| 117, Bd Marius Vivier Merle  69482 LYON Cedex 3  **Hotline: 08 20 77 12 34** (0,019 € TTC/min) [**support@atih.sante.fr**](mailto:support@atih.sante.fr)  [**http://agora.atih.sante.fr/**](http://agora.atih.sante.fr/) |
| --- |



Formats 2013

PMSI - MCO

Référentiel des Formats

Sommaire

[Objet de ce document 3](#_Toc386462011)

[Référentiels 3](#_Toc386462012)

[RSA 3](#_Toc386462013)

[FICHCOMP 23](#_Toc386462014)

[Médicament (extension de fichier .med) 23](#_Toc386462015)

[DMI (extension de fichier .dmip) 25](#_Toc386462016)

[ANO 26](#_Toc386462017)

[ANNEXES 28](#_Toc386462018)

[Annexe 1 Référentiel « CMD» 28](#_Toc386462019)

[Annexe 2 Référentiel « GHM » 29](#_Toc386462020)

[Annexe 3 Référentiel « Codes erreurs de la fonction de groupage » 30](#_Toc386462021)

[Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements » 48](#_Toc386462022)

[Annexe 5. Référentiel « Types d’autorisation ou de reconnaissance contractuelle de l’unité médicale » 52](#_Toc386462023)

[Annexe 6. Référentiel «  Activité d’un acte CCAM » 52](#_Toc386462024)

[Annexe 7. Numéro anonyme mère-enfant 53](#_Toc386462025)

[Etablissement Public : 53](#_Toc386462026)

[Etablissement privé 53](#_Toc386462027)

[Annexe 8. Référentiel « Extensions documentaires » 55](#_Toc386462028)

[Annexe 9. Référentiel « Modificateur » 56](#_Toc386462029)

[Annexe 10. Référentiel « Association non prévue » 58](#_Toc386462030)

[Texte(s) de référence 59](#_Toc386462031)

# 

# Objet de ce document

Ce document permet de présenter les formats des fichiers PMSI diffusés concernant le champ MCO.

Les Référentiels sont décrits en Annexes.

# Référentiels

## RSA

*Le logiciel GENRSA (****public****) génère le fichier « ANO-RSA » qui devra être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI ou CD-ROM aux ARS pour les établissements ne disposant pas d’une connexion à Internet.*

*Le logiciel AGRAF (****privé****) permet l’anonymisation et le chaînage des fichiers de RSS groupés et des RSF. Il génère en fin de traitement le fichier « ANO-RSA-RSFA » qui devra être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI.*

