

Support Technique :

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

Manuel d'utilisation de GENRSA

Version 11.5.X

Mars 2014



SOMMAIRE

1	PRÉSENTATION GÉNÉRALE	6
1.1	Évolution du format de RSS :	7
1.2	Evolution du format du fichier ANOHOSP :	7
2	FONCTIONNALITÉS	8
2.1	Période de traitement	9
2.2	Paramétrage de la transmission e-PMSI	10
	<i>Connexion directe (utilisation par défaut)</i>	<i>11</i>
	<i>Utiliser un serveur e-POP (si le poste ne possède pas de connexion Internet)</i>	<i>12</i>
2.3	Gestion des unités médicales	14
	<i>Saisie via l'interface graphique :</i>	<i>15</i>
	<i>Importation du fichier d'information des unités médicales (utilisation facultative) :</i>	<i>15</i>
	<i>Mettre à jour</i>	<i>16</i>
	<i>Ajouter</i>	<i>16</i>
	<i>Supprimer</i>	<i>17</i>
	<i>Annuler</i>	<i>17</i>
	<i>Validation</i>	<i>17</i>
2.4	Fichiers complémentaires facultatifs	18
2.5	Fichier HOSP-PMSI	20
2.6	Mode DEFIS	21
2.7	Lancement	21
2.8	Menu	26
	<i>Visualisation</i>	<i>26</i>
	<i>Aide</i>	<i>27</i>
2.9	Export	28
2.10	Quitter le programme	29
2.11	Sauvegarde	29

3	LE MODULE LAMDA	32
3.1	Les fichiers d'entrée de traitement de LAMDA	33
	<i>Les fichiers pour le traitement des Séjours et fichiers complémentaires</i>	<i>33</i>
	<i>Les fichiers de sauvegarde du M12 2013.....</i>	<i>33</i>
	<i>Reconstituer les fichiers de sauvegarde.....</i>	<i>34</i>
3.2	Lancement du module LAMDA	34
3.3	L'interface principale du module LAMDA	35
	<i>Récupération des fichiers de signature</i>	<i>36</i>
3.4	Le traitement des séjours et fichiers complémentaires	38
	<i>Génération des données M12 2013 mises à jour</i>	<i>39</i>
	<i>Choix des fichiers de sauvegarde de M12 2013 d'origine.....</i>	<i>41</i>
	<i>Les boutons de la fenêtre de traitement des Séjours et fichiers complémentaires</i>	<i>43</i>
4	TRANSMISSION ET TRAITEMENT DES DONNÉES SUR E-PMSI : MODE D'EMPLOI	44
4.1	GENRSA	44
4.2	e-PMSI.....	47
5	L'UTILISATION D'AGORA	48
6	ANNEXES.....	52
6.1	Configuration minimale requise.....	53
6.2	Sauvegarde du fichier de RSS à la source du fichier de RSAC (ou de RSA), sécurisation des données et fonctionnement du contrôle externe	54
6.3	Formats de RSS groupé 116.....	56
6.4	Format ANO-HOSP 2013	60
6.5	Format ANO-HOSP 2014	61
	<i>Détail des codes retour spécifiques au format ANO-HOSP 2014 :</i>	<i>63</i>
	<i>Détail des codes retour du fichier ANO-HOSP (communs aux 2 formats pour 2013 et 2014).</i>	<i>63</i>
6.6	Format d'importation du fichier d'information des UM (utilisé par GENRSA).....	67
6.7	(*) Codage Type d'autorisation de l'unité médicale	68
6.8	Format 2008 du fichier HOSP-PMSI	71
6.9	Formats des fichiers complémentaires	71
6.10	Format de RSA groupé en CCAM (221)	73

6.11	Fichier de chaînage (ANO)	81
6.12	Fichiers LEG et STA	85
	<i>Format du Fichier LEG</i>	85
	<i>Liste complète des codes erreurs</i>	85
	<i>Liste détaillée des codes erreurs de contrôles</i>	90
	<i>Liste détaillée des codes erreurs de groupage</i>	112
	<i>Liste détaillée des codes erreurs d'implémentation</i>	115
	<i>Format du fichier STA</i>	117
6.13	Formats des fichiers de sortie suivi par patient supplémentaires ...	118
6.14	Problèmes connus	122

En cas de problème :

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

1 Présentation générale

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

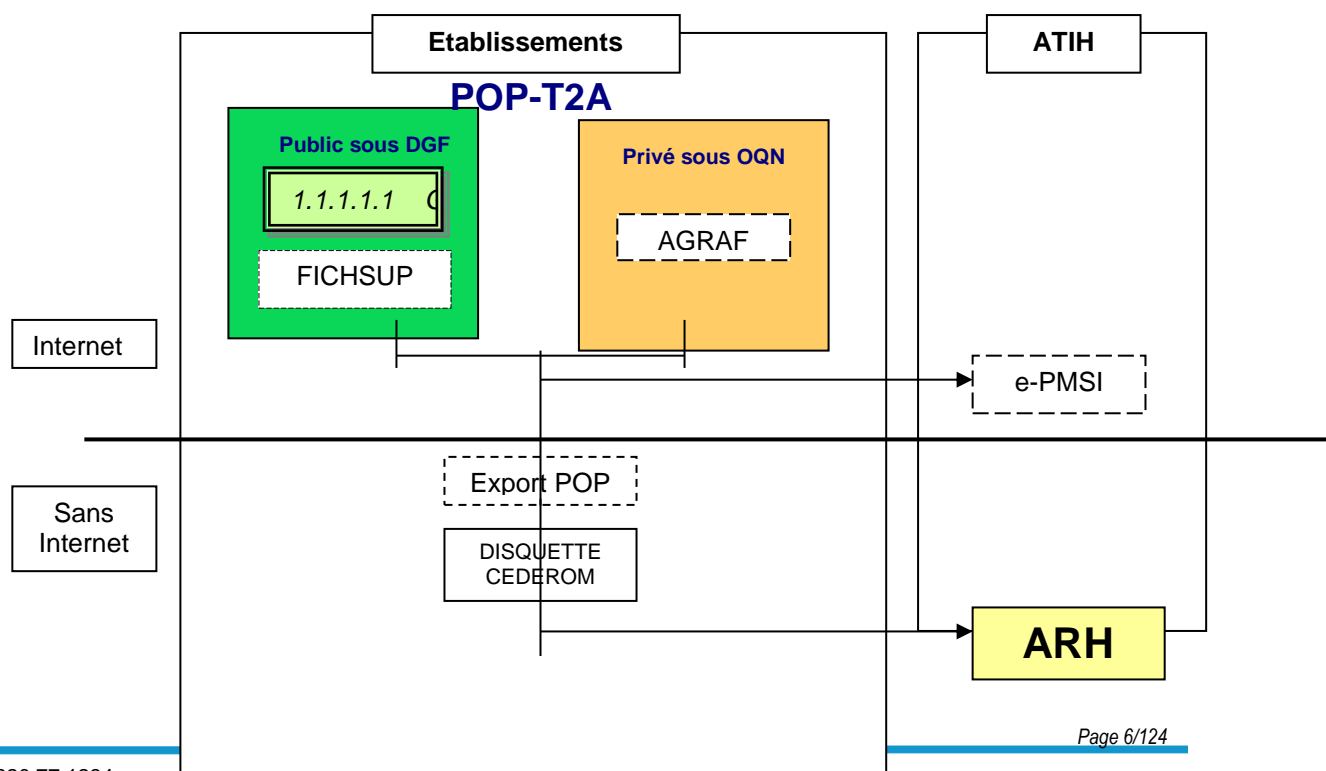
Les données d'activité concernent l'activité d'hospitalisation avec ou sans hébergement décrite par les GHS (fichiers de RSA et données d'activité relatives aux IVG), l'activité ambulatoire (actes et consultations externes) et l'activité d'urgences. En dehors de ces données PMSI (RSA), toutes les autres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

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

ATTENTION :

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

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



1.1 Évolution du format de RSS :

- ✚ En 2014, les séjours dont la date de sortie est antérieure au 1er mars 2014 doivent être groupés avec la fonction de groupage 13.11e (format de RUM non groupé 016 en entrée produisant le format de RSS groupé 116 en sortie). Les séjours dont la date de sortie est postérieure ou égale au 1er mars 2014 doivent être groupés avec la version 13.11f (également format de RUM non groupé 016 en entrée produisant le format de RSS groupé 116 en sortie).

Les traitements GENRSA acceptent donc en entrée uniquement les fichiers au format 116 pour l'ensemble de l'année 2014.

1.2 Evolution du format du fichier ANOHOSP :

Le logiciel accepte le nouveau format ANOHOSP V009 pour 2014 (celui créé par MAGIC 4.4), mais accepte également l'ancien format 2013 (créé par MAGIC 4.3) uniquement pour la transmission du M3 2014. A partir de la transmission du M4 2014, seul le nouveau format V009 sera accepté.

Il est fortement recommandé d'utiliser le nouveau format 2014.

2 Fonctionnalités

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

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

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

TRES IMPORTANT :

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

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

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

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

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

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

Le logiciel génère le fichier « ANO-RSA » qui devra être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI.

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

Figure 1 : l'interface principale de GENRSA

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

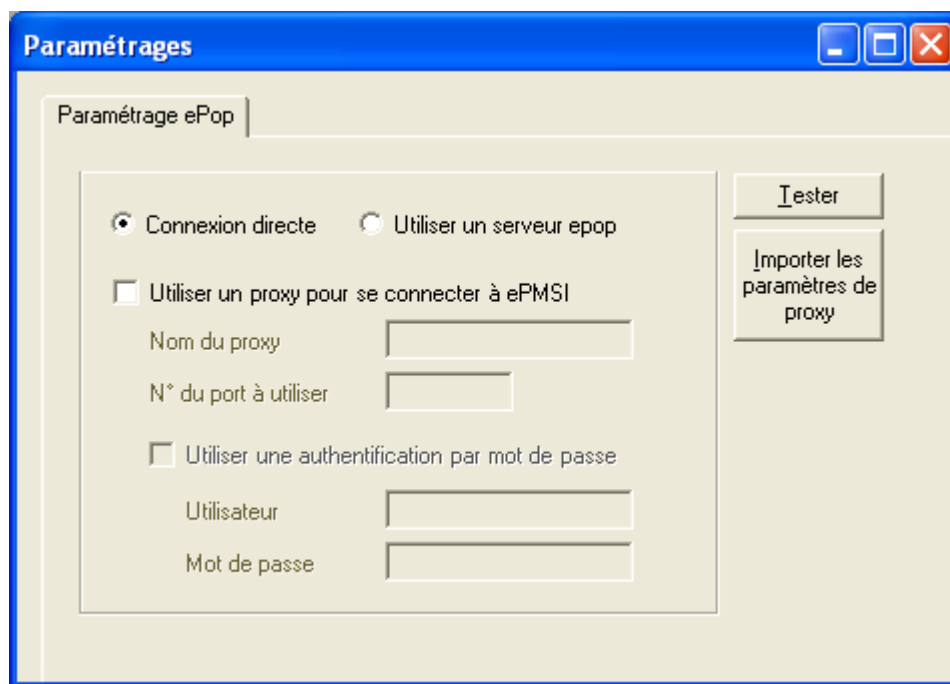
2.1 Période de traitement

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

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

2.2 Paramétrage de la transmission e-PMSI

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



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

Si vous n'avez jamais paramétré, cette fenêtre s'affichera au premier lancement de GENRSA.

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

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

Connexion directe (utilisation par défaut)

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

The screenshot shows a window titled "Paramètres de connexion au serveur ePOP". It contains several options and input fields. At the top, there are two radio buttons: "Utiliser un serveur ePOP" (unselected) and "Connexion directe" (selected). Below this is a checked checkbox "Utiliser un proxy pour se connecter à ePMSI". Underneath, there are two input fields: "Nom du proxy" containing "http://proxy.intranet.fr:" and "N° du port à utiliser" containing "2593". There is an unchecked checkbox "Utiliser une authentification par mot de passe". Below that are two empty input fields labeled "Utilisateur" and "Mot de passe". On the right side of the window, there are two buttons: "Tester" and "Importer les paramètres de proxy".

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

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

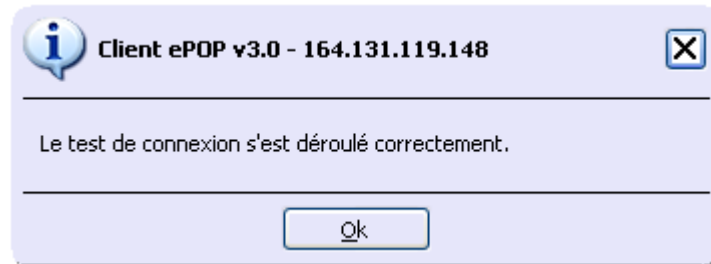
Zone de saisie « N° de port à utiliser » : il s'agit d'un n° compris entre 0 et 65535 à utiliser pour communiquer avec le proxy. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement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

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

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

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

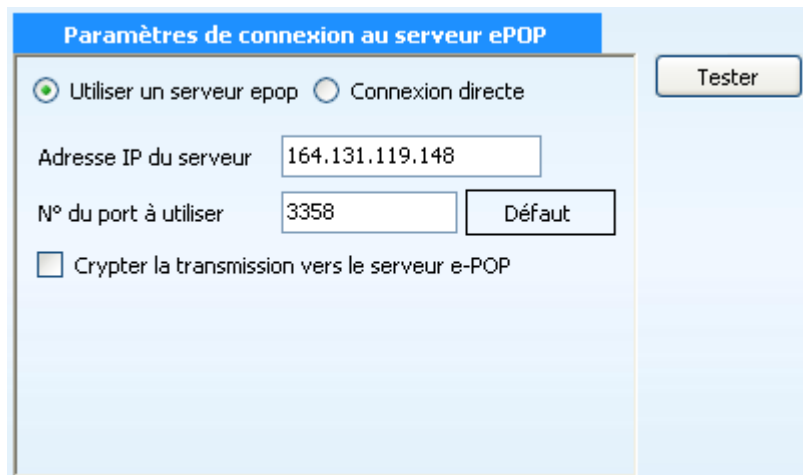
Bouton « Tester » : un clic sur ce bouton permet de réaliser un test de connexion vers e-PMSI. La réussite de ce test aboutit au message suivant :



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

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

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



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

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



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

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

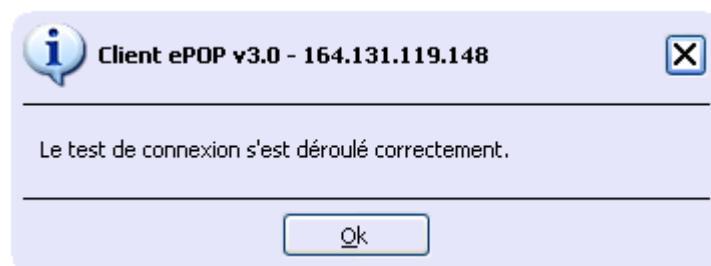
- **Dans un souci de simplification, il est conseillé de conservé le numéro de port par défaut attribué par l'ATIH (3358).**
- **Ce port doit être ouvert sur l'ordinateur client et sur l'ordinateur exécutant le serveur (voir plus bas la problématique des pare-feu).**

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

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

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

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



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

- **Une tentative de connexion a échoué car le parti connecté n'a pas répondu convenablement au-delà d'une certaine durée ou une connexion établie a échoué car l'hôte de connexion n'a pas répondu :**

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

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

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

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

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

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

2.3 Gestion des unités médicales

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

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

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

Attention :

- le n° FINESS géographique est obligatoire à partir de l'année 2012
- le mode d'hospitalisation est obligatoire
- **A partir de la version 11.4.1.X (version pour M6 2013), 2 modifications importantes sont apportées :**

- Comme annoncé sur notre page internet <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=00024000BAFF>, et dans la notice technique <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0000100015FF>, le type d'autorisation est désormais sur 3 caractères. Certains codes sont inchangés (dans ce cas le 3ème caractère est 'blanc'), d'autres sont ventilés sur plusieurs modalités (par exemple le type 01 est ventilé en 01A et 01B). Les types 24 (Unité de court séjour gériatrique hors hospitalisation de jour) et 25 (Hospitalisation de jour gériatrique) sont regroupés en un seul type 27 (Médecine gériatrique).
- la liste de choix possibles pour le mode d'hospitalisation est fonction du type d'autorisation sélectionné.
- Le type d'autorisation 88 (unité supprimée) est désormais introduit. Il devra être utilisé pour indiquer la date de suppression de l'unité médicale.
- **Attention : le type d'autorisation « Autres » sera supprimé lors de la mise à jour pour M10 2013. A ce moment là, toutes les unités médicales devront être typées.**

Vous pouvez renseigner cette table de deux manières :

Saisie via l'interface graphique :

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

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

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

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

IMPORTANT :

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

La gestion des unités médicales se présente sous la forme ci-dessous.
Nouveauté à partir de M9 2013 (version 11.4.3.0 de GENRSA) : la liste des numéros Finess géographiques rattachés au Finess PMSI est proposée lors de la saisie du numéro Finess Géographique.

UM	N° FINESS géo.	Type d'autorisation	Date de début d'effet	Nombre de lits	Mode hospitalisation
0	991838483	01 - Réanimation hors p	02/01/2007	010	C
1	991838483	01A - Réanimation adult	01/01/2013	050	C
11	991838483	02 - Soins intensifs hors	01/02/2007	040	C
12	991838483	02A - Soins intensifs en	01/01/2013	030	C
17	991139452	17 - UNV hors SI	01/01/2006	050	C
18	991300211	18 - Soins intensifs en	01/01/2006	050	C
2	991139452	72 - Interruption volonta	01/01/2006	050	C
2	991300211	60 - Centre identifié po	01/03/2006	050	C
24	991501172	22 - Hémodialyse en ce	01/01/2006	050	P
25	991139452	23 - Hémodialyse en un	01/01/2006	050	P
3	991501172	29 - Autres spécialités	01/01/2006	050	C
30	991139452	30 - Centre identifié pou	01/01/2006	050	C
4	991838483	04 - Néonatalogie sans	01/01/2006	050	C

Mettre à jour

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

Ajouter

Permet d'ajouter une nouvelle entrée.

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

Supprimer

Permet de supprimer une ligne dans la liste.

Annuler

Permet d'annuler la saisie effectuée des informations.

