
PAPRICA

HAD Publique (Ex-DGF)

Manuel d'utilisation

Version 1.12.x.x

En cas de problème :

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

Sommaire

SOMMAIRE	2
1 PRESENTATION GENERALE	4
2 FONCTIONNALITES	6
2.1 PARAMETRAGE MANUEL DE PAPRICA	6
2.2 FENETRE PRINCIPALE	7
2.3 PERIODE DE TRAITEMENT	8
2.4 TRAITEMENT LAMDA-HAD	8
2.5 FICHIERS COMPLEMENTAIRES (FICHCOMP)	9
2.6 LES CONVENTIONS ESHAD-ESMS	9
2.6.1 La saisie des conventions ESHAD et ESMS	10
2.6.2 Le traitement de l'activité HAD en EPHA par PAPRICA	13
2.7 LANCEMENT	14
2.7.1 Contrôles préliminaires	14
2.7.2 Contrôles complémentaires	15
2.7.3 Anonymisation et réalisation du chaînage des données	18
2.7.4 Traitement des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT	18
2.8 MENUS	19
2.8.1 Visualisation	19
2.8.2 Le menu « ? »	21
2.9 EXPORT	23
2.10 QUITTER LE PROGRAMME	24
2.11 SAUVEGARDE	25
3 TRANSMISSION ET TRAITEMENT DES DONNEES SUR E-PMSI : MODE D'EMPLOI	27
3.1 PAPRICA	27
3.2 E-PMSI	29
4 TRAITEMENT LAMDA-HAD	31
4.1 PRESENTATION GENERALE DE LAMDA-HAD (DONNEES 2014)	31
4.2 LES FICHIERS D'ENTREE DE TRAITEMENT DE LAMDA-HAD	32
4.2.1 Les formats des fichiers pour le traitement LAMDA-HAD	32
4.3 LES FICHIERS DE SAUVEGARDE DU M12 2014	33
4.3.1 Reconstituer les fichiers de sauvegarde	33
4.4 L'INTERFACE PRINCIPALE DE LAMDA-HAD	34
4.4.1 Fichier de signature du traitement du M12 2014	34
4.4.2 Emplacement des fichiers de sauvegarde LAMDA-HAD M12 2014 (données 2013)	35
4.4.3 Les menus de la fenêtre LAMDA-HAD	35
4.4.4 Les boutons de la fenêtre de traitement	35
4.4.5 Récupération du fichier de signature	35
4.5 PRECISION SUR LE TRAITEMENT DU FICHIER MEDICAMENTS	37
4.6 PRECISION SUR LE TRAITEMENT DU FICHIER MEDICAMENTS ATU	37
4.7 LA TRANSMISSION DES DONNEES SUR E-PMSI	37
5 SUPPORT TECHNIQUE	38
6 LE MANUEL D'UTILISATION	38

7	LA PLATE-FORME AGORA	39
8	PAR MAIL	39
9	PAR TELEPHONE	39
10	ANNEXES	40
10.1	ANNEXE 1 : CONFIGURATION MINIMALE REQUISE	41
10.2	ANNEXE 2 : PARAMETRAGE DE LA TRANSMISSION E-PMSI	42
10.3	ANNEXE 3 : INFORMATIONS SUR LE CHAINAGE	47
10.3.1	<i>Présentation générale</i>	47
10.3.2	<i>Problème de calcul d'intégrité sur ANO-HOSP</i>	48
10.3.3	<i>Doublons sur le n° administratifs dans ANO-HOSP</i>	48
10.3.4	<i>Association entre patients et séjours</i>	49
10.3.5	<i>Détection de l'unicité du couple {patient, n° de séjour}</i>	49
10.3.6	<i>Association des patients aux RPSS</i>	49
10.4	ANNEXE 4 : LES CONTROLES ET LES CODES RETOUR PAPRICA	51
10.4.1	<i>L'ensemble des contrôles réalisés par PAPRICA est synthétisé dans la figure ci-dessous : 51</i>	
10.4.2	<i>Les erreurs bloquantes</i>	52
10.4.3	<i>Les erreurs non bloquantes</i>	63
10.5	ANNEXE 5 : LES FORMATS	65
10.5.1	<i>Format de RPSS non groupé H09</i>	65
10.5.2	<i>Format de RPSS groupé H19</i>	68
10.5.3	<i>Format de RPSS non groupé H07</i>	71
10.5.4	<i>Format de RPSS groupé H17</i>	74
10.5.5	<i>Format ANO-HOSP pour V010</i>	77
10.5.6	<i>Format ANO-HOSP pour V009 (Utilisé par LAMDA-HAD)</i>	79
10.5.7	<i>Format des fichiers complémentaires</i>	81
10.5.8	<i>Format du fichier HOSP-PMSI</i>	81
10.5.9	<i>Format d'importation du fichier des Conventions ESHAD-ESMS</i>	82
10.5.10	<i>Formats des RAPSS (H27) et (H29)</i>	83
10.5.11	<i>Fichier de chaînage (ANO)</i>	88
10.5.12	<i>Fichier de chaînage (ANO) (Utilisé par LAMDA-HAD)</i>	91
10.5.13	<i>Formats des fichiers de contrôles en sortie</i>	94
10.5.14	<i>Formats des fichiers complémentaires de sortie</i>	95