| Libellé | | | | Début | Fin | Taille | Description |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numéro FINESS **e-PMSI** | | | | 1 | 9 | 9 | Répertoire national des établissements sanitaires et sociaux  <http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp> |
| Numéro de version du format du RSA | | | | 10 | 12 | 3 | 220  Cf. [manuel\_genrsa.pdf](http://dl2-atih.atih.sante.fr/0/11/1352/manuel_genrsa.pdf) |
| N° d'index du RSA | | | | 13 | 22 | 10 | Numéro séquentiel : commence à 1 au format « 0000000000» |
| Numéro de version du format du "RSS-groupé" | | | | 23 | 25 | 3 | 117  Cf. [manuel\_genrsa.pdf](http://dl2-atih.atih.sante.fr/0/11/1352/manuel_genrsa.pdf) |
| Numéro séquentiel de tarifs | | | | 26 | 28 | 3 | commence à 1 à partir de chaque 1er tarif, au format « 000 » |
| Groupage lu : Version de la classification | | | | 29 | 30 | 2 | 11  Cf. [Notice\_technique 2013 PMSI](http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2013-0) |
| Groupage lu : GHM | CMD | | | 31 | 2 | 32 | Cf. [Annexe 1 Référentiel des CMD (Catégorie Majeure de Diagnostic](#_Annexe_1_Référentiel) |
| Type | | | 33 | 1 | 33 | Cf. [Annexe 2 Référentiel « GHM »](#_Annexe_2_Référentiel_1) |
| Numéro | | | 34 | 2 | 35 | Cf. [Annexe 2 Référentiel « GHM »](#_Annexe_2_Référentiel_1) |
| Complexité | | | 36 | 1 | 36 | Cf. [Annexe 2 Référentiel « GHM »](#_Annexe_2_Référentiel_1) |
| Groupage lu : code-retour | | | | 37 | 39 | 3 | Cf. [Annexe 3 Référentiel « Codes erreurs de la fonction de groupage »](#_Annexe_3_Référentiel_2) |
| Groupage GENRSA : Version de la classification | | | | 40 | 41 | 2 | 11 |
| Groupage GENRSA : GHM | CMD | | | 42 | 2 | 43 | Cf. [Annexe 1 Référentiel des CMD (Catégorie Majeure de Diagnostic](#_Annexe_1_Référentiel) |
| Type | | | 44 | 1 | 44 | Cf. [Annexe 2 Référentiel « GHM »](#_Annexe_2_Référentiel_1) |
| Numéro | | | 45 | 2 | 46 | Cf. [Annexe 2 Référentiel « GHM »](#_Annexe_2_Référentiel_1) |
| Complexité | | | 47 | 1 | 47 | Cf. [Annexe 2 Référentiel « GHM »](#_Annexe_2_Référentiel_1) |
| Groupage GENRSA : code-retour | | | | 48 | 50 | 3 | Cf. [Annexe 3 Référentiel « Codes erreurs de la fonction de groupage »](#_Annexe_3_Référentiel_2) |
| Nombre de RUM composant le RSS d'origine (NbRUM) | | | | 51 | 52 | 2 | nombre de RUM du séjour  Le nombre de RUM maximum par RSS est désormais 99 au lieu de 25. |
| Age en années | | | | 53 | 55 | 3 | |  |  | | --- | --- | | [Date d’entrée dans le premier RUM] – [Date de naissance] en nombre d’années | Si [Date d’entrée dans le premier RUM] – [Date de naissance] >= 1 an | | 3 blancs | Si [Date d’entrée dans le premier RUM] – [Date de naissance] < 1 an | |
| Age en jours | | | | 56 | 58 | 3 | |  |  | | --- | --- | | 3 blancs | Si [Date d’entrée dans le premier RUM] – [Date de naissance] >= 1 an | | [Date d’entrée dans le premier RUM] – [Date de naissance] en nombre de jours | Si [Date d’entrée dans le premier RUM] – [Date de naissance] < 1 an | |
| Sexe | | | | 59 | 59 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 1 | homme | | 2 | femme | |
| Mode d'entrée dans le champ du PMSI-MCO | | | | 60 | 60 | 1 | Cf. [Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements »](#_Annexe_4._Référentiel_1) |
| Provenance | | | | 61 | 61 | 1 | Cf. [Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements »](#_Annexe_4._Référentiel_1) |
| Mois de sortie | | | | 62 | 63 | 2 | MM mois de sortie du dernier RUM |
| Année de sortie | | | | 64 | 67 | 4 | AAAA année de sortie du dernier RUM |
| Mode de sortie du champ PMSI-MCO | | | | 68 | 68 | 1 | Cf. [Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements »](#_Annexe_4._Référentiel_1) |
| Destination | | | | 69 | 69 | 1 | Cf. [Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements »](#_Annexe_4._Référentiel_1) |
| Type de séjour | | | | 70 | 70 | 1 | |  |  | | --- | --- | | A | séjour avec une prestation d’un autre établissement  un mode de sortie RUM = mode d'entrée RUM suivant = 0 ou si un diag assoc = Z7580 | | B | séjour correspondant à une prestation pour un séjour dans un autre établissement (PIE)  mode d'entree hôpital=mode de sortie hôpital=0 | |
| Durée totale du séjour dans le champ du PMSI | | | | 71 | 74 | 4 | Somme des durées de tous les RUM du séjour.= Nombre de nuitées passées dans l’établissement |
| Code géographique de résidence | | | | 75 | 79 | 5 | Calculé par logiciel en fonction du code postal (*ou du code pays*) du domicile du patient, ou du lieu des soins si le patient reçoit les soins ailleurs qu’à son domicile (chez l’un de ses enfants par exemple) ; le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national, en accord avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés.  99999 si le code postal ou le code pays n’est pas connu.  Cf. [Mise à jour 2013 de la liste de correspondance codes postaux codes géographiques](http://www.atih.sante.fr/mise-jour-2013-de-la-liste-de-correspondance-codes-postaux-codes-geographiques-0) |
| Poids d'entrée (en grammes) | | | | 80 | 83 | 4 | Le poids à l’entrée dans l’UM d’un enfant âgé de 29 jours ou plus mais pesant moins de 2500 grammes doit désormais être enregistré dans le RUM. Cette consigne, applicable à partir du 1er mars 2012, résulte de la refonte de la catégorie majeure n° 15 (CM 15). Un RSS orienté dans la CM 15 est classé dans un groupe-erreur s’il ne mentionne pas le poids de l’enfant.  En cas de RSS multi-RUM, le poids est recherché dans le premier RUM dans l’ordre chronologique. |
| Age gestationnel | | | | 84 | 85 | 2 | C’est l’âge gestationnel du premier RUM où il est renseigné.  Il est exprimé en nombre de semaines révolues d'aménorrhée.   * Il est saisi dans le RUM de la mère à la date de l’accouchement, y compris en cas d’interruption de la grossesse pour motif médical; l'âge gestationnel doit être saisi dans le RUM dans lequel est enregistré l'acte d'accouchement, et seulement dans celui-ci. * Il est saisi dans le RUM de l’enfant à la date de la naissance : * dans l’établissement de naissance : * dans le cas général, dans le RUM produit par la première unité d'hospitalisation du nouveau-né (maternité, néonatalogie...), * dans le cas d’un nouveau-né transféré directement de la salle de naissance (salle de travail) dans un autre établissement, dans le RUM produit pour lui, * dans le cas des enfants nés sans vie et des produits d’interruption de la grossesse pour motif médical à partir de 22 semaines révolues d’aménorrhée ou d’un poids d’au moins cinq-cents grammes, dans le RUM produit pour eux; * dans l’établissement recevant un nouveau-né par transfert, y compris en provenance directe d’une salle de naissance : * dans le RUM de la première unité d'hospitalisation.   En cas de mutation ou de transfert, l’âge gestationnel à la naissance doit être enregistré dans les RUM successifs produits.  Dans le cas d’un nouveau-né prématuré c’est bien l’âge gestationnel à la naissance qui doit être enregistré, non l’âge gestationnel augmenté du nombre de jours de vie. |
| Délai de la date des dernières règles par rapport à la date d'entrée | | | | 86 | 88 | 3 | Il s’agit de la date telle qu’elle figure dans le dossier médical de la patiente et qui sert de référence pour le calcul de l’âge gestationnel.  Elle peut être précise ou estimée, ou avoir été corrigée par la première échographie. Elle est enregistrée dans les RUM des patientes lors des séjours de la grossesse – y compris pour son interruption – et de l’accouchement.  La date des dernières règles doit être enregistrée lors de tout séjour au cours duquel la grossesse est prise en charge, que ce soit à titre de morbidité principale ou associée significative.  si « date des dernières règles » > « Date entrée » : blanc |
| Nombre de séances | | | | 89 | 90 | 2 | |  |  | | --- | --- | | > 0 | Avec un DP « MOTIF DE SEANCES » | | 00 | Avec un DP différent de « MOTIF DE SEANCES » |   Ce nombre doit être cohérent par rapport à la durée de séjour.  Une séance est une venue dans un établissement de santé – « venue pour séance » – limitée à une journée (dates d’entrée et de sortie égales) ou à une nuit en cas de séance nocturne (date de sortie supérieure de 1 à la date d’entrée), impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour l’un des motifs thérapeutiques suivants à l’exclusion de tout autre : **épuration extrarénale, chimiothérapie** (pour tumeur ou pour affection non tumorale)**, radiothérapie** (préparation et irradiation)**, transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine.** Seules les séances correspondant à ces critères peuvent donner lieu à la mention d’un chiffre supérieur à zéro au titre de l’*item* « nombre de séances » du résumé de sortie standardisé (RSS).  cf. [guide méthodologique](http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-mco-2013) de production du PMSI en MCO |
| Numéro de GHS (du GHM GENRSA) | | | | 91 | 94 | 4 | Cf. [Tarifs applicables 2013 (au format CSV)](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001000021FF) |
| Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute (EXH) | | | | 95 | 98 | 4 | Journée supplémentaire au-delà de la borne haute.  (le séjour du malade est supérieur au seuil haut du GHS)  *Les règles de valorisation associées aux EXH et EXB ont pour but de limiter, pour les établissements, l’impact de situations extrêmes non prises en compte par la classification. La valorisation a un aspect de paiement à la journée, mais atténué. Les séjours très longs reçoivent, en*  *plus du forfait, un complément en fonction de la durée de séjour (voisin de 75% des journées au-delà de la zone standard). Les séjours trop courts sont valorisés à la moitié.* |
| Type de séjour inférieur à la borne extrême basse | | | | 99 | 99 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 1 | application forfait extrême bas | | 2 | décompte du nombre de jours extrêmes bas | |
| Nombre de journées EXB (borne Extrême Basse) | | | | 100 | 102 | 3 | Minoration à appliquer au GHS en cas de seuil bas.  *(2+1) :* Correspond au nombre de journées multiplié par 10 |
| Filler | | | | 103 | 106 | 4 | Le filler est un champ non défini réservé à un usage futur |
| Top UHCD | | | | 107 | 107 | 1 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **1** | Séjour avec passage en UHCD (Unité d’hospitalisation de courte durée)  Conditions remplies pour tarification en UHCD | * toutes les UM du RUM sont en UHCD (UM 07) * Le patient vient de son domicile et retourne à son domicile (Mode Entrée=8 et Mode sortie=8) * La durée du séjour inscrite dans le RSA est > 0 (sinon il est d’office dans un GHM courte durée) | |
| Confirmation du codage du séjour | | | | 108 | 108 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 1 | Confirmation du contenu du RSS | | vide | Absence d’une demande de confirmation de codage |   (cf. [guide méthodologique](http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-mco-2013) de production du PMSI en MCO)  RSS peut devoir être confirmé dans deux circonstances :   * lorsqu’un séjour comportant un accouchement est classé dans certains GHM n’appartenant pas à la catégorie majeure de diagnostic n° 14 Grossesses pathologiques, accouchements et affections du postpartum ; * lorsqu’un séjour est classé dans certains GHM couteux, avec une durée de séjour anormalement courte alors que la sortie n’a eu lieu ni par décès, ni par transfert vers le MCO, et hors prestation inter établissement. |
| Nombre d’autorisations d’unités médicales à portée globale valides (Nb\_AutPGV) | | | | 109 | 109 | 1 | Nombre d’UM avec un type d’autorisations égale à 60 ou à 30 ET qui sont valides c'est-à-dire :   * date début de du 1ier RUM <= date de fin de l’UM <= Date de fin du dernier RUM du séjour   OU   * date début de du 1ier RUM <= date de début de l’UM <= Date de fin du dernier RUM du séjour |
| Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances | | | | 110 | 112 | 3 | Nombre d’actes supplémentaires en hémodialyse hors séances.  Le supplément est facturé en plus du GHS, la facturation s’effectue sur la base du GHS correspondant à l’acte. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances | | | | 113 | 115 | 3 | Nombre d’actes supplémentaires en entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances.  Le supplément est facturé en plus du GHS, la facturation s’effectue sur la base du GHS correspondant à l’acte. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances | | | | 116 | 118 | 3 | Nombre d’actes supplémentaires en entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances.  Le supplément est facturé en plus du GHS, la facturation s’effectue sur la base du GHS correspondant à l’acte. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances | | | | 119 | 121 | 3 | Nombre d’actes supplémentaires en entraînements à l'hémodialyse hors séances.  Le supplément est facturé en plus du GHS, la facturation s’effectue sur la base du GHS correspondant à l’acte. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre d'actes menant dans le GHS 9615 | | | | 122 | 124 | 3 | (aphérèse sanguine)  Nombre d’actes supplémentaires menant dans le GHS 9615. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF) |
| Nombre de suppléments radiothérapie pédiatrique | | | | 125 | 127 | 3 | Nombre d’actes supplémentaires en radiothérapie pédiatrique.  Le supplément est facturé en plus du GHS, la facturation s’effectue sur la base du GHS correspondant à l’acte. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments antepartum | | | | 128 | 130 | 3 | Nombre d’actes supplémentaires antepartum.  Le supplément est facturé en plus du GHS, la facturation s’effectue sur la base du GHS correspondant à l’acte. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de zones de suppléments de radiothérapie (Nb\_Rdth) | | | | 131 | 131 | 1 | (9622 RCMI radiothérapie conformationnelle avec modulation d’intensité) |
| Top valves aortiques percutanées | | | | 132 | 132 | 1 | 1 si date sortie >=15/08/2012 + type autorisation UM 60 + acte pose, blanc sinon |
| Filler | | | | 133 | 153 | 21 | Le filler est un champ non défini réservé à un usage futur |
| Nombre de suppléments caisson hyperbare | | | | 154 | 156 | 3 | Nombre d’actes supplémentaires caisson hyperbare.  Le supplément est facturé en plus du GHS, la facturation s’effectue sur la base du GHS correspondant à l’acte. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Type de prestation de prélèvement d'organe | | | | 157 | 157 | 1 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | PO1 | Prélèvements du ou des reins et/ou du foie. | | 2 | PO2 | Prélèvements du ou des reins, du foie, du cœur, du pancréas, du ou des poumons et ou de l'intestin, ou prélèvement d'au moins 7 organes. | | 3 | PO3 | Autres prélèvements d'organes. |   Forfaits facturables par l'établissement siège du prélèvement d'organes |