Validation

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

- *N° FINESS Géographique*
- *FINESS GEO OK ?* : indique si le Finess géographique est bien rattaché au Finess d'inscription PMSI
- *Date de début d'effet d'autorisation* : premier jour à partir duquel l'autorisation prend effet
- *Nombre de lits autorisés*
- *Mode d'hospitalisation*

NOTE : Ce fichier est uniquement imprimable





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





IMPORTANT :





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





2.4 Fichiers complémentaires facultatifs



Fichiers complémentaires

Enquête :   PIP :  

DMI :   ORP :  

Prélèvement d'organes :   MED hors ATU :  

PIE :   MED ATU :  

Dialyses péritonéales :  

Options

Je ne déclare pas de médicaments ATU

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

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

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

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

Note concernant les formats des fichiers :

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

Options pour la saisie des médicaments sous ATU :

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

	Options
Option 1	<input type="radio"/> Je ne déclare pas de médicaments ATU
Option 2	<input type="radio"/> Je déclare des médicaments MED et ATU mais je n'ai qu'un fichier pour les deux
Option 3	<input checked="" type="radio"/> J'ai deux fichiers pour distinguer les deux types de médicaments

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

2.5 Fichier HOSP-PMSI

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

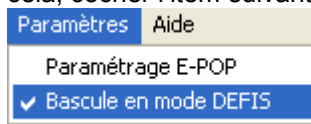
N° de RSS		28-47	20
N° Administratif local de séjour	(Equivalent de HOSP-PMSI sauf si IPP)	48-67	20

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

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

2.6 Mode DEFIS

Pour les établissements testeurs FIDES, il est désormais possible d'intégrer dans GENRSA un fichier zip issu d'une extraction de DEFIS (flux EXTRACTEPMSI). Pour cela, cocher l'item suivant dans le menu « Paramètres » :



Vous pouvez alors renseigner le fichier zip, et seulement celui-ci. La période correspondant à l'extraction de DEFIS se met automatiquement à jour dans le titre de la fenêtre.

Dans ce mode, vous ne pouvez pas lancer la saisie des unités médicales (c'est déjà fait dans DEFIS). Vous pouvez lancer directement le traitement, et transmettre ensuite vos données.

2.7 Lancement

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

- **Vérification du typage des Unités médicales pour l'ensemble des RUM**

Avant de grouper et d'anonymiser les séjours, GENRSA vérifie pour chacun des RUM et pour chacune des journées passées dans ce RUM si l'unité médicale a bien été déclarée et bien typée, lors de la phase « gestion des Unités médicales ». « Bien typée » signifie que l'autorisation de l'UM est différente de 88 (unité supprimée).

Si tel n'est pas le cas, alors le traitement ne peut se poursuivre, et GENRSA affiche l'erreur « Certains séjours contiennent des journées pour lesquelles l'UM n'a pas d'autorisation. », et un rapport contenant la liste des séjours et des unités médicales concernés est généré. Ce rapport est disponible via le menu Visualisation->Liste des séjours dans une UM non autorisée.

- **Anonymisation et réalisation du chaînage des données**

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

fichier de RSS. Le fichier réalisé en sortie comporte alors le numéro d'index du RSA correspondant au N° administratif du RSS.

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

Détection des doublons sur les N° de RSS :

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

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

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

Fichier de séjour (RSS)

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

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

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

Fichier de diagnostics à visée d'enquête

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

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

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

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

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

Veuillez consulter également le format en annexe.

Fichier des DMI

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

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

Veuillez consulter également le format en annexe.

Fichier des Prestations complémentaires (Prélèvement d'organes)

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

- Le FINESS indiqué ne correspond pas à celui qui est utilisé dans le fichier de RSS
- Le n° administratif de séjour n'apparaît pas dans le RSS
- La longueur des enregistrements est incorrecte
- Le code prestation n'est pas autorisé (les codes autorisés sont : PO1, PO2, PO3, PO4, PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA).

- Un même code PO apparaît plusieurs fois pour un même n° administratif. Dans ce cas, GENRSA ne conserve qu'un seul des enregistrements en doublons.
- Pour un même n° administratif, plusieurs codes PO1, PO2, PO3 et PO4 se cumulent.
- La règle suivante n'est pas respectée : **les codes PO1, PO2, PO3 et PO4 sont obligatoirement associés aux séjours à l'issue desquels le patient décède** (mode de sortie 9)

Veillez consulter également le format en annexe.

Fichier des Dialyses péritonéales

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

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

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

Contrôles particuliers :

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

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

Veillez consulter également le format en annexe.

Fichier des prothèses PIP

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

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

Veillez consulter également le format en annexe.

Fichier des maladies rares ORP

Les causes de rejet pour ce fichier sont :

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

Veillez consulter également le format en annexe.

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

IMPORTANT :

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

Rapport de l'anonymisation des fichiers complémentaires:

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

- Contrôle1: contrôle préliminaire de détection de doublons:
Cette phase permet de détecter d'éventuelles anomalies dans l'attribution des N° administratifs de séjours. En effet, il peut y avoir **plusieurs N° de RSS pour un même N° administratif de séjour**. (dans ce cas la consommation enquête est affectée au premier séjour). Voici le traitement effectué par GENRSA dans ce cas pour chaque fichier:
 - **Fichier de diagnostic à visée d'enquête** : la consommation enquête est affectée au premier séjour
 - **Fichier médicament** (avec ou sans ATU): la consommation est répartie sur l'ensemble des RSS associés au n° administratif
 - **Autres fichiers** : DMI, prestations complémentaires (Prélèvement d'organes), DIP,PIP,PIE : **les enregistrements ne sont pas exportés**, ils sont rejetés et s'affichent dans le rapport (dans la partie contrôle 3).

- Contrôle 2: enregistrements rejetés (longueur incorrecte):
Pour chacun des 3 types de fichiers (enquête, médicaments et DMI), il est indiqué la liste des enregistrements ayant une longueur incorrecte. Ils sont donc rejetés.

- Contrôle 3: il s'agit de la liste des enregistrements non exportés (rejetés) suite à des contrôle de cohérence et de règles métiers (cf. paragraphes précédents relatifs à chaque type de fichiers).
Pour chaque type de fichiers, il est indiqué la liste des enregistrements rejetés à cause de l'un de ces critères.

2.8 Menu

Visualisation

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

Les fichiers de compte-rendu sont les suivants :

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

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

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

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

Aide

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

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

2.9 Export

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

GENRSA offre deux possibilités d'exportation :

- Le bouton *[3 - Envoi e-PMSI]* permet de transmettre directement vos données vers e-PMSI. Il vous sera demandé vos identifiant et mot de passe avant de pouvoir visualiser le statut de l'envoi via un rapport.
- Le bouton *[Export]* permet d'exporter le fichier « ANO-RSA » qui pourra être transmis directement à la plate-forme e-PMSI via le menu « Fichiers » de la plate-forme e-PMSI.

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

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

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

FINESS : 999999999
Période de transmission : M3
Année de transmission : 2013

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

Le fichier d'export renferme les éléments suivants :

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

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

AVERTISSEMENT :

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

2.10 Quitter le programme

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

2.11 Sauvegarde

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

Cette sauvegarde est composée de deux fichiers au formats compressés (ZIP) au nom composé comme suit :

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

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

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

[FINESS].[Année].[Mois].[extension]

Chaque [extension] correspond à un type de fichier:

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

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

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

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

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

Pour systématiser la sauvegarde du fichier de RSS source en limitant les oublis, l'outil officiel (GENRSA) qui anonymise le fichier de RSS et produit les RSA adaptés à la

transmission, crée automatiquement pour l'établissement, un fichier de sauvegarde du fichier de RSS avec une clé de sécurité qui permet de l'authentifier et de vérifier ultérieurement qu'il n'a pas été modifié.

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

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

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

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

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

- C:\Documents and Settings\[nomLogin]\Application Data\ATIH\Gensra\sauvegarde

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

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

3 Le module LAMDA

Attention : Il faut impérativement faire des essais LAMDA sur la période de test (M0 2014) et vérifier que la valorisation e-PMSI de cette période de test est celle attendue, avant toute télétransmission sur la période "réelle".

Les formats utilisés par le module LAMDA sont ceux du M12 2013 (ATTENTION : le cadrage des identifiants « N° RSS » et « N° administratif de séjour » doit être identique à celui transmis au M12 2013).

Le module LAMDA (pour Logiciel d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activité) permet de retransmettre des données d'activité de 2013 sur l'année 2014.

Il permet pour les éléments d'activité déclarés au M12 2013 (séjours et fichiers complémentaires) :

- de transmettre de nouvelles données
- et/ou de modifier des éléments qui avaient été transmis
- et/ou de supprimer des données

La transmission des données LAMDA 2013 est désormais intégrée dans la transmission des données 2014 de séjours et de fichiers complémentaires de GENRSA.

A chaque transmission pour un mois M de 2014, vous devez **cocher si oui ou non vous avez des données LAMDA** (donc de 2013) à envoyer en même temps que les fichiers des séjours et fichiers complémentaires cumulés depuis le début de l'année 2014.

Note importante : même si vous pouvez envoyer avec GENRSA des données LAMDA sur l'ensemble de l'année 2013, la valorisation ne sera effectuée que sur les dossiers datant de moins d'un an par rapport au mois de transmission. La mise en place du délai d'un an est rappelée dans l'INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2013/309 du 26 juillet 2013.

De plus, Il faut impérativement faire des essais sur la période de test (M0 2014) et vérifier que la valorisation e-PMSI de cette période de test est celle attendue, avant toute télétransmission sur la période "réelle".

3.1 Les fichiers d'entrée de traitement de LAMDA

Les fichiers pour le traitement des Séjours et fichiers complémentaires

Pour ce traitement, il est demandé aux établissements de fournir une nouvelle extraction de l'ensemble des fichiers en entrée de GENRSA (y compris les fichiers FICHCOMP).

Les numéros de RSS ainsi que les numéros administratifs de séjours doivent être les mêmes que ceux utilisés lors de l'envoi du M12 2013.

L'établissement doit retransmettre l'ensemble des fichiers transmis au M12 2013.

Les formats utilisés pour les séjours et fichiers complémentaires sont ceux du M12 2013. Nous résumons, dans le tableau ci-après, les formats attendus par LAMDA en entrée de traitement, pour la partie qui concerne les séjours.

Fichier	Format	Informations
Fichier de RSS	Format de RSS groupé 116	Format utilisé au M12 2013 Attention : le cadrage des N° de RSS doit être identique à celui utilisé au M12 2013
Fichier d'information des UM (facultatif)	Format sur 28 caractères	Format utilisé au M12 2013
Fichier ANO-HOSP	Format 2013 sur 195 caractères	Format utilisé au M12 2013
Fichier HOSP-PMSI	Format sur 40 caractères (n° de RSS + N° administratif de séjour)	Format utilisé au M12 2013
Fichiers FICHCOMP	Format sur 92 caractères	Format utilisé au M12 2013

Tableau 1 : les formats des fichiers attendus pour le traitement des séjours et fichiers complémentaires

Les fichiers de sauvegarde du M12 2013

Afin de pouvoir détecter les différences entre les fichiers d'origine et ceux nouvellement saisis, LAMDA recherche les fichiers de sauvegarde des traitements du M12 2013 dans le répertoire par défaut de l'utilisateur (« C:\Documents and Settings\{nom_utilisateur}\Application Data\ATIH\GENRSA\sauvegarde »).

Si un message vous indique que l'application n'a pas pu trouver les fichiers de sauvegarde, ces derniers ne sont certainement pas dans le répertoire par défaut.

Les fichiers de sauvegarde sont nommés, par convention, de la façon suivante :

- noFINESS.Année.Période.DateHeureConstitution.in.zip
- noFINESS.Année.Période.DateHeureConstitution.out.zip

LAMDA recherche les sauvegardes du M12 2013 :

- noFINESS.2013.12.DateHeureConstitution.in.zip
- noFINESS.2013.12.DateHeureConstitution.out.zip

Ces fichiers doivent correspondre à la signature du traitement validé sur e-PMSI au M12 2013. Les fichiers de sauvegardes sont conservés et archivés sur support externe par les établissements. L'ATIH ne peut pas vous les envoyer ou bien les reconstituer.

Reconstituer les fichiers de sauvegarde

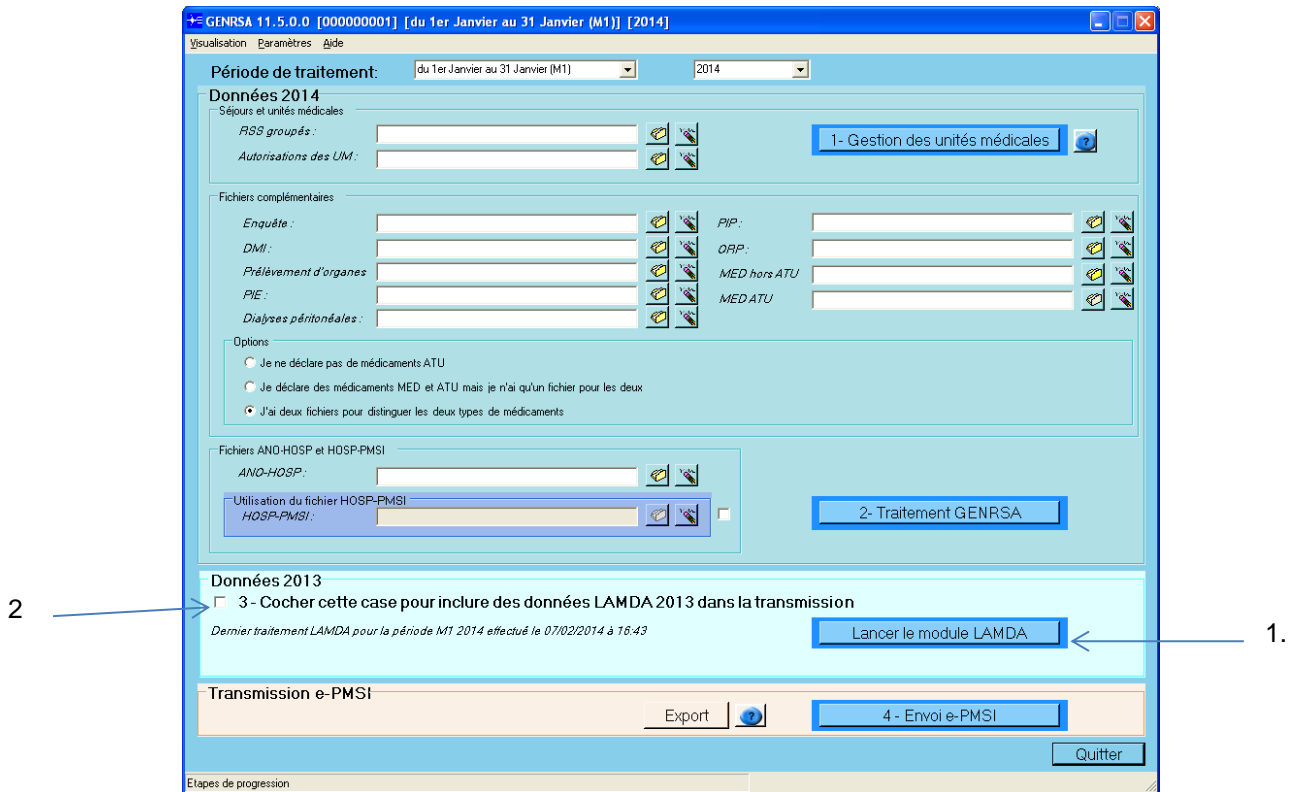
Vous pouvez reconstituer vos fichiers de sauvegarde, uniquement, si vous avez conservés vos fichiers d'entrée de traitement identiques au traitement validé du M12 2013.

Pour cela, il suffit d'utiliser la dernière version de GENRSA utilisée pour l'envoi du M12 2013. (GENRSA 11.4.6.3 au jour de publication de ce manuel).

Pour que la signature des sauvegardes corresponde à celle du M12 2013, le traitement effectué doit être strictement identique. C'est-à-dire : les mêmes fichiers renseignés au niveau de l'interface, le même paramétrage (notamment les autorisations d'UM). Vous retrouvez la liste des autorisations d'UM sur e-PMSI.

3.2 Lancement du module LAMDA

Le module LAMDA se lance à l'aide du bouton « Lancer le module LAMDA » de la fenêtre principale de GENRSA:



1. Bouton de lancement du module LAMDA
2. Case à cocher impérativement pour transmettre des données LAMDA pour cette période (dans cet exemple c'est M1 2014).

3.3 L'interface principale du module LAMDA

Voici la fenêtre principale du module LAMDA :



Figure 2 : la fenêtre principale de LAMDA

Le menu « Fichier » permet simplement de quitter LAMDA et de retourner au logiciel GENRSA.

Le menu « Séjours et fichiers complémentaires » permet d'ouvrir la fenêtre de traitement LAMDA.

« Paramétrage » permet de modifier le n° FINESS pour lequel LAMDA effectuera le traitement.

« Fusion » permet de saisir les numéros FINESS à fusionner lors du traitement LAMDA.

« Signatures » permet de récupérer le fichier de signature des données M12 2013.

Récupération des fichiers de signature

A quoi servent les fichiers de signatures ?

A chaque traitement effectué par une application de télé-transmission de l'ATIH (par exemple GENRSA ou PREFACE), une sauvegarde des données d'entrée et de sortie de traitement est effectuée. Une signature d'intégrité des données est calculée sur l'ensemble de ces fichiers d'entrée et de sortie de traitement. Cette signature permet de certifier quels ont été les fichiers utilisés pour le traitement.

Lorsque vous transmettez vos données sur e-PMSI, cette signature est également transmise. Ainsi, lorsque vous validez vos données pour le M12 2013, une sauvegarde (fichiers *.in.zip et *.out.zip) effectuée sur le poste de traitement correspond à la signature présente sur e-PMSI.

Ce dispositif n'est pas nouveau, voir paragraphe 2.11.

Normalement, LAMDA récupère automatiquement la signature de vos fichiers validés au M12 2013. Ensuite, l'application recherche dans vos fichiers de sauvegarde les fichiers correspondant à cette signature. Ces fichiers de sauvegarde sont recherchés dans les répertoires de sauvegarde par défaut de GENRSA. Si aucun fichier correspondant à la signature du M12 2013 n'est trouvé, vous devez indiquer un répertoire susceptible de contenir ces fichiers de sauvegarde.

Cependant, il est possible que l'application LAMDA ne puisse pas se connecter à Internet ou effectuer une requête Web sécurisée « https ». Dans ce cas, vous avez la possibilité d'utiliser les fichiers de signature. Vous pouvez récupérer ces fichiers de signature, à partir du menu Signatures (de la fenêtre principale), sur un poste pouvant effectuer cette requête.