1 Présentation générale

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

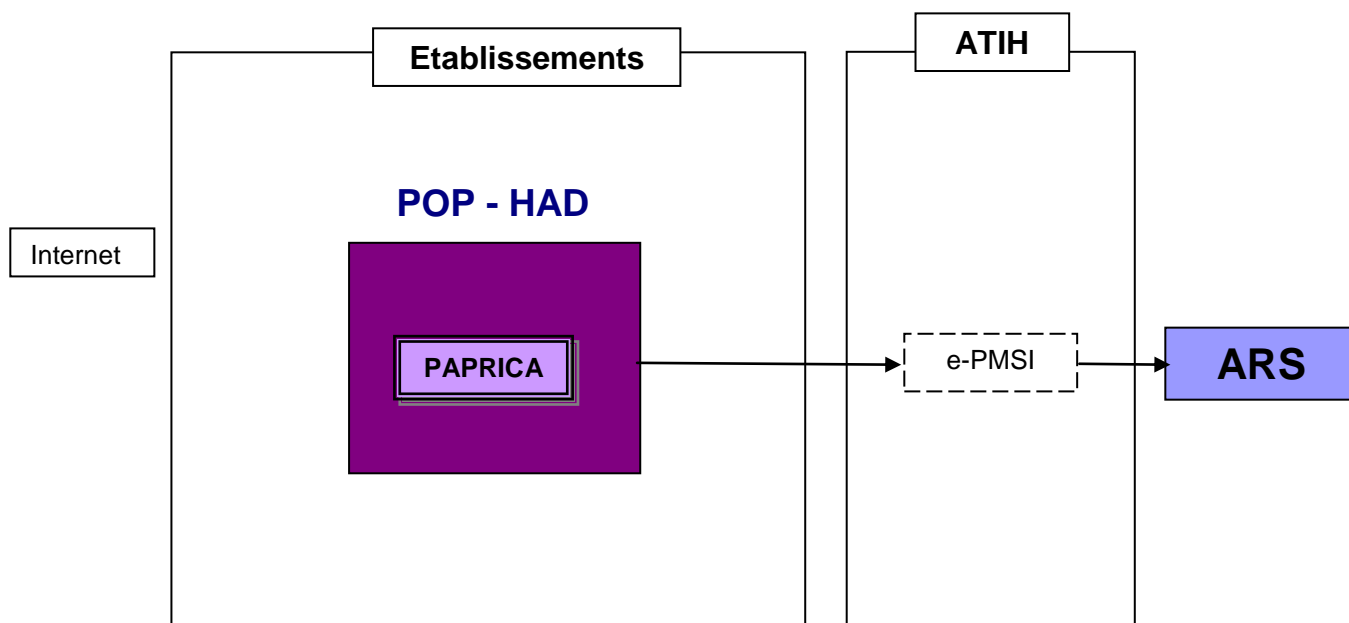
- permettre aux établissements de facturer les journées de prise en charge à l'Assurance Maladie, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) des établissements d'HAD,
- disposer, à l'échelon régional et à l'échelon national, d'informations statistiques sur certaines caractéristiques des patients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

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

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

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

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



2 Fonctionnalités

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

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

2.1 Paramétrage manuel de PAPRICA

PAPRICA permet d'effectuer un paramétrage du répertoire de travail et/ou de sauvegarde pour l'ensemble des utilisateurs.

Ce paramétrage manuel de PAPRICA permet d'indiquer l'emplacement du répertoire de travail et éventuellement l'emplacement du répertoire de sauvegarde.

Pour procéder à ce paramétrage, il vous suffit de renommer le fichier, du répertoire d'installation de PAPRICA, « allusers.txt » en « allusers.par ». Le changement de l'extension de ce fichier de .txt en .par permet sa prise en compte par PAPRICA, après redémarrage de l'application.