| Nombre de suppléments pour REA (réanimation) | | | | 158 | 160 | 3 | Nombre de journées supplémentaires en REA.  Le supplément est facturé en plus du GHS : la facturation s’effectue à la journée. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation | | | | 161 | 163 | 3 | Nombre de journées supplémentaires en soins intensifs provenant de la réanimation.  Le supplément est facturé en plus du GHS : la facturation s’effectue à la journée. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs) | | | | 164 | 166 | 3 | Nombre de journées supplémentaires en STF (soins intensifs).  Le supplément est facturé en plus du GHS : la facturation s’effectue à la journée. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue) | | | | 167 | 169 | 3 | Nombre de journées supplémentaires en SRC (surveillance continue).  Le supplément est facturé en plus du GHS : la facturation s’effectue à la journée. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments NN1 | | | | 170 | 172 | 3 | Nombre de journées supplémentaires en NN1.  Le supplément est facturé en plus du GHS : la facturation s’effectue à la journée. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments NN2 | | | | 173 | 175 | 3 | Nombre de journées supplémentaires en NN2.  Le supplément est facturé en plus du GHS : la facturation s’effectue à la journée. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments NN3 | | | | 176 | 178 | 3 | Nombre de journées supplémentaires en NN3.  Le supplément est facturé en plus du GHS : la facturation s’effectue à la journée. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique) | | | | 179 | 181 | 3 | Nombre de journées supplémentaires en REP (réanimation pédiatrique).  Le supplément est facturé en plus du GHS : la facturation s’effectue à la journée. Cf. [Arrêté de Prestations](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000100002CFF). |
| Passage dans un lit dédié de soins palliatifs | | | | 182 | 182 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 1 | il existe au moins 1 RUM avec un type de lit dédié | | 0 | sinon |   cf. [guide méthodologique](http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-mco-2013) de production du PMSI en MCO |
| Type de machine en radiothérapie | | | | 183 | 183 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 1 | Machine de type Tomothérapie ou Novalis ou Cyberknife ou prothonthérapie | | 2 | Machine équipée d’imagerie portable, de collimateur multilame, de système d’enregistrement et de contrôle, sans module de repositionnement du malade à distance | | 3 | Machine équipée d’imagerie portable, de collimateur multilame, de système d’enregistrement et de contrôle, sans module de repositionnement du malade à distance | | 4 | Machine non équipée d’imagerie portable, de collimateur multilame ou de système d’enregistrement et de contrôle |     cf. [guide méthodologique](http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-mco-2013) de production du PMSI en MCO |
| Type de dosimétrie | | | | 184 | 184 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 1 | Dosimétrie pour radiothérapie conformationnelle avec modulation d’intensité [RCMI] | | 2 | Dosimétrie tridimensionnelle avec histogramme dos-volume [HDV] sur les volumes cibles et les organes à risque | | 3 | Dosimétrie tridimensionnelle sans HDV sur les volumes cibles et les organes à risque | | 4 | Autres types de dosimétrie |     cf. [guide méthodologique](http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-mco-2013) de production du PMSI en MCO |
| Numéro d'innovation | | | | 185 | 199 | 15 | Numéro (variable alphanumérique) propre à chaque produit ou acte candidat au dispositif décrit à l’article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale.  Ce numéro permet d’identifier les prises en charge pour lesquelles un produit ou acte à caractère « innovant » a été délivré au patient. |
| Nombre de faisceaux | | | | 200 | 200 | 1 | Cette variable est  renseignée dans les RUM des séances d'irradiation, pour les irradiations de type conventionnel (hors  techniques spéciales par exemple) |
| N° séquentiel du RUM ayant fourni le DP | | | | 201 | 202 | 2 | Numéro correspondant au RUM sur lequel le diagnostic principal se trouve |
| Diagnostic principal (DP) | | | | 203 | 208 | 6 | Cf. [Nomenclature CIM10](http://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement/id_lot/456) |
| Diagnostic relié (DR) | | | | 209 | 214 | 6 | Cf. [Extensions CIM-10 PMSI MCO](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000250001DFF) |
| Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RSA | | | | 215 | 218 | 4 |  |
| Nombre de zones d'actes (nA) dans ce RSA | | | | 219 | 223 | 5 |  |
| Type d’autorisation à portée globale valide n°1 | | | | 224 | 225 | 2 |  |
| … | | | |  |  |  |  |
| Type d’autorisation à portée globale valide n°Nb\_AutPGV | | | |  |  |  |  |
| Zone de suppléments de radiothérapie n° 1 | | | Code du supplément (n° GHS) |  |  | 4 | Cf. [Tarifs applicables 2013 (au format CSV)](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001000021FF) |
| Nombre de suppléments |  |  | 3 |  |
| … | | |  |  |  |  |  |
| Zone de suppléments de radiothérapie n° Nb\_Rdth | | | Code du supplément (n° GHS) |  |  | 4 | Cf. [Tarifs applicables 2013 (au format CSV)](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001000021FF) |
| Nombre de suppléments |  |  | 3 |  |
| Informations RUM n°1 | | | N° séquentiel de RUM |  |  | 2 | Nouvelle variable |
| Filler |  |  | 3 | Réservé usage futur |
| Numéro FINESS géographique |  |  | 9 | FINESS géographique le plus récent associé à l'UM. [Cf. Refonte SAE 2013](http://www.atih.sante.fr/refonte-sae-2013-um-finess-geographique) |
| DP |  |  | 6 | Cf. [Nomenclature CIM10](http://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement/id_lot/456) |
| DR |  |  | 6 | Cf. [Nomenclature CIM10](http://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement/id_lot/456) |
| IGS2 |  |  | 3 | Sa mention ne concerne que les patients hospitalisés dans une unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue.  En soins intensifs le clinicien apprécie si le recueil de l'IGS II est pertinent en fonction du patient ; dans le cas inverse il n’est pas recueilli.  Cf. [Grille de cotation du score IGS2](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000410000AFF) |
| 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 | Durée de séjour dans l’unité médicale considérée |
| Premier type d'autorisation d'UM |  |  | 4 | Cf. [Annexe 5. Référentiel « Types d’autorisation ou de reconnaissance contractuelle de l’unité médicale »](#_Annexe_5._Référentiel)  Nouvelle nomenclature autorisation UM : type autorisation sur 3 + mode hospitalisation sur 1 |
| Nature du supplément pour le premier type |  |  | 2 | Cf. [Annexe 5. Référentiel « Types d’autorisation ou de reconnaissance contractuelle de l’unité médicale »](#_Annexe_5._Référentiel) |
| Nombre de suppléments pour le premier type |  |  | 4 |  |
| Deuxième type d'autorisation d'UM |  |  | 4 | Cf. [Annexe 5. Référentiel « Types d’autorisation ou de reconnaissance contractuelle de l’unité médicale »](#_Annexe_5._Référentiel)  Nouvelle nomenclature autorisation UM : type autorisation sur 3 + mode hospitalisation sur 1 |
| Nature du supplément pour le deuxième type |  |  | 2 | Cf. [Annexe 5. Référentiel « Types d’autorisation ou de reconnaissance contractuelle de l’unité médicale »](#_Annexe_5._Référentiel) |
| Nombre de suppléments pour le deuxième type |  |  | 4 |  |
| … | | |  |  |  |  |  |
| Zone d'UM n°NbRUM | | | N° séquentiel de RUM |  |  | 2 | Nouvelle variable |
| Filler |  |  | 3 | Réservé usage futur |
| Numéro FINESS géographique |  |  | 9 | FINESS géographique le plus récent associé à l'UM. [Cf. Refonte SAE 2013](http://www.atih.sante.fr/refonte-sae-2013-um-finess-geographique) |
| DP |  |  | 6 |  |
| DR |  |  | 6 |  |
| IGS2 |  |  | 3 |  |
| Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb\_DA\_R \_NbRUM) |  |  | 2 |  |
| Nombre de zones d'actes du RUM (Nb\_Act\_R\_NbRUM) |  |  | 3 |  |
| Durée séjour partielle |  |  | 4 |  |
| Premier type d'autorisation d'UM |  |  | 4 |  |
| Nature du supplément pour le premier type |  |  | 2 |  |
| Nombre de suppléments pour le premier type |  |  | 4 |  |
| Deuxième type d'autorisation d'UM |  |  | 4 |  |
| Nature du supplément pour le deuxième type |  |  | 2 |  |
| Nombre de suppléments pour le deuxième type |  |  | 4 |  |
| DA n° 1 du RUM n° 1 | | | |  |  | 6 | Diagnostic associé |
| … | | | |  |  |  |  |
| 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 | Seuls les actes réalisés au cours du séjour, entre les dates d’entrée et de sortie, peuvent être enregistrés dans le RUM.  Un acte réalisé avant une hospitalisation, ou bien programmé au cours d’une hospitalisation mais réalisé ultérieurement (en ambulatoire ou en externe, par exemple), ne doit pas être enregistré dans le RUM du séjour |
| Code CCAM | |  |  | 7 | Cf. [AMELI : Consultation CCAM](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/codage-des-actes-medicaux-ccam_rhone.php)  (sept caractères alphanumériques)  A chaque libellé de la CCAM correspond un code à 7 caractères : les 4 premiers sont signifiants (topographie, action, mode d'accès et/ou technique), les 3 derniers constituent un compteur aléatoire. |
| Phase | |  |  | 1 | Un caractère de type numérique.  Dans le cas d’un traitement qui se déroule dans le temps, ce code permet de distinguer les différentes phases du traitement.  Elément de la réalisation de l’acte global désigné par le libellé.  Ce code est constant et obligatoire : pour la majorité des actes, qui ne se déroulent qu’en une phase, cette valeur est par défaut 0. |
| Activité | |  |  | 1 | Le code Activité permet de repérer la part incombant à chacun des professionnels participant à la réalisation d’un acte ou d’un geste complémentaire.  Il s’agit d’un code numérique sur un caractère.  Il est constant et de renseignement obligatoire : un code principal comporte toujours au moins un code Activité, tant pour les actes que pour les gestes complémentaires.  Cf. [Annexe 6. Référentiel « Activité d’un acte CCAM »](#_Annexe_7._Référentiel) |
| Extension documentaire | |  |  | 1 | Code alphanumérique sur une position, il permet de fournir un niveau de détail supplémentaire sur les modalités d’exécution de l’acte, dans la mesure où celles-ci ne modifient pas les moyens mis en œuvre. Il n’existe que pour certains libellés.  Sa saisie est facultative.  Ces codes ne sont pas utilisables pour les gestes d’anesthésie, qui ont leurs propres codes d’Extension documentaire. Qu’ils soient repérés par le code Activité 4 ou par un code de geste complémentaire, tous les gestes d’anesthésie générale ou locorégionale autorisent en effet l’adjonction d’un des codes d’Extension documentaire suivants :   |  |  | | --- | --- | | 1 | anesthésie générale | | 2 | anesthésie locorégionale péridurale ou épidurale | | 3 | anesthésie locorégionale subarachnoïdienne [rachianesthésie] | | 4 | anesthésie locorégionale plexique ou tronculaire | | 5 | anesthésie locorégionale intraveineuse | | 6 | anesthésie générale avec anesthésie locorégionale | |
| Modificateurs | |  |  | 4 | Pour décrire et facturer l’acte, le médecin peut coder jusqu’à 4 modificateurs parmi la liste des modificateurs compatibles avec l’acte et l’activité. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte.  Cf. [Annexe 9. Référentiel « Modificateur »](#_Annexe_15._Référentiel)   |  |  | | --- | --- | | Blanc | Par défaut | | [Cf. TB11](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CDC_NOEMIE_OC_Version_de_juin_2012.pdf) de la base de la CCAM (Annexe 27 CDC NOEMIE) | Permet d’indiquer les circonstances particulières de réalisation de l’acte | |
| Remboursement exceptionnel | |  |  | 1 | Ce code numérique sur une position est à utiliser avec une liste finie d’actes dont la réalisation peut être la conséquence soit d’une indication médicale, soit d’une demande personnelle du patient sans justification médicale.  Ce code doit être renseigné par le médecin, uniquement pour les actes dont la prise en charge est soumise à conditions (indications médicales, par exemple). Le médecin ne peut facturer l’acte que s’il le réalise dans les conditions requises. Il doit le préciser en notant le code "remboursement exceptionnel".  Les conditions d’emploi de ce code seront précisées avec les [différentes parutions de la CCAM](http://www.atih.sante.fr/les-versions-de-la-ccam). |
| Association non prévue | |  |  | 1 | Il s’agit d’un code numérique sur une position et doit être utilisé pour signaler la réalisation de plusieurs actes au cours d’une même intervention (association d’actes).  Cf. [Annexe 10. Référentiel « Association non prévue »](#_Annexe_16._Référentiel_2)  Pour l’emploi de ce code, les utilisateurs se reporteront aux indications fournies avec les [différentes versions de la CCAM](http://www.atih.sante.fr/les-versions-de-la-ccam). |
| Nombre de réalisations de l'acte n° 1 pendant le séjour | |  |  | 2 | Cette variable est égale à **« 01 »** à l’exception des cas où le même acte est réalisé plus d’une fois le même jour.  Si un même acte est réalisé plusieurs fois à des dates différentes pendant le séjour, il faut renseigner plusieurs « zones d’acte », une par jour de réalisation de l’acte. |
| Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM | |  |  | 1 | L’enregistrement de la date de réalisation est obligatoire pour les actes d’accouchement et fortement recommandée pour l’ensemble des actes.   |  |  | | --- | --- | | 1 | Oui | | 2 | Non | |
| … | |  | |  |  |  |  |
| Zone acte n° Nb\_Act\_R\_1 du RUM n° 1 | | Délai depuis la date d'entrée | |  |  | 3 |  |
| Code CCAM | |  |  | 7 |  |
| Phase | |  |  | 1 |  |
| Activité | |  |  | 1 |  |
| Extension documentaire | |  |  | 1 |  |
| Modificateurs | |  |  | 4 |  |
| Remboursement exceptionnel | |  |  | 1 |  |
| Association non prévue | |  |  | 1 |  |
| Nombre de réalisations de l'acte n° 1 pendant le séjour | |  |  | 2 |  |
| Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM | |  |  | 1 |  |
| … | |  | |  |  |  |  |
| 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 n° 1 pendant le séjour | |  |  | 2 |  |
| Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM | |  |  | 1 |  |
| … | |  | |  |  |  |  |
| 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 n° 1 pendant le séjour | |  |  | 2 |  |
| Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates du RUM | |  |  | 1 |  |