Récupérer un fichier de signature

Lorsque vous cliquez sur »Récupérer signature GENRSA « du menu « Signatures », le module LAMDA effectue en arrière-plan une requête Web sécurisée. Si la requête web aboutie, la fenêtre suivante s'affiche :

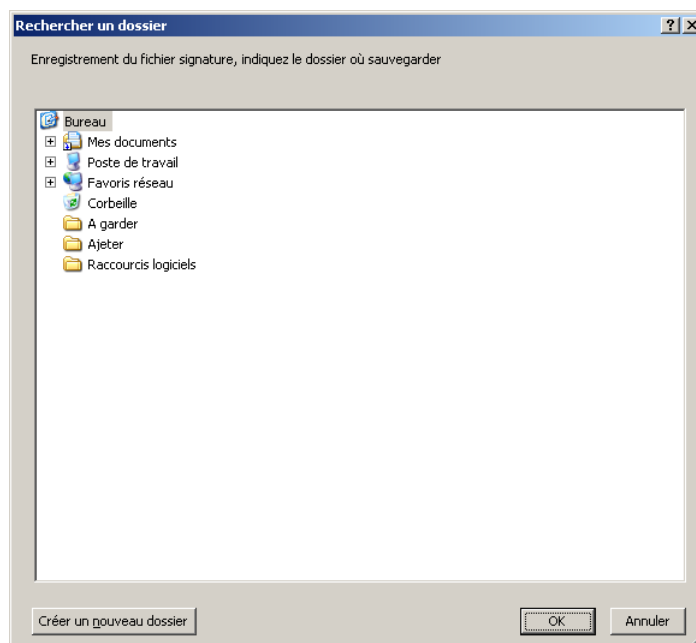


Figure 3 : l'enregistrement d'un fichier signature

L'application vous propose d'enregistrer le fichier de signature dans un répertoire. Il vous suffit de sélectionner un répertoire où vous allez stocker le fichier de signature.

Le fichier de signature est enregistré sous un nom significatif. C'est ce fichier zippé que vous allez indiquer au niveau de l'interface LAMDA dans la zone « Fichier de signature du traitement du M12 2013 ».

Si la zone « Fichier de signature du traitement du M12 2013 » est renseignée au niveau de l'interface de traitement, LAMDA va lire directement dans le fichier indiqué et récupère la signature indiquée dans ce fichier zippé et crypté.

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

Ce dispositif est optionnel, le module LAMDA devrait pouvoir se connecter par défaut à Internet sur le poste à partir duquel il est utilisé. Auquel cas, le renseignement de la zone « Fichier de signature du traitement du M12 2013 » n'est pas nécessaire. Par défaut, le module LAMDA récupère automatiquement la signature de vos fichiers sur la plateforme e-PMSI.

3.4 Le traitement des séjours et fichiers complémentaires

Le traitement des séjours et fichiers complémentaires est accessible à partir de l'écran principal, en sélectionnant le menu « Séjours et fichiers complémentaires ». La fenêtre est la suivante :

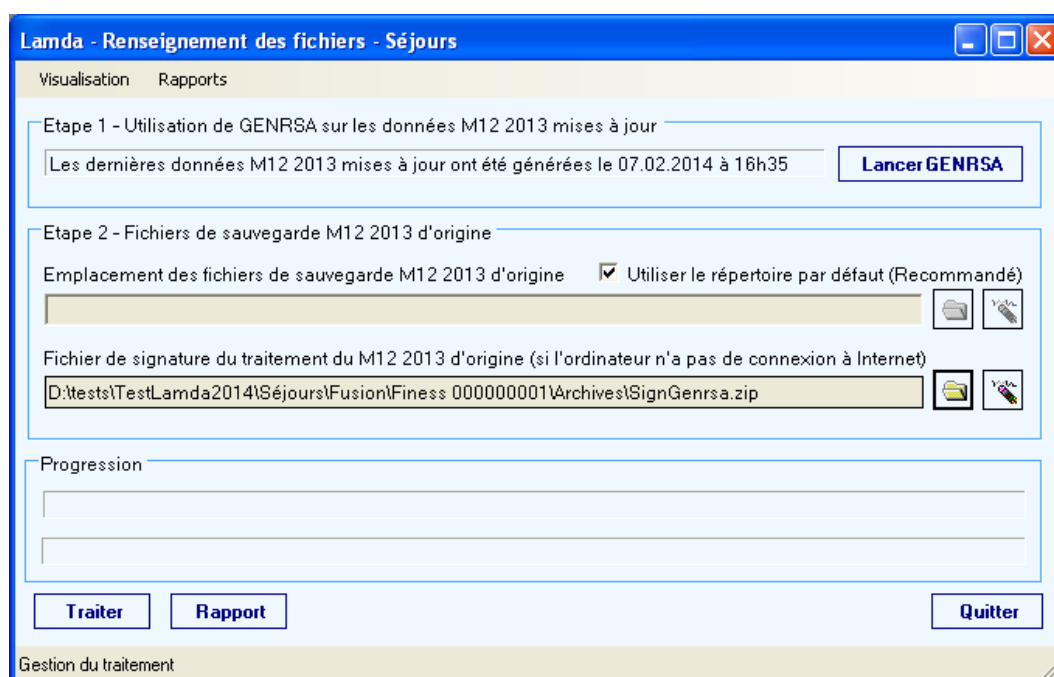


Figure 4 : la fenêtre pour le traitement des séjours

Cette fenêtre présente 2 étapes :

- Etape 1 : Génération des données M12 2013 mises à jour avec appel à au logiciel GENRSA utilisé lors de l'envoi de M12 2013.
- Etape 2 : Renseignement de la localisation du fichier de sauvegarde M12 2013 d'origine.

Génération des données M12 2013 mises à jour

GENRSA lancé par le module LAMDA doit uniquement être lancé depuis l'interface LAMDA et non directement en cliquant sur le fichier exécutable.

Vous pouvez tester la valorisation e-PMSI de vos données GENRSA mises à jour, sur la période de test M0 2013.

Appel à GENRSA de M12 2013

Pour générer les données M12 2013 mises à jour, il suffit de cliquer sur le bouton « Lancer GENRSA ». Ensuite, vous lancez un traitement GENRSA en renseignant l'ensemble des fichiers nécessaires (et les autorisations d'unités médicales). Une fois le traitement GENRSA effectué, vous cliquez sur le bouton Quitter. Cela permet de renseigner l'Etape 1 de la fenêtre de traitement des Séjours de LAMDA.

La fenêtre de GENRSA de LAMDA (Données 2013) :

GENRSA 11.4.6.2 [991541111] [du 1er Janvier au 31 Décembre (M12)] [2013]

Visualisation Paramètres Aide

Période de traitement: du 1er Janvier au 31 Décembre (M12) 2013

Nom du fichier RSS groupé :

Fichier d'information des UM (facultatif):

1- Gestion des unités médicales

Fichiers complémentaires

Diagnostics à visée d'enquête :

Fichier DMI complémentaire :

Prestations complémentaires (PO) :

Prestations inter-établissements :

Dialyses péritonéales :

Fichier PIP complémentaire :

Fichier ORP complémentaire :

Fichier médicament (MED hors ATU)

Fichier médicament (ATU)

Options

Je ne déclare pas de médicaments ATU

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

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

Nom du fichier ANO-HOSP :

Utilisation du fichier HOSP-PMSI

Nom du fichier HOSP-PMSI :

2- Lancement Export 3-Envoi e-PMSI Quitter

Etapas de progression

Figure 5 : la fenêtre GENRSA utilisée pour M12 2013 (ne pas utiliser le bouton « Envoi-ePMSI »)

ATTENTION : Le format du fichier ANO-HOSP doit être le format utilisé en 2013.

Les fichiers de sauvegarde (fichiers *.in.zip et *.out.zip) des données M12 2013 mis à jour sont stockés dans le répertoire LAMDA\GENRSA\SAUVEGARDE du répertoire de sauvegarde.

ATTENTION : Il ne faut pas transmettre votre fichier sur la plateforme e-PMSI (Pas de clic sur le bouton « 3-Envoi e-PMSI »).

Informations sur la dernière génération des données M12 2013 mises à jour

Information sur la dernière génération des données M12 2013 mises à jour

Etape 1 - Utilisation de GENRSA sur les données M12 2013 mises à jour

Les dernières données M12 2013 mises à jour ont été générées le 07.02.2014 à 16h35

Lancer GENRSA

Bouton d'appel à GENRSA pour générer les données M12 2013 mises à jour

Lorsqu'aucune donnée M12 2013 mise à jour n'a été générée, le message « **Aucune donnée M12 2013 mise à jour trouvée. Veuillez lancer GENRSA.** » s'affiche dans la zone d'information.

Lorsque des données GENRSA M12 2013 mises à jour ont été générées, le message « **Les dernières données M12 2013 mises à jour ont été générées le <DATE> à <HEURE>** » s'affiche dans la zone d'information. Nous vous invitons à vérifier que la date et l'heure indiqués correspondent bien au traitement que vous venez d'effectuer.

Choix des fichiers de sauvegarde de M12 2013 d'origine

Répertoire des fichiers de sauvegarde M12 2013 d'origine

Choix du répertoire par défaut des fichiers de sauvegarde M12 2013 d'origine

Etape 2 - Fichiers de sauvegarde M12 2013 d'origine

Emplacement des fichiers de sauvegarde M12 2013 d'origine Utiliser le répertoire par défaut (Recommandé)

Fichier de signature du traitement du M12 2013 d'origine (si l'ordinateur n'a pas de connexion à Internet)

D:\tests\TestLamda2014\Séjours\Fusion\Finess 000000001\Archives\SignGenrsa.zip


Fichier de signature des fichiers de sauvegarde M12 2013 d'origine

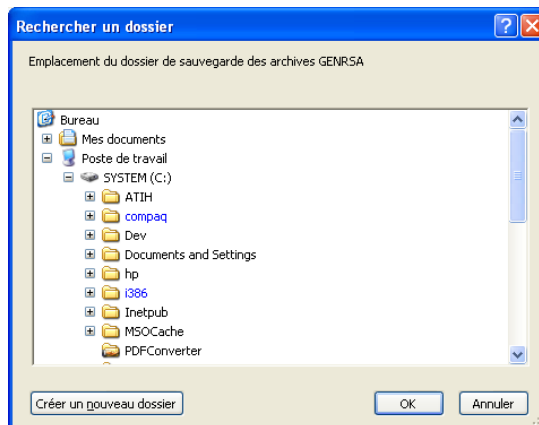
Choix du répertoire des fichiers de sauvegarde M12 2013 d'origine

Les fichiers de sauvegarde M12 2013 d'origine ont été générés par GENRSA soit dans le répertoire par défaut, soit dans un autre répertoire spécifié par l'utilisateur (Fichier « allusers.par » de GENRSA).

Dans le premier cas, cocher la case « Utiliser le répertoire par défaut (Recommandé) ». Il ne sera pas possible de sélectionner un autre répertoire. Si un autre répertoire est renseigné malgré tout, celui-ci sera ignoré.


Dans le deuxième cas, décocher la case « Utiliser le répertoire par défaut

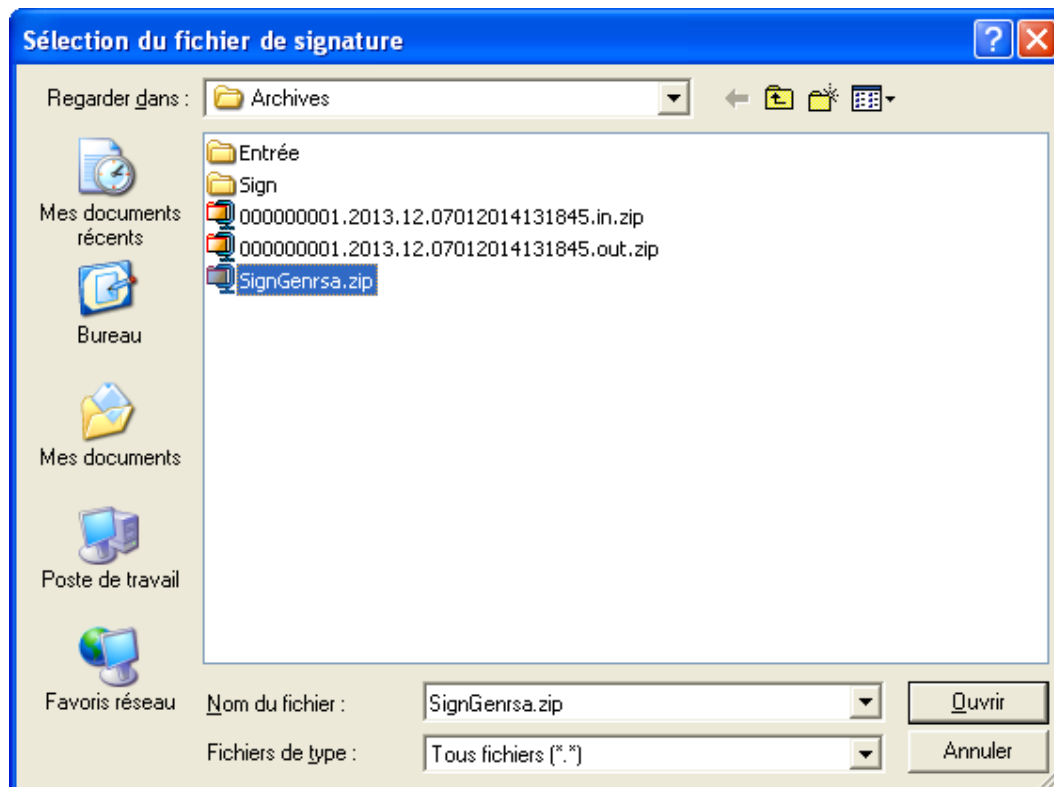
(Recommandé) », cliquer sur le bouton  et sélectionner un répertoire dans la fenêtre suivante :



Choix du fichier de signature des fichiers de sauvegarde M12 2013 d'origine

Il est possible que le module LAMDA ne puisse pas se connecter à Internet ou effectuer une requête Web sécurisée « https ». Dans ce cas, vous avez la possibilité d'utiliser les fichiers de signature.

Pour cela cliquer sur le bouton  et sélectionner le fichier de signature correspondant aux fichiers de sauvegarde M12 2013 d'origine.



Les boutons de la fenêtre de traitement des Séjours et fichiers complémentaires

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

- « **Traiter** » : permet de lancer le traitement des fichiers et aboutit à la génération du fichier d'export
- « **Rapport** » : affiche le rapport final de fin de traitement
- « **Exporter** » : permet d'enregistrer le fichier d'export généré dans un répertoire de votre choix
- « **Envoi e-PMSI** » : effectue la transmission des données de traitement sur la plateforme e-PMSI
- « **Quitter** » : pour revenir sur l'écran principale de LAMDA

La zone Progression vous permet de suivre l'avancement du traitement.

4 Transmission et traitement des données sur e-PMSI : mode d'emploi

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

Ce chapitre regroupe le traitement par GENRSA, l'intégration des données LAMDA, la transmission à la plate-forme e-PMSI et le traitement des données à partir du site e-PMSI.

Les opérations à effectuer sont les suivantes :

4.1 GENRSA

- 1- Définir la période de traitement. Ceci est important pour la suite du traitement.
- 2- Indiquer le chemin d'accès du fichier de RSS. Seuls sont acceptés les RSS au format 116 pour l'ensemble de l'année 2013 (voir formats en annexe).
- 3- Indiquer le chemin d'accès du fichier d'importation des unités médicales si besoin est (cf format en annexe « Format du fichier d'importation des UM »)
- 3 bis- Cliquer ensuite sur le bouton [**1- Gestion des unités médicales**] pour procéder à l'analyse du fichier.
- 4- Saisie des informations :
Il faudra, ensuite, saisir les informations pour chaque unité médicale :
 - type d'autorisation
 - Finess géographique
 - la date de début d'effet de l'autorisation (au format jjmmaaaa)
 - nombre de lits autorisés
 - type d'hospitalisation (complet, partielle ou mixte)Lorsque toutes les informations sont enregistrées, vous devez valider la saisie (utilisez le bouton [*Validation*])
- 5- S'il y a lieu, indiquez les chemins d'accès aux nouveaux fichiers complémentaires : Diagnostics à visée d'enquête, Médicament ou DMI (cf format en annexe), etc.
- 6- Indiquer le chemin d'accès du fichier ANO-HOSP utilisé pour le chaînage (voir format en annexe et pour plus d'information, vous pouvez consulter la circulaire suivante sur le site de l'ATIH : <http://www.atih.sante.fr/?id=000240005BFF> au niveau de « Textes et références », Circulaire N° 106 du 22 fév.2001 relative au chaînage des séjours en établissements hospitaliers)

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

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

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

8- Cliquer ensuite sur le bouton **[2- Lancement]** pour procéder au traitement de vos fichiers. A la fin du traitement, le compte-rendu de GENRSA, celui du chaînage ainsi que celui de l'anonymisation des fichiers complémentaires (s'il y a lieu) s'affichent à l'écran.

9 - Si vous avez des données LAMDA à envoyer, cocher la case « **[3 – Cocher cette case pour inclure des données LAMDA 2013 dans la transmission]** ». En dessous de cette case, il est indiqué la date du dernier traitement LAMDA effectué pour le numéro FINESS, l'année et la période sélectionnés. Ce sont les données de ce dernier traitement LAMDA qui seront incluse dans la transmission :

Données 2013
 3 - Cocher cette case pour inclure des données LAMDA 2013 dans la transmission
Dernier traitement LAMDA pour la période M1 2014 effectué le 07/02/2014 à 16:43

Lancer le module LAMDA

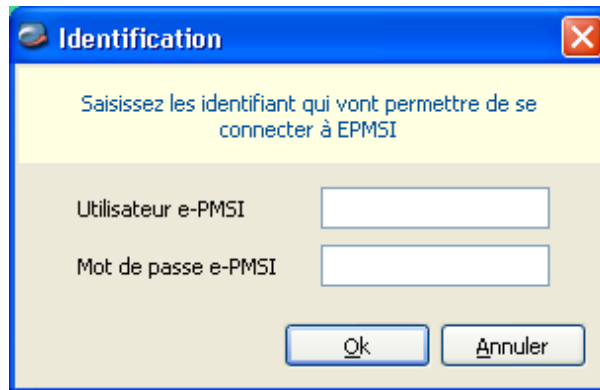
Information sur la dernière génération des données LAMDA pour la période sélectionnée

Bouton d'appel au module LAMDA pour générer les données LAMDA pour la période choisie

Si vous n'avez pas encore effectué de traitement LAMDA, cliquer sur « Lancer le module LAMDA ».