Le contenu par défaut de ce fichier allusers.txt est le suivant :

```
[Param]
RepTravail=C:\ATIH\Paprica
RepSauvegarde=
```

Vous pouvez modifier l'emplacement du répertoire de travail (RepTravail), en respectant la syntaxe utilisée. Il est possible de renseigner un lecteur réseau. Vous pouvez également indiquer un répertoire de sauvegarde indépendamment du répertoire de travail. Cependant, vous ne pouvez pas renseigner uniquement un répertoire de sauvegarde. Par défaut, sans indication du répertoire de sauvegarde, les sauvegardes sont enregistrées dans le dossier sauvegarde du répertoire de travail.

Attention : les répertoires indiqués dans ce fichier doivent être en accès lecture/écriture pour tous les utilisateurs de PAPRICA.

2.2 Fenêtre principale

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

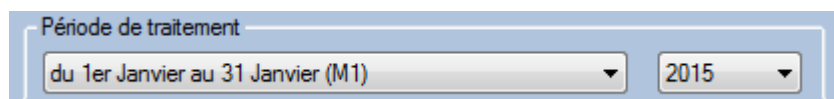
La barre d'état affiche le descriptif du traitement en cours.

NOTE :

Le numéro FINESS affiché correspond au numéro FINESS d'inscription ePMSI. PAPRICA détermine cette information par l'analyse de la première ligne du fichier de RPSS.

2.3 Période de traitement

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



IMPORTANT :

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

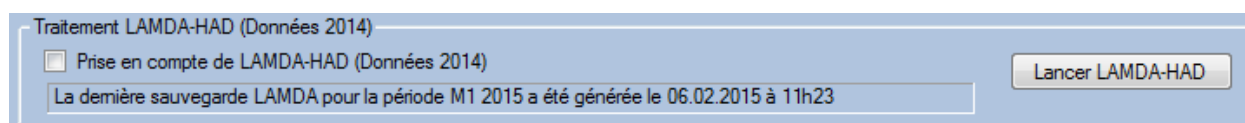
ATTENTION :

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

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

2.4 Traitement LAMDA-HAD

Depuis le mois de janvier 2014, le traitement LAMDA-HAD est intégré à PAPRICA.



Les données générées par LAMDA-HAD sont éventuellement exportées ou envoyées à ePMSI en même temps que celles de PAPRICA et uniquement par ce biais.

La case à cocher « Prise en compte de LAMDA-HAD (Données 2014) » permet de choisir la prise en compte des données LAMDA-HAD dans l'export ou l'envoi sur ePMSI de PAPRICA.

Un message d'information permet de connaître la date et l'heure de la dernière génération des données LAMDA-HAD pour le FINESS, l'année et la période sélectionnés.

Le bouton « Lancer LAMDA-HAD » permet d'ouvrir la fenêtre de traitement de LAMDA-HAD sur les données 2014.

2.5 Fichiers complémentaires (FICHCOMP)

Fichiers FICHCOMP

Options

- ☒ Je ne déclare pas de médicaments ATU
- ☐ Je déclare des médicaments MED et ATU mais je n'ai qu'un fichier
- ☐ J'ai deux fichiers pour distinguer les deux types de médicaments

Nom du fichier médicaments (MED hors ATU)

Nom du fichier médicaments (ATU)

3 options permettent éventuellement de saisir des médicaments ATU :

1. L'option « **Je ne déclare pas de médicaments ATU** » permet de déclarer éventuellement des médicaments de type MED. Si toutes fois, des médicaments de type ATU se trouvent dans le fichier destiné aux médicaments de type MED alors ils seront ignorés.
2. L'option « **Je déclare des médicaments MED et ATU mais je n'ai qu'un fichier** » permet de déclarer à la fois des médicaments de type MED et de type ATU dans un fichier unique à renseigner dans la zone « **Nom du fichier médicaments (MED dont ATU)** ».
3. L'option « **J'ai deux fichiers pour distinguer les deux types de médicaments** » permet de déclarer à la fois des médicaments de type MED et de type ATU dans 2 fichiers distincts à renseigner respectivement dans les zones « **Nom du fichier médicaments (MED hors ATU)** » et « **Nom du fichier médicaments ATU** ». Si toutes fois, des médicaments de type ATU se trouvent dans le fichier destiné aux médicaments de type MED alors ils seront ignorés.

