 5).

4) Appliquer la même procédure pour le fichier ANO-HOSP utilisé pour le chaînage (cf. format en annexe 5 et pour plus d'information, vous pouvez consulter la circulaire n° 106 du 22 fév. 2001 relative au chaînage des séjours sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/openfile.php?id=739>).

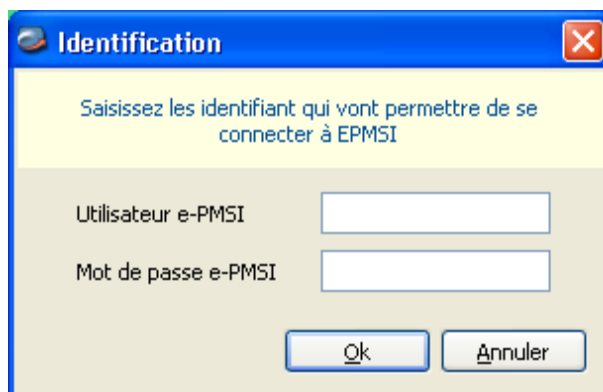
5) Pour le fichier HOSP-PMSI, vous avez deux possibilités :
- soit utiliser un fichier HOSP-PMSI (cf. format en annexe). Dans ce cas, indiquer son chemin d'accès en utilisant le bouton [...] en face de la zone et cocher la case « *Utilisation d'un fichier HOSP-PMSI* » ;
- soit ne pas utiliser le fichier HOSP-PMSI ; vous devez alors décocher la case « *Utilisation d'un fichier HOSP-PMSI* ».

Vous pouvez vous dispenser de ce fichier, si et seulement si, vous avez renseigné la variable « N° d'identification administratif de séjour » du fichier VID-HOSP avec la variable « N° de séjour HAD » qui figure dans le RPSS (pour une description plus détaillée de la procédure, vous pouvez vous reporter au manuel d'utilisation de MAGIC, le Module d'Anonymisation et de Gestion des Informations de Chaînage, disponible à partir de l'espace de téléchargement de l'ATIH).

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

7) À la fin du traitement, le compte-rendu de PAPRICA ainsi que celui du chaînage s'affichent à l'écran.

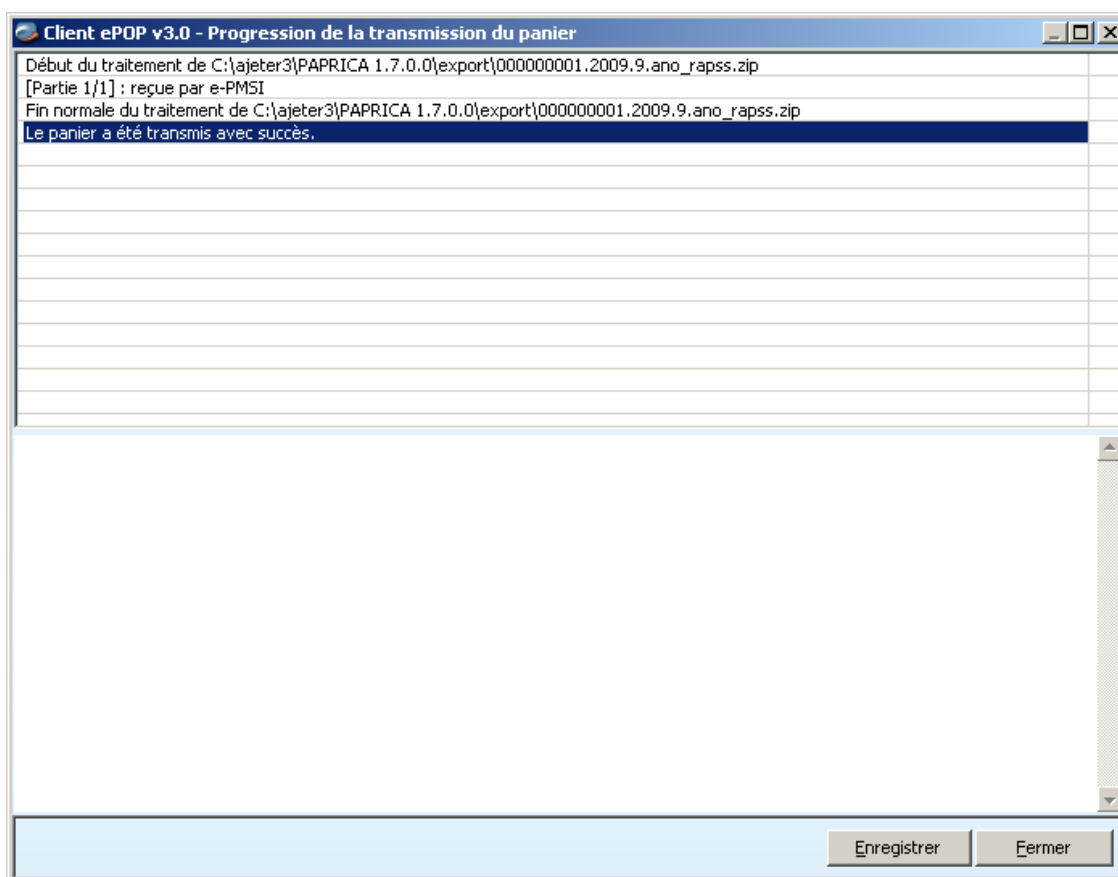
8) Cliquer ensuite sur le bouton *[Envoi e-PMSI]* qui a pour effet de lancer la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI.



9- **Indiquer votre identifiant** (« Login ») **et le mot de passe correspondant à votre compte GFP** (Gestionnaire des fichiers PMSI) sur la plate-forme e-PMSI. Éventuellement si votre établissement possède un serveur proxy (serveur filtrant les accès à Internet), compléter les paramètres e-PMSI au niveau du menu « Paramètres / Paramétrage e-POP » et renseigner les champs nécessaires (demander ces informations au service informatique de votre établissement).

10- **Cliquer** sur le bouton **[OK]** pour effectuer la transmission.

Une fois le panier envoyé, vous accédez au rapport indiquant si la transmission s'est bien déroulée :

**NOTE :**

Pour plus d'informations concernant l'utilisation du module e-POP intégré, veuillez-vous référer au manuel d'utilisation de ce dernier (logiciel e-POP 3 disponible sur le site de l'ATIH, à partir de l'espace de téléchargement de l'ATIH).

3.2 e-PMSI

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

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

13- Exemple de traitement du M3 2013

Menu « Applications »

« MAT2A »

« MAT2A HAD DGF »

« Année 2013 » « M3 : De Janvier à Mars »

14- Pour vérifier que votre fichier a été transmis, à partir 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.

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

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

NOTE :

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

4 Support technique

En cas de problème non résolu malgré la consultation du manuel d'utilisation PAPRICA, l'équipe du Support technique est à votre disposition

Quel que soit le moyen utilisé pour le contacter, , ce sont les mêmes référents qui reçoivent les demandes et il est donc inutile de multiplier vos demandes (AGORA + mail + téléphone).