Si vous n'avez pas de données LAMDA à transmettre pour cette période, décocher la case.

10- Cliquer sur le bouton **[4- Envoi e-PMSI]** qui a pour effet de lancer la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI. (avec les éventuelles données LAMDA si la case a été cochée). GENRSA effectue alors une sauvegarde des données et prépare le fichier à envoyer sur e-PMSI.

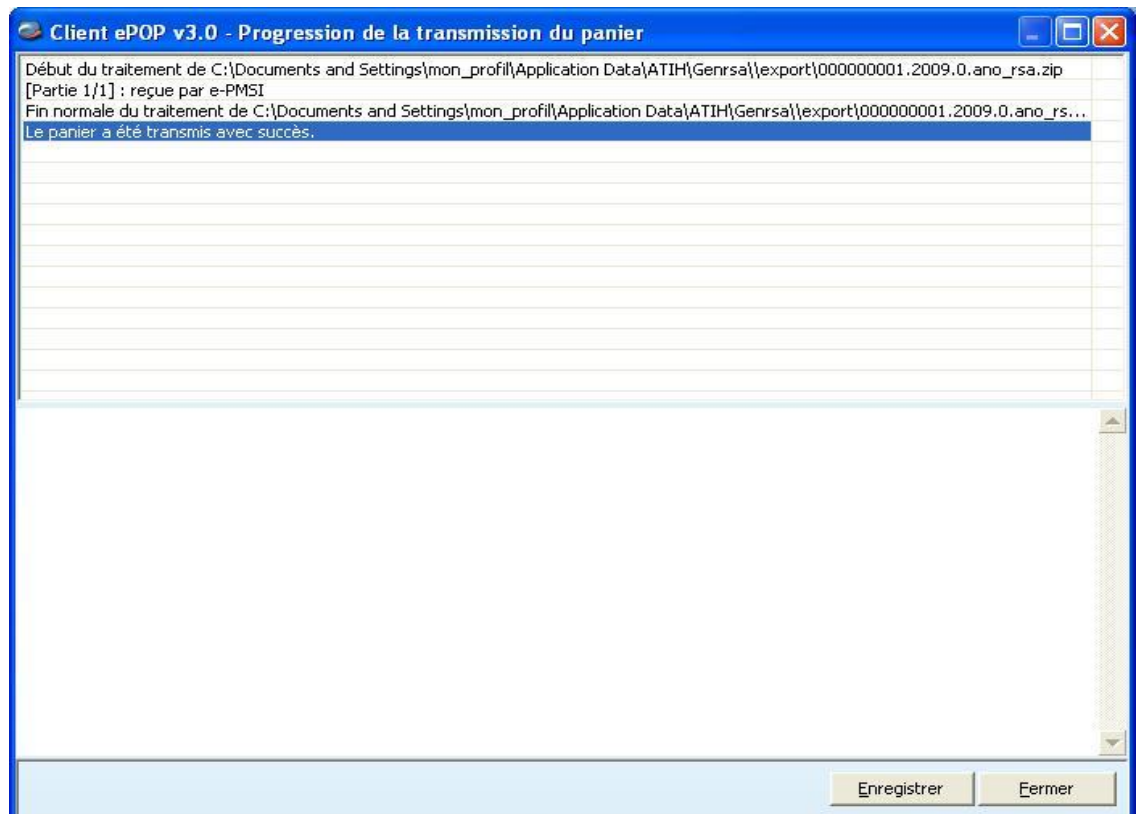


The image shows a Windows-style dialog box titled "Identification". It has a blue title bar with a close button (X) on the right. The main area has a yellow background with the text "Saisissez les identifiants qui vont permettre de se connecter à EPMSI". Below this, there are two text input fields: "Utilisateur e-PMSI" and "Mot de passe e-PMSI". At the bottom, there are two buttons: "Ok" and "Annuler".

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

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

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



The image shows a window titled "Client ePOP v3.0 - Progression de la transmission du panier". The window contains a text area with the following text: "Début du traitement de C:\Documents and Settings\mon_profil\Application Data\ATIH\Genrsa\export\000000001.2009.0.ano_rsa.zip", "[Partie 1/1] : reçue par e-PMSI", "Fin normale du traitement de C:\Documents and Settings\mon_profil\Application Data\ATIH\Genrsa\export\000000001.2009.0.ano_rs...", and "Le panier a été transmis avec succès." Below the text area, there are two buttons: "Enregistrer" and "Fermer".

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)

4.2 e-PMSI

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

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

15- Exemple de traitement du premier trimestre 2011

Menu « Applications »

« MAT2A/OVALIDE »

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

« Année 2014 » « M3 : De Janvier à Mars »

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

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

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

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

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

5 L'utilisation d'AGORA

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

La plateforme AGORA est accessible à partir du site de l'ATIH <http://www.atih.sante.fr/>. Puis, il vous suffit de cliquer sur le lien Foire aux questions. Le site AGORA est accessible à partir de vos identifiants e-PMSI. Il vous suffit donc d'avoir un compte e-PMSI pour y accéder.



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

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

Agora > Logiciels > MCO > GENRSA

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

Session appartenant à Dominique Sautereau (22464) Fermer la session

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

Agora > Logiciels > MCO > LAMDA

Résultat de votre recherche

Aucun sujet ne correspond à votre recherche

[Contributions correspondant à votre recherche](#)

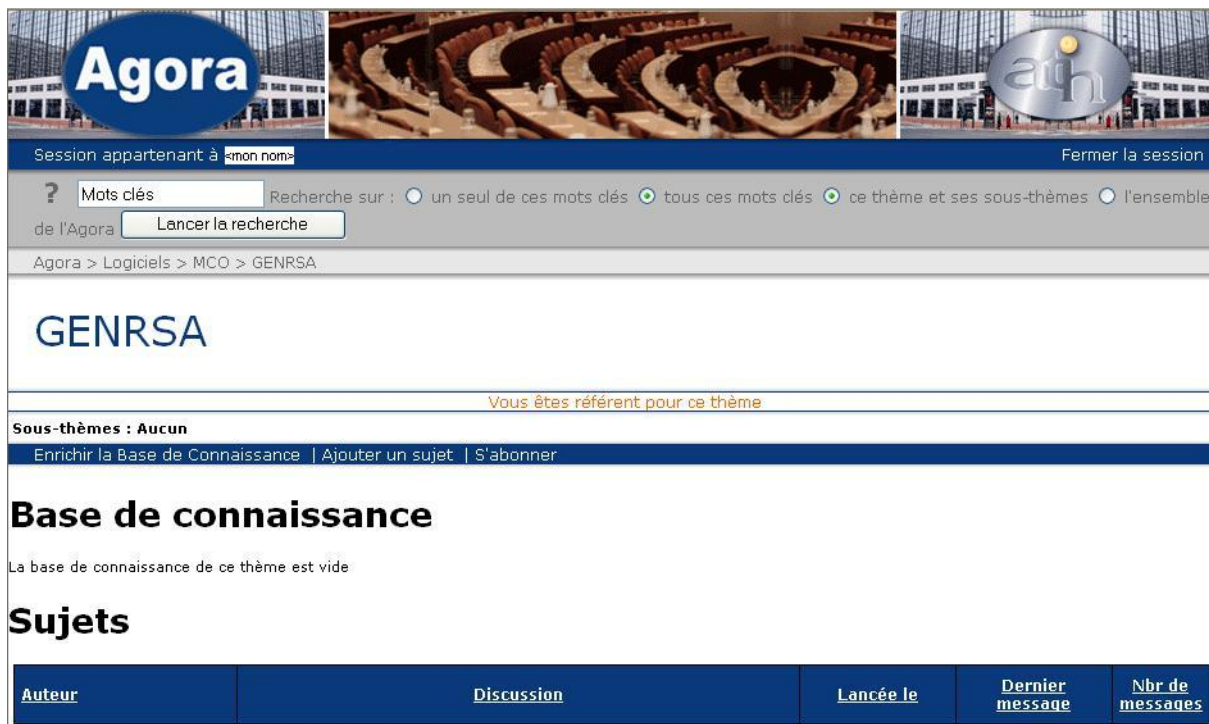
Auteur	Extrait	Date	Thème
Delphine Rossille	(...) M12. Donc Vidhosp doit être au format 2007. Comment fait on alors pour générer anohosp? étant donné que MAGIC a été modifié pour le nouveau form(...)	15 juillet 2008	LAMDA
Thierry CUNNAC	PS : De plus les compte rendu de LAMDA sont "perturbants" : - Rapport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

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

[Retour](#)

L'utilisation du moteur de recherche d'AGORA

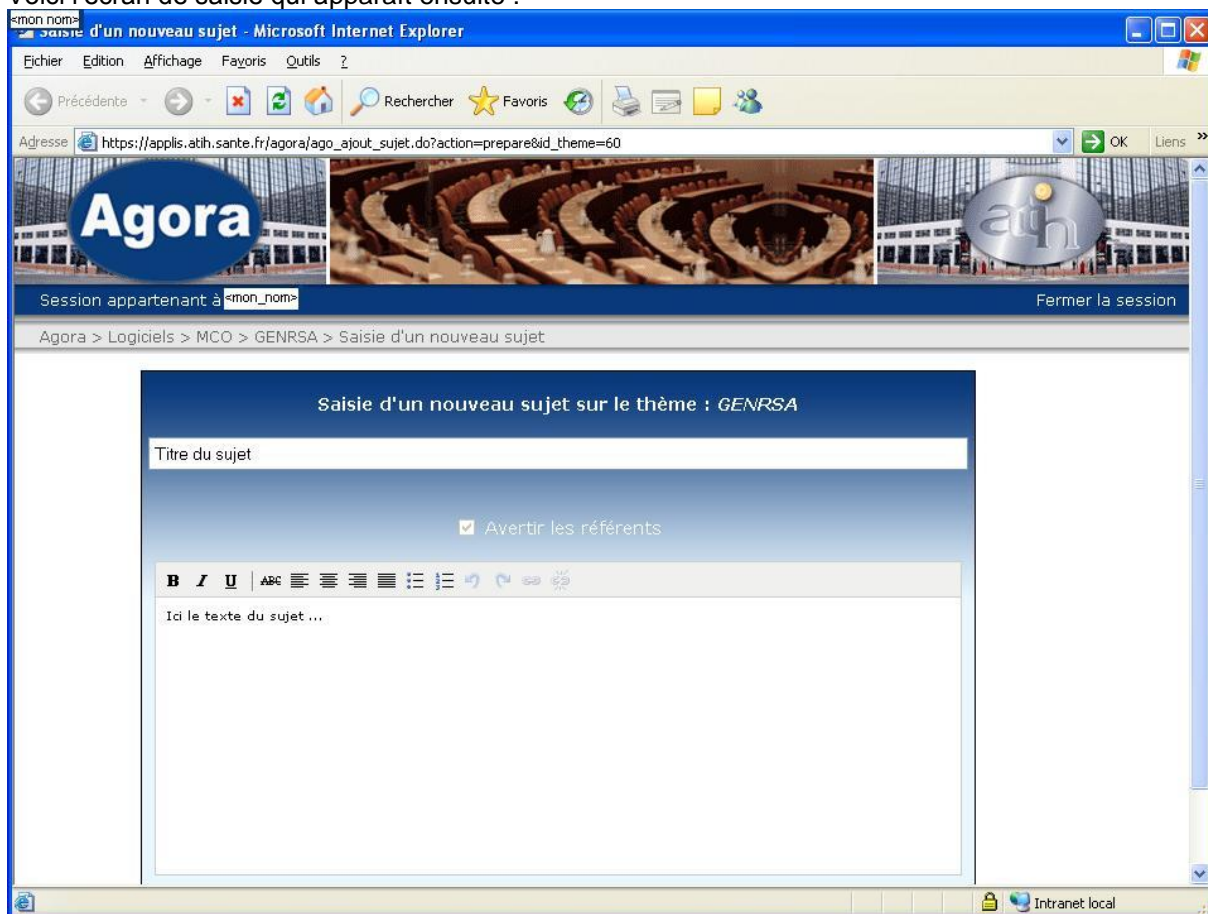
Pour poser une nouvelle question sur AGORA, vous sélectionnez le thème et le sous-thème concerné (s'il existe), puis vous cliquez sur « Ajouter un sujet ». Voici un exemple :



The screenshot shows the AGORA forum interface. At the top, there are logos for 'Agora' and 'atih'. Below the logos, there is a navigation bar with 'Session appartenant à [mon nom](#)' and a 'Fermer la session' link. A search bar is present with a 'Mots clés' input field and a 'Recherche sur' dropdown menu with options: 'un seul de ces mots clés', 'tous ces mots clés', 'ce thème et ses sous-thèmes', and 'l'ensemble de l'Agora'. A 'Lancer la recherche' button is also visible. Below the search bar, there is a breadcrumb trail: 'Agora > Logiciels > MCO > GENRSA'. The main content area displays the theme name 'GENRSA' in large blue letters. Below this, there is a message: 'Vous êtes référent pour ce thème'. Underneath, it says 'Sous-thèmes : Aucun' and provides links for 'Enrichir la Base de Connaissance', 'Ajouter un sujet', and 'S'abonner'. The section 'Base de connaissance' is followed by the text 'La base de connaissance de ce thème est vide'. Below this, the 'Sujets' section is shown with a table header. The table header has five columns: 'Auteur', 'Discussion', 'Lancée le', 'Dernier message', and 'Nbr de messages'.

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

Voici l'écran de saisie qui apparaît ensuite :



La saisie d'un nouveau sujet sur AGORA

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

6 ANNEXES

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

Systèmes d'exploitation supportés :

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

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

Logiciels requis : Internet Explorer 5.01 (ou supérieur)

Avertissement :

Les utilisateurs de Windows NT 4.0/XP/2000 doivent se connecter sous le compte « **Administrateur de la machine locale** » avant de procéder à l'installation des logiciels constitutifs de la suite logicielle POP-T2A et désactiver tous les programmes résidents (anti-virus, programmeurs de tâches, etc.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3 Formats de RSS groupé 116

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Groupage : version de la classification		2	1	2	O	N	Droite/Zéro	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	N	Droite/Zéro	
	N° GHM	4	5	8	O	A	NA/NA	
Filler		1	9	9	F	A	NA/NA	
N° de version du format de RSS		3	10	12	O	A	NA/NA	116
Groupage : code retour		3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS		9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM		3	25	27	O	N	NA/NA	016
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	A	Gauche/Espace	
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	A	Gauche/Espace	
N° de RUM		10	68	77	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance		8	78	85	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe		1	86	86	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale		4	87	90	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié		2	91	92	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	93	100	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	101	101	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		1	102	102	F	N	NA/NA	

Date de sortie de l'unité médicale	8	103	110	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale	1	111	111	O	N	NA/NA	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)	1	112	112	F	N	NA/NA	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)	5	113	117	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)	4	118	121	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel	2	122	123	F	N	Droite/Zéro	
Date des dernières règles	8	124	131	F	N	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de séances	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RUM	2	134	135	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	2	136	137	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	3	138	140	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)	8	141	148	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)	8	149	156	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2	3	157	159	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS	1	160	160	F	N	NA/NA	cf. note 1
Type de machine en radiothérapie	1	161	161	F	N	NA/NA	cf. note 2
Type de dosimétrie	1	162	162	F	N	NA/NA	cf. note 3
Numéro d'innovation	15	163	177	F	A	Gauche/Espace	
Zone réservée	15	178	192	F	N	NA/Espace	
DA n° 1	8	193	200	F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	A	...	
DA n° nDA	8			F	A	Gauche/Espace	
DAD n° 1	8			F	A	Gauche/Espace	

.....		*8			F	...		
DAD n° nDAD		8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour							
		2			O	N	Droite/Zéro	
...		*26	
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	

	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
--	---	---	--	--	---	---	-------------	--

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

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

[3] NA signifie "non applicable"

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

Note 2 :

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

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

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

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

Note 3 :

1 : dosimétrie de RCMI

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

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

4 : autre type de dosimétrie

6.4 Format ANO-HOSP 2013

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

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

6.5 Format ANO-HOSP 2014

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 gestion "	1	62	62
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	63	63
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	64	64
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	65	65
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	66	66
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	67	67
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	68	68
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	69	69
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	70	70
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur "	1	71	71
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	72	72
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)"	1	73	73

Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	74	74
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	75	75
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	76	76
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	77	77
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	78	78
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	79	79
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	80	80
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	81	81
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	82	82
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	83	83
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	84	84
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	85	85
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	86	86
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	87	87
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	88	88
Code grand régime	2	89	90
Code gestion	2	91	92
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	93	93
Code de prise en charge du forfait journalier	1	94	94
Nature d'assurance	2	95	96
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	97	98
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	99	99
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	100	100
Facturation du 18 euro	1	101	101
Nombre de venues de la facture	4	102	105
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	106	115
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	116	125
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	126	135
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	136	139
Montant base remboursement	10	140	149
Taux de remboursement	5	150	154
Patient bénéficiaire de la CMU	1	155	155
N° administratif de séjour de la mère	20	156	175
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	176	176
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	177	177
Date de l'hospitalisation	8	178	185
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	186	195
Date de naissance du bénéficiaire	8	196	203
Sexe du bénéficiaire	1	204	204
Code participation assuré	1	205	205
N° d'entrée	9	206	214
Rang de naissance	1	215	215
Rang du bénéficiaire	3	216	218
N° caisse gestionnaire	3	219	221
N° centre gestionnaire	4	222	225

Détail des codes retour spécifiques au format ANO-HOSP 2014 :

« **Code Gestion** »

0 : RAS

1 : Code non autorisé

« **Code participation assuré** »

0 : RAS

1 : Code non autorisé (cf. codes de l'annexe 9 du cahier des charges norme B2 juin 2005 ou laisser à vide si pas d'information)

« **N° d'entrée** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **Rang de naissance** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **Rang du bénéficiaire** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **N° caisse gestionnaire** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« **N° centre gestionnaire** »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

Détail des codes retour du fichier ANO-HOSP (communs aux 2 formats pour 2013 et 2014)

« **N° immatriculation assuré** »

0 : RAS

1 : format incorrect

2 : utilisation de la valeur manquante (13 fois le caractère « X »)

3 : n° non conforme suite au contrôle de la clé

« **Date de naissance** »

0 : RAS

1 : format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)

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

« **Sexe** »

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

« **N° d'identification administratif de séjour** »

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

« **Code grand régime** »

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

« **Code justification d'exonération du ticket modérateur** »

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

« **Code de prise en charge du forfait journalier** »

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

« **Nature d'assurance** »

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

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

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

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

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

« **Séjour facturable à l'assurance maladie** »

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

Code	Libellé
------	---------

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

« **Facturation du 18 euro** »

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

« **Nombre de venues de la facture** »

0 : RAS
1 : Valeur non numérique

« **Montant à facturer au titre du ticket modérateur** »

0 : RAS
1 : Valeur non numérique

« **Montant à facturer au titre du forfait journalier** »

0 : RAS
1 : Valeur non numérique

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

0 : RAS
1 : Valeur non numérique

« **Montant lié à la majoration au parcours de soin** »

0 : RAS
1 : Valeur non numérique

« **Montant base remboursement** »

0 : RAS
1 : Valeur non numérique

« **Taux de remboursement** »

0 : RAS
1 : Valeur non numérique

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

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

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

Code	Libellé
1	Patient en AME
2	Patient sous convention internationale
3	Patient payant
4	Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents

	(article L. 254-1 du CASF)
5	Patient hospitalisé dans un autre établissement
6	Acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier
9	Autres situations

« **Patient bénéficiaire de la CMU** »

0 : RAS

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

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

0 ou 9 : RAS

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

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

0 : RAS

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

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

0 : RAS

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

« **Date de l'hospitalisation** »

0 : RAS

1 : format incorrect

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

3 : non renseignée (8 caractères espace)

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

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

Note :

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

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

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

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

A partir de M1 2014, pour les établissements bénéficiant d'une autorisation 30 (« Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires ») ou 60 (« Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée »), il faudra créer dans le fichier « IUM », une unité fictive portant le n° « \$\$\$1 » pour le type 30 et « \$\$\$2 » pour le type 60. Les consignes de remplissage des autres variables demeurent identiques.