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

2.6 Les conventions ESHAD-ESMS

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

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

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

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

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

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

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

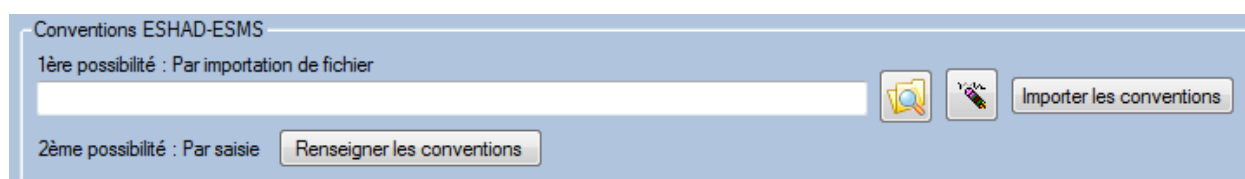
<http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E00012FF>

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

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

2.6.1 La saisie des conventions ESHAD et ESMS

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



Interface pour la gestion des conventions

PAPRICA permet de gérer les conventions de deux manières :

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

ATTENTION :

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

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

- Cohérence du N° FINESS
- Code forfait de soins renseigné à 0 ou 1 (0 – Sans forfait de soins ou Etablissement Social et 1 – Avec forfait de soins ou Etablissement Médico-Social)
- Code du type d'établissement (Facultatif en M1 et M2 2015)
- Format des dates de début et de fin de convention (JJMMAAAA)
- Contrôle de non-superposition des périodes pour un même N° FINESS (une convention ne peut être comprise dans l'intervalle des dates saisies pour une autre convention, concernant un N° FINESS identique)

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

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

Visualisation

Numéro FINESS ESHAD ou ESMS* 710010125 (* : zone obligatoire)

Code forfait soins EHPA* 1 - Avec forfait de soins ou Etab. Médico-Social

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

Type d'établissement 08 - Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés

Date de début de la convention* 24082010 (* : au format jjmmaaaa)

Date de fin de la convention

	Finess	Forfait soins	Type établissement	Date de début	Date de fin
▶	710010125	1	08	24082010	
*					

Mettre à jour

Ajouter

Supprimer

Annuler Validation

Fenêtre de saisie et de contrôle d'import des conventions

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

ATTENTION: Toute modification est directement enregistrée en base de données

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

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

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

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

2.6.2 Le traitement de l'activité HAD en EPHA par PAPRICA

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

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

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

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

2.7 Lancement

A rectangular button with a blue border and the word "Lancement" in black text.**ATTENTION :**

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

IMPORTANT :

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

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

2.7.1 Contrôles préliminaires

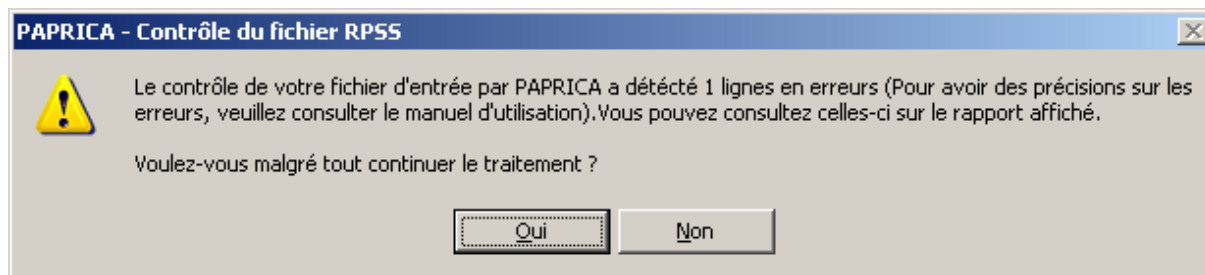
Les contrôles réalisés à ce stade sont les suivants :

- [FINESS PMSI INCONNU] : Le numéro de FINESS ePMSI du RPSS n'est pas connu dans le référentiel des FINESS.
- [FINESS GEOGRAPHIQUE NON RATTACHE] : Le numéro de FINESS géographique n'a pas de correspondance avec le numéro de FINESS ePMSI dans le référentiel des FINESS.
- [LONGUEUR INCORRECTE] : la longueur du RPSS ne correspond pas à celle prévue par le format ;
- [FINESS INCOHERENT] : le numéro FINESS du RPSS ne correspond pas à celui qui est affiché dans la barre des titres. Il correspond au numéro FINESS d'inscription ePMSI. PAPRICA détermine cette information par l'analyse de la première ligne du fichier de RPSS ;
- [CARACTERE ILLICITE] : un caractère non autorisé est présent dans le RPSS ;
- [HORS PERIODE] : le RPSS n'appartient pas à la période de traitement déclarée.

ATTENTION :

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

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



2.7.2 Contrôles complémentaires

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

NOTE : le classement en erreurs bloquantes ne s'appliquera qu'aux RPSS dont la date de fin est postérieure au 28/02/2015. Autrement dit, ces erreurs ne seront que des alertes pour les RPSS des mois de janvier et février.