## 

## FICHCOMP

Fichiers complémentaires aux RSA (FICHCOMP)

Il est produit un recueil FICHCOMP par *séjour-patient*. Il contient les données relatives aux mêmes séjours que ceux contenus dans le fichier de RSA et chaque recueil FICHCOMP est lié au RSA correspondant par le numéro administratif de séjour.

La transmission des fichiers FICHCOMP (médicaments et des DMI) est « facultative » dans le sens ou leur absence n’est pas bloquantepour la transmission des RSA sur la plate-forme e-PMSI : certains établissements n’ont pas de médicaments onéreux ou de DMI.

### Médicament (extension de fichier .med)

Le fichier de suivi de consommation par patient des médicaments (FICHCOMP) hors ATU (Autorisation Temporaire d’Utilisation) =>seul le format 06 est accepté.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Libellé | Début | Fin | Taille | Description |
| N° FINESS **e-PMSI** | 1 | 9 | 9 | Selon le répertoire national des établissements sanitaires et sociaux  <http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp> |
| Type de prestation | 10 | 11 | 2 | 06 : Hors ATU |
| Année période | 12 | 15 | 4 | AAAA (Année de traitement du fichier) |
| N° période (mois) | 16 | 17 | 2 | 01 à 12. Correspond à la période du 1er janvier à la fin du mois considéré. La saisie est cumulative. |
| N° d'index du RSA | 18 | 27 | 10 | lié au RSA du même séjour par un numéro d’index |
| Nombre de séjours impliqués | 28 | 33 | 6 | Nombre de séjours d’un patient enregistré sous un même numéro administratif dans un même établissement  Les variables nombre administré (43-52) et prix d’achat (53-62) doivent être divisés par le nombre de séjours impliqués (28-33) car elles sont répétées pour chaque RSA ayant le même numéro administratif. |
| Code UCD | 34 | 42 | 9 | Les spécialités pharmaceutiques rétrocédées par les pharmacies hospitalières et celles facturées en sus de la TAA sont identifiés par un code UCD.  (Médicaments codés en unités communes de dispensation (UCD) délivrés en établissements de santé)  Cf. [Liste des Codes UCD](http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/bdm_it/index_tele_ucd.php?p_site=AMELI) |
| Nombre administré éventuellement fractionnaire | 43 | 52 | 10 | 7+3 (ex : « 112,99 euros » sera saisi ainsi « 112990 » et sera affiché ainsi dans le fichier « □□□□112990) sachant que le □ représente un espace |
| Prix d'achat multiplié par le nombre administré | 53 | 62 | 10 | 7+3 |
| Mois de la date d'administration | 63 | 64 | 2 | 01 à 12 (La date d’administration est supérieure à la date d’entrée du séjour) |
| Année de la date d'administration | 65 | 68 | 4 | AAAA (La date d’administration est supérieure à la date d’entrée du séjour) |
| Délai entre la date d’entrée du séjour et la date de dispensation | 69 | 72 | 4 | La date de dispensation est supérieure à la date d’entrée du séjour |
| Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence | 73 | 73 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 1 | Oui | | 2 | Non |   Conformément à l'article L. 162-22-7 du CSS « la prise en charge des médicaments orphelins [...] est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés » |
| Filler | 74 | 103 | 30 | Réservé à un usage futur |

### DMI (extension de fichier .dmip)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Libellé | Début | Fin | Taille | Description |
| N° FINESS **e-PMSI** | 1 | 9 | 9 | Selon le répertoire national des établissements sanitaires et sociaux  <http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp> |
| Type de prestation | 10 | 11 | 2 | 02 |
| Année période | 12 | 15 | 4 | AAAA (Année de traitement du fichier) |
| N° période (mois) | 16 | 17 | 2 | 01 à 12. Correspond à la période du 1er janvier à la fin du mois considéré. La saisie est cumulative. |
| N° d'index du RSA | 18 | 27 | 10 | lié au RSA du même séjour par un numéro d’index |
| Code LPP | 28 | 36 | 9 | 7 caractères utiles cadrés à gauche, complétés par des blancs  Vous pouvez consulter la liste des produits et prestations selon les critères suivants : Par code ou Par chapitre. Cf. [Liste des Produits et des Prestations](http://www.codage.ext.cnamts.fr/codif/tips/chapitre/index_chap.php?p_ref_menu_code=1&p_site=AMELI) |
| Nombre posé | 37 | 46 | 10 | Nombre posé (10+0) |
| Prix d'achat multiplié par le nombre posé | 47 | 56 | 10 | 7+3 (ex : « 112,99 euros » sera saisi ainsi « 112990 » et sera affiché ainsi dans le fichier « □□□□112990) sachant que le □ représente un espace |
| Mois de la date de pose (si renseignée) | 57 | 58 | 2 | 01 à 12 (sachant que « 01 » correspond au mois de janvier de l’année considérée et « 12 » au mois de décembre) |
| Année de la date de pose | 59 | 62 | 4 | AAAA |
| Délai entre la date d’entrée du séjour et la date de pose | 63 | 66 | 4 | La date de pose est supérieure à la date d’entrée du séjour |

## ANO

Le fichier nommé ANO réunit les informations relatives à la prise en charge des patients par l’assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP et le fichier de chainage anonyme.

Le chainage anonyme repose sur la création d’un numéro anonyme (« non signifiant ») propre à chaque patient, au moyen d’un module logiciel qui utilise trois variables : le numéro d’assuré social (numéro d’ouvrant droit), la date de naissance et le sexe. Le numéro anonyme est caractéristique d'un individu car, à partir des mêmes variables identifiantes, on obtient le même numéro anonyme (reproductibilité). Lors des hospitalisations successives d’un patient donné (c.-à-d. pour des variables identifiantes identiques) c’est le même numéro anonyme qui est chaque fois calculé.

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

*Le logiciel AGRAF (****privé****) permet l’anonymisation et le chaînage des fichiers de RSS groupés et des RSF. Il génère en fin de traitement le fichier « ANO-RSA-RSFA » qui devra être transmis via Internet à la plate-forme e-PMSI.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Libellé | Début | Fin | Taille | Description |
| N° FINESS **e-PMSI** | 1 | 9 | 9 | Selon le répertoire national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS de l’entité juridique pour les publics, celui de l’établissement géographique pour les privés) <http://finess.sante.gouv.fr/index.jsp> |
| N° format | 10 | 12 | 3 | 004 (Ex-OQN) 006 (Ex-DGF) |
| N° format VID-HOSP | 13 | 15 | 3 | 001 |
| Mois de sortie | 16 | 17 | 2 | 01 à 12 (sachant que « 01 » correspond au mois de janvier de l’année considérée et « 12 » au mois de décembre) |
| Année de sortie | 18 | 21 | 4 | AAAA |
| Code retour contrôle « n° immatriculation assuré » | 22 | 22 | 1 | Résultat du contrôle de la variable " n° de sécurité sociale ".   |  |  | | --- | --- | | 0 | RAS | | 1 | Format incorrect | | 2 | Utilisation de la valeur manquante (« XXXXXXXXXXXXX ») | | 3 | N° non-conforme suite au contrôle de clé | |
| Code retour contrôle « date de naissance » | 23 | 23 | 1 | Résultat du contrôle de la variable " date de naissance ".   |  |  | | --- | --- | | 0 | RAS | | 1 | format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008) | | 2 | Utilisation de la valeur manquante (« XXXXXXXX ») | |
| Code retour contrôle « sexe » | 24 | 24 | 1 | Résultat du contrôle de la variable " sexe ". Les valeurs possibles   |  |  | | --- | --- | | 0 | RAS | | 1 | valeur non autorisée (*1 masculin, 2 féminin*) | | 2 | Utilisation de la valeur manquante (« X ») | |
| Code retour contrôle « n° d’identification administratif de séjour » | 25 | 25 | 1 | Résultat du contrôle de la variable " n° d’identification administratif de séjour ".   |  |  | | --- | --- | | 0 | RAS | | 1 | non renseigné (20 caractères espace) | |
| Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI » | 26 | 26 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 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 | |
| Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI » | 27 | 27 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 0 | pas de problème à signaler | | 1 | présence d’une erreur A10 ou A10B | |
| Code retour contrôle « date de référence» (date d’entrée) | 28 | 28 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 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 retour contrôle « Cohérence date naissance » | 29 | 29 | 1 | Cohérence entre les informations RSS et VID-HOSP/RSF-A |
| Code retour contrôle « Cohérence sexe » | 30 | 30 | 1 | Cohérence entre les informations RSS et VID-HOSP/RSF-A |
| N° anonyme | 31 | 47 | 17 | Cf. [Aide à l’utilisation des informations de chaînage](http://www.atih.sante.fr/aide-lutilisation-des-informations-de-chainage) |
| N° de séjour | 48 | 52 | 5 | Le N° de séjour est un numéro permettant de séquencer les différentes hospitalisations du patient |
| N° séquentiel dans fichier PMSI | 53 | 62 | 10 | Numéro séquentiel : commence à 1 au format « 0000000000» = N° d’index du RSA |
| Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère » | 63 | 63 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 0 ou 9 | RAS | | 1 | non renseigné alors que « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »=1 | |
| Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère » | 64 | 64 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 0 | RAS | | 1 | Code non autorisé (*1 pour oui, laisser à vide sinon*) | |
| Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe » | 65 | 65 | 1 | |  |  | | --- | --- | | 0 | RAS | | 1 | Code non autorisé (*1 pour oui, laisser à vide sinon*) | |
| N° anonyme mère-enfant | 66 | 97 | 32 | Cf. [Annexe 7. Numéro anonyme mère-enfant](#_Annexe_11._Numéro_1) |
| Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère | 98 | 98 | 1 | 1 pour oui laisser à vide sinon |
| Hospitalisation pour prélèvement d'organe | 99 | 99 | 1 | 1 pour oui laisser à vide sinon |