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

Racine code UM	spéc	Code concaténé	Classification de l'unité médicale fonctionnelle	Mode d'hospitalisation	Rattachement à la discipline SAE
01	A	01A	Réanimation adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
01	B	01B	Réanimation adulte grands brûlés	HC	Médecine
02	A	02A	Soins intensifs en cardiologie =USIC	HC	Médecine
02	B	02B	Autres soins intensifs (hors UNV,USIC, néonatalogie)	HC	Médecine
03	A	03A	Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
03	B	03B	Soins surveillance continue adulte grands brûlés	HC	Médecine
04		04	Néonatalogie sans SI	HC	Médecine
05		05	Soins intensifs en néonatalogie	HC	Médecine
06		06	Réanimation néonatale	HC	Médecine
07	A	07A	UHCD strutures des urgences générales	HC	Urgences
07	B	07B	UHCD strutures des urgences pédiatriques	HC	Urgences
08		08	Soins et accompagnement des malades en phase terminale (unité de soins palliatifs)	HC	Médecine
13	A	13A	Réanimation pédiatrique hors grand brûlés	HC	Médecine
13	B	13B	Réanimation pédiatrique grands brûlés	HC	Médecine
14	A	14A	Soins surveillance continue pédiatrique hors grands brûlés	HC	Médecine
14	B	14B	Soins surveillance continue pédiatrique grands brûlés	HC	Médecine
16		16	Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air	HC	Médecine

17		17	UNV hors SI	HC	Médecine
18		18	Soins intensifs en UNV	HC	Médecine
19		19	Unité d'addictologie de recours et de référence	HP /HC /mixte	Médecine
20		20	Traitement des grands brûlés (hors réanimation et surveillance continue grands brûlés)	HC/HP	Chirurgie
21		21	Hémodialyse en centre pour adulte	HP	Dialyse
22		22	Hémodialyse en centre pour enfant	HP	Dialyse
23		23	Hémodialyse en unité médicalisée	HP	Dialyse
34		34	Hémodialyse en unité d'autodialyse	HP	Dialyse
35		35	Hémodialyse à domicile	HP	Dialyse
36		36	Dialyse péritonéale à domicile	HP	Dialyse
37		37	Unité de dialyse saisonnière	HP	Dialyse
26		26	Unité hospitalière sécurisée interrégionale UHSI	HC	Médecine
40		40	Unité d'hospitalisation d'oncologie médicale	HP /HC /mixte	Médecine
41		41	Unité d'hospitalisation d'oncologie chirurgicale	HP /HC /mixte	Chirurgie
42		42	Unité de radiothérapie ambulatoire	HP	Médecine
43		43	Unité de chimiothérapie ambulatoire	HP	Médecine
50		50	Chirurgie cardiaque	HP /HC /mixte	Chirurgie
51		51	Neurochirurgie	HP /HC /mixte	Chirurgie
52		52	Autre chirurgie pédiatrique (ou chirurgie indifférenciée pédiatrique)	HP /HC /mixte	Chirurgie
53		53	Autre chirurgie adulte (ou chirurgie indifférenciée adulte)	HP /HC /mixte	Chirurgie
61		61	Unité de prise en charge de la douleur chronique	HP /HC /mixte	Médecine
27		27	Médecine gériatrique	HP /HC /mixte	Médecine
28		28	Médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale, spécialisée ou non)	HP /HC /mixte	Médecine

29		29	Autres spécialités médicales adultes (non classées ailleurs) ou unité de médecine indifférenciée	HP /HC /mixte	Médecine
70		70	Gynécologie seule	HP /HC /mixte	Gynéco obs
71		71	Obstétrique seule	HP /HC /mixte	Gynéco obs
72		72	Interruption volontaire de grossesse	HP /HC /mixte	Gynéco obs
73		73	Gynécologie obstétrique indifférenciée	HP /HC /mixte	Gynéco obs
30		30	Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires		
60		60	Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée	HP /HC /mixte	
88		88	Unité supprimée	HP /HC /mixte	

6.8 Format 2008 du fichier HOSP-PMSI

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

6.9 Formats des fichiers complémentaires

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

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

Particularités de codage en fonction du type de prestation :

	DMI (LPP)	Prélèvements d'organes	Prestations inter établissements	Dialyse Péritonéale (suppléments DIP)	Enquêtes	PIP	ORP
Type de prestation	02	03	04	07	99	51	52
N° Identifiant de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° RSS	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour
N° de RUM	NA	NA	NA	NA	N° RUM	NA	NA
Date de début	Date de pose	Date de réalisation du prélèvement d'organe	Date de début de la prestation	Date de début de séjour	NA	NA	NA
Date de fin	NA	NA	Date de fin de la prestation	Date de fin de séjour	NA	NA	NA

Code	Code LPP	PO1-PO2- PO3-PO4- PO5-PO6- PO7-PO8- PO9-POA	Prestation REA, SRC, REP, STF, NN1, NN2, NN3	DIP	Code CIM 10	PIP	Code issu de la nomenclature "ORPHA"
Nombre	Nombre posé (10+0)	Egal à 1	Nombre de suppléments payés (10+0)	Nombre de suppléments DIP	NA	NA	NA
Montant	Prix d'achat par le nombre posé (7+3)	NA	NA	NA	NA	NA	NA

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

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

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

6.10 Format de RSA groupé en CCAM (221)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro de version du format du RSA	3	10	12	221
N° d'index du RSA	10	13	22	
Numéro de version du format du "RSS-groupé"	3	23	25	
Numéro séquentiel de tarifs	3	26	28	
Groupage lu :Version de la classification	2	29	30	
Groupage lu : GHM	CMD	2	31	32
	Type	1	33	33
	Numéro	2	34	35
	Complexité	1	36	36
Groupage lu : code-retour	3	37	39	
Groupage GENRSA : Version de la classification	2	40	41	
Groupage GENRSA : GHM	CMD	2	42	43
	Type	1	44	44
	Numéro	2	45	46
	Complexité	1	47	47
Groupage GENRSA : code-retour	3	48	50	
Nombre de RUM composant le RSS d'origine (NbrUM)	2	51	52	
Age en années	3	53	55	
Age en jours	3	56	58	

Sexe	1	59	59	
Mode d'entrée dans le champ du PMSI-MCO	1	60	60	
Provenance	1	61	61	
Mois de sortie	2	62	63	
Année de sortie	4	64	67	
Mode de sortie du champ PMSI-MCO	1	68	68	
Destination	1	69	69	
Type de séjour	1	70	70	
Durée totale du séjour dans le champ du PMSI	4	71	74	
Code géographique de résidence	5	75	79	
Poids d'entrée (en grammes)	4	80	83	
Age gestationnel retenu pour le groupage	2	84	85	Changement du libellé uniquement
Délai de la date des dernières règles par rapport à la date d'entrée	3	86	88	
Nombre de séances	2	89	90	
Numéro de GHS (du GHM GENRSA)	4	91	94	
Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute	4	95	98	
Type de séjour inférieur à la borne extrême basse	1	99	99	
Nb journées EXB	3	100	102	
Filler	4	103	106	
Top UHCD	1	107	107	
Confirmation du codage du séjour	1	108	108	
Nombre d'autorisations d'unités médicales à portée globale valides (Nb_AutPGV)	1	109	109	
Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances	3	110	112	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances	3	113	115	

Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances	3	116	118	
Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances	3	119	121	
Nombre d'actes menant dans le GHS 9615	3	122	124	9615(aphérèse sanguine)
Nombre de suppléments radiothérapie pédiatrique	3	125	127	
Nombre de suppléments antepartum	3	128	130	
Nombre de zones de suppléments de radiothérapie (Nb_Rdth)	1	131	131	
Top valves aortiques percutanées	1	132	132	1 si date sortie >=15/08/2012 + type autorisation UM 60 + acte pose, blanc sinon
Filler	21	133	153	
Nombre de suppléments caisson hyperbare	3	154	156	
Type de prestation de prélèvement d'organe	1	157	157	1, 2 ou 3
Nombre de suppléments pour REA (réanimation)	3	158	160	
Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation	3	161	163	
Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs)	3	164	166	
Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue)	3	167	169	
Nombre de suppléments NN1	3	170	172	
Nombre de suppléments NN2	3	173	175	
Nombre de suppléments NN3	3	176	178	
Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique)	3	179	181	
Passage dans un lit dédié de soins palliatifs	1	182	182	
Type de machine en radiothérapie	1	183	183	
Type de dosimétrie	1	184	184	
Numéro d'innovation	15	185	199	
Nombre de faisceaux	1	200	200	

N° séquentiel du RUM ayant fourni le DP		2	201	202	
Diagnostic principal (DP)		6	203	208	
Diagnostic relié (DR)		6	209	214	
Nombre de diagnostics associés dans ce RSA		4	215	218	
Nombre de zones d'actes dans ce RSA		5	219	223	
Type d'autorisation à portée globale valide n° 1		2	224	225	
...		...			
Type d'autorisation à portée globale valide n° Nb_AutPGV		2			
Zone de suppléments de radiothérapie n° 1	Code du supplément (n° GHS)	4			
	Nombre de suppléments	3			
...
Zone de suppléments de radiothérapie n° Nb_Rdth	Code du supplément (n° GHS)	4			
	Nombre de suppléments	3			
Informations RUM n°1	N° séquentiel de RUM	2			
	Filler	3			
	Numéro FINESS géographique	9			
	DP	6			
	DR	6			
	IGS2	3			
	Age gestationnel du RUM	2			
	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_1)	2			
	Nombre de zones d'actes du RUM (Nb_Act_R_1)	3			

	Durée séjour partielle	4			
	Premier type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le premier type	2			
	Nombre de supplément pour le premier type	4			
	Deuxième type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le deuxième type	2			
	Nombre de supplément pour le deuxième type	4			
...
Informations RUM n° NbRUM	N° séquentiel de RUM	2			
	Filler	3			
	Numéro FINESS géographique	9			
	DP	6			
	DR	6			
	IGS2	3			
	Age gestationnel du RUM	2			
	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_NbRUM)	2			
	Nombre de zones d'actes du RUM (Nb_Act_R_NbRUM)	3			
	Durée séjour partielle	4			
	Premier type d'autorisation d'UM	4			

	Nature du supplément pour le premier type	2			
	Nombre de supplément pour le premier type	4			
	Deuxième type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le deuxième type	2			
	Nombre de supplément pour le deuxième type	4			
DA n° 1 du RUM n° 1		6			
...	
DA n° Nb_DA_R_1 du RUM n° 1		6			
...	
DA n° 1 du RUM n° NbRUM		6			
...	
DA n° Nb_DA_R_NbRUM du RUM n° NbRUM		6			
Zone acte n° 1 du RUM n° 1	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte	2			
Dates de validité de l'acte	1				1 : oui, 2 : non

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

Zone acte n° 1 du RUM n° NbRUM	Délai depuis la date d'entrée	3		-	
	Code CCAM	7		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations de l'acte	2			

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

6.11 Fichier de chaînage (ANO)

Avec renseignement des variables de suppression de taux de conversion :
Format avant intégration dans e-PMSI :

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° format	3	10	12	
N° format VID-HOSP	3	13	15	
Mois de sortie	2	16	17	
Année de sortie	4	18	21	
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	22	22	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	23	23	
Code retour contrôle « sexe »	1	24	24	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	25	25	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	26	26	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	27	27	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	1	28	28	
Code retour contrôle « Cohérence date naissance »	1	29	29	Cohérence entre les informations RSS et VID-HOSP/RSF-A
Code retour contrôle « Cohérence sexe »	1	30	30	Cohérence entre les informations RSS et VID-HOSP/RSF-A
N° anonyme	17	31	47	
N° de séjour	5	48	52	
N° séquentiel dans fichier PMSI	10	53	62	
Date d'entrée	8	63	70	(*)
Date de sortie	8	71	78	(*)
Code retour contrôle « code grand régime »	1	79	79	
Code retour contrôle « code gestion »	1	80	80	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	81	81	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	82	82	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	83	83	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	84	84	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	85	85	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	86	86	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	87	87	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	88	88	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	89	89	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	90	90	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	91	91	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de	1	92	92	

soin »				
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	93	93	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	94	94	
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	95	95	
Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »	1	96	96	
Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	1	97	97	
Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe »	1	98	98	
Code retour contrôle « Date de l'hospitalisation »	1	99	99	
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	100	100	
Code retour contrôle « Code participation assuré »	1	101	101	
Code retour contrôle « N° d'entrée »	1	102	102	
Code retour contrôle « Rang de naissance »	1	103	103	
Code retour contrôle « Rang du bénéficiaire »	1	104	104	
Code retour contrôle « N° caisse gestionnaire »	1	105	105	
Code retour contrôle « N° centre gestionnaire »	1	106	106	
Code grand régime	2	107	108	Type 2 CP positions 49-50
Code gestion		109	110	
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	111	111	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	112	112	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	113	114	{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	115	116	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	117	117	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	118	118	
Facturation du 18 euro	1	119	119	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	4	120	123	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	124	133	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	134	143	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	144	153	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	154	157	2+2 : montant en centimes d'euro

Montant base remboursement	10	158	167	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	168	172	3+2
Patient bénéficiaire de la CMU	1	173	173	
N° anonyme mère-enfant	32	174	205	Éventuellement vide
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	206	206	
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	207	207	
Identifiant anonyme d'hospitalisation	8	208	215	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	216	225	8+2 : montant en centimes d'euro
Code participation assuré	1	226	226	
N° d'entrée	9	227	235	
Rang de naissance	1	236	236	
Rang du bénéficiaire	3	237	239	
N° caisse gestionnaire	3	240	242	
N° centre gestionnaire	4	243	246	

(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations

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

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

Détail des codes retour :

« **n° de sécurité sociale** »

cf. format ANO-HOSP.

« **date de naissance** »

cf. format ANO-HOSP.

« **sexe** »

cf. format ANO-HOSP.

« **n° d'identification administratif de séjour** »

cf. format ANO-HOSP.

« **fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI** »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence d'une erreur A20 ou A20B

2 : présence d'une erreur C10

3 : présence d'une erreur (A20 OU A20B) ET C10

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

0 : pas de problème à signaler

1 : présence d'une erreur A10 ou A10B

« **date de référence** »

0 : pas de problème à signaler

1 : erreur dans le format de la date de référence

2 : date de référence inutilisable car trop ancienne (antérieure à 1990)

« **code grand régime** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Code Gestion** »

cf. format ANO-HOSP

« **code justification d'exonération du ticket modérateur** »

cf. format ANO-HOSP.

« **code de prise en charge du forfait journalier** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Nature d'assurance** »

cf. format ANO-HOSP.

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

cf. format ANO-HOSP.

« **Séjour facturable à l'assurance maladie** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Facturation du 18 euros** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Nombre de venues** »

cf. format ANO-HOSP.

« **montant à facturer au titre du ticket modérateur** »

cf. format ANO-HOSP.

« **montant à facturer au titre du forfait journalier** »

cf. format ANO-HOSP.

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

cf. format ANO-HOSP.

« **montant lié à la majoration au parcours de soin** »

cf. format ANO-HOSP.

« **montant base remboursement** »

cf. format ANO-HOSP.

« **taux de remboursement** »

cf. format ANO-HOSP.