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

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

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

ATTENTION :

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

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

S600 : IPP différent de la référence

S601 : Date de naissance différente de la référence

S602 : Sexe différent de la référence

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

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

S605 : Date de sortie du séjour différente de la référence

S606 : Mode de sortie/destination différent de la référence

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

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

ATTENTION :

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

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

S650 : Date de début de séquence différente de la référence

S651 : Date de fin de séquence différente de la référence

S652 : MPP différent de la référence

S653 : MPA différent de la référence

S654 : IK différent de la référence

S655 : score AVQ différent de la référence

2.7.2.3 Contrôle de cohérence des enchaînements

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

E700 : Incohérence dans la numérotation du n° de séquence

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

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

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

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

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

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

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

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

2.7.2.4 Autres contrôles de cohérence du recueil :

Il s'agit des codes erreurs suivants :

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

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

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

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

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

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

Remarques :

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

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

2.7.3 Anonymisation et réalisation du chaînage des données

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

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

2.7.4 Traitement des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT

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

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

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

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

2.8 Menus

2.8.1 Visualisation

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

Les fichiers de compte-rendu sont les suivants :

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

NOTES :

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

- FINESS
- Période
- Mois
- N° de séjour HAD
- N° de séquence
- N° de sousséquence
- Nombre d'erreurs

- Code(s) erreur(s)

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

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

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

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

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

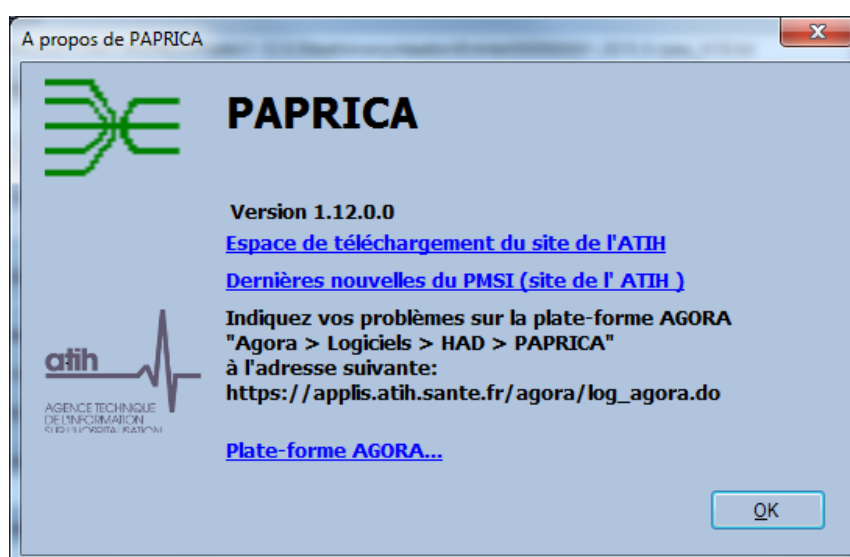
- Groupage PAPRICA : code retour
- Groupage PAPRICA : n° du GHPC
- Groupage PAPRICA : nombre de zones tarifaires (1 à 4)
- Groupage PAPRICA : n° du GHT
- Groupage PAPRICA : nombre de jours
- ...
- Groupage PAPRICA : n° du GHT
- Groupage PAPRICA : nombre de jours

2.8.2 Le menu « ? »

2.8.2.1 Le menu « A propos »

Cette fenêtre permet de :

- Connaître la version de PAPRICA,
- Donner le lien vers l'espace de téléchargement des logiciels de l'ATIH et notamment pour une mise à jour de PAPRICA,
- Donner le lien vers le site de l'ATIH,
- Donner le lien vers le forum AGORA.



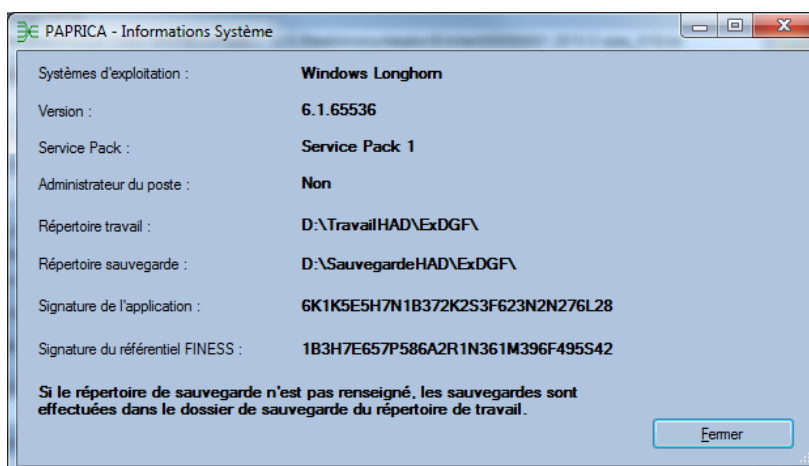
2.8.2.2 Le menu « Manuel d'utilisation »

Le manuel d'utilisation de PAPRICA peut être consulté au format PDF.