# ANNEXES

## Annexe 1 Référentiel « CMD»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | *Code* | *Libellé de la CMD* | | 01 | Affections du système nerveux | | 02 | Affections de l'œil | | 03 | Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents | | 04 | Affections de l'appareil respiratoire | | 05 | Affections de l'appareil circulatoire | | 06 | Affections du tube digestif | | 07 | Affections du système hépatobiliaire et du pancréas | | 08 | Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif | | 09 | Affections de la peau, des tissus souscutanés et des seins | | 10 | Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles | | 11 | Affections du rein et des voies urinaires | | 12 | Affections de l'appareil génital masculin | | 13 | Affections de l'appareil génital féminin | | 14 | Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum | | 15 | Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale | | 16 | Affections du sang et des organes hématopoïétiques | | 17 | Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus | | 18 | Maladies infectieuses et parasitaires | | 19 | Maladies et troubles mentaux | | 20 | Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci | | 21 | Traumatismes, allergies et empoisonnements | | 22 | Brûlures | | 23 | Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé | | 24 | Séjours de moins de 2 jours | | 25 | Maladies dues à une infection par le VIH | | 26 | Traumatismes multiples graves | | 27 | Transplantations d'organes | | 28 | Séances | | 90 | Erreurs et autres séjours inclassables | |
|  |

## Annexe 2 Référentiel « GHM »

***Liste des GHM*** : Cf. [MANUEL DES GHM VOLUME 2](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bos/2013/sts_20130005_0002_p000.pdf)

La numérotation utilise six caractères que l’on peut décomposer comme suit :

* les deux premiers sont numériques et indiquent le numéro de la CM
* le troisième est alphabétique et caractérise le GHM selon la logique de la classification

|  |  |
| --- | --- |
| *Type GHM* | *Libellé* |
| C | groupe chirurgical avec acte classant opératoire |
| K | groupe avec acte classant non opératoire |
| M | groupe « médical »15 sans acte classant |
| Z | groupe indifférencié avec ou sans acte classant opératoire |
| H | groupe de la CM 90 hors groupe Actes sans relation avec le diagnostic principal |

Remarque : dans le cadre de la tarification à l’activité, il a été nécessaire d’affecter une discipline médicotarifaire (DMT) à chaque GHM avec trois valeurs possibles : C pour chirurgicale, M pour médicale et O pour obstétricale16. Il ne faudra pas confondre la DMT avec le troisième caractère du numéro de GHM puisque la DMT chirurgicale pourra être affectée à de nombreux GHM « médicaux » au sens de la classification (traumatologie, occlusion… sans acte classant opératoire, par exemple).

* le quatrième et le cinquième sont numériques et sont utilisés comme un compteur qui permet de distinguer tous les numéros qui ont la même combinaison des trois premiers caractères.
* le sixième caractère est alphabétique et indique le niveau de « complexité » du GHM avec les conventions suivantes

|  |  |
| --- | --- |
| *Niveau de complexité* | *Description* |
| V | sans CMA |
| W | avec CMA |
| S | avec CMAS |
| Z | non segmenté |
| E | avec décès |
| A, B, C, D | avec niveau croissant de sévérité |

*Remarque : ce sixième caractère a deux fonctions. La première est d’être informatif quant à un certain niveau de complexité du GHM et la deuxième est de permettre d’avoir un regroupement de GHM sur une racine commune à partir du moment où la seule différence de contenu concerne le niveau de sévérité.*

## Annexe 3 Référentiel « Codes erreurs de la fonction de groupage »

La constitution des RSS étant le résultat d'une suite d'opérations multiples, dont la plupart sont manuelles, des erreurs peuvent s'y introduire.   
Ces erreurs peuvent être de plusieurs ordres : erreur de codage, erreur de saisie, erreur de hiérarchisation, problème matériel, etc. se traduisant par l'absence d'une donnée, un format de donnée non conforme, une donnée incohérente, etc. Selon les cas, ces erreurs peuvent rendre impossible la détermination du GHM (absence du DP, par exemple), ou n'être que l’indice d'une qualité de données suspecte, sans conséquence absolue sur le résultat du groupage. Elles peuvent aussi traduire un dysfonctionnement matériel ou logiciel sans rapport avec le RSS traité.

C'est pourquoi depuis son origine la FG ne fournit pas seulement en retour la valeur du GHM correspondant au RSS traité, mais aussi un code, dit code retour, dont la valeur permet de savoir si des erreurs ont été détectées.

* LES ERREURS D’IMPLÉMENTATION (*type I*) : Il s’agit des erreurs provoquées par un dysfonctionnement matériel ou logiciel, comme par exemple la détection d’une capacité de mémoire vive insuffisante, l’absence d’une table nécessaire au groupage, etc. Bien entendu, la détection d’une telle erreur interdit au groupage de se poursuivre. La plupart du temps, l’utilisateur confronté à ce type d’erreur devra se tourner vers son fournisseur informatique pour en trouver l’explication et la solution.
* LES ERREURS DÉTECTÉES DANS LE PARCOURS DE L’ARBRE (*type G*): Il s’agit des erreurs mises en évidence pendant la phase de groupage proprement dite. Dans un cas, il s’agit d’un indicateur et non d’une erreur à proprement parler (code 80).
* CONTROLES OBLIGATOIRES (*type C*) (erreurs bloquantes)
* CONTROLES FACULTATIFS (*type C*) (erreurs non bloquantes)

Les codes appartenant à la liste ci-dessous sont réservés à l'identification des échecs des contrôles facultatifs, selon la liste ci-dessous. Leur libellé étant en général explicite, ces contrôles n'appellent pas de commentaire particulier.

Certains contrôles facultatifs, peuvent être retournés par la fonction groupage, et donc correspondre à des codes retour. Ils sont indiqués en gras dans la liste ci-dessous, et cette particularité est indiquée pour chaque test dans le cadre de la description. L’ordre de choix du code retour sera présenté à la fin du chapitre.