6.12 Fichiers LEG et STA

Format du Fichier LEG

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

LES ERREURS DANS CE FICHER LEG SONT DE PLUSIEURS TYPE :

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

Liste complète des codes erreurs

C010	RSS MULTIUNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT
C011	NUMÉRO DE RSS ABSENT
C013	DATE DE NAISSANCE ABSENTE
C014	DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE
C015	DATE DE NAISSANCE IMPROBABLE PAR RAPPORT À LA DATE D'ENTRÉE
C016	CODE SEXE ABSENT

C017	CODE SEXE ERRONÉ
C019	DATE D'ENTRÉE ABSENTE
C020	DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE
C021	DATE D'ENTRÉE INCOHÉRENTE
C023	RSS MULTIUNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE DATE DE SORTIE INCOHÉRENT
C024	MODE D'ENTRÉE ABSENT
C025	MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE
C026	MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS
C027	RSS MULTIUNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE
C028	DATE DE SORTIE ABSENTE
C029	DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE
C030	DATE DE SORTIE INCOHÉRENTE
C032	RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE DATE D'ENTRÉE
C033	MODE DE SORTIE ABSENT
C034	MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE
C035	MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR CLORE UN RSS
C036	NOMBRE DE SÉANCES NON NUMÉRIQUE
C037	RSS MULTIUNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM
C039	DATE DE NAISSANCE INCOHÉRENTE
C040	DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT
C041	CODE DE DIAGNOSTIC PRINCIPAL NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C042	CODE DE DIAGNOSTIC ASSOCIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C043	CODE D'ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CCAM
C045	RSS MULTIUNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE
C046	RSS MULTIUNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT
C049	RSS MULTIUNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER
C050	DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION INTERÉTABLISSEMENT
C051	CODE DE DIAGNOSTIC RELIÉ NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CIM
C052	NOMBRE DE RÉALISATIONS D'ACTES NON NUMÉRIQUE, OU ERRONÉ
C053	PROVENANCE ABSENTE
C054	DESTINATION ABSENTE
C055	NOMBRE DE DA OU DE DAD ABSENT
C056	NOMBRE DE DA OU DE DAD NON NUMÉRIQUE
C057	NOMBRE DE ZONES D'ACTES ABSENT
C058	NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE
C059	FORMAT DE RUM INCONNU
C062	UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE
C064	DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE
C065	DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE DE SORTIE
C066	NOMBRE DE SÉANCES : VALEUR INVRAISEMBLABLE
C067	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM

- C068 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- C070 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
- C071 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- C076 NUMÉRO FINISS DE FORMAT INCORRECT
- C077 DATE D'ENTRÉE IMPROBABLE CAR TROP ANCIENNE
- C073 ACTE N'AYANT JAMAIS EXISTE DANS LA CCAM
- C078 DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM
- C079 DATE DE SORTIE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM
- C080 CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ
- C081 CODE POSTAL NON NUMÉRIQUE
- C082 POIDS D'ENTREE NON NUMÉRIQUE
- C083 ZONE RÉSERVÉE NON VIDE
- C084 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE CAR RARE
- C085 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
- C086 DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
- C087 DIAGNOSTIC PRINCIPAL IMPRECIS
- C088 CODES Z A ÉVITER EN DP CAR N'EST HABITUELLEMENT PAS UN MOTIF D'HOSPITALISATION
- C090 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
- C091 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
- C092 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
- C093 DIAGNOSTIC ASSOCIÉ IMPRECIS
- C094 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM
- C095 DIAGNOSTIC RELIÉ : N'EXISTE PLUS DANS LA CIM
- C096 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE
- C097 DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE
- C098 DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
- C099 DIAGNOSTIC RELÉ IMPRÉCIS
- C100 TYPE D'AUTORISATION D'UNITE MEDICALE NON ACCEPTEE
- C101 TYPE D'AUTORISATION DE LIT DEDIE NON ACCEPTE
- C102 DATE DE REALISATION DE L'ACTE CCAM INCOHERENTE
- C103 CODE D'ACTIVITE D'UN ACTE CCAM NON RENSEIGNEE OU VALEUR ERRONEE
- C110 ACTIVITE 4 INEXISTANTE POUR UN ACTE CCAM
- C111 CODE D'ACTIVITE AUTRE QUE 4 INEXISTANT POUR UN ACTE CCAM
- C112 GESTE COMPLEMENTAIRE SANS ACTE PRINCIPAL
- C113 CODE INTERDIT EN DP CAR TRES IMPRECIS
- C114 CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)
- C115 CODE INTERDIT EN DP PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
- C116 CODE INTERDIT EN DR CAR TRES IMPRECIS
- C117 CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y)
- C118 CODE INTERDIT EN DR PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT
- C119 CODE INTERDIT EN DA PARCE QU'IL S'AGIT D'UNE CATEGORIE NON VIDE OU D'UN CODE PERE INTERDIT

- C120 CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE MAIS ABSENTE
- C121 CODE DE CONFIRMATION DU RSS INCORRECT
- C122 CODE DE TYPE DE MACHINE DE RADIOTHÉRAPIE INCORRECT
- C123 CODE DE DOSIMÉTRIE INCORRECT
- C124 CONFIRMATION DU RSS NON NECESSAIRE ET PRESENTE
- C125 AGE GESTATIONNEL NON NUMERIQUE
- C126 AGE GESTATIONNEL REQUIS ABSENT
- C127 AGE GESTATIONNEL INCOHERENT
- C128 POIDS D'ENTREE SUR UN OU DEUX CARACTERES NON AUTORISE
- C129 AGE GESTATIONNEL INCOHERENT PAR RAPPORT AU POIDS D'ENTREE
- C130 DP EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
- C131 DR EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
- C132 DA EN O OU Z37 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
(Note : Pour les contrôles C130 à C132, si l'âge est ≤ 10 ans, alors l'erreur sera générée.)
- C133 DP EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
- C134 DR EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
- C135 DA EN P OU Z38 NON AUTORISE PAR RAPPORT À L'AGE
(Note : Pour les contrôles C133 à C135, si l'âge est ≥ 2 ans, alors l'erreur sera générée.)
- C142 DATE DE REALISATION DE L'ACTE D'ACCOUCHEMENT NON RENSEIGNEE OU INCOHERENTE
- C143 MODE DE SORTIE INCOHERENT PAR RAPPORT AU DP
- C145 NOMBRE DE SEANCES A ZERO AVEC DP MOTIF DE SEANCES
- C146 NOMBRE DE SEANCES INCOHERENT PAR RAPPORT A LA DUREE DE SEJOUR
- C147 DONNEES INCOMPATIBLES AVEC LE DP P95
- C148 ACTE INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
- C149 ACTE INCOMPATIBLE AVEC L' AGE INDIQUÉ
- C150 DP DE SEANCES NON AUTORISE DANS UN RSS MULTIUNITÉ
- C160 DATE DES DERNIERES REGLES NON NUMERIQUE
- C161 DATE DES DERNIERES REGLES INCOHERENTE
- C162 DATE DES DERNIERES REGLES REQUISE ABSENTE
- C163 DATE DES DERNIERES REGLES INCONSTANTE
- C164 DATE DES DERNIERES REGLES INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ
- C165 DATE DES DERNIERES REGLES POSTERIEURE A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR
- C166 DATE DES DERNIERES REGLES TROP ANCIENNE PAR RAPPORT A LA DATE D'ENTREE DU SEJOUR
- C167 ACTIVITE 1 OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE
- C168 POIDS D'ENTREE REQUIS PAR RAPPORT A L'AGE
- C169 IGS NON NUMÉRIQUE
- C170 EXTENSION DOCUMENTAIRE OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE
(Note : En 2013, seule l'extension documentaire des actes CCAM d'anesthésie (type d'activité = '4') est obligatoire)
- C173 EXTENSION DOCUMENTAIRE D'UN ACTE CCAM ERRONEE
- C174 AGE GESTATIONNEL INCOHÉRENT PAR RAPPORT À LA PRÉSENCE D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT
- C180 DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT

C181	DIAGNOSTIC RELIÉ : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT
C182	DIAGNOSTIC ASSOCIÉ : CODE OMS RÉSERVÉ POUR USAGE URGENT
C223	CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE
G002	INCOMPATIBILITE SEXE DIAGNOSTIC PRINCIPAL
G003	DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOHÉRENT
G004	TABLES ENDOMMAGÉES OU ERREUR DANS LE PARCOURS DE L'ARBRE
G005	DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM
G006	NOMBRE DE SEANCES STRICTEMENT SUPERIEUR A ZERO ET DP N'EST PAS UN MOTIF DE SEANCES
G007	POIDS INCOMPATIBLE POUR UN NOUVEAU-NÉ
G080	SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
G200	ERREUR TABLES : ACTE NON TROUVÉ
G201	ERREUR TABLES : DIAGNOSTIC NON AFFECTÉ À UNE RACINE MÉDICALE
G202	ERREUR TABLES : AUTRE
G203	DIALYSE PÉRITONÉALE AVEC UNE DURÉE DE SÉJOUR DE 0 JOUR
G204	DP D'ACCOUCHEMENT HORS D'UN ÉTABLISSEMENT INCOMPATIBLE AVEC MENTION D'UN ACTE D'ACCOUCHEMENT
G205	DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT SANS ACTE D'ACCOUCHEMENT
G206	ACTE D'ACCOUCHEMENT SANS DIAGNOSTIC D'ACCOUCHEMENT
G207	ACTE D'AVORTEMENT SANS DIAGNOSTIC EN RAPPORT
G208	DIAGNOSTIC D'ENTRÉE D'ANTE PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT LE POST PARTUM
G209	DIAGNOSTIC D'ENTRÉE DU POST PARTUM AVEC DIAGNOSTIC INDIQUANT L'ANTE PARTUM
G210	AUCUN DES DIAGNOSTICS NE PERMET DE GROUPEUR
G211	DP DE LA PÉRIODE PÉRINATALE, INCOMPATIBLE AVEC L'ÂGE OU LE MODE D'ENTRÉE
G212	DP DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION AVEC UN NOMBRE DE SÉANCE À 0
G213	INCOMPATIBILITÉ POIDS À L'ENTRÉE DANS L'UNITÉ MÉDICALE ET ÂGE GESTATIONNEL
G214	MANQUE ACTE DE DIALYSE OU EXTENSIONS DES CODES DIAGNOSTICS
G215	MANQUE ACTE DE PRÉPARATION À L'IRRADIATION
G216	MANQUE ACTE D'IRRADIATION
G222	SÉJOUR AVEC ACTE OPÉRATOIRE NON MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL
I004	TABLES ENDOMMAGÉES
I008	CORRUPTION D'UNE TABLE
I009	TABLE INTROUVABLE
I500	FICHER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES NON TROUVÉ
I501	FICHER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES CORROMPU
I502	DATE DE SORTIE DU RSS NON GÉRÉE PAR LES TABLES BINAIRES
PI01	Un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour
PG01	Un même code PO (prélèvement d'organe) est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour
PG02	Un code PO de la liste PO1, PO2, PO3, PO4 n'est pas associé à un code PO de la liste PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA

- PG03 Un code PO de la liste PO5, PO6, PO7, PO8, PO9, POA n'est pas associé à un code PO de la liste PO1, PO2, PO3, PO4
- PG04 Un code PO de la liste PO1, PO2, PO3 est déclaré alors que la fonction groupage n'en trouve pas.
- PG05 Pas de PO déclaré alors que la fonction groupage en trouve
- PI01 Un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même n°administratif local de séjour

Liste détaillée des codes erreurs de contrôles

Ces codes commencent par la lettre C dans le fichier LEG.

010 : RSS multi-unité avec numéro de RSS inconstant

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : le tableau de RUM passé à la FG doit être cohérent : chaque RUM du RSS doit comporter le même numéro. Dans le vecteur d'erreurs, ce code se rapporte au RUM qui, le premier dans l'ordre de lecture, présente un numéro de RSS différent du précédent.

011 : Numéro de RSS absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le numéro de RSS est à blanc.

013 : Date de naissance absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de naissance à blanc.

014 : Date de naissance non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date de naissance comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

015 : Date de naissance improbable par rapport à l'année d'entrée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans deux situations distinctes :

- la date de naissance est postérieure à la date d'entrée ;
- la date naissance précède la date d'entrée de plus de 140 ans.

016 : Code sexe absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone sexe est à blanc.

017 : Code sexe erroné

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone sexe contient une valeur différente de 1 (masculin) ou 2 (féminin).

019 : Date d'entrée absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est à blanc.

020 : Date d'entrée non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

021 : Date d'entrée incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date d'entrée non interprétable, comme 12001994 (mois=00).

023 : RSS multi-unité : chaînage date d'entrée - date de sortie

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG considère comme erroné, dans un RSS multi-unité, un RUM dont la date d'entrée n'est pas égale à la date de sortie du RUM précédent. Ce contrôle est exécuté sur tous les RUM du RSS multi-unité, sauf le premier

024 : Mode d'entrée absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone mode d'entrée est à blanc.

025 : Mode d'entrée erroné, ou provenance erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel la combinaison mode d'entrée-provenance n'est pas désignée par « Ok » dans le tableau ci-dessous.

026 : Mode d'entrée incorrect ou provenance incorrecte pour commencer un RSS

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG considère comme erroné le RUM initial d'un RSS multi-unité, ou le RUM unique d'un RSS mono-unité si la combinaison mode d'entrée-provenance mentionnée n'est pas compatible avec une entrée directe dans le champ du PMSI. Cette erreur est également détectée dans le cas d'une prestation interétablissement, dont le RUM de l'établissement prestataire mentionne 0 alors que le mode de sortie mentionne autre chose que 0, ou l'inverse. Dans ce cas, l'erreur 35 sera également détectée.

Mode d'entrée	Provenance	Contrôle 25	Contrôle 26 1 ^{er} RUM	Contrôle 27 RUM de suite
8	Espace	Ok	Ok	Erreur
8	5	Ok	Ok	Erreur
8	7	Ok	Ok	Erreur
8	Autre	Erreur	Erreur	Erreur
7	6	Ok	Ok	Erreur
7	4	Ok	Ok	Erreur
7	3	Ok	Ok	Erreur
7	2	Ok	Ok	Erreur
7	1	Ok	Ok	Erreur
7	R	Ok	Ok	Erreur
7	Autre	Erreur		
6	6	Ok	Ok	Erreur
6	4	Ok	Ok	Erreur
6	3	Ok	Ok	Erreur
6	2	Ok	Ok	Erreur
6	1	Ok	Erreur	Ok
6	Autre	Erreur		
0	4	Ok	Ok *	Ok *
0	3	Ok	Ok *	Ok *
0	2	Ok	Ok *	Ok *
0	1	Ok	Ok*	Ok*
0	R	Ok	Ok*	Ok*
0	Autre	Erreur		
Autre combinaison		Erreur		

L'astérisque dans ce tableau signale les cas où une erreur peut néanmoins être détectée si les deux extrémités du « séjour pour prestation » ou de la « suspension de séjour » ne concordent pas (l'un est codé 0 et pas l'autre).

027 : RSS multi-unité : mode d'entrée incorrect ou provenance incorrecte sur un RUM de suite

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : La FG considère comme erroné, dans un RSS multi-unité, le second RUM ou un RUM suivant si la combinaison mode d'entrée-provenance n'est pas compatible avec une mutation à l'intérieur du champ du MCO. Dans le cas apparent d'une « suspension de séjour » pour prestation inter établissement donnant lieu à la production de deux RUM distincts dans l'établissement demandeur (unité médicale de retour différente de celle de départ), cette erreur est détectée si le mode d'entrée du deuxième RUM ne concorde pas avec le mode de sortie du RUM précédent (les deux ne sont pas codés 0). Dans ce second cas, l'erreur 49 sera également détectée pour le RUM précédent.

028 : Date de sortie absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone date de sortie est à blanc.

029 : Date de sortie non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date de sortie comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

030 : Date de sortie incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de sortie non interprétable, comme par exemple 30021994 (**30 février**).

032 : RUM avec incohérence entre date de sortie et date d'entrée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est postérieure à la date de sortie.

033 : Mode de sortie absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone mode de sortie est à blanc.

034 : Mode de sortie erroné, ou destination erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel la combinaison mode de sortie-destination n'est pas désignée par « Ok » dans le tableau ci-dessous.

035 : Mode de sortie incorrect ou destination incorrecte pour clore un RSS

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG considère comme erroné le RUM terminal d'un RSS multi-unité, ou le RUM unique d'un RSS mono-unité si la combinaison mode de sortie-destination mentionnée n'est pas compatible avec une sortie définitive du champ du PMSI. Elle signale aussi le RUM terminal d'un RSS apparemment réalisé à l'occasion d'une prestation interétablissement, mais dont une seule des extrémités est codée 0. Dans ce cas, l'erreur 26 est en outre détectée pour le RUM initial.

036 : Nombre de séances non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le nombre de séances comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

Mode de sortie	Destination	Contrôle 34	Contrôle 35 RUM final	Contrôle 49 RUM non-final
9	Autre	Erreur		
9	Espace	Ok	Ok	Erreur
8	Espace	Ok	Ok	Erreur
8	7	Ok	Ok	Erreur
8	Autre	Erreur	Erreur	Erreur
7	6	Ok	Ok	Erreur
7	4	Ok	Ok	Erreur
7	3	Ok	Ok	Erreur
7	2	Ok	Ok	Erreur
7	1	Ok	Ok	Erreur
7	Autre	Erreur		
6	6	Ok	Ok	Erreur
6	4	Ok	Ok	Erreur
6	3	Ok	Ok	Erreur
6	2	Ok	Ok	Erreur
6	1	Ok	Erreur	Ok
6	Autre	Erreur		
0	4	Ok	Ok *	Ok *
0	3	Ok	Ok *	Ok *
0	2	Ok	Ok *	Ok *
0	1	Ok	Ok *	Ok *
0	Autre	Erreur		
Autre combinaison		Erreur		

L'astérisque dans ce tableau signale les cas où une erreur peut néanmoins être détectée si les deux extrémités du « séjour pour prestation » ou de la « suspension de séjour » ne concordent pas (l'un est codé 0 et pas l'autre).

037 : RSS multi-unité : présence de séances sur un des RUM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM qui comporte une valeur non nulle de séance alors qu'il est compris dans un RSS multi-unité.

039 : Date de naissance incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de naissance non interprétable, comme par exemple 34011950 (**34** janvier).

040 : Diagnostic principal absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel la zone diagnostic principal est à blanc.

041 : Code de diagnostic principal ne respectant pas le format de la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le diagnostic principal ne respecte pas le format de la CIM-10 (une lettre, suivie de deux chiffres, puis un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis à nouveau un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis un chiffre ou un blanc).

042 : Code de diagnostic associé ne respectant pas le format de la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format de variables du RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'un des diagnostics associés est à blanc ou ne respecte pas le format CIM-10 dans un RUM (cf. code 41).

043 : Code d'acte ne respectant pas le format de la CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format de variables du RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'un des actes est à blanc ou ne respecte pas le format d'acte CCAM.

045 : RSS multi-unité : date de naissance inconstante

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : dans le vecteur d'erreurs, ce code se rapporte au RUM qui présente une valeur de la variable date de naissance différente de celle du RUM qui le précède.

046 : RSS multi-unité : code sexe inconstant

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquençement des RUM

Description : dans le vecteur d'erreurs, ce code se rapporte au RUM qui présente une valeur de la variable sexe différente de celle du RUM qui le précède.