2.8.2.3 Le menu « Infos système et paramétrage »

Cette fenêtre permet de :

- Connaître le système d'exploitation,
- Connaître la version du système d'exploitation,
- Connaître le service pack du système d'exploitation,
- Connaître si l'utilisateur est administrateur de son poste,
- Connaître le répertoire de travail,
- Connaître le répertoire de sauvegarde,
- Connaître la signature de l'application,
- Connaître la signature du référentiel finess.



2.9 Export

IMPORTANT :

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

PAPRICA offre deux possibilités d'exportation :

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

REMARQUE :

Les sauvegardes issues du traitement PAPRICA seront générées uniquement par l'une de ces 2 actions d'export. Ceci afin de pouvoir prendre en compte ou non un traitement LAMDA sans avoir à relancer le traitement PAPRICA.

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

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

REMARQUE :

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

Exemple : N° FINESS 999999999, Période de transmission M3, Année de transmission 2015. Le fichier exporté « ANO-RAPSS » sera nommé 999999999.2015.3.ano_rapss.zip

Les fichiers contenus dans l'export sont les suivants :

- le fichier de contrôle « ***data.mnf*** » (cf. avertissement ci-dessous) ;
- le fichier de contrôle « ***desc.mnf*** » (cf. avertissement ci-dessous) ;
- le fichier de contrôle « ***desc.xml*** » (cf. avertissement ci-dessous) ;
- un fichier zippé portant l'extension « ***data .zip*** » contenant les fichiers ci-dessous :
 - le fichier de RAPSS qui porte l'extension « ***.rapss*** » (cf. format en annexe 5) ;

- le fichier de chaînage qui porte l'extension « **.ano** » (cf. format en annexe 5) ;
- le fichier de chaînage qui porte l'extension « **.sta** » (cf. format en annexe 5) ;
- le fichier de la liste des erreurs de génération qui porte l'extension « **.leg** » (comprenant les erreurs de groupage et de séquençement) ;
- éventuellement, le fichier d'export portant l'extension « **.ehpa** » si vous avez saisi des conventions HAD-EHPA (cf format en annexe 5 « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).
- éventuellement, le fichier portant l'extension « **.med** » si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Médicaments » des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT, (cf format en annexe 5 « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).
- éventuellement, le fichier portant l'extension « **.medatu** » si vous avez renseigné le fichier complémentaire « Médicaments ATU » des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des GHT, (cf format en annexe 5 « Formats des fichiers de sortie supplémentaires »).

AVERTISSEMENT :

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

2.10 Quitter le programme

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

2.11 Sauvegarde

A partir du mois de janvier 2014, les sauvegardes ne sont plus générées dans le répertoire « sauvegarde » du répertoire d'installation mais dans le répertoire « sauvegarde » de :

- C:\Documents and Settings\<nom de compte>\Application Data\atih\PapricaExDGF2015 (Windows XP)
- C:\Users\<nom de compte>\AppData\Roaming\atih\PapricaExDGF2015 (Windows Vista, Windows 7 et windows 8)

Le répertoire de sauvegarde est paramétrable manuellement (cf paragraphe « Paramétrage manuel de PAPRICA »). Si aucun paramétrage manuel n'est fait alors c'est le répertoire par défaut, cité ci-dessus, qui est utilisé.

Cette sauvegarde est composée de deux fichiers au format compressé (.zip), au nom composé comme suit :

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

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

[FINESS].[Année].[Mois].[extension]

Chaque [extension] correspond à un type de fichier:

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

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

RAPPEL :

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

En pratique, il faut sauvegarder le contenu du dossier de sauvegarde. Par défaut, le chemin du dossier de sauvegarde est le suivant :

- C:\Documents and Settings\<nom de compte>\Application Data\atih\PapricaExDGF2015\sauvegarde (Windows XP)
- C:\Users\<nom de compte>\AppData\Roaming\atih\PapricaExDGF2015\sauvegarde (Windows Vista, Windows 7 et windows 8)

Ou le répertoire de sauvegarde paramétré manuellement dans le fichier « allusers.par ».

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

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

Si vous avez rencontré des problèmes d'installation, veuillez vérifier que votre installation remplit bien les conditions minimales (cf. annexe 1).