Les moyens mis à disposition pour résoudre les problèmes sont les suivants :

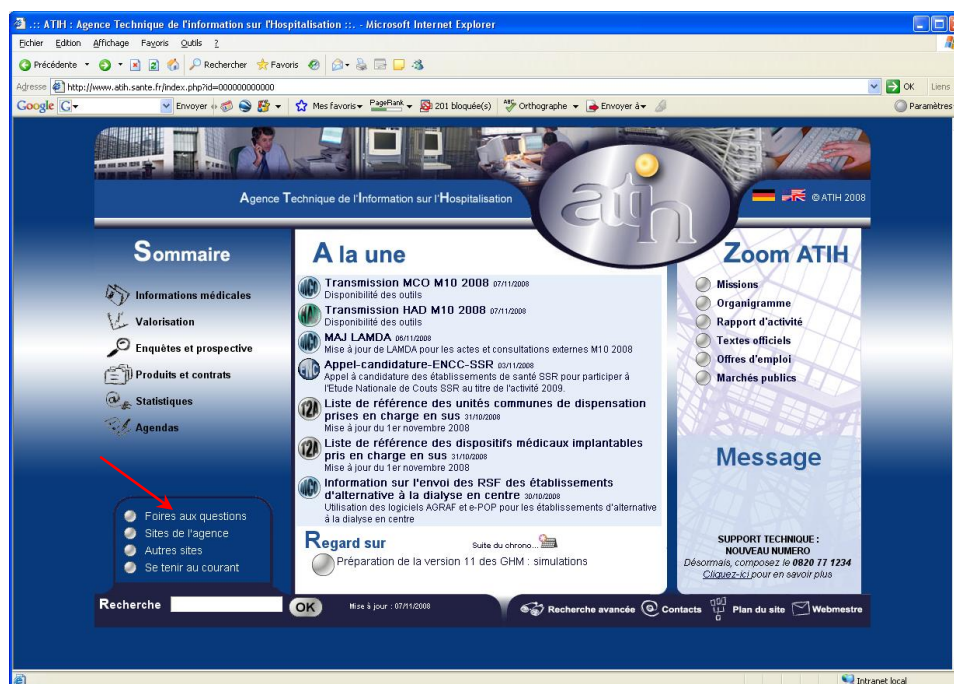
5 Le manuel d'utilisation

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

6 La plate-forme AGORA

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

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



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

7 Par mail

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

8 Par téléphone

Au 08 20 77 12 34 du Lundi au Vendredi, de 8h30 à 12h00, et de 14h00 à 18h00. Il vous faudra fournir également les informations ci-dessus pour les mêmes raisons.

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

9 Annexes

9.1 Annexe 1 : Configuration minimale requise

Avant de procéder à l'installation, assurez-vous que votre système est compatible avec la configuration minimale requise. Nous insistons sur le fait que les logiciels de la suite POP-T2A sont des applications à usage local et ne sont pas destinées à être utilisées en réseau.

Systemes d'exploitation pris en charge :

- Windows Vista
- Windows XP Service Pack 2
- Windows Server 2003
- Windows 2000 Service Pack 3

REMARQUE :

Nous avons testé nos applications sur les systèmes d'exploitation cités ci-dessus. Microsoft ne supportant plus sur les systèmes d'exploitation 98, Millenium et XP Service Pack 1 depuis Juillet 2006, nous ne garantissons pas la compatibilité totale de nos logiciels sur ceux-ci. Si vous êtes dans ce cas, nous vous recommandons d'utiliser des machines ayant des systèmes d'exploitation plus récents.

Configuration matérielle minimum :

- RAM (mémoire vive) : 128 Mo (256 Mo ou plus recommandé)
- Processeur : 400 MHz (800 Mhz recommandé)

Logiciels requis :

- Windows Installer 3.0 (Windows Installer 2.0 pour Windows 98 et Millenium)
- Internet Explorer 5.0 ou supérieur
- Microsoft .NET Framework 2.0 Service Pack 1 :

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

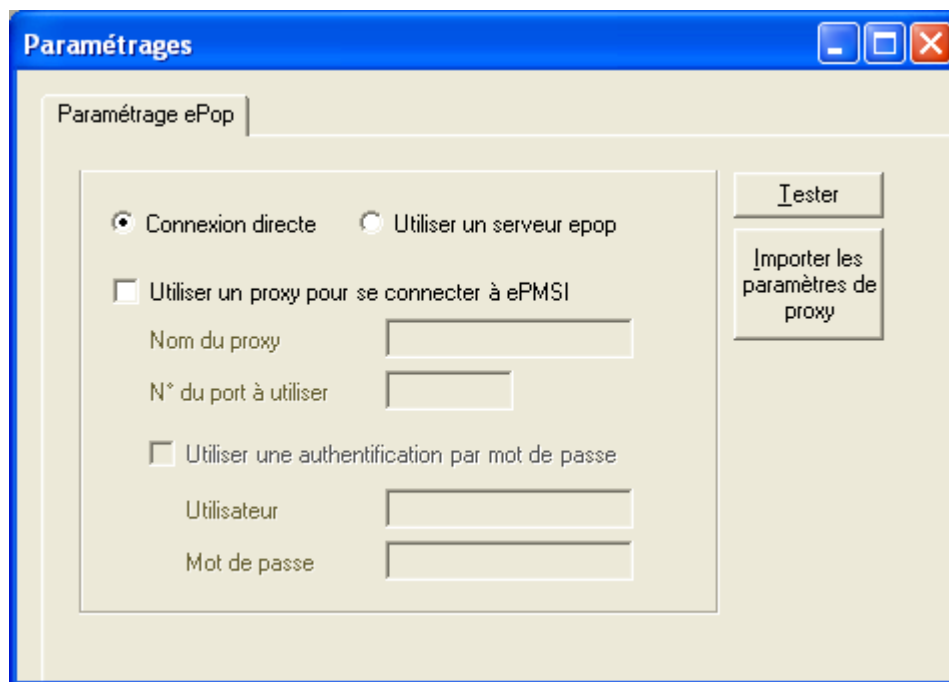
AVERTISSEMENT :

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

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

9.2 Annexe 2 : Paramétrage de la transmission e-PMSI

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



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

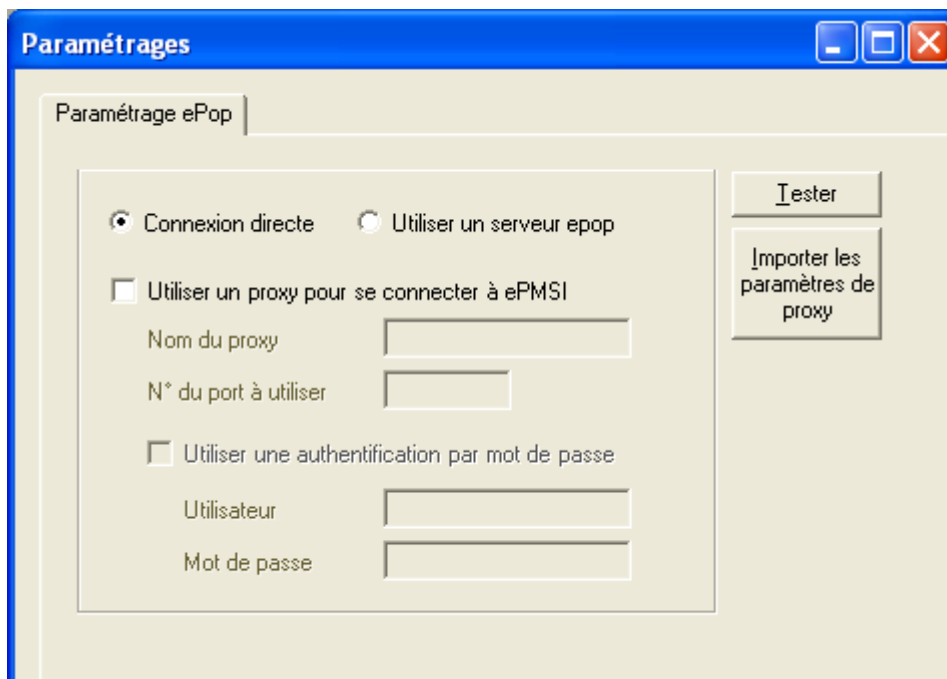
Si vous n'avez jamais paramétré e-POP, cette fenêtre s'affichera au premier lancement de PAPRICA.