049 : RSS multi-unité : mode de sortie incorrect ou destination incorrecte pour un RUM autre que le dernier

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM non terminal d'un RSS multi-unité si la combinaison mode de sortie-destination mentionnée n'est pas compatible avec une mutation à l'intérieur du champ du PMSI (voir tableau du contrôle n°34 ci-dessus). Cette erreur signale également un séjour apparemment interrompu pour une prestation interétablissement, dont une extrémité est codée 0 et pas l'autre. Dans ce cas, l'erreur 27 sera mentionnée pour le RUM suivant.

050 : Délai de séjour incompatible avec le principe administratif de la prestation inter-établissement

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : En cas de prestation interétablissement, cette erreur est détectée si la « suspension de séjour » du demandeur dure plus d'une journée, ou si la durée totale du séjour chez le prestataire dure plus d'une journée.

051 : Code de diagnostic relié ne respectant pas le format de la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le diagnostic relié ne respecte pas le format de la CIM-10 (une lettre, suivie de deux chiffres, puis un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis à nouveau un chiffre ou un blanc ou le symbole +, puis un chiffre ou un blanc).

052 : Nombre de réalisations d'actes non numérique ou erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format et plages de valeur de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'un des champs d'acte contient un nombre nul de réalisations (ou est à blanc), ou un nombre comportant des caractères autres que des chiffres.

053 : Provenance absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence conditionnelle d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone provenance est à blanc alors que le mode d'entrée est 6 (mutation) ou 7 (transfert).

054 : Destination absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence conditionnelle d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone destination est à blanc alors que le mode de sortie est 6 (mutation) ou 7 (transfert).

055 : Nombre de diagnostics associés ou de données associées documentaires absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone nombre de DA ou nombre de DAD est à blanc.

056 : Nombre de diagnostics associés ou de données associées documentaires non numérique ou excessif

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format et plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont les zones nombre de diagnostics associés (DA) ou nombre de données associées documentaires comportent des caractères autres que des chiffres, ainsi que le RUM dont le nombre de DA excède 99.

057 : Nombre d'actes absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel le champ nombre de zones d'actes est à blanc.

058 : Nombre d'actes non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans lequel le champ nombre de zones d'actes comporte des caractères autres que des chiffres.

059 : Format de RUM inconnu

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format général du RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le format ne correspond pas aux spécifications de format général décrites en annexe ou bien lorsque la longueur totale de l'enregistrement est non conforme (différente de la valeur fournie par les formules données en annexe).

062 : Unité médicale non renseignée

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : présence d'une variable dans un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone unité médicale est à blanc.

064 : Date système antérieure à la date d'entrée

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la date d'entrée est postérieure à la date de traitement par la fonction groupage, fournie par le système sur lequel elle s'exécute. Il peut s'agir d'une erreur de mise à jour de la date système.

065 : Date système antérieure à la date de sortie

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la date de sortie est postérieure à la date de traitement par la fonction groupage, fournie par le système sur lequel elle s'exécute. Il peut s'agir d'une erreur de mise à jour de la date système.

066 : Nombre de séances : valeur invraisemblable

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le nombre de séances est négatif ou strictement supérieur à 31. Dans le premier cas, la FG considère que le nombre de séances est 0.

067 : Diagnostic principal : n'a jamais existé dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic principal n'existe pas dans la CIM-10.

068 : Diagnostic principal : n'existe plus dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic principal a été supprimé de la CIM-10. Depuis 1999, il arrive à l'OMS de supprimer des codes de la CIM.

070 : Diagnostic associé : n'a jamais existé dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont un ou plusieurs codes de diagnostics associés n'existent pas dans la CIM.

071 : Diagnostic associé : n'existe plus dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont un ou plusieurs codes de diagnostics associés n'existent plus dans la CIM.

073 : Acte n'ayant jamais existé dans la CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs de variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code d'un ou plusieurs actes n'existe pas et n'a jamais existé dans la Classification Commune des Actes Médicaux.

076 : Numéro FINESS de format incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le numéro FINESS comporte des caractères autres que des chiffres (à l'exception de la Corse).

077 : Date d'entrée improbable car trop ancienne

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la date d'entrée est antérieure au 1^{er} janvier 1984. Pour les besoins du groupage elle est cependant conservée telle quelle.

078 : Date d'entrée du RUM incompatible avec l'utilisation d'un acte CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est supérieure à la date de fin d'effet d'un acte CCAM (pour plus d'information se reporter à la description de la table d'actes CCAM).

079 : Date de sortie du RUM incompatible avec l'utilisation d'un acte CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date de sortie est inférieure à la date de début d'effet d'un acte CCAM (pour plus d'information se reporter à la description de la table d'actes CCAM).

080 : Code postal non renseigné

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : présence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone code postal comporte moins de 5 digits, une fois éliminés les blancs extrêmes. Cette erreur n'a pas d'influence sur le groupage proprement dit, mais interdit la réalisation correcte du RSA par GENRSA

081 : Code postal non numérique

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone code postal comporte des caractères autres que des chiffres. Cette erreur interdit la réalisation correcte du RSA par GENRSA.

082 : Poids d'entrée non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone poids d'entrée n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres. Cela ne concerne que le premier RUM d'un RSS.

083 : Zone réservée non vide

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une zone du RUM

Description : la FG signale un RUM dont la zone réservée n'a pas été laissée à blanc.

084 : Diagnostic principal : invraisemblable car rare

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic principal invraisemblable en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

085 : Diagnostic principal : invraisemblable en raison de l'âge

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance conditionnelle d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic principal invraisemblable en raison de l'âge, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic). Ce dernier est calculé comme indiqué dans le test n°3 de l'arbre de décision.

086 : Diagnostic principal incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le diagnostic principal n'est pas compatible avec le sexe mentionné, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

087 : Diagnostic principal imprécis

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le diagnostic principal est imprécis, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

088 : Codes Z à éviter en DP car n'est habituellement pas un motif d'hospitalisation

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable du RUM

Description : la FG signale un RUM dont le diagnostic principal débute par la lettre « Z » et dont l'utilisation en DP n'est pas vraisemblable, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

090 : Diagnostic associé : invraisemblable car rare

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic associé invraisemblable compte tenu de sa rareté, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

091 : Diagnostic associé invraisemblable en raison de l'âge

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance conditionnelle d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic associé invraisemblable en raison de l'âge (calculé comme indiqué dans le test n°3 de l'arbre de décision), en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

092 : Diagnostic associé incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont un diagnostic associé n'est pas compatible avec le sexe mentionné, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

093 : Diagnostic associé imprécis

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont un diagnostic associé est imprécis en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

094 : Diagnostic relié : n'a jamais existé dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic relié n'existe pas dans la CIM-10.

095 : Diagnostic relié : n'existe plus dans la CIM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code de diagnostic relié a été supprimé de la CIM-10.

096 : Diagnostic relié invraisemblable car rare

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic relié invraisemblable compte tenu de sa rareté, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

097 : Diagnostic relié invraisemblable en raison de l'âge

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : vraisemblance conditionnelle d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM comportant un diagnostic relié invraisemblable en raison de l'âge (calculé comme indiqué dans le test n°3 de l'arbre de décision), en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

098 : Diagnostic relié incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont un diagnostic relié n'est pas compatible avec le sexe mentionné, en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

099 : Diagnostic relié imprécis

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : compatibilité de deux variables d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont un diagnostic relié est imprécis en se basant sur les informations présentées pour ce diagnostic dans la table DIAGINFO.TXT (pour plus d'information se reporter à la description de la table de diagnostic).

100 : Type d'autorisation d'unité médicale non accepté

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable concernant les autorisations d'UM

Description : la FG signale un RUM avec un (ou plusieurs) type d'autorisation d'unité médicale non autorisé pour la période définie par la date de sortie du RSS. La FG vérifie chacun des types d'autorisations (différents de blanc ou 0) déclarés dans le fichier d'autorisation d'UM pour l'unité médicale de ce RUM.

101 : Type d'autorisation de lit dédié non accepté

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le type d'autorisation de lit dédié est renseigné mais n'est pas autorisé.

102 : Date de réalisation de l'acte CCAM incohérente

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format ou plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont la date de réalisation d'un ou plusieurs actes CCAM est renseignée mais possède l'une au moins des caractéristiques suivantes :

- la date comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces
- la date n'est pas interprétable (ex : 12002005)
- la date est antérieure à la date d'entrée du RUM
- la date est postérieure à la date de sortie du RUM.

103 : Code d'activité d'un acte CCAM non renseigné ou valeur erronée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le code d'activité d'un ou plusieurs actes CCAM est à blanc ou est différent de ceux autorisés (1, 2, 3, 4 ou 5).

110 : Activité 4 inexistante pour un acte CCAM

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'activité 4 d'un code d'un ou plusieurs actes n'existe pas dans la Classification Commune des Actes médicaux.

111 : Code d'activité autre que 4 inexistant pour un acte CCAM

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont l'activité (autre que 4) d'un code d'un ou plusieurs actes n'existe pas dans la Classification Commune des Actes médicaux.

112 : Geste complémentaire sans acte principal

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : cohérence d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM ayant un geste complémentaire codé sans l'acte principal associé.

113 : Code interdit en DP car très imprécis

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le DP est considéré comme imprécis. Ils correspondent en effet toujours à une information dont l'imprécision n'est pas acceptable dans un établissement de santé et dont l'exactitude peut et doit être améliorée. Les interdire en DP est nécessaire en raison des difficultés qu'ils engendrent pour le classement en GHM.

114 : Code interdit en DP parce qu'il s'agit d'une cause externe de morbidité (V, W, X, Y)

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le DP est présent dans le chapitre XX de la CIM-10 (codes commençant par les lettres V, W, X et Y).

115 : Code interdit en DP parce qu'il s'agit d'une catégorie non vide ou d'un code père interdit

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : Par « catégorie non vide » de la CIM-10 on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories) par exemple C25 Tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (C25 dans ce cas) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-catégories qui doivent être utilisés. À l'inverse, on désignera par « catégorie vide » une catégorie dépourvue de subdivisions à quatre caractères, par exemple J46 État de mal asthmatique. Dans ce cas, c'est le code à trois caractères qui est employé.

Par « codes pères » on désigne les codes de la CIM-10 bénéficiant d'extensions internationales créées par l'OMS ou nationales pour les besoins du PMSI.

La fonction groupage considère comme erronés de tels codes inscrits en DP.

116 : Code interdit en DR car très imprécis

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le DR est considéré comme imprécis. Ils correspondent en effet toujours à une information dont l'imprécision n'est pas acceptable dans un établissement de santé et dont l'exactitude peut et doit être améliorée. Les interdire en DR est nécessaire en raison des difficultés qu'ils engendrent pour le classement en GHM.

117 : Code interdit en DR parce qu'il s'agit d'une cause externe de morbidité (V, W, X, Y)

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le DR est présent dans le chapitre XX de la CIM-10 (codes commençant par les lettres V, W, X et Y).

118 : Code interdit en DR parce qu'il s'agit d'une catégorie non vide ou d'un code père interdit

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : Par « catégorie non vide » de la CIM-10 on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories) par exemple C25 Tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (C25 dans ce cas) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-catégories qui doivent être utilisés. À l'inverse, on désignera par « catégorie vide » une catégorie dépourvue de subdivisions à quatre caractères, par exemple J46 État de mal asthmatique. Dans ce cas, c'est le code à trois caractères qui est employé.

Par « codes pères » on désigne les codes de la CIM-10 bénéficiant d'extensions internationales créées par l'OMS ou nationales pour les besoins du PMSI.

La fonction groupage considère comme erronés de tels codes inscrits en DR.

119 : Code interdit en DA parce qu'il s'agit d'une catégorie non vide ou d'un code père interdit

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : Par « catégorie non vide » de la CIM on désigne une catégorie (code à trois caractères) qui comporte des subdivisions à quatre caractères (sous-catégories) par exemple C25 Tumeur maligne du pancréas. Dans ce cas, l'emploi du code à trois caractères (C25 dans ce cas) est interdit, ce sont les codes C25.0 à C25.9 des sous-catégories qui doivent être utilisés. À l'inverse, on désignera par « catégorie vide » une catégorie dépourvue de subdivisions à quatre caractères, par exemple J46 État de mal asthmatique. Dans ce cas, c'est le code à trois caractères qui est employé.

Par « codes pères » on désigne les codes de la CIM-10 bénéficiant d'extensions internationales créées par l'OMS ou nationales pour les besoins du PMSI.

La fonction groupage considère comme erronés de tels codes inscrits en DA.

120 : Confirmation du RSS nécessaire mais absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : La fonction groupage considère comme erroné un RSS dans lequel le champ "Confirmation du codage du RSS" est différent de 1 alors que la confirmation est nécessaire.

Celle-ci est obligatoire dès lors que l'une des situations suivantes est vraie :

La durée totale de séjour est strictement inférieure à la borne propre à la racine du GHM (information donnée par la table RGHMINFO), la combinaison mode de sortie-destination du dernier RUM n'est pas '71' ni '9' ni '0'.

si CMD est différente de la 14, et si la racine du GHM n'est pas dans la liste L1 (ci-dessous), et si dans le RSS il y a au moins un DA commençant par Z37 ou O80 ou O81 ou O82 ou O83 ou O84 ou si il y a au moins un acte d'accouchement

Liste L1 :

Toutes les CMD 12,22,25,26,27 ajoutées des GHM suivant :

01C09
01C11
01C12
01C03
01C04
01C10
01C05
01C06
01M24
01M25
01M13
01M18
01M19
01K07
01M30
01M31
07C09
07C10
07C11
07C12
07C13
07C14
23Z02

121 : Code de confirmation du RSS incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le code de confirmation du codage du RSS est différent de blanc, 1 et 2.

122 : Code de type de machine de radiothérapie incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le code de type de machine de radiothérapie est différent de blanc, 1, 2,3 et 4.

123 : Code de dosimétrie incorrect

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RUM dont le code de dosimétrie est différent de blanc,1,2,3 et 4.

124 : Confirmation du RSS non nécessaire et présente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : La fonction groupage considère comme erroné un RSS dans lequel le champ "Confirmation du codage du RSS" est égal à 1 alors que la durée de séjour n'est pas « courte », et donc la confirmation n'est pas à faire.

125 : Age gestationnel non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone age gestationnel n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres.

126 : Age gestationnel requis absent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS dont l'age gestationnel n'est renseigné correctement (c'est-à-dire pas à blanc, numérique et différent de zéro) sur aucun des RUM alors que l'on est dans un des deux cas suivants :
la date d'entrée du 1^{er} RUM est égale à la date de naissance
présence d'au moins un acte d'accouchement ou d'un DA commençant par Z37

127 : Age gestationnel incohérent

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'age gestationnel est renseigné correctement (c'est-à-dire pas à blanc, numérique et différent de zéro), mais ne respectant pas l'ensemble des 2 règles suivantes :
l'age gestationnel doit toujours être ≤ 44 SA
si l'age gestationnel est < 22 SA et que l'âge en années est égal à zéro, alors le mode de sortie (du dernier RUM) doit être égal à 9

128 : Poids d'entrée sur un ou deux caractères non autorisé

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la zone poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale indique une valeur en grammes < 100 et > 0 . Cela ne concerne que le premier RUM en cas de RSS multi-RUM.

129 : Age gestationnel incohérent par rapport au poids d'entrée

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dans l'une au moins des situations suivantes (AG = age gestationnel, SA = semaine d'aménorrhée):

- AG ≥ 37 SA et poids à l'entrée dans l'UM < 1000 g et DP différent de P95 (morts)
- AG ≤ 32 SA et poids à l'entrée dans l'UM > 4000 g
- AG ≤ 28 SA et poids à l'entrée dans l'UM > 2500 g

130 : Diagnostic principal en O ou Z37 non autorisé par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP en O ou commençant par Z37 alors que l'âge est ≤ 10 ans.

131 : Diagnostic relié en O ou Z37 non autorise par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DR en O ou commençant par Z37 alors que l'âge est ≤ 10 ans.

132 : Diagnostic associé en O ou Z37 non autorise par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec au moins un DA en O ou commençant par Z37 alors que l'âge est ≤ 10 ans.

133 : Diagnostic principal en P ou Z38 non autorise par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP en P ou commençant par Z38 alors que l'âge est ≥ 2 ans.

134 : Diagnostic relié en P ou Z38 non autorise par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DR en P ou commençant par Z38 alors que l'âge est ≥ 2 ans.

135 : Diagnostic associé en P ou Z38 non autorise par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec au moins un DA en P ou commençant par Z38 alors que l'âge est ≥ 2 ans.

142 : Date de réalisation de l'acte d'accouchement non renseignée ou incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format ou plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date de réalisation d'un ou plusieurs actes CCAM d'accouchement n'est pas renseignée ou possède l'une des caractéristiques suivantes :

la date comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces

la date n'est pas interprétable (ex : 12002005)

la date est antérieure à la date d'entrée du RUM

la date est postérieure à la date de sortie du RUM.

143 : Mode de sortie incohérent par rapport au DP

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP commençant par P95 alors que le mode de sortie est différent de 9

145 : Nombre de séances a zéro avec DP motif de séances

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM remplissant toutes les conditions suivantes :

Le DP est un motif de séances

Le nombre de séances indiqué dans le RUM est zéro.

La durée de séjour est 0 jour.

Aucun acte ayant la caractéristique 44 :1 n'est présent.

146 : Nombre de séances a zéro avec DP motif de séances

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RUM remplissant toutes les conditions suivantes :

Le DP est un motif de séances

Le nombre de séances indiqué dans le RUM est >0.

Le nombre de séances indiqué dans le RUM est > durée de séjour +1

147 : Données incompatibles avec le DP P95

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM avec un DP P95 et ne remplissant toutes les conditions suivantes :

Durée de séjour =0

Mode de sortie=9

Mode d'entrée =8

Age en jours =0

Age en années=0

Poids et âge gestationnel renseignés.

148 : Acte incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RUM ayant au moins un acte réservé aux patients dont le sexe est l'opposé de celui indiqué dans le RUM.

149 : Acte incompatible avec l'âge indiqué

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM ayant au moins un acte réservé aux patients dont l'âge est < 29 jours, alors que le RUM indique un âge >=29 jours et un poids >=3000 g.

150 : Diagnostic principal de séances non autorisé dans un RSS multiunité

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS multi-unité groupé en séances (CMD 28).

160 : Date des dernières règles non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont la date des dernières règles comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces.

161 : Date des dernières règles incohérente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable dans un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM comportant une date des dernières règles non interprétable, comme par exemple 34012010 (**34** janvier).