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

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

3.1 PAPRICA

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

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

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

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

5) Pour le fichier HOSP-PMSI, vous avez deux possibilités :

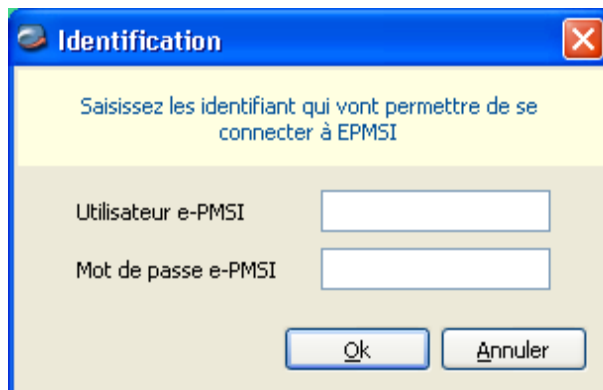
- soit utiliser un fichier HOSP-PMSI (cf. format en annexe). Dans ce cas, indiquer son chemin d'accès en utilisant le bouton [...] en face de la zone et cocher la case « *Utilisation d'un fichier HOSP-PMSI* » ;
- soit ne pas utiliser le fichier HOSP-PMSI ; vous devez alors décocher la case « *Utilisation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

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

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

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

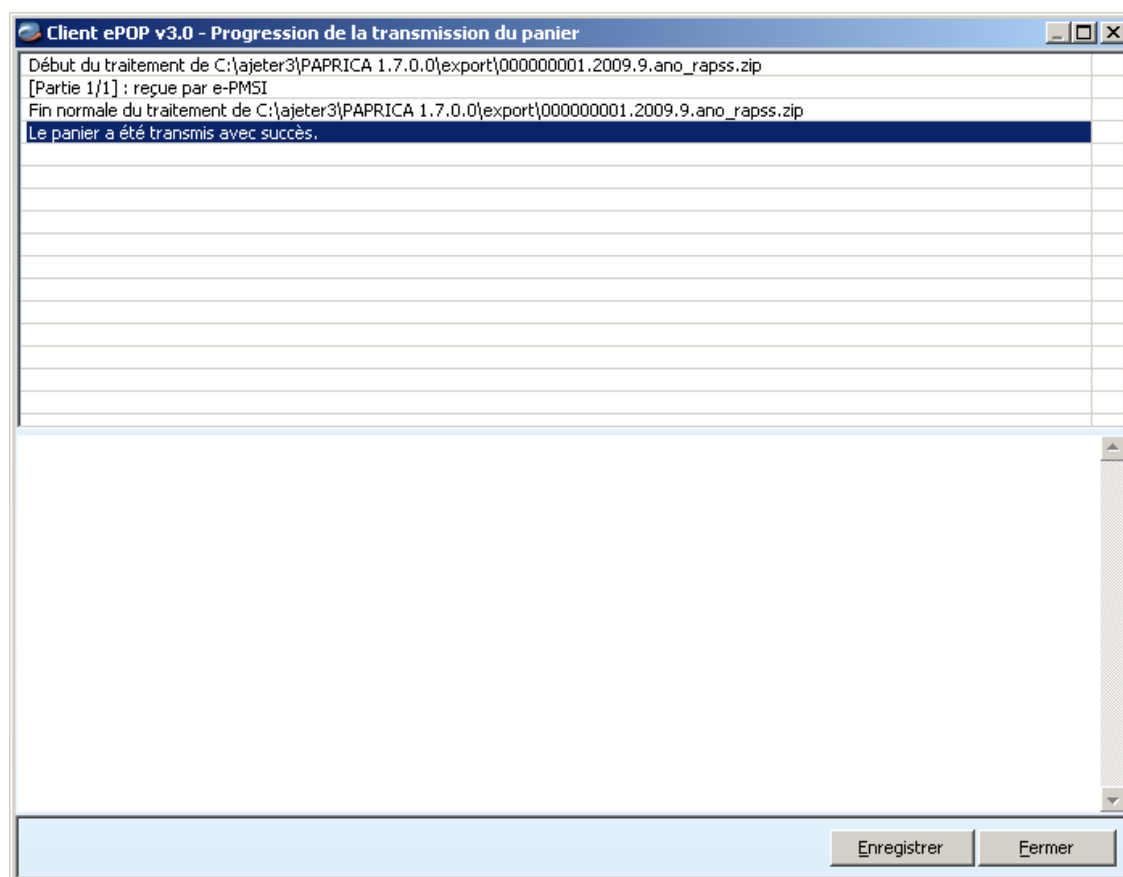
8) Cliquer ensuite sur le bouton *[Envoi e-PMSI]* qui a pour effet de lancer la transmission des données vers la plate-forme e-PMSI.



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

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

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

**NOTE :**

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

3.2 e-PMSI

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

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

13- Exemple de traitement du M3 2015

Menu « Applications »

« MAT2A »

« MAT2A HAD DGF »

« Année 2015 » « M3 : De Janvier à Mars »

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

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

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

NOTE :

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

4 Traitement LAMDA-HAD

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

Les formats utilisés par cette version de LAMDA-HAD sont ceux du M12 2014

4.1 Présentation générale de LAMDA-HAD (DONNEES 2014)

LAMDA-HAD (Logiciel d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activité pour l'HAD) permet de retransmettre des données d'activité de 2014 sur l'année 2015.

Cette application permet pour ces éléments d'activité déclarés au M12 2014 :

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

La transmission, sur e-PMSI, des données issues du traitement de LAMDA-HAD est faite avec celle de PAPRICA. Cette transmission est effectuée sur les périodes courantes de 2015. La valorisation des données de LAMDA-HAD est effectuée sur les périodes de 2014.

Il n'y a pas de limite à l'utilisation de LAMDA-HAD pour l'année 2015. Vous pouvez l'utiliser jusqu'au M12 2015. Il faut noter de plus que son utilisation est facultative. Vous pouvez faire plusieurs envois (vous n'êtes pas limité à un seul envoi). Si vous réalisez plusieurs envois il faut à chaque fois envoyer la totalité de l'activité devant être valorisée.

D'autre part vous n'êtes pas tenu de faire des envois tous les mois à partir du moment où vous avez fait un envoi. Vous pouvez faire un envoi au M11 2015 et/ou un autre au M12 2015.

La valorisation, sur e-PMSI, se fait par différentiel avant-après. Soit les éléments modifiés ou supprimés contenus dans votre archive du M12 2014 et les éléments modifiés ou nouveaux définis avec les fichiers renseignés au niveau de l'interface LAMDA-HAD.

4.2 Les fichiers d'entrée de traitement de LAMDA-HAD

Précision importante :

LAMDA-HAD doit déterminer pour chaque RPSS s'il s'agit d'un nouvel enregistrement, d'une correction ou d'une annulation.

Pour classer les dossiers dans ces trois catégories, LAMDA-HAD compare la liste des identifiants des RPSS traités avec celle des traitements PAPRICA du M12 2014. L'identifiant d'un RPSS est la combinaison des champs suivants :

- Numéro de séjour en HAD
- Numéro de séquence dans le séjour complet
- Numéro de sous-séquence

4.2.1 Les formats des fichiers pour le traitement LAMDA-HAD

Pour ce traitement, il est demandé aux établissements de fournir une nouvelle extraction de l'ensemble des fichiers en entrée de PAPRICA (y compris les fichiers FICHCOMP). Les numéros de séjour, numéros de séquence et numéros de sous-séquence doivent être les mêmes que ceux utilisés lors de l'envoi du M12 2014.

Les formats utilisés pour les RPSS, le fichier ANO-HOSP, le fichier des autorisations EHPA, le fichier HOSP-PMSI et le fichier médicaments sont ceux du M12 2014.

Nous résumons, dans le tableau suivant, les formats attendus par LAMDA-HAD en entrée de traitement :

Fichier	Format	Informations
Fichier de RPSS	Format de RPSS groupé H18	Format utilisé au M12 2014
Fichier ANO-HOSP	V009	Formats utilisés au M12 2014 (voir documentation MAGIC 4.1.1x). Un utilitaire de Transposition du format V010 vers le format V009 est mis à disposition sur la page de téléchargement de LAMDA-HAD.
Fichier HOSP-PMSI	Format sur 40 caractères (N° de séjour HAD+ N° administratif de séjour)	Format utilisé au M12 2014
Fichier médicaments	Format sur 105 caractères (format FICHCOMP 06)	Format utilisé au M12 2014
Fichier médicaments ATU	Format sur 105 caractères (format FICHCOMP 09)	Format utilisé au M12 2014

Tableau 1 : les formats des fichiers attendus pour le traitement LAMDA-HAD

4.3 Les fichiers de sauvegarde du M12 2014

LAMDA-HAD recherche les fichiers de sauvegarde des traitements du M12 2014 dans le répertoire par défaut de PAPRICA.

Si un message vous indique que l'application n'a pas pu trouver les fichiers de sauvegarde, il convient de vérifier si vous disposez bien de ces fichiers.

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

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

LAMDA-HAD recherche les sauvegardes du M12 2014 :

- noFINESS.2014.12.DateHeureConstitution.in.zip
- noFINESS.2014.12.DateHeureConstitution.out.zip

Ces fichiers doivent correspondre à la signature du traitement validé sur e-PMSI au M12 2014. Les fichiers de sauvegardes doivent être conservés et archivés sur un support externe par les établissements. L'ATIH ne peut pas vous les envoyer ou bien les reconstituer.

4.3.1 Reconstituer les fichiers de sauvegarde