Ces contrôles n'interdisent pas le groupage, mais constituent des indices d'erreurs probables, plus ou moins graves, affectant la qualité des données.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| code | Libellé du code | type | bloquant | Description |
| 002 | INCOMPATIBILITE SEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL | G | O | 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 | G | O | 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). |
| 004 | TABLES ENDOMMAGÉES OU ERREUR DANS LE PARCOURS DE L'ARBRE | G | O | L’arbre conduit à ce code d’erreur si la lecture d’un profil de diagnostic ou d’acte comporte une indication non prévue (CMD = 0, par exemple). Cela ne peut bien entendu survenir qu’à la suite d’une détérioration d’une table non détectée à l’ouverture de celle-ci. Les erreurs du parcours de l’arbre, outre les erreurs ou détérioration dans une table, concernent aussi les séjours qui ne remplissent pas les conditions nécessaires à leur orientation dans certains GHM comme les séances d’irradiation. |
| 004 | TABLES ENDOMMAGÉES | I | O |  |
| 005 | DIAGNOSTIC PRINCIPAL : CODE INSUFFISAMMENT PRÉCIS POUR LA CLASSIFICATION DES GHM | G | O | Le diagnostic principal codé ne contient pas d’information suffisante pour la classification en GHM |
| 006 | NOMBRE DE SEANCES > 0 ET DP N’EST PAS UN MOTIF DE SEANCES | G | O | 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 | G | O | 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 |
| 008 | CORRUPTION D'UNE TABLE | I | O |  |
| 009 | TABLE INTROUVABLE | I | O | 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. |
| 010 | RSS MULTIUNITÉ AVEC NUMÉRO DE RSS INCONSTANT | C | O | 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 | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont le numéro de RSS est à blanc |
| 013 | DATE DE NAISSANCE ABSENTE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de naissance à blanc |
| 014 | DATE DE NAISSANCE NON NUMÉRIQUE | C | O | 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 LA DATE D'ENTRÉE | C | O | 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 | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont la zone sexe est à blanc. |
| 017 | CODE SEXE ERRONÉ | C | O | 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 | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est à blanc. |
| 020 | DATE D'ENTRÉE NON NUMÉRIQUE | C | O | 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 | C | O | la FG considère comme erroné un RUM comportant une date d'entrée non interprétable, comme 12001994 (mois=**00**). |
| 023 | RSS MULTIUNITÉ : CHAÎNAGE DATE D'ENTRÉE - DATE DE SORTIE INCOHÉRENT | C | O | 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 | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont la zone mode d'entrée est à blanc. |
| 025 | MODE D'ENTRÉE ERRONÉ OU PROVENANCE ERRONÉE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dans lequel la combinaison mode d'entrée-provenance n'est pas désignée par « Ok » |
| 026 | MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE POUR COMMENCER UN RSS | C | O | 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 inter établissement, 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 035 sera également détectée. |
| 027 | RSS MULTIUNITÉ : MODE D'ENTRÉE INCORRECT OU PROVENANCE INCORRECTE SUR UN RUM DE SUITE | C | O | 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 | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont la zone date de sortie est à blanc. |
| 029 | DATE DE SORTIE NON NUMÉRIQUE | C | O | 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 | C | O | la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de sortie non interprétable |
| 032 | RUM AVEC INCOHÉRENCE DATE DE SORTIE - DATE D'ENTRÉE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont la date d'entrée est postérieure à la date de sortie. |
| 033 | MODE DE SORTIE ABSENT | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont la zone mode de sortie est à blanc. |
| 034 | MODE DE SORTIE ERRONÉ, OU DESTINATION ERRONÉE | C | O | 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 | C | O | 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 inter établissement, 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 | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont le nombre de séances comporte des caractères autres que des chiffres ou des espaces |
| 037 | RSS MULTIUNITÉ : PRÉSENCE DE SÉANCES SUR UN DES RUM | C | O | 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 | C | O | la FG considère comme erroné un RUM comportant une date de naissance non interprétable |
| 040 | DIAGNOSTIC PRINCIPAL ABSENT | C | O | 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 | C | O | 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 | C | O | 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 |
| 043 | CODE D’ACTE NE RESPECTANT PAS LE FORMAT DE LA CCAM | C | O | 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 MULTIUNITÉ : DATE DE NAISSANCE INCONSTANTE | C | O | 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 MULTIUNITÉ : CODE SEXE INCONSTANT | C | O | ce code se rapporte au RUM qui présente une valeur de la variable sexe différente de celle du RUM qui le précède |
| 049 | RSS MULTIUNITÉ : MODE DE SORTIE INCORRECT OU DESTINATION INCORRECTE POUR UN RUM AUTRE QUE LE DERNIER | C | O | 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. 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. |
| 050 | DÉLAI DE SÉJOUR INCOMPATIBLE AVEC LE PRINCIPE ADMINISTRATIF DE PRESTATION INTERÉTABLISSEMENT | C | O | En cas de prestation inter établissement, 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 | C | O | 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 ERRONÉ | C | O | 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 | C | O | 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 | C | O | 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 DA OU DE DAD ABSENT | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont la zone nombre de DA ou nombre de DAD est à blanc |
| 056 | NOMBRE DE DA OU DE DAD NON NUMÉRIQUE | C | O | 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 DE ZONES D'ACTES ABSENT | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dans lequel le champ nombre de zones d'actes est à blanc |
| 058 | NOMBRE DE ZONES D'ACTES NON NUMÉRIQUE | C | O | 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 | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont le format ne correspond pas aux spécifications de format général |
| 062 | UNITÉ MÉDICALE NON RENSEIGNÉE | C | N | la FG signale un RUM dont la zone unité médicale est à blanc. |
| 064 | DATE SYSTÈME ANTÉRIEURE À LA DATE D'ENTRÉE | C | N | 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 | C | N | 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 | C | N | 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 | C | O | 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 | C | O | 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 | C | O | 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 | C | O | 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 EXISTE DANS LA CCAM | C | O | 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 | C | N | 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 | C | N | la FG signale un RUM dont la date d'entrée est antérieure au 1er janvier 1984. Pour les besoins du groupage elle est cependant conservée telle quelle |
| 078 | DATE D'ENTREE DU RUM INCOMPATIBLE AVEC L'UTILISATION D'UN ACTE CCAM | C | O | 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 | C | O | 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 | SÉJOUR AVEC ACTE OPERATOIRE MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL | G | N | 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 |
| 080 | CODE POSTAL NON RENSEIGNÉ | C | N | 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 | C | N | 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’ENTREE NON NUMÉRIQUE | C | O | 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 | C | N | la FG signale un RUM dont la zone réservée n'a pas été laissée à blanc |
| 084 | DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE CAR RARE | C | N | la FG signale un RUM comportant un diagnostic principal invraisemblable |
| 085 | DIAGNOSTIC PRINCIPAL INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE | C | N | la FG signale un RUM comportant un diagnostic principal invraisemblable en raison de l'âge |
| 086 | DIAGNOSTIC PRINCIPAL INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ | C | N | la FG signale un RUM dont le diagnostic principal n'est pas compatible avec le sexe mentionné |
| 087 | DIAGNOSTIC PRINCIPAL IMPRECIS | C | N | la FG signale un RUM dont le diagnostic principal est imprécis |
| 088 | CODES Z A ÉVITER EN DP CAR N'EST HABITUELLEMENT PAS UN MOTIF D'HOSPITALISATION | C | N | la FG signale un RUM dont le diagnostic principal débute par la lettre « Z » et dont l’utilisation en DP n’est pas vraisemblable |
| 090 | DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE CAR RARE | C | N | la FG signale un RUM comportant un diagnostic associé invraisemblable compte tenu de sa rareté |
| 091 | DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE | C | N | la FG signale un RUM comportant un diagnostic associé invraisemblable en raison de l'âge |
| 092 | DIAGNOSTIC ASSOCIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ | C | N | la FG signale un RUM dont un diagnostic associé n'est pas compatible avec le sexe mentionné |
| 093 | DIAGNOSTIC ASSOCIÉ IMPRECIS | C | N | la FG signale un RUM dont un diagnostic associé est imprécis |
| 094 | DIAGNOSTIC RELIÉ : N'A JAMAIS EXISTÉ DANS LA CIM | C | O | 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 | C | O | 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 | C | N | la FG signale un RUM comportant un diagnostic relié invraisemblable compte tenu de sa rareté |
| 097 | DIAGNOSTIC RELIÉ INVRAISEMBLABLE EN RAISON DE L'ÂGE | C | N | la FG signale un RUM comportant un diagnostic relié invraisemblable en raison de l'âge |
| 098 | DIAGNOSTIC RELIÉ INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUÉ | C | N | la FG signale un RUM dont un diagnostic relié n'est pas compatible avec le sexe mentionné |
| 099 | DIAGNOSTIC RELÉ IMPRÉCIS | C | N | la FG signale un RUM dont un diagnostic relié est imprécis |
| 100 | TYPE D'AUTORISATION D'UNITE MEDICALE NON ACCEPTEE | C | N | 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) |
| 101 | TYPE D’AUTORISATION DE LIT DEDIE NON ACCEPTE | C | N | la FG signale un RUM dont le type d’autorisation de lit dédié est renseigné mais n'est pas autorisé |
| 102 | DATE DE REALISATION DE L'ACTE CCAM INCOHERENTE | C | N | 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’ACTIVITE D’UN ACTE CCAM NON RENSEIGNEE OU VALEUR ERRONEE | C | O | 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 | ACTIVITE 4 INEXISTANTE POUR UN ACTE CCAM | C | O | 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’ACTIVITE AUTRE QUE 4 INEXISTANT POUR UN ACTE CCAM | C | N | 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 COMPLEMENTAIRE SANS ACTE PRINCIPAL | C | N | la FG signale un RUM ayant un geste complémentaire codé sans l’acte principal associé. |
| 113 | CODE INTERDIT EN DP CAR TRES IMPRECIS | C | O | 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 |
| 114 | CODE INTERDIT EN DP PARCE QU’IL S’AGIT D’UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y) | C | O | 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 CATEGORIE NON VIDE OU D’UN CODE PERE INTERDIT | C | O | 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 |
| 116 | CODE INTERDIT EN DR CAR TRES IMPRECIS | C | O | 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 |
| 117 | CODE INTERDIT EN DR PARCE QU’IL S’AGIT D’UNE CAUSE EXTERNE DE MORBIDITE (V, W, X, Y) | C | O | 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 CATEGORIE NON VIDE OU D’UN CODE PERE INTERDIT | C | O | 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 |
| 119 | CODE DECONSEILLE EN DA PARCE QU’IL S’AGIT D’UNE CATEGORIE NON VIDE OU D’UN CODE PERE INTERDIT | C | O | 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 |
| 120 | CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE MAIS ABSENTE | C | O | 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 |
| 121 | CODE DE CONFIRMATION DU RSS INCORRECT | C | N | 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 | C | N | 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 | C | N | la FG signale un RUM dont le code de dosimétrie est différent de blanc, 1, 2,3 et 4. |
| 124 | CONFIRMATION DU RSS NON NECESSAIRE ET PRESENTE | C | O | 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 NUMERIQUE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont la zone âge gestationnel n’est pas à blanc et comporte des caractères autres que des chiffres |
| 126 | AGE GESTATIONNEL REQUIS ABSENT | C | O | la FG considère comme erroné un RSS dont l’âge 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 1er 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 INCOHERENT | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dont l’âge 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’âge gestationnel doit toujours être <= 44 SA  si l’âge 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’ENTREE SUR UN OU DEUX CARACTERES NON AUTORISE | C | O | 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 INCOHERENT PAR RAPPORT AU POIDS D’ENTREE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM dans l’une au moins des situations suivantes (AG = âge gestationnel, SA = semaine d’aménorrhée):  - AG >= 37 SA et poids à l’entrée dans l’UM <1000g  - AG <= 32 SA et poids à l’entrée dans l’UM >4000g  - AG <= 28 SA et poids à l’entrée dans l’UM >2500g |
| 130 | DP EN O NON AUTORISE PAR RAPPORT À L’AGE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM avec un DP en O alors que l’âge est <= 10 ans |
| 131 | DR EN O NON AUTORISE PAR RAPPORT À L’AGE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM avec un DR en O alors que l’âge est <= 10 ans. |
| 132 | DA EN O NON AUTORISE PAR RAPPORT À L’AGE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM avec au moins un DA en O alors que l’âge est <= 10 ans. |
| 133 | DP EN P NON AUTORISE PAR RAPPORT À L’AGE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM avec un DP en P alors que l’âge est >=2 ans |
| 134 | DR EN P NON AUTORISE PAR RAPPORT À L’AGE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM avec un DR en P alors que l’âge est >=2 ans. |
| 135 | DA EN P NON AUTORISE PAR RAPPORT À L’AGE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM avec au moins un DA en P alors que l’âge est >= 2 ans. |
| 142 | DATE DE REALISATION DE L’ACTE D’ACCOUCHEMENT NON RENSEIGNEE OU INCOHERENTE | C | O | 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 INCOHERENT PAR RAPPORT AU DP | C | O | 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 SEANCES A ZERO AVEC DP MOTIF DE SEANCES | C | N | 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 zéro. * La durée de séjour est 0 jour. * Aucun acte ayant la caractéristique 44 :1 n’est présent |
| 146 | NOMBRE DE SEANCES INCOHERENT PAR RAPPORT A LA DUREE DE SEJOUR | C | N | 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 | DONNEES INCOMPATIBLES AVEC LE DP P95 | C | O | 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 | C | N | 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’AGE INDIQUÉ | C | O | 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 |
| 150 | DP DE SEANCES NON AUTORISE DANS UN RSS MULTIUNITÉ | C | O | la FG considère comme erroné un RSS multi-unité groupé en séances (CMD 28). |
| 160 | DATE DES DERNIERES REGLES NON NUMERIQUE | C | O | 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 DERNIERES REGLES INCOHERENTE | C | O | la FG considère comme erroné un RUM comportant une date des dernières règles non interprétable |
| 162 | DATE DES DERNIERES REGLES REQUISE ABSENTE | C | O | 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 DERNIERES REGLES INCONSTANTE | C | O | 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 DERNIERES INCOMPATIBLE AVEC LE SEXE INDIQUE | C | N | la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est renseignée alors que le sexe indiqué est 1 (masculin). |
| 165 | DATE DES DERNIERES REGLES POSTERIEURE A LA DATE D’ENTREE DU SEJOUR | C | N | la FG signale un RSS dont la date des dernières règles est strictement supérieure à la date d’entrée du séjour. |
| 166 | DATE DES DERNIERES REGLES TROP ANCIENNE PAR RAPPORT A LA DATE D’ENTREE DU SEJOUR | C | N | 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 | ACTIVITE 1 OBLIGATOIRE POUR UN ACTE CCAM MAIS ABSENTE | C | O | 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 ») |
| 168 | POIDS D’ENTREE REQUIS PAR RAPPORT A L’AGE | C | O | 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 |
| 222 | SÉJOUR AVEC ACTE OPÉRATOIRE NON MINEUR RECLASSANT DANS UN GHM MÉDICAL | G | N | A 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. |
| 223 | CONFIRMATION DU RSS NÉCESSAIRE ET PRÉSENTE | C | N | 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 : , 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 |
| 500 | FICHIER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES NON TROUVÉ | I | O | Le fichier des autorisations d'unités médicales n'a pas pu être ouvert car il est introuvable. Son nom est figé : "ficum.txt". |
| 501 | FICHIER D'AUTORISATIONS DES UNITÉS MÉDICALES CORROMPU | I | O | Le fichier d'autorisations des unités médicales "ficum.txt" 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 GÉRÉE PAR LES TABLES BINAIRES | I | O | 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. |

## Annexe 4. Référentiel « Codes de mouvements »

Le mode d'entrée du RSA est celui de la première unité médicale fréquentée dans l’ordre chronologique, le mode de sortie est celui de la dernière.