162 : Date des dernières règles requise absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS dont la date des dernières règles n'est renseignée correctement sur aucun des RUM alors que l'on est dans un des 3 cas suivants :

présence d'au moins un acte d'accouchement ou d'un DA commençant par Z37
séjour de la CMD 14 sauf les racines 14C04, 14M02

163 : Date des dernières règles inconstante

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : séquencement des RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS dont la date des dernières règles est renseignée plusieurs fois dans le RSS avec une valeur différente.

164 : Date des dernières règles incompatible avec le sexe indiqué

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est renseignée alors que le sexe indiqué est 1 (masculin).

165 : Date des dernières règles supérieure à la date d'entrée du séjour

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est strictement supérieure à la date d'entrée du séjour.

166 : Date des dernières règles trop ancienne par rapport à la date d'entrée du séjour

Code Retour possible : non

Portée du contrôle : incompatibilité de deux variables dans un RUM

Description : la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est strictement antérieure à la date d'entrée du séjour moins 305 jours (10 mois).

167 : Activité 1 obligatoire pour un acte CCAM mais absente

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : plage de valeurs d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM contenant un acte CCAM avec une activité différente de 1 sans que le même acte avec activité 1 soit déclaré au moins 1 fois. Néanmoins, il existe des actes pour lesquels la déclaration du même acte avec activité 1 n'est pas nécessaire (l'activité 1 est dite « fictive »). Ces actes sont ceux ayant la caractéristique 42 :6. Cas particulier : dans le cas où un acte a la caractéristique 42 :6 mais que l'activité déclarée n'est pas valable pour cet acte, alors la FG considère qu'il faut l'activité 1 même si il a la caractéristique 42 :6.

168 : Poids requis par rapport à l'âge

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : compatibilité de 2 variables d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont le poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale n'est pas renseigné ou nul alors que l'âge est < 29 jours.

169 : IGS non numérique

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : format d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RUM dont l'IGS n'est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres

170 : Extension documentaire obligatoire pour un acte CCAM mais absente

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG signale un RSS contenant au moins un acte dont l'extension documentaire doit être renseignée. En 2013, seuls l'extension documentaire des actes CCAM d'anesthésie (type d'activité = '4') est obligatoire.

173 : Extension documentaire d'un acte CCAM erroné

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : la FG considère comme erroné un RSS contenant au moins un acte dont l'extension documentaire est renseignée mais dont la valeur n'est pas alphanumérique. Les valeurs 'O', 'o', 'l' et 'i' ne sont pas acceptées non plus.

174 : Age gestationnel incohérent par rapport à la présence d'un acte d'accouchement

Groupe : 90Z00Z

Portée du contrôle : incohérence de 2 variables d'un RSS

Description : la FG considère comme erroné un RSS contenant au moins un acte d'accouchement et dont l'âge gestationnel renseigné est strictement inférieur à 22 SA.

223 : Confirmation de codage nécessaire et présente

Code Retour possible : oui

Portée du contrôle : valeur d'une variable d'un RUM

Description : La fonction groupage signale un RSS dont la confirmation de codage est nécessaire et est bien présente (le champ "Confirmation du codage du RSS" est bien égal à 1).

Cette confirmation est obligatoire dès lors que l'une des situations suivantes est vraie : La durée totale de séjour est strictement inférieure à la borne propre à la racine du GHM (information donnée par la table RGHMINFO), et que la combinaison mode de sortie-destination du dernier RUM n'est pas '71' ni '9'. A noter qu'à partir de la FG 12, les RSS en PIE (prestations inter-établissements) sont exempts de confirmation (mode d'entrée du premier RUM = 0 et mode de sortie du dernier RUM = 0)

Naissance hors CMD 14 : si CMD est différente de la 14, et si la racine du GHM n'est pas dans la liste L* ci-dessous et si dans le RSS il y a au moins un DA commençant par Z37 ou O80 ou O81 ou O82 ou O83 ou O84 ou si il y a au moins un acte d'accouchement.

*Liste L :

Les **CM 12, 22, 25, 26, 27**

Les **racines : 01C09, 01C11, 01C12, 01C03, 01C04, 01C10, 01C05, 01C06, 01M24, 01M25, 01M13, 01M18, 01M19, 01K07, 01M30, 01M31, 07C09, 07C10, 07C11, 07C12, 07C13, 07C14, 23Z02**

Liste détaillée des codes erreurs de groupage

Ces codes commencent par la lettre G dans le fichier LEG. Il s'agit des codes erreurs renvoyés lors du parcours de l'arbre de groupage.

002 : Incompatibilité sexe-diagnostic principal

Groupe : 90Z01Z

Description : cette situation est détectée dans les CMD 12, 13 et 14 : le diagnostic principal relève spécifiquement du sexe masculin, ou du sexe féminin, mais le RSS mentionne le sexe opposé.

003 : Diagnostic principal incohérent

Groupe : 90Z01Z

Description : Certains codes de diagnostics ne sont pas acceptables en diagnostic principal. Par exemple, l'arbre de la CMD 14 peut détecter une aberration de codage (une grossesse ectopique en DP avec résultat d'accouchement en DA; un code relatif à l'accouchement en DP sans Z37.- en DA). Ces erreurs aboutissent au même résultat.

004 : Tables endommagées ou erreur dans le parcours de l'arbre

Groupe : 90Z02Z

Si vous obtenez cette erreur, merci de contacter l'ATIH.

005 : Diagnostic principal : code insuffisamment précis pour la classification des GHM

Groupe : 90Z01Z

Description : Le diagnostic principal codé ne contient pas d'information suffisante pour la classification en GHM.

006 : Nombre de séances > 0 et DP n'est pas un motif de séances

Groupe : 90Z01Z

Description : Le DP n'est pas un motif de séances et le champ nombre de séances est supérieur ou égal à 1.

007 : Poids incompatible pour un nouveau-né

Groupe : 90Z02Z

Description : le poids n'est pas mentionné dans le RSS, ou alors il est mentionné mais il n'entre pas dans les plages de poids compatibles pour un nouveau-né.

080 : Séjour avec acte opératoire mineur reclassant dans un GHM médical

Groupe : GHM médical normal de la classification

Description : une liste d'actes a été créée dans la version 6 des GHM répertoriant des actes opératoires plutôt « légers », auparavant responsables d'un classement dans les groupes *Actes sans relation avec le diagnostic principal*. Elle permet à un RSS antérieurement classé dans ces groupes de l'être dans le groupe médical correspondant à son DP si tous les actes classants opératoires du RSS font partie de la liste « Actes reclassant les RSS dans un GHM médical ». Lorsque ce dispositif est activé, le code 80 est signalé afin de permettre ensuite la sélection rapide des dossiers que cet artifice permet de grouper dans un GHM avec actes classant non opératoires ou dans un GHM médical.

200 : Erreur de Table : Acte non trouvé

Groupe : 90Z02Z

Description : les tables de la fonction groupage comportent une anomalie sur les listes d'actes. Merci de le signaler à l'ATIH.

201 : Erreur de Table : Diagnostic non affecté à une racine médicale

Groupe : 90Z02Z

Description : les tables de la fonction groupage comportent une anomalie sur les listes de diagnostics principaux conduisant dans une racine médicale. Merci de le signaler à l'ATIH.

202 : Erreur de Table : Autre

Groupe : 90Z02Z

Description : les tables de la fonction groupage comportent une anomalie portant sur des diagnostics conduisant dans une racine supprimée. Merci de le signaler à l'ATIH.

203 : Dialyse péritonéale avec une durée de séjour de zéro jour

Groupe : 90Z02Z

Description : la constitution d'un RSS d'une durée de 0 jour pour une séance de dialyse péritonéale n'est pas autorisée. La dialyse péritonéale en séance oriente dans un groupe erreur.

204 : DP d'accouchement hors d'un établissement incompatible avec mention d'un acte d'accouchement

Groupe : 90Z02Z

Description : dans le cadre d'un séjour où l'accouchement se déroule sur le trajet pour atteindre l'établissement de santé, la mention d'un acte d'accouchement dans le RSS avec un DP Z39.00 oriente le séjour en erreur.

205 : Diagnostic d'accouchement sans acte d'accouchement

Groupe : 90Z02Z

Description : dans le cadre des séjours de la CMD 14, et hors cas des accouchements sur le trajet pour atteindre l'établissement de santé, la présence d'un diagnostic d'accouchement sans mention d'un acte d'accouchement oriente le séjour dans un groupe erreur.

206 : Acte d'accouchement sans diagnostic d'accouchement

Groupe : 90Z02Z

Description : dans le cadre des séjours de la CMD 14, et hors cas des accouchements sur le trajet pour atteindre l'établissement de santé, la présence d'un acte d'accouchement sans mention d'un diagnostic d'accouchement oriente le séjour dans un groupe erreur.

207 : Acte d'avortement sans diagnostic en rapport

Groupe : 90Z02Z

Description : un séjour pour avortement doit comporter des diagnostics obligatoires en position de DP et de DA conformément au guide méthodologique de production et un acte d'avortement.

208 : Diagnostic d'entrée d'ante partum avec diagnostic indiquant le post partum

Groupe : 90Z02Z

Description : l'association dans le même séjour de diagnostics spécifiques de l'ante partum avec des diagnostics spécifiques du post-partum conduit en erreur.

209 : Diagnostic d'entrée du post partum avec diagnostic indiquant l'ante partum

Groupe : 90Z02Z

Description : l'association dans le même séjour de diagnostics spécifiques de l'ante partum avec des diagnostics spécifiques du post-partum conduit en erreur.

210 : Aucun des diagnostics ne permet de grouper

Groupe : 90Z02Z

Description : entrée dans la CMD 14, séjour sans accouchement sans aucun diagnostic permettant l'orientation dans une racine, par exemple des diagnostics non spécifiques de l'ante ou du post-partum.

211 : DP de la période périnatale, incompatible avec l'âge ou le mode d'entrée

Groupe : 90Z02Z

Description : lorsque le DP est spécifique de la naissance mais que le séjour n'est pas classé dans la CM 15 en raison de son âge, de son poids et de son mode d'entrée, il est orienté en erreur.

212 : DP de préparation à l'irradiation avec un nombre de séance à 0

Groupe : 90Z01Z

Description : par convention, les séjours de préparation à l'irradiation doivent mentionner un nombre de séances supérieur ou égal à 1 conformément au guide méthodologique de production.

213 : Incompatibilité poids à l'entrée dans l'unité médicale et âge gestationnel

Groupe : 90Z02Z

Description : le manuel contient une table des associations poids à l'entrée de l'unité médicale et âge gestationnel autorisées. Toute combinaison hors de ces bornes conduit le séjour en erreur.

214 : Manque acte de dialyse ou extensions des codes diagnostiques

Groupe : 90Z02Z

Description : dans les séances de dialyse ou d'entraînement à la dialyse, toute omission de l'acte ou du code étendu de la CIM-10 conduit le RSS-séance en erreur

215 : Manque acte de préparation à l'irradiation

Groupe : 90Z02Z

Description : dans le RSP, toute omission de l'acte de préparation ou de reprise de préparation conduit le séjour en erreur.

216 : Manque acte d'irradiation

Groupe : 90Z02Z

Description : dans les séances d'irradiation, toute omission d'un acte d'irradiation du chapitre 17 de la CCAM conduit le RSS-séance en erreur.

222 : Séjour avec acte opératoire non mineur reclassant dans un GHM médical

Groupe : GHM médical normal de la classification

Description : à partir de la version 11 de la classification, les séjours avec un acte opératoire « non mineur » (c'est-à-dire ne faisant pas partie de la liste concernée par le code retour 80) sans relation avec le diagnostic principal du RSS ne sont plus orientés, comme c'était le cas jusqu'à la version 10, dans les groupes 90H02Z et 90H03Z. La fonction groupage oriente le séjour dans un GHM avec actes classant non opératoires ou dans un GHM médical. Elle renvoie alors le code 222 pour signaler les RSS concernés.

Liste détaillée des codes erreurs d'implémentation

Ces codes commencent par la lettre I dans le fichier LEG.

004 : Tables endommagées

Groupe : 90Z03Z

Description : À bien distinguer du code 08, l'erreur codée 04 ne devrait théoriquement pas survenir si les contrôles d'intégrité des tables sont effectués à chaque ouverture de celles-ci grâce aux *checksums* (applicable uniquement dans le cas d'utilisation des tables binaires).

008 : Corruption d'une table

Groupe : 90Z03Z

Description : les *checksums* dont sont truffées les tables binaires permettent dès leur ouverture d'en contrôler l'intégrité. La FG12, après avoir détecté cette erreur, referme tous les fichiers de tables afin de pouvoir la détecter à nouveau au passage suivant.

009 : Table introuvable

Groupe : 90Z03Z

Description : dès sa première sollicitation, la FG tente d'ouvrir les tables dont elle a besoin. Si l'une d'elles n'est pas présente, elle retourne avec ce code. Notez que dans ce cas tous les fichiers de tables antérieurement ouverts sont refermés, afin que la même erreur soit détectée au passage suivant.

500 : Fichier d'autorisations des unités médicales non trouvé

Groupe : 90Z03Z

Description : Le fichier des autorisations d'unités médicales n'a pas pu être ouvert car il est introuvable. Son nom est celui passé en paramètre à la fonction groupage dans la variable « ficum » de la structure de type GRP_ENT (nouveau 2013, avant le nom était figé, égal à ficum.txt).

501 : Fichier d'autorisations des unités médicales corrompu

Groupe : 90Z03Z

Description : Le fichier d'autorisations des unités médicales passé en paramètre à la FG possède une signature qui garantit son intégrité. La FG vérifie cette clé préalablement à l'ouverture de ce fichier.

502 : Date de sortie du RSS non géré par les tables binaires

Groupe : 90Z03Z

Description : Chaque table binaire possède en interne différentes sous-tables. Celles effectivement utilisées par la FG sont choisies en fonction de la date de sortie du RSS. Lorsque, pour une table binaire donnée, aucune sous-table ne correspond à cette date de sortie du RSS, la FG génère ce code erreur.

Format du fichier STA

Format de fichier de signatures applicable à compter du 1er janvier 2009 :

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

6.13 Formats des fichiers de sortie suivi par patient supplémentaires

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

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

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

Prélèvements d'organes (*.porg)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	03
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code PO	3	28	30	PO1, PO2, PO3, PO4, PO5, PO6, PO9

Mois de la date de réalisation du prélèvement d'organe	2	31	32	
Année de la date de réalisation du prélèvement d'organe	4	33	36	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de réalisation du prélèvement d'organe	4	37	40	

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

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

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

Médicament avec ATU (*.medatu)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	09
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	

N° d'index du RSA	10	18	27	
Nombre de séjours impliqués	6	28	33	
Code UCD	9	34	42	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	43	52	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	53	62	7+3
Mois de la date d'administration	2	63	64	
Année de la date d'administration	4	65	68	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	69	72	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	73	73	
Filler	30	74	103	

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

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

Maladies rares (*.orp) (introduit en M12 2012)				
Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	52
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
N° d'index du RSA	10	18	27	
Code ORPHA	15	28	42	Cadré à gauche

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

6.14 Problèmes connus

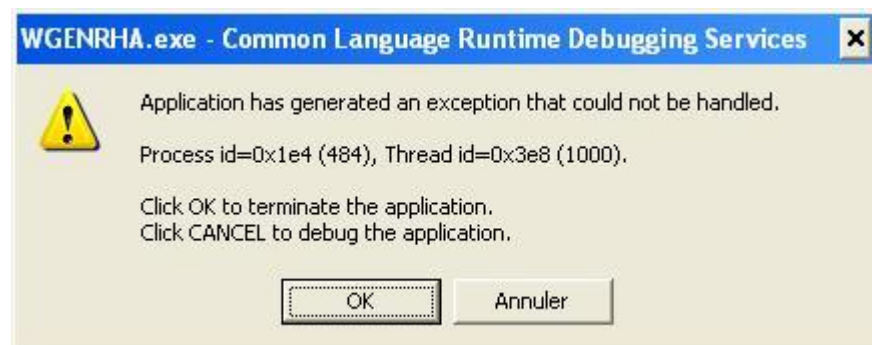
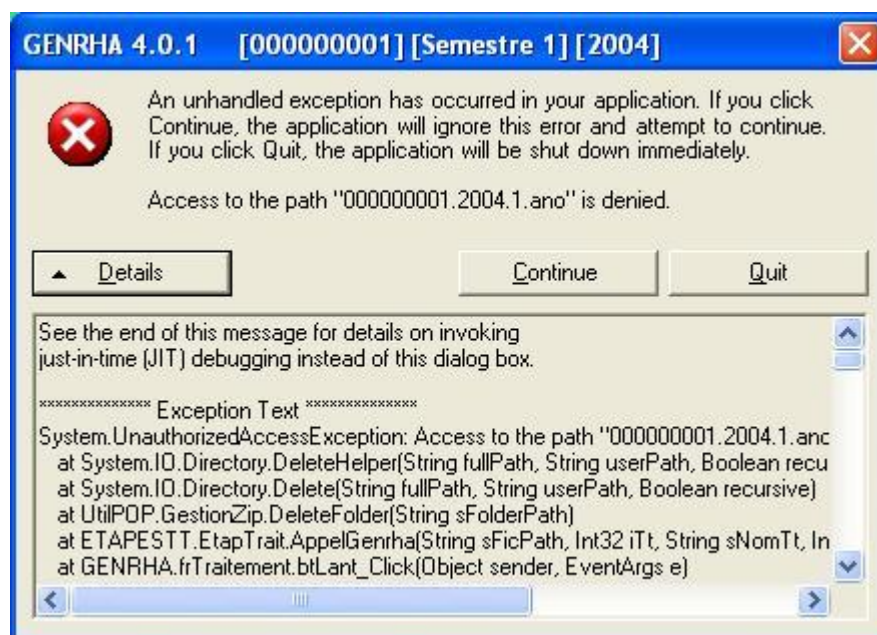
Les deux premiers sont les mêmes que ceux observés avec le logiciel d'anonymisation en soins de suite (GENRHA). Nous utiliserons ce logiciel pour illustrer les erreurs :

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

« An unhandled exception has occurred in your application »

Droits insuffisants sur les dossiers d'installation

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



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

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

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



i) Problème d'enregistrement dans la base de registre

Sous tous les systèmes d'exploitation :

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

Pour résoudre le problème, il faut procéder ainsi :

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

Remarque :

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

ii) Problème d'environnement de la machine

Principalement sous le système d'exploitation XP:

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

Pour résoudre le problème, il faut procéder ainsi :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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