Au cours de l'année, les applications livrées par l'ATIH posséderont toutes un écran permettant de paramétrer la transmission de fichier vers e-PMSI. Ce paramétrage est réalisé une fois pour toute avant la première transmission.

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

Connexion directe (utilisation par défaut)

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



Suite des paramètres :

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

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

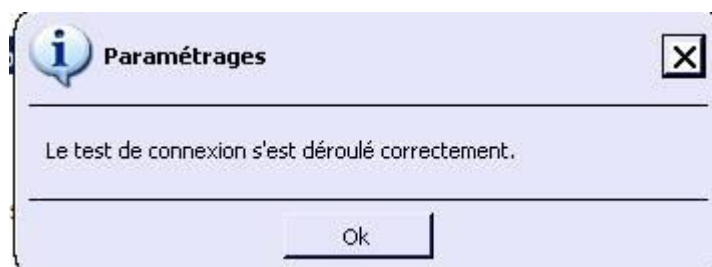
Zone de saisie « N° de port à utiliser » : il s'agit d'un n° compris entre 0 et 65535 à utiliser pour communiquer avec le proxy. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement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

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

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

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

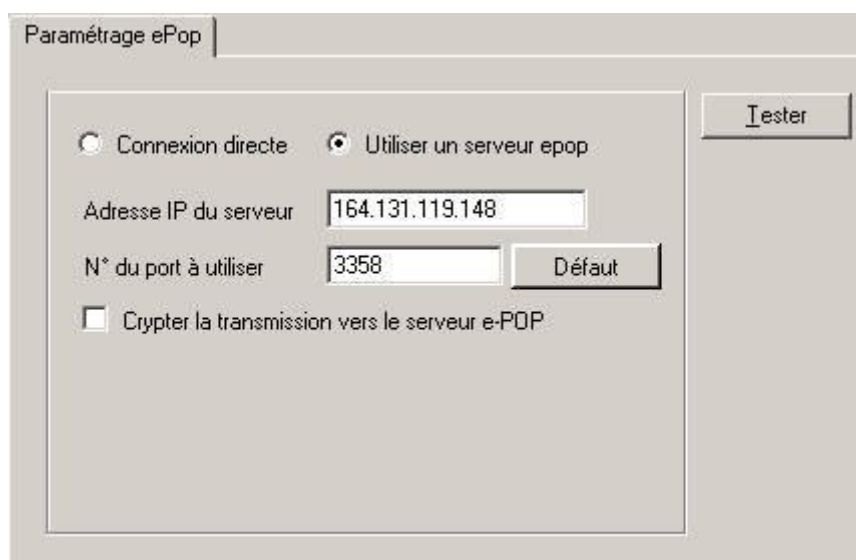
Bouton « Tester » : un clic sur ce bouton permet de réaliser un test de connexion vers e-PMSI. La réussite de ce test aboutit au message suivant :



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

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

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



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

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



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

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

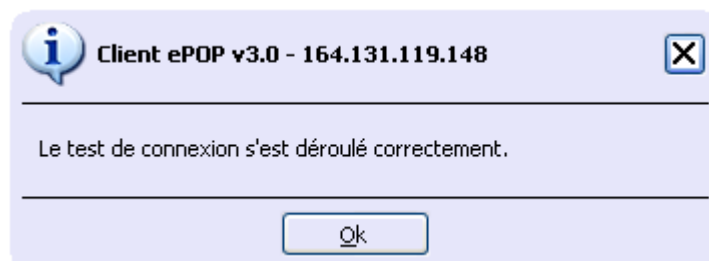
- Il est conseillé de conserver le numéro de port par défaut attribué par l'ATIH (3358).
- Ce port doit être ouvert sur l'ordinateur client et sur l'ordinateur exécutant le serveur (voir *infra* la problématique des pare-feu).

Bouton « Défaut » : ce bouton permet par un simple clic de replacer la valeur de port par défaut (3358) dans la zone de saisie du numéro de port.

Case à cocher « crypter la transmission vers le serveur e-POP » : si cette case est cochée, la transmission du fichier sur le réseau local entre le client et le serveur e-POP sera brouillée et ne pourra ainsi pas être interceptée.

- Le risque d'interception des communications sur un réseau local est extrêmement faible et nécessiterait l'intervention d'un expert informatique malintentionné équipé en conséquence.
- Le cryptage de données ralentit de façon considérable la transmission du fichier vers e-PMSI.
- Pour ces raisons, il est déconseillé de cocher cette case sauf indication contraire du responsable des systèmes informatiques de l'établissement de santé.

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



En cas d'erreur, un message indiquant l'origine du problème est affiché. La liste exhaustive des problèmes pouvant être rencontrés ne peut être détaillée ici. Voici cependant une explication des messages d'erreur les plus fréquemment rencontrés au lancement du test :

- **« Une tentative de connexion a échoué car la partie connectée n'a pas répondu convenablement au-delà d'une certaine durée ou une connexion établie a échoué car l'hôte de connexion n'a pas répondu » :**

Ce message s'affiche si l'adresse IP entrée dans la zone de saisie ne correspond à aucun ordinateur du réseau informatique de l'établissement de santé.

- **« Aucune connexion n'a pu être établie car l'ordinateur cible l'a expressément refusée » :**

Ce message s'affiche si l'ordinateur identifié par l'adresse IP entrée dans la zone de saisie n'exécute pas le serveur e-POP, ou bien si le serveur e-POP est effectivement exécuté mais que l'écoute n'est pas lancée. Il est aussi possible que le port choisi soit différent sur le serveur et sur le client ou bien que le pare-feu de l'un des deux ordinateurs interdise la communication via ce port.