Au sein de la notion générale de *transfert* au sens des codes de la sécurité sociale et de la santé publique, le PMSI distingue *la mutation* et *le transfert*.

Mode d’entrée dans l'unité

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code | Libellé | Description |
| 6 | Mutation | Le patient vient d’une autre unité médicale d’hospitalisation appartenant :   * à la même entité juridique pour les établissements de santé publics ; * à la même entité géographique pour les établissements de santé privés.   Une entrée en MCO depuis le domicile lorsque le patient y bénéficiait d’hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme une mutation si l’HAD appartient, selon le cas, à la même entité juridique ou à la même entité géographique. Dans le cas d’un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d’un RSS unique. En conséquence, lorsque l’unité médicale de réadmission est différente de celle de sortie, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation. |
| 7 | Transfert définitif | Pour une hospitalisation à part entière, à distinguer de l’entrée pour prestation demandée par un autre établissement de santé, à coder « 0 », le patient vient :   * d’une unité d’hospitalisation d'une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ; * d’une unité d’hospitalisation d'une autre entité juridique ou d’une autre entité géographique de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.   Par « le patient vient » on entend que le patient était hospitalisé (il avait fait l’objet d’une admission dans une unité d’hospitalisation, y compris dans l’unité d’hospitalisation de courte durée) dans l’entité juridique ou l’établissement de santé de provenance.  Dans le cas d’un patient venant de la structure d’accueil des urgences d’une autre entité juridique ou d’un autre établissement de santé, non hospitalisé dans celui-ci, le mode d’entrée est domicile.  Une entrée en MCO depuis le domicile lorsque le patient y bénéficiait d’HAD est codée comme un transfert si l’HAD appartient, selon le cas, à une autre entité juridique ou à une autre entité géographique. |
| 8 | Domicile | Le patient vient de son domicile ou de son substitut, tel un établissement d’hébergement médicosocial.  Ce mode inclut les entrées à partir de la voie publique. Le code « 8 » du mode d’entrée est celui enregistré par convention  dans le RUM ouvert à la naissance d’un nouveau-né. |
| 0 | Transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte | Prestations inter établissements (cf. ci-dessous) |

**Mode de sortie :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code | Libellé | Description |
| 6 | Mutation | Le patient sort vers une autre unité médicale d’hospitalisation appartenant :   * à la même entité juridique pour les établissements de santé publics ; * à la même entité géographique pour les établissements de santé privés.   Une sortie de MCO vers le domicile lorsque le patient y bénéficie d’hospitalisation à domicile (HAD) est codée comme une mutation si l’HAD appartient, selon le cas, à la même entité juridique ou à la même entité géographique.  Dans le cas d’un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d’un RSS unique.  En conséquence, lorsque l’unité médicale de sortie est différente de celle de réadmission, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation. |
| 7 | Transfert définitif | Le patient sort pour une hospitalisation à part entière, à distinguer de la sortie après prestation réalisée pour le compte d’un autre établissement de santé, à coder « 0 », dans une autre entité juridique pour les établissements de santé publics, une autre entité juridique ou une autre entité géographique de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.  Une sortie de MCO vers le domicile lorsque le patient y bénéficie d’HAD est codée comme un transfert si l’HAD appartient, selon le cas, à une autre entité juridique ou à une autre entité géographique. |
| 8 | Domicile | Le patient retourne à son domicile ou à son substitut (se reporter au mode d’entrée domicile). |
| 0 | Transfert provisoire pour ou après réalisation d'un acte | Prestations inter établissements (cf. ci-dessous) |
| 9 | Décès |  |

On parle de prestation inter établissement dans les conditions suivantes :

* un patient est provisoirement transféré d'un établissement de santé demandeur A vers un établissement de santé prestataire B pour la réalisation d’un acte médicotechnique ou d’une autre prestation (par exemple, un séjour en soins intensifs) ;
* le séjour du patient en B dure au plus 2 journées civiles (pas plus d'une nuitée en B), après quoi le patient revient en A.

Dans ces conditions, le séjour en A n'est pas clos administrativement, il est *suspendu*. En d’autres termes, la réalisation de l'acte en B intervient sans interruption de l’hospitalisation en A.

Création d’un nouveau code de provenance

Un séjour en unité de surveillance continue ne donne lieu à valorisation que sous réserve de répondre à certaines conditions, parmi lesquelles figure le transfert à partir d’une unité de réanimation.

À ce jour, lorsque cette unité de réanimation n’est pas située dans le même établissement que l’unité de surveillance continue, la notion de « transfert à partir d’une unité de réanimation » ne peut pas être prise en compte dans le RSS du second établissement, et le séjour en surveillance continue ne donne donc pas lieu au paiement des suppléments journaliers.

Pour résoudre la difficulté, il est créé **un nouveau code « R » de provenance** pour les patients transférés depuis l’unité de réanimation d’un autre établissement.

L’association du code « R » au code « 0 » ou au code « 7 » (transfert provisoire ou définitif) du mode d’entrée permettra de reconnaître ces situations.

Destination

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code | Libellé | Description |
| En cas de sortie par mutation ou transfert (définitif ou provisoire) | | |
| 1 | Vers une unité de MCO | Dans le cas d’un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d’un RSS unique. En conséquence, lorsque l’unité médicale de sortie est différente de celle de réadmission, le mouvement enregistré entre les deux est une mutation à destination de MCO. |
| 3 | Vers une unité de soins de longue durée |  |
| 4 | Vers une unité de psychiatrie |  |
| 6 | Vers l’hospitalisation à domicile |  |
| En cas de sortie vers le domicile | | |
| 7 | Vers une structure d'hébergement médicosociale | Une absence provisoire du patient dite permission n’est pas à considérer comme une sortie, elle ne doit pas faire clore le RUM. Dans son cas, les dates d’entrée et de sortie indiquées dans le RUM sont celles du début et de la fin du séjour dans l’unité médicale au cours duquel la permission a eu lieu. Sa durée maximale est de quarante-huit heures |

## Annexe 5. Référentiel « Types d’autorisation ou de reconnaissance contractuelle de l’unité médicale »

Cf. <http://www.atih.sante.fr/refonte-sae-2013-um-finess-geographique>

## Annexe 6. Référentiel «  Activité d’un acte CCAM »

Il est important de souligner que le code Activité n’indique en rien la spécialité de l’acteur, mais la nature du geste qu’il effectue dans le cadre de la réalisation de l’acte global décrit par le libellé.

|  |  |
| --- | --- |
| Code | Description |
| 1 | Un seul intervenant prend la totalité de l’acte en charge |
| 1, 2, 3 | Lorsque, dans les règles de l’art, un acte impose la collaboration de plusieurs praticiens, habituellement de disciplines différentes (actes à plusieurs équipes), la prestation de chacune des équipes est repérée par le code Activité adéquat :   * pour les actes imposant habituellement une anesthésie générale ou locorégionale (actes de type * chirurgical), le geste opératoire est repéré par le code Activité 1. pour les actes où la règle de l’art impose la collaboration de plusieurs praticiens pour la réalisation même du geste principal, le libellé de l’acte est subdivisé en autant de sous libellés que d’équipes obligatoires ; le code Activité correspondant est inscrit en face de chacun d’eux. |
| 4 | Pour les actes imposant habituellement une anesthésie générale ou locorégionale (actes de type chirurgical), le geste d’anesthésie par le code Activité 4.  Il ne peut pas être utilisé pour coder une anesthésie locale, ou une anesthésie tronculaire ou radiculaire d’un nerf intrabuccal (par exemple, anesthésie du nerf alvéolaire inférieur) |
| 5 | surveillance d’une CEC |

## Annexe 7. Numéro anonyme mère-enfant

### Etablissement Public :

La variable « N° anonyme mère-enfant » du fichier ANO est le résultat du cryptage d’un « N° Anonyme » (variable du fichier ANO-HOSP). Il est renseigné et calculé selon la présence de la variable « N° administratif de séjour de la mère » dans l’enregistrement ANO-HOSP et de l’existence de celui-ci en tant que « N° d’identification administratif de séjour » au niveau du fichier ANO-HOSP.

* Si la variable « N° administratif de séjour de la mère » n’est pas renseignée au niveau de l’enregistrement ANO-HOSP du séjour  
  => la variable de l’enregistrement ANO du séjour est laissée à blanc (32 caractères espace)
* Pour le séjour d’une femme de plus de 10 ans dont son « N° d’identification administratif de séjour » est indiqué au moins une fois dans la variable « N° administratif de séjour de la mère » au niveau du fichier ANO-HOSP  
  => la variable « N° anonyme mère-enfant » de l’enregistrement ANO de ce séjour est le résultat du cryptage du « N° anonyme » de la patiente. Ce résultat est une chaîne de 32 caractères.
* Si la variable « N° administratif de séjour de la mère » est renseignée et qu’elle correspond à un « N° d’identification administratif de séjour » au niveau du fichier ANO-HOSP  
  => la variable « N° anonyme mère-enfant » de l’enregistrement ANO du séjour correspondant est le résultat d’un cryptage du « N° anonyme » affilié au « N° administratif de séjour de la mère ». Ce résultat est une chaîne de 32 caractères.
* Si la variable « N° administratif de séjour de la mère » est renseignée mais qu’elle ne correspond à aucun « N° d’identification administratif de séjour » dans le fichier ANO-HOSP  
  => la variable « N° anonyme mère-enfant » de l’enregistrement ANO du séjour est indiquée comme suit : « ABABABABABABABABABABABABABABABAB »

### Etablissement privé

La variable « N° anonyme mère-enfant » du fichier ANO est le résultat du cryptage d’un « N° Anonyme » (variable cryptée calculée à partir des informations du patient d’un enregistrement RSF-A d’une facture). Il est calculé à partir de la variable « N° de facture du séjour de la mère » du RSF-A de la facture de l’enfant. Cette variable fournit la correspondance avec la facture de la mère.