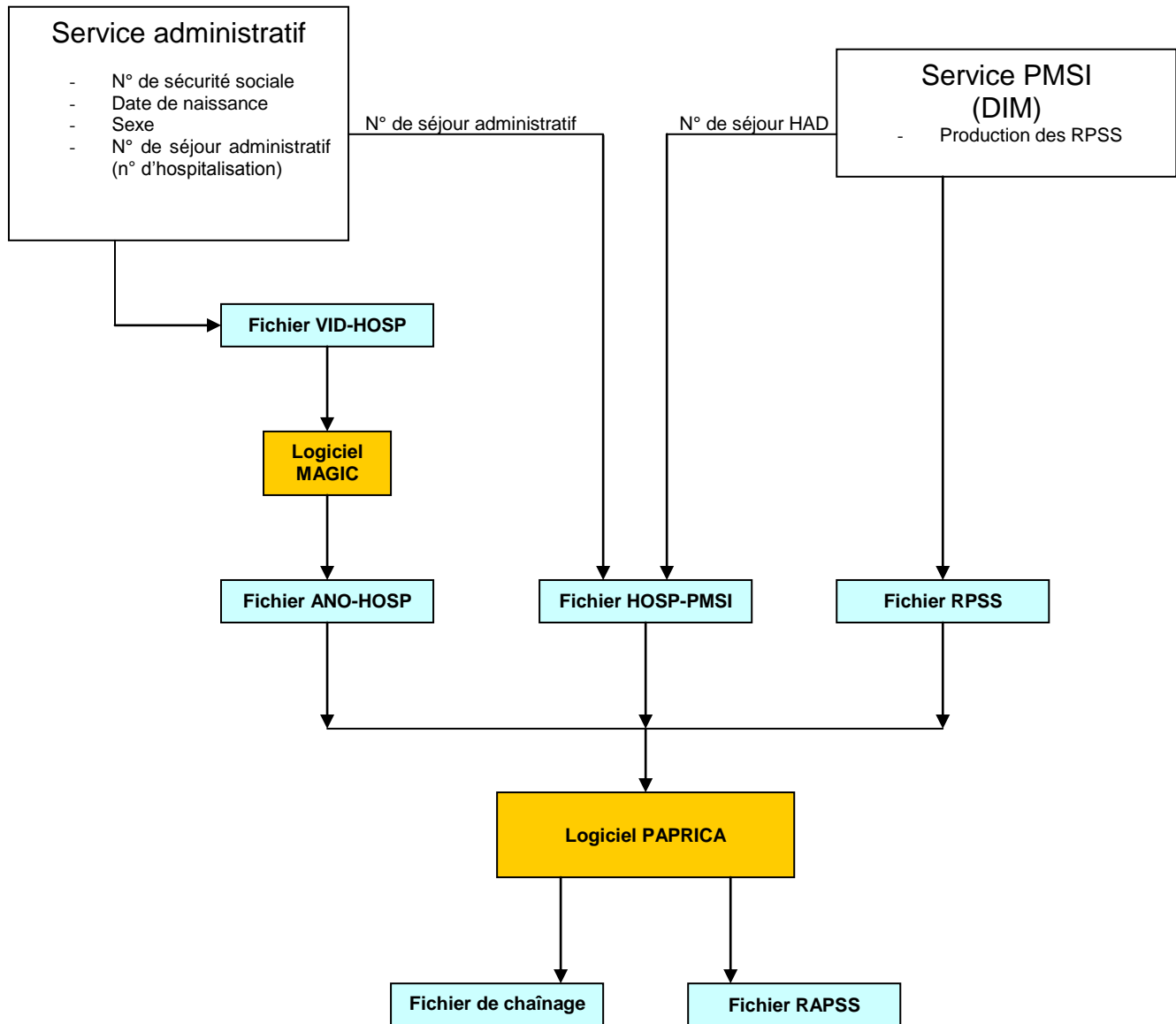
- **« Le client xxx.xxx.xxx.xxx:pppp n'est pas autorisé à se connecter au serveur e-POP » :**

Le serveur e-POP possède une liste de clients autorisés à se connecter. Si cette liste est activée et que l'adresse IP de l'ordinateur depuis lequel la connexion est testée n'y figure pas, ce message apparaît.

Pour plus d'information, veuillez lire la documentation du logiciel e-POP 3.x.

9.3 Annexe 3 : Informations sur le chaînage

9.3.1 Présentation générale



Le but du chaînage est de relier entre elles les différentes hospitalisations d'un même patient grâce à un numéro anonyme (calculé à partir des variables identifiantes « N° de sécurité sociale », « date de naissance » et « sexe »). Autrement dit, il permet de **relier les numéros anonymes aux RPSS**. Comme le montre le schéma, ci-dessus, c'est le logiciel PAPRICA qui effectue cette opération.

Pour arriver au résultat escompté, PAPRICA a besoin, en plus du fichier de RPSS, de deux fichiers supplémentaires : le fichier ANO-HOSP et le fichier HOSP-PMSI. Le premier fichier est créé par le service chargé du recueil des informations administratives (nom, prénom, adresse, numéro de sécurité sociale, ...) à partir du logiciel MAGIC (cf. schéma). Il indique, pour chaque patient, le numéro de séjour administratif (ou n° d'hospitalisation) sous lequel il a été enregistré. Le fichier HOSP-PMSI, quant à lui, associe ce numéro de séjour administratif et le numéro de séjour HAD qui lui est attribué dans le logiciel utilisé pour le recueil des RPSS.

D'un point de vue technique, le chaînage comporte deux étapes principales. La première consiste à rapprocher (fusionner) les informations fournies par les fichiers ANO-HOSP et HOSP-PMSI : c'est l'association entre patients et séjours HAD (également appelée « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »). Le résultat de cette opération est le fichier ANO-PMSI. Le compte-rendu indique alors le taux de réussite de cette association (taux de réussite [TR1]). L'étape suivante permet de relier les patients aux RPSS : c'est ce que l'on entend par « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI ». Un taux de réussite de cette fusion est également inscrit dans le compte-rendu (taux de réussite [TR2]).

Lors de la réalisation de ces fusions, PAPRICA peut détecter des anomalies. Ces dernières sont signalées dans deux fichiers : un compte-rendu qui fournit de manière synthétique les problèmes rencontrés (nombre de lignes traitées, en erreur, ...) et un fichier contenant les lignes en erreur.

Les comptes rendus des traitements

Les signalements d'anomalies peuvent être classés dans deux catégories : ceux qui sont considérés comme des informations et ceux qui, a priori, repèrent des erreurs à corriger. Ils sont respectivement préfixés par INFO ou ERREUR.

9.3.2 Problème de calcul d'intégrité sur ANO-HOSP

Modification d'au moins un enregistrement du fichier ANO-HOSP. Les enregistrements incriminés sont supprimés et les séjours correspondant ne seront pas chaînés. Il vous sera indiqué en rapport d'erreur les n° administratifs posant problème.

Il vous faut régénérer le fichier ANO-HOSP avec la bonne version de MAGIC.

9.3.3 Doublons sur le n° administratifs dans ANO-HOSP

Les enregistrements incriminés sont supprimés et les séjours correspondant ne seront pas chaînés. Il vous sera indiqué en rapport d'erreur les n° administratifs posant problème.

Ceci est souvent dû au changement de prise en charge pendant le séjour. Cependant, un N° administratif doit correspondre à une prise en charge homogène d'un patient, sinon, lors du chaînage, une prise en charge incorrecte peut être attribuée au séjour incriminé.

9.3.4 Association entre patients et séjours

Il s'agit du traitement indiqué comme « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI » dans le fichier ANO.

[INFO : A10 / A10B]

- N° Administratif dans fichier ANO-HOSP mais pas dans le fichier HOSP-PMSI
-> Un patient du fichier ANO-HOSP ne possède pas de séjour associé

[ERREUR : A14]

- N° ANO-HOSP spécial
-> Anomalie sur l'enregistrement VID-HOSP associé

[ERREUR : A20 / A20B]

- N° Administratif dans fichier HOSP-PMSI mais pas dans le fichier de ANO-HOSP
-> Un séjour ne possède pas de patient associé

REM : pour chaque enregistrement affiché dans le fichier d'erreur, seuls les 20 premiers caractères sont significatifs pour l'utilisateur, ils correspondent au n° d'hospitalisation associé au séjour incriminé.

9.3.5 Détection de l'unicité du couple {patient, n° de séjour}

Cette étape détermine notamment les enregistrements dont le N° de séjour a été attribué à plusieurs patients.

NOTE :

Pour chaque enregistrement affiché dans le fichier d'erreur, seuls les 20 derniers caractères sont significatifs pour l'utilisateur, ils correspondent au N° de séjour incriminé.

9.3.6 Association des patients aux RPSS

Il s'agit du traitement indiqué comme « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI » dans le fichier ANO.

[ERREUR : A10 / A10B]

- N° de séjour HAD présent dans fichier RPSS mais pas dans le fichier HOSP-PMSI
-> Un séjour dans le fichier RPSS non répertorié dans HOSP-PMSI pour le chaînage

NOTE :

Pour chaque enregistrement affiché dans le fichier d'erreur, seuls les 20 premiers caractères sont significatifs pour l'utilisateur, ils correspondent au N° de séjour incriminé.

[INFO : A20 / A20B]

- N° de séjour HAD présent dans fichier HOSP-PMSI mais pas dans le fichier RPSS
-> Un séjour répertorié pour le chaînage absent des séjours traités

[ERREUR : B11]

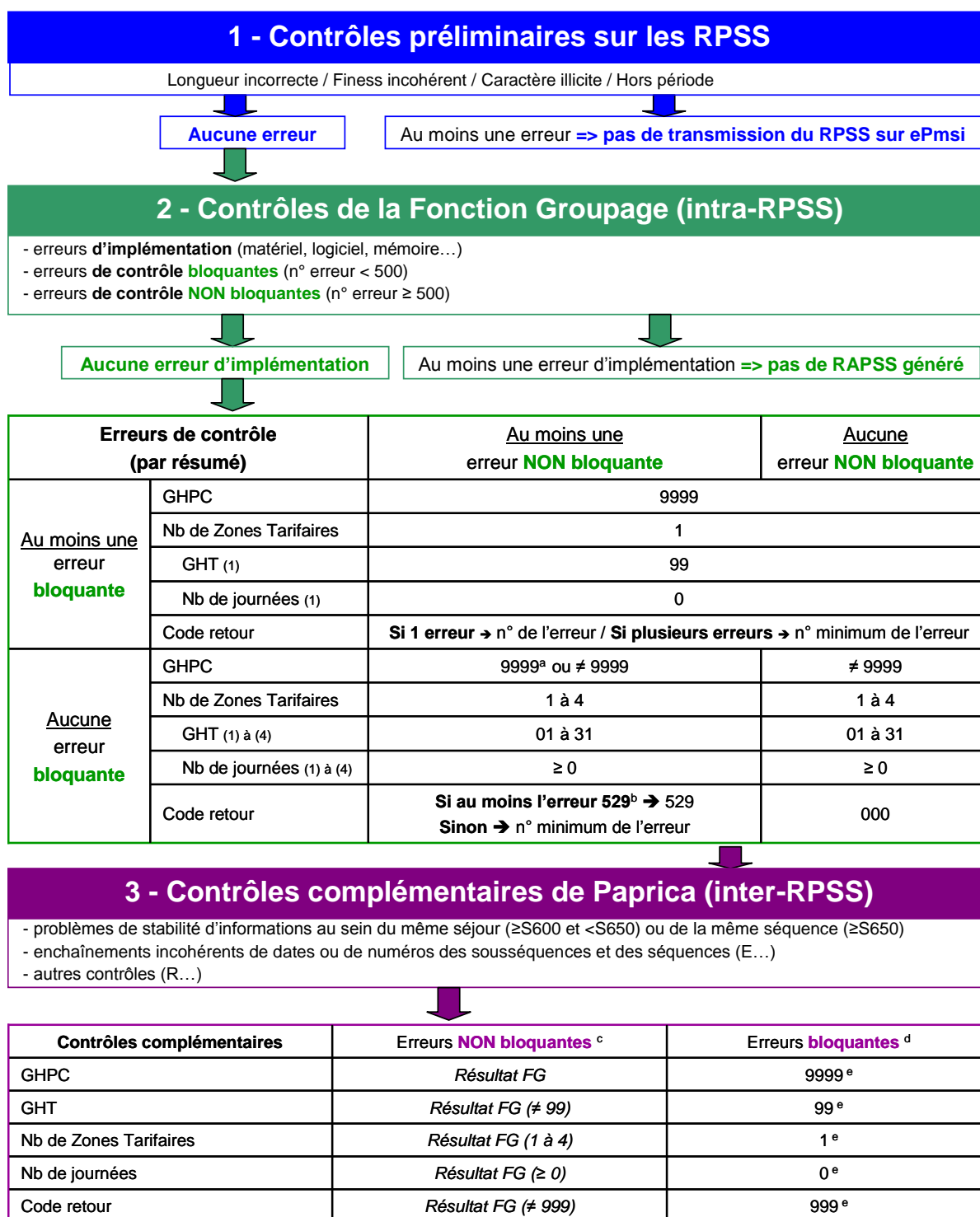
- Dans fichier RPSS, même N° de séjour HAD attribué à des séjours différents -> Problème de tri du fichier de RPSS
-> Un même N° de séjour attribué à plusieurs séjours.

NOTE :

Pour chaque enregistrement affiché dans le fichier d'erreur, seuls les 20 premiers caractères sont significatifs pour l'utilisateur, ils correspondent au N° de séjour incriminé.

9.4 Annexe 4 : Les contrôles et les codes retour PAPRICA

9.4.1 L'ensemble des contrôles réalisés par PAPRICA est synthétisé dans la figure ci-dessous :



Note : les erreurs de la fonction groupage et les erreurs complémentaires de séquençement détectées pour chaque RAPSS sont enregistrées dans le fichier LEG.

^a Si l'erreur concerne l'association MPP*MPA*IK

^b C529 « Existences de journées de prise en charge en dehors des dates de validité de la convention HAD-EHPA »

^c R803 « Date de sortie du séjour postérieure au dernier jour de la période de transmission »

R804 « date de fin de séquence postérieure au dernier jour de la période de transmission »

R805 « dernière sousséquence du séjour positionnée à –non- alors que date de fin de sousséquence = date de sortie »

^d Ces erreurs sont bloquantes pour les RPSS dont la date de fin est supérieure au 28/02/2010, sinon le résultat de la FG est conservé.

^e Le résultat de la *Fonction Groupage (FG)* est écrasé.

9.4.2 Les erreurs bloquantes

Abréviations utilisées :

AVQ : Activités de la vie quotidienne

Blanc : variable non renseignée, vide

IK : Indice de KARNOFSKY

MP : mode de prise en charge

MPA : mode de prise en charge associé

MPP : mode de prise en charge principal

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

NUMÉRO DE SÉJOUR EN HAD

001 : Absent

DATE DE NAISSANCE

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

003 : Improbable par rapport à la date d'entrée

DATE D'ENTRÉE

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

005 : Postérieure à la date de début de séquence

006 : Postérieure à la date de début de sous séquence

DATE DE DÉBUT DE SÉQUENCE

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

009 : Postérieure à la date de début de sous séquence

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

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

012 : Postérieure à la date de fin de sous séquence

DATE DE DÉBUT DE SOUSSÉQUENCE

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

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

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

018 : Postérieure à la date de fin de sous séquence

DATE DE FIN DE SOUSSÉQUENCE

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

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

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

MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

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

DÉPENDANCE APPRECIÉE SELON L'INDICE DE KARNOFSKY

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

DATE DE SORTIE

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

N° FINESS EHPA

029 : N° FINESS EHPA non présent dans le fichier de convention "HAD-EHPA"
La FG HAD signale un RPSS avec type de domicile 3 et un N°FINESS EHPA qui n'est pas mentionné dans le fichier de convention "HAD-EHPA".

MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

030 : MPP non accepté pour les interventions d'HAD en EHPA avec forfait de soins.

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

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ

031 : MPA non accepté pour les interventions d'HAD en EHPA avec forfait de soins.

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

FICHER DE CONVENTION HAD-EHPA

032 : Non renseigné ou introuvable

CONVENTION HAD-EHPA

033 : Format incorrect

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

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

036 : Périodes de convention non disjointes

NUMÉRO FINESS ENTITÉ JURIDIQUE

040 : Format incorrect (ou non renseigné)

NUMÉRO FINESS CODE GÉOGRAPHIQUE

041 : Format incorrect (ou non renseigné)

CODE SEXE

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

MODE D'ENTRÉE

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

PROVENANCE

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

DATE DE SORTIE (si renseignée)

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

046 : Antérieure à la date de fin de séquence

DATE DE FIN DE SEQUENCE

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

MODE DE SORTIE (si renseigné)

050 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées

DESTINATION (si renseignée)

051 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

053 : N'est pas renseigné au format de la CIM-10 ou n'est pas renseigné

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ

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

AVQ - HABILLAGE OU TOILETTE

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

AVQ - DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

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

AVQ - ALIMENTATION

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

AVQ - CONTINENCE

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

AVQ - COMPORTEMENT

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

AVQ - RELATION ET COMMUNICATION

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

TYPE DE LIEU DE DOMICILE DU PATIENT

066 : Type de lieu de domicile non renseigné ou différent des valeurs autorisées
La FG HAD signale un RPSS dans lequel le type de domicile n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

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

- 1 : domicile du patient
- 2 : autre type de domicile
- 3 : patient hébergé en EHPA

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIE DOCUMENTAIRE

068 : MPD inconnu

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

La liste des codes autorisés pour le MPD est la suivante :

- 01 à 15, 17 à 22, 24 à 25, 26 à 28 : si le MPD n'est pas renseigné, mettre 2 espaces. Pour plus d'informations sur le code des MPD, veuillez vous référer à l'annexe F (liste 1 et 2) du Guide méthodologique HAD disponible sur le site de l'ATIH à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001400054FF> ;

DIAGNOSTIC ASSOCIE

070 : Nombre de diagnostics associés absents

071 : Nombre de diagnostics associés non numérique

ACTE CCAM

072 : Nombre d'actes CCAM absent

073 : Nombre d'actes CCAM non numérique

DIAGNOSTIC ASSOCIE

075 : Diagnostic associé : n'est pas renseigné au format de la CIM-10 ou n'est pas renseigné ou est un code père

ACTE CCAM

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

081 : Nombre d'occurrence d'acte CCAM absent

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

SOUS SEQUENCE

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

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

ACTE CCAM

085 : Date de réalisation de l'acte CCAM incohérente, en dehors des dates du séjour HAD

SEQUENCE

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

SOUS SEQUENCE

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

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

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

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

NUMERO D'ENTREE

093 : Numéro d'entrée absent ou non numérique

NUMERO DE FACTURE

094 : Numéro de facture absent ou non numérique

SEJOUR FACTURABLE A L'ASSURANCE MALADIE

095: Code de séjour facturable a l'Assurance maladie : N'appartient pas a la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)

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

NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIES AU MPP

100 : absent, non numérique ou égal à zéro : un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPP est absent (caractère espace), contient des caractères autres que numériques ou est égal à zéro.

NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIES AU MPA

101 : absent ou non numérique : un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPA est absent (caractère espace) ou contient des caractères autres que numériques.

DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPP

102 : n'appartient pas à la CIM-10 ou n'est pas renseigné : un RPSS dont le code d'un des diagnostics associés au MPP n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est un code père.

DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPA

103 : n'appartient pas à la CIM-10 ou n'est pas renseigné : un RPSS dont le code d'un des diagnostics associés au MPA n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est un code père.

CODE DE CONFIRMATION DE CODAGE INCONNU

104 : un RPSS dont le code de confirmation de codage est différent de 1 ou de blanc. La valeur 1 signifie que le codage est confirmé. La valeur « blanc » signifie que le codage n'a pas à être confirmé.

CONFIRMATION DE CODAGE REQUISE MAIS ABSENTE

105 : un RPSS dont la confirmation de codage n'a pas été effectuée (valeur égale à blanc), alors qu'elle doit l'être au vu des MPP et MPA indiqué dans le RPSS. La valeur doit donc être égale à 1.

CONFIRMATION DE CODAGE NON REQUISE MAIS PRESENTE

106 : un RPSS dont la confirmation de codage a été effectuée (valeur égale à 1), alors qu'elle ne doit pas l'être au vu des MPP et MPA indiqué dans le RPSS. La valeur doit donc être égale à blanc.

9.4.3 Les erreurs non bloquantes

DATE SYSTÈME

500 : Antérieure à la date d'entrée

501 : Antérieure à la date de sortie

DATE D'ENTRÉE

505 : Improbable car trop ancienne

CODE POSTAL

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

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ

517 : Association du MPP et du MPA non autorisée

INDICE DE KARNOFSKY

524 : IK inférieur au seuil minimal défini pour cette association MPP x MPA

INDICE DE KARNOFSKY

525 : IK supérieur au seuil maximal défini pour cette association MPP x MPA

NUMERO FINESS EHPA

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

ASSOCIATION MPP x MPA

530 : Association MPP X MPA inhabituelle

MPA RENSEIGNE AVEC AUCUN DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPA NI DA

531 : un RPSS dans lequel le MPA est renseigné mais qu'aucun diagnostic associé au MPA ni DA n'est renseigné. Il faut au moins un diagnostic associé au MPA et/ou au moins un DA dans le cas où le MPA est renseigné.

4) Les erreurs détectées à l'issue des contrôles préliminaires et des contrôles complémentaires de PAPRICA (enchaînements, stabilité, cohérence) sont détaillées au § 2.5 (*cf. supra*).

9.5 Annexe 5 : Les formats

9.5.1 Format de RPSS non groupé H05

Le format de RPSS 2012 permet de recueillir plus d'informations codées en CIM 10 afin de préparer une évolution future de la classification. Il s'agit d'un **format mixte** qui autorise deux modes de recueils :

- Soit comme avant : 1 diagnostic principal et des diagnostics associés (**Mode de recueil n°1**)
- Soit coder (**Mode de recueil n°2**) :
 - Un ensemble de diagnostics correspondant au MPP
 - Un ensemble de diagnostics correspondant au MPA
 - Un ensemble de diagnostics associés

Mode de recueil n°1

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Obligatoire	Type	Cadrage/Remplissage	Remarques
Numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H05
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro de séjour en HAD	20	42	61	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS EHPA	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	

Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal (MPP)	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé (MPA)	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Filler	5	143	147	O	A	NA/NA	Réservé à un usage futur
Confirmation de codage	1	148	148	F	A	NA/NA	1 : pour oui ; laisser à vide (caractère espace) sinon
Nombre de diagnostics MPP (n1)	1	149	149	O	N	NA/NA	Indiquer 1
Nombre de diagnostics MPA (n2)	1	150	150	O	N	NA/NA	Indiquer 0
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	00-99
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sous-séquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sous-séquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sous-séquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sous-séquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
DP	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
DA n° 1	8						
...
DA n° n3	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA

	Nombre de réalisations	2			O	N	Droite/Zéro	
...	
Acte CCAM n° NbZa	Date de réalisation	8			F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7			O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1			O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	N	Droite/Zéro	

Mode de recueil n°2

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Obligatoire	Type	Cadrage/Remplissage	Remarques
Numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H05
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro de séjour en HAD	20	42	61	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS EHPA	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal (MPP)	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé (MPA)	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	

Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Filler	5	143	147	O	A	NA/NA	Réservé à un usage futur
Confirmation de codage	1	148	148	F	A	NA/NA	1 : pour oui ; laisser à vide (caractère espace) sinon
Nombre de diagnostics MPP (n1)	1	149	149	O	N	NA/NA	1-9
Nombre de diagnostics MPA (n2)	1	150	150	O	N	NA/NA	0-9
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	00-99
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sous-séquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sous-séquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sous-séquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sous-séquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic MPP n° 1	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...
Diagnostic MPP n° n1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic MPA n° 1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
Diagnostic MPA n° n2	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
DA n° 1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
DA n° n3	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	N	Droite/Zéro

...
Acte NbZa	Date de réalisation	8			F	N	NA/NA JJMMAAAA
	Code de l'acte	7			O	A	NA/NA CCAM
	Code de la phase	1			O	N	NA/NA CCAM
	Code de l'activité	1			F	N	NA/NA CCAM
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	N	Droite/Zéro

9.5.2 Format de RPSS groupé H15

Le format de RPSS 2012 permet de recueillir plus d'informations codées en CIM 10 afin de préparer une évolution future de la classification. Il s'agit d'un **format mixte** qui autorise deux modes de recueils :

- Soit comme avant : 1 diagnostic principal et des diagnostics associés (**Mode de recueil n°1**)
- Soit coder (**Mode de recueil n°2**) :
 - Un ensemble de diagnostics correspondant au MPP
 - Un ensemble de diagnostics correspondant au MPA
 - Un ensemble de diagnostics associés

Mode de recueil n°1

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Obligatoire	Type	Cadrage/Remplissage	Remarques
Numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H15
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro de séjour en HAD	20	42	61	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS EHPA	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA

Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal (MPP)	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé (MPA)	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Filler	5	143	147	O	A	NA/NA	Réservé à un usage futur
Confirmation de codage	1	148	148	F	A	NA/NA	1 : pour oui ; laisser à vide (caractère espace) sinon
Nombre de diagnostics MPP (n1)	1	149	149	O	N	NA/NA	Indiquer 1
Nombre de diagnostics MPA (n2)	1	150	150	O	N	NA/NA	Indiquer 0
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	00-99
Cotation dépendance AVQ, habillement/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sous-séquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sous-séquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sous-séquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sous-séquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
DP	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
DA n° 1	8						
...
DA n° n3	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA

	Code de l'acte	7			O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1			O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	N	Droite/Zéro	
...
Acte CCAM n° NbZa	Date de réalisation	8			F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7			O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1			O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	N	Droite/Zéro	
Groupage	Version de la classification	2			O	N	Droite/Zéro	
	Nombre de réalisations	3			O	N	Droite/Zéro	
Numéro du groupe homogène de prise en charge (GHPC)		4			O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zones tarifaires (GHT) Nt (1 à 4)		1			O	N	NA/NA	
Zone tarifaire n°1	N° GHT	2			O	N	Droite/Zéro	
	Date de début	8			O	N	NA/NA	
	Date de fin	8			O	A	NA/NA	
	Nombre de jours	3			O	N	Droite/Zéro	
...								
Zone tarifaire n°Nt	N° GHT	2			O	N	Droite/Zéro	
	Date de début	8			O	N	NA/NA	
	Date de fin	8			O	A	NA/NA	
	Nombre de jours	3			O	N	Droite/Zéro	

Mode de recueil n°2

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Obligatoire	Type	Cadrage/Remplissage	Remarques
Numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H15
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro de séjour en HAD	20	42	61	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA

Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS EHPA	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal (MPP)	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé (MPA)	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Filler	5	143	147	O	A	NA/NA	Réservé à un usage futur
Confirmation de codage	1	148	148	F	A	NA/NA	1 : pour oui ; laisser à vide (caractère espace) sinon
Nombre de diagnostics MPP (n1)	1	149	149	O	N	NA/NA	1-9
Nombre de diagnostics MPA (n2)	1	150	150	O	N	NA/NA	0-9
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	00-99
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sous-séquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	

Date de début de sous-séquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sous-séquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sous-séquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic MPP n° 1	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...
Diagnostic MPP n° n1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic MPA n° 1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
Diagnostic MPA n° n2	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
DA n° 1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
DA n° n3	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2		O	N	Droite/Zéro	
...
Acte CCAM n° NbZa	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2		O	N	Droite/Zéro	
Groupage	Version de la classification	2		O	N	Droite/Zéro	
	Nombre de réalisations	3		O	N	Droite/Zéro	
Numéro du groupe homogène de prise en charge (GHPC)	4			O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zones tarifaires (GHT) Nt (1 à 4)	1			O	N	NA/NA	
Zone tarifaire n°1	N° GHT	2		O	N	Droite/Zéro	
	Date de début	8		O	N	NA/NA	
	Date de fin	8		O	A	NA/NA	
	Nombre de jours	3			O	N	Droite/Zéro

...							
Zone tarifaire n°Nt	N° GHT	2			O	N	Droite/Zéro
	Date de début	8			O	N	NA/NA
	Date de fin	8			O	A	NA/NA
	Nombre de jours	3			O	N	Droite/Zéro

9.5.3 Format ANO-HOSP pour V008

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	20	20
Code retour contrôle « date de naissance »	1	21	21
Code retour contrôle « sexe »	1	22	22
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	23	23
N° anonyme	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Code retour contrôle « code grand régime »	1	61	61
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	62	62
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	63	63
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	64	64
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	65	65
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	66	66
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	67	67
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	68	68
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	69	69
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	70	70
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	71	71
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	72	72
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	73	73
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	74	74
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	75	75
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	76	76
Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »	1	77	77
Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	1	78	78
Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe »	1	79	79
Code retour contrôle « Date de l'hospitalisation »	1	80	80
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	81	81
Code grand régime	2	82	83
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	84	84
Code de prise en charge du forfait journalier	1	85	85
Nature d'assurance	2	86	87
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	88	89
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	90	90
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	91	91
Facturation du 18 euro	1	92	92
Nombre de venues de la facture	4	93	96
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	97	106
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	107	116
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	117	126
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	127	130
Montant base remboursement	10	131	140
Taux de remboursement	5	141	145
Patient bénéficiaire de la CMU	1	146	146
N° administratif de séjour de la mère	20	147	166
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	167	167
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	168	168
Date de l'hospitalisation	8	169	176
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	177	186

9.5.4 Format des fichiers complémentaires

FICHCOMP « médicaments (UCD) » (Type de prestation 06)

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

FICHCOMP « médicaments ATU (UCDATU) » (Type de prestation 09)

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

9.5.5 Format du fichier HOSP-PMSI

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

9.5.6 Format d'importation du fichier des Conventions HAD-EHPA

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

9.5.7 Format du RAPSS (H25)

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

Format RAPSS H25

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	1	9	
Numéro de version du format de RAPSS	3	10	12	H25 (inscrit par PAPRICA)
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	22	26	calculé par PAPRICA
Âge en années	3	27	29	calculé par PAPRICA
Âge en jours	3	30	32	calculé par PAPRICA
Sexe du patient	1	33	33	
Code géographique	5	34	38	calculé par PAPRICA
Type de lieu de domicile du patient	1	39	39	1,2 ou 3
Numéro FINESS EHPA	9	40	48	
Nombre de journées dans le séjour	4	49	52	calculé par PAPRICA
Mode d'entrée	1	53	53	
Provenance	1	54	54	
Mode de sortie	1	55	55	
Destination	1	56	56	
Mois de la date de sortie du séjour	2	57	58	non renseigné si séjour non terminé
Année de la date de sortie du séjour	4	59	62	non renseignée si séjour non terminé
Numéro de la séquence dans le séjour	4	63	66	calculé par PAPRICA
Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d'entrée du séjour	4	67	70	calculé par PAPRICA
Nombre de journées dans la séquence	4	71	74	calculé par PAPRICA
Dernière séquence	1	75	75	calculé par PAPRICA, 1=oui, 2=non
Mois de la date de fin de la séquence	2	76	77	non renseigné si séquence non terminée
Année de la date de fin de la séquence	4	78	81	non renseignée si séquence non terminée
Mode de prise en charge principal	2	82	83	
Mode de prise en charge associé	2	84	85	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	86	87	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	88	89	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	90	91	

Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	92	93	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	94	95	
Cotation dépendance selon Karnofsky (indice de Karnofsky)	3	96	98	
Filler	5	99	103	
Confirmation de codage	1	104	104	
Nombre de diagnostics liés au MPP (n1)	1	105	105	
Nombre de diagnostics liés au MPA (n2)	1	106	106	
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	107	108	
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	109	109	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	110	110	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	111	111	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	112	112	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	113	113	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	114	114	
Numéro de sous séquence	4	115	118	
Mois de sortie de la sous séquence	2	119	120	calculé par PAPRICA
Année de sortie de la sous séquence	4	121	124	calculé par PAPRICA
Nombre de journées entre le début de la sous séquence et le début de la séquence	4	125	128	calculé par PAPRICA
Nombre de journées de la sous séquence	4	129	132	calculé par PAPRICA
Dernière sous séquence de la séquence	1	133	133	calculé par PAPRICA, 1=oui, 2=non
Dernière sous séquence du séjour	1	134	134	1=oui, 2=non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	135	137	
Diagnostic n°1 lié au MPP	6			ou DP
Diagnostic n°2 lié au MPP	6			
...	6			
Diagnostic n° n1 lié au MPP	6			
Diagnostic n° 1 lié au MPA	6			
...	6			
Diagnostic n° n2 lié au MPA	6			
Diagnostic associé n° 1	6			
...
Diagnostic associé n° n3	6			
Acte CCAM n° 1	Délai depuis le début de la sous séquence	4		
	Code de l'acte	7		
	Code de la phase	1		
	Code de l'activité	1		
	Extension documentaire	1		
	Nombre de réalisations	2		
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sous séquence	1		
...
Acte CCAM n° NbZa	Délai depuis le début de la sous séquence	4		
	Code de l'acte	7		
	Code de la phase	1		
	Code de l'activité	1		
	Extension documentaire	1		
	Nombre de réalisations	2		
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates	1		

	de la sous séquence			
Numéro de version du format du RPSS	3			
Groupage établissement : version de la classification	2			peut être vide
Groupage établissement : code retour	3			peut être vide
Groupage établissement : n° du GHPC	4			peut être vide
Groupage établissement : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4)	1			peut être vide
Groupage établissement : n° du GHT	2			
Groupage établissement : nombre de jours	3			
...	
Groupage établissement : n° du GHT	2			
Groupage établissement : nombre de jours	3			
Groupage PAPRICA : version de la classification	2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : code retour	3			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : n° du GHPC	4			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4)	1			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : n° du GHT	2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de jours	3			inscrit par PAPRICA
...
Groupage PAPRICA : n° du GHT	2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de jours	3			inscrit par PAPRICA

9.5.8 Fichier de chaînage (ANO)

Format avant intégration dans e-PMSI				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS de l'établissement (code géographique)	9	10	18	
N° format	3	19	21	
N° format VID-HOSP	3	22	24	
Mois de sortie	2	25	26	
Année de sortie	4	27	30	
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	31	31	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	32	32	
Code retour contrôle « sexe »	1	33	33	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	34	34	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	35	35	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	36	36	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	1	37	37	
Code retour contrôle « Cohérence date naissance »	1	38	38	Cohérence entre les informations RPSS et VID-HOSP/RSF-A
Code retour contrôle « Cohérence sexe »	1	39	39	Cohérence entre les informations RPSS et VID-HOSP/RSF-A
N° anonyme	17	40	56	
N° de séjour	5	57	61	
N° séquentiel de séjour HAD/Numéro séquentiel d'entrée	5	62	66	
Date d'entrée	8	67	74	(*)
Date de sortie	8	75	82	(*)
Code retour contrôle « code grand régime »	1	83	83	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	84	84	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	85	85	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	86	86	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	87	87	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	88	88	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	89	89	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	90	90	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	91	91	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	92	92	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	93	93	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	94	94	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	95	95	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	96	96	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	97	97	
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	98	98	
Filler	3	99	101	
Code retour contrôle « Identifiant anonyme d'hospitalisation »	1	102	102	
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	103	103	
Code grand régime	2	104	105	Type 2 CP positions 49-50

Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	106	106	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	107	107	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	108	109	{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	110	111	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	112	112	0 : non
				1 : oui
				2 : en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
				3 : en attente de décision sur les droits du patient
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	113	113	
Facturation du 18 euro	1	114	114	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	4	115	118	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	119	128	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	129	138	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	139	148	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	149	152	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	153	162	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	163	167	3+2
Patient bénéficiaire de la CMU	1	168	168	
Filler	34	169	202	
Identifiant anonyme d'hospitalisation	8	203	210	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	211	220	
(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations				

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

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

9.5.9 Formats des fichiers de contrôles en sortie

Fichier *.leg (ex-DGF)

Liste d'erreurs de génération
FINESS
Mois période
Année période
Numéro séquentiel de séjour d'HAD
Numéro de la séquence dans le séjour
Numéro de sous-séquence
Nb d'erreurs Nberr
CR 1
...
CR Nberr

Fichier avec séparateur ";"

Fichier *.sta (ex-DGF)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS	9	1	9	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	10	14	
Numéro de la séquence dans le séjour	4	15	18	
Numéro de sous-séquence	4	19	22	
Signature FG	5	23	27	
Signature RPSS	20	28	47	
Signature Contrôle	8	48	55	

9.5.10 Formats des fichiers complémentaires de sortie

Fichier *.med

Médicament (*.med)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	06
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	18	22	
Numéro de la séquence dans le séjour	4	23	26	
Numéro de sousséquence	4	27	30	
Nombre de séjours impliqués	6	31	36	
Code UCD	9	37	45	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	46	55	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	56	65	7+3
Mois de la date d'administration	2	66	67	
Année de la date d'administration	4	68	71	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	72	75	
Filler	31	76	106	

Fichier *.medatu

Médicament ATU (*.medatu)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	09
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	18	22	
Numéro de la séquence dans le séjour	4	23	26	
Numéro de sous-séquence	4	27	30	
Nombre de séjours impliqués	6	31	36	
Code UCD	9	37	45	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	46	55	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	56	65	7+3
Mois de la date d'administration	2	66	67	
Année de la date d'administration	4	68	71	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	72	75	
Filler	31	76	106	

Fichier *.ehpa

Conventions HAD-EHPA (*.ehpa)

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

Fiche d'identification du document

Logiciel	PAPRICA
Champ	HAD Publique (Ex-DGF)
Type	Manuel d'utilisation
Émetteur	ATIH - Pôle LETS
Version	1.10.0.0
Date d'application	08/02/2013

Cycle éditorial

ACTEUR	NOM	DATE
Rédacteur	Nicolas MAYOT	08/02/2013
Vérificateur	Nicolas MAYOT	08/02/2013
Valideur	E. THAMMAVONG	08/02/2013

Texte(s) de référence

Historique des versions

Version	Etat du document	Date d'application
1.10.0.0	Validé	08/02/2013

Diffusion