* Si la variable « N° de facture du séjour de la mère » n’est pas renseignée au niveau du RSF-A  
  => la variable de l’enregistrement ANO du séjour est laissée à blanc (32 caractères espace)
* Pour le séjour d’une femme de plus de 10 ans dont son « N° de facture» est indiqué dans au moins un RSF-A dans le champ « N° de facture du séjour de la mère »  
  => la variable « N° anonyme mère-enfant » de l’enregistrement ANO de ce séjour est le résultat du cryptage du « N° anonyme » de la patiente. Ce résultat est une chaîne de 32 caractères
* Si la variable « N° de facture du séjour de la mère » est renseignée et qu’elle correspond à un « N° de facture » au niveau du RSF-A  
  => la variable « N° anonyme mère-enfant » de l’enregistrement ANO du séjour correspondant est le résultat d’un cryptage du « N° anonyme » de la mère. Ce résultat est une chaîne de 32 caractères.
* Si la variable « N° de facture du séjour de la mère » est renseignée mais qu’elle ne correspond à aucun « N° de facture » dans le RSF-A  
  => la variable « N° anonyme mère-enfant » de l’enregistrement ANO du séjour est indiquée comme suit : « ABABABABABABABABABABABABABABABAB »

## Annexe 8. Référentiel « Extensions documentaires »

|  |  |
| --- | --- |
| Code | Libellé |
| 01 | anesthésie générale |
| 02 | anesthésie locorégionale péridurale ou épidurale |
| 03 | anesthésie locorégionale subarachnoïdienne [rachianesthésie] |
| 04 | anesthésie locorégionale plexique ou tronculaire |
| 05 | anesthésie locorégionale intraveineuse |
| 06 | anesthésie générale avec anesthésie locorégionale |
| 07 | Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la topographie artérielle abdominale :   |  |  | | --- | --- | | A | tronc cœliaque | | B | artère gastrique gauche | | C | artère hépatique commune | | D | artère splénique | | E | artère mésentérique supérieure | | F | artère mésentérique inférieure | |
| 08 | Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la topographie artérielle au membre inférieur :   |  |  | | --- | --- | | A | artère fémorale | | B | artère profonde de la cuisse [artère fémorale profonde] | | C | artère poplitée | | D | artère tibiale antérieure | | E | artère tibiale postérieure | |
| 09 | Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser le mode de drainage des voies excrétrices :   |  |  | | --- | --- | | A | avec drainage par sonde de néphrostomie | | B | avec drainage par sonde urétérale | |
| 10 | Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la topographie artérielle au membre supérieur :   |  |  | | --- | --- | | A | artère subclavière en aval de l'ostium de l'artère vertébrale | | B | artère axillaire | | C | artère humérale | | D | artère radiale | | E | artère ulnaire | |
| 11 | Les subdivisions suivantes, données à titre facultatif, peuvent être utilisées avec les codes marqués d'un symbole distinctif pour préciser la modalité de contrôle au cours d'une irradiation externe :   |  |  | | --- | --- | | A | contrôle du centrage des champs d'irradiation externe [contrôle balistique] | | B | contrôle de la dose d'irradiation externe reçue [dosimétrie in vivo], par faisceau | | C | contrôle de la dose d'irradiation externe reçue [dosimétrie in vivo], par thermoluminescence | | D | contrôle des paramètres de la machine d'irradiation externe | |

## Annexe 9. Référentiel « Modificateur »

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation.

Il s'applique à une liste précise d'actes.

Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés.

L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte.

Quatre modificateurs au plus peuvent être codés.   
Les codes P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

[Annexe 27 Cahier des charges NOEMIE juin 2012](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CDC_NOEMIE_OC_Version_de_juin_2012.pdf)

|  |  |
| --- | --- |
| Code | modificateur LIBELLE |
| 6 | REALISATION D'UNE INTERVENTION POUR GLAUCOME, CATARACTE, DECOLLEMENT DE RETINE OU GREFFE DE CORNEE PORTANT SUR UN OEIL AYANT DEJA SUBI UNE DE CES MEMES INTERVENTIONS, A L'EXCLUSION DE IMPLANTATION, ABLATION OU REPOSITIONNEMENT DE CRISTALLIN ARTIFICIEL |
| 6 | INTERVENTION ITERATIVE SUR LES VOIES BILIAIRES |
| 6 | INTERVENTION ITERATIVE SUR LES VOIES URINAIRES |
| 7 | MAJORATION POUR PRESENCE PERMANENTE DU MEDECIN ANESTHESISTE DURANT TOUTE L'INTERVENTION |
| 8 | ANESTHESIE D'UNE INTERVENTION POUR GLAUCOME, CATARACTE, DECOLLEMENT DE RETINE OU GREFFE DE CORNEE PORTANT SUR UN OEIL AYANT DEJA SUBI UNE DE CES MEMES INTERVENTIONS, A L'EXCLUSION DE IMPLANTATION, ABLATION OU REPOSITIONNEMENT DE CRISTALLIN ARTIFICIEL |
| 8 | ANESTHESIE POUR INTERVENTION ITERATIVE SUR LES VOIES BILIAIRES |
| 8 | ANESTHESIE POUR INTERVENTION ITERATIVE SUR LES VOIES URINAIRES |
| A | REALISATION D'UNE ANESTHESIE GENERALE OU LOCOREGIONALE CHEZ UN PATIENT DE MOINS DE 4 ANS OU DE PLUS DE 80 ANS |
| B | MAJORATION DU TARIF POUR ACTE DE RADIOGRAPHIE REALISE AU BLOC OPERATOIRE, EN UNITE DE REANIMATION OU AU LIT DU PATIENT INTRANSPORTABLE |
| C | REALISATION D'UNE RADIOGRAPHIE COMPARATIVE |
| D | MAJORATION DU TARIF POUR ACTE DE CONTROLE RADIOGRAPHIQUE DE SEGMENT DE SQUELETTE IMMOBILISE PAR CONTENTION RIGIDE |
| E | REALISATION D'UN ACTE DE RADIOGRAPHIE CONVENTIONNELLE OU DE SCANOGRAPHIE CHEZ UN PATIENT DE MOINS DE 5 ANS |
| F | ACTE REALISE EN URGENCE UN DIMANCHE OU UN JOUR FERIE |
| G | REALISATION D'UNE INTERVENTION POUR GLAUCOME, CATARACTE, DECOLLEMENT DE RETINE OU GREFFE DE CORNEE CHEZ UN PATIENT DE MOINS DE 1 AN |
| G | EXTRACTION D'UN CORPS ETRANGER OESOPHAGIEN OU BRONCHIQUE CHEZ UN PATIENT DE MOINS DE 3 ANS |
| G | REALISATION D'UN ACTE DE MEDECINE NUCLEAIRE CHEZ UN PATIENT DE MOINS DE 3 ANS |
| H | MODIFICATEUR NUMERIQUE POUR RADIOTHERAPIE, NIVEAU 1 |
| J | MAJORATION TRANSITOIRE DE CHIRURGIE |
| K | MAJORATION FORFAIT MODULABLE POUR LES ACTES AYANT DROIT AU MODIFICATEUR J |
| L | MAJORATION POUR TRAITEMENT D'UNE FRACTURE OU D'UNE LUXATION OUVERTE |
| M | MAJORATION POUR SOINS D'URGENCE FAITS AU CABINET DU MEDECIN GENERALISTE OU DU PEDIATRE, APRES EXAMEN EN URGENCE D'UN PATIENT |
| P | ACTE REALISE EN URGENCE PAR LES PEDIATRES ET OMNIPRATICIENS DE 20 HEURES A 0 HEURE ET DE 6 HEURES A 8 HEURES |
| Q | MODIFICATEUR NUMERIQUE POUR RADIOTHERAPIE, NIVEAU 2 |
| R | REALISATION D'UN ACTE DE CHIRURGIE PLASTIQUE DES TEGUMENTS DE LA FACE, DU COU, DE LA MAIN ET DES DOIGTS, OU D'UN ACTE SUR DES PLAIES OU BRULURES DE LA FACE OU DES MAINS |
| S | ACTE REALISE EN URGENCE PAR LES PEDIATRES ET LES MEDECINS GENERALISTES OU ACTE THERAPEUTIQUE REALISE EN URGENCE SOUS ANESTHESIE GENERALE OU LOCOREGIONALE PAR LES AUTRES MEDECINS, LA NUIT DE 00H A 06H |
| U | ACTE REALISE EN URGENCE PAR LES MEDECINS AUTRES QUE PEDIATRES ET OMNIPRATICIENS, LA NUIT ENTRE 20 HEURES ET 8 HEURES |
| V | MODIFICATEUR NUMERIQUE POUR RADIOTHERAPIE, NIVEAU 3 |
| Q | MODIFICATEUR NUMERIQUE POUR RADIOTHERAPIE, NIVEAU 2 |
| V | MODIFICATEUR NUMERIQUE POUR RADIOTHERAPIE, NIVEAU 3 |
| W | MODIFICATEUR NUMERIQUE POUR RADIOTHERAPIE, NIVEAU 4 |

## Annexe 10. Référentiel « Association non prévue »

Lorsqu'un médecin associe deux actes cotés en CCAM, et que cette association n'existe pas en CCAM, il doit mentionner un « code association » qui précise les modalités de tarification de chaque acte.

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée.   
L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur

|  |  |
| --- | --- |
| Code | Description |
| blanc |  |
| 1 | l'acte est tarifé à 100 % |
| 2 | l'acte est tarifé à 50 % |
| 3 | l'acte est tarifé à 75 % Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur. |
| 4 | actes spécifiques (actes de radiologie conventionnelle y compris les suppléments autorisés avec ces actes et le guidage radiologique peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes de radiologie). Tous les actes de l'association sont tarifés à 100 % |
| 5 | Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical.  Les actes sont tarifés à 100 % |

*Quand un acte de la CCAM est associé à un acte de la NGAP, aucun code association ne doit être noté.*Pour l’emploi de ce code, les utilisateurs se reporteront aux indications fournies avec les [différentes versions de la CCAM](http://www.atih.sante.fr/les-versions-de-la-ccam).

# Texte(s) de référence

[GUIDE MÉTHODOLOGIQUE](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sts_20120006_0001_p000.pdf) DE PRODUCTION DES INFORMATIONS RELATIVES À

L’ACTIVITÉ MÉDICALE ET À SA FACTURATION EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE ET ODONTOLOGIE.

[MANUEL DES GHM VERSION COMPLETE](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bos/2013/sts_20130005_0002_p000.pdf)

[MANUEL DU LOGICIEL GENRSA](http://dl2-atih.atih.sante.fr/0/11/1352/manuel_genrsa.pdf)

[MANUEL DU LOGICIEL AGRAF](http://dl2-atih.atih.sante.fr/0/2/1335/manuel_agraf.pdf)

[MANUEL DU LOGICIEL MAGIC](http://dl2-atih.atih.sante.fr/MCL/7/1156/manuel_magic.pdf)

[CAHIER DES CHARGES NORME B2 JUIN 2005 et ANNEXES](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/documentation-technique/norme-b2/index.php)

[GUIDE DE LECTURE ET CODAGE DE LA CCAM](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0003200020FF)

[NOTICE TECHNIQUE (Nouveautés pour 2013 du PMSI)](http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2013-0)

[TARIFICATION A L’ACTIVITE MCO (T2A)](http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0001000021FF)

[REFERENTIEL DES ACTES BHN ET PHN](http://www.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R300/rubrique.jsp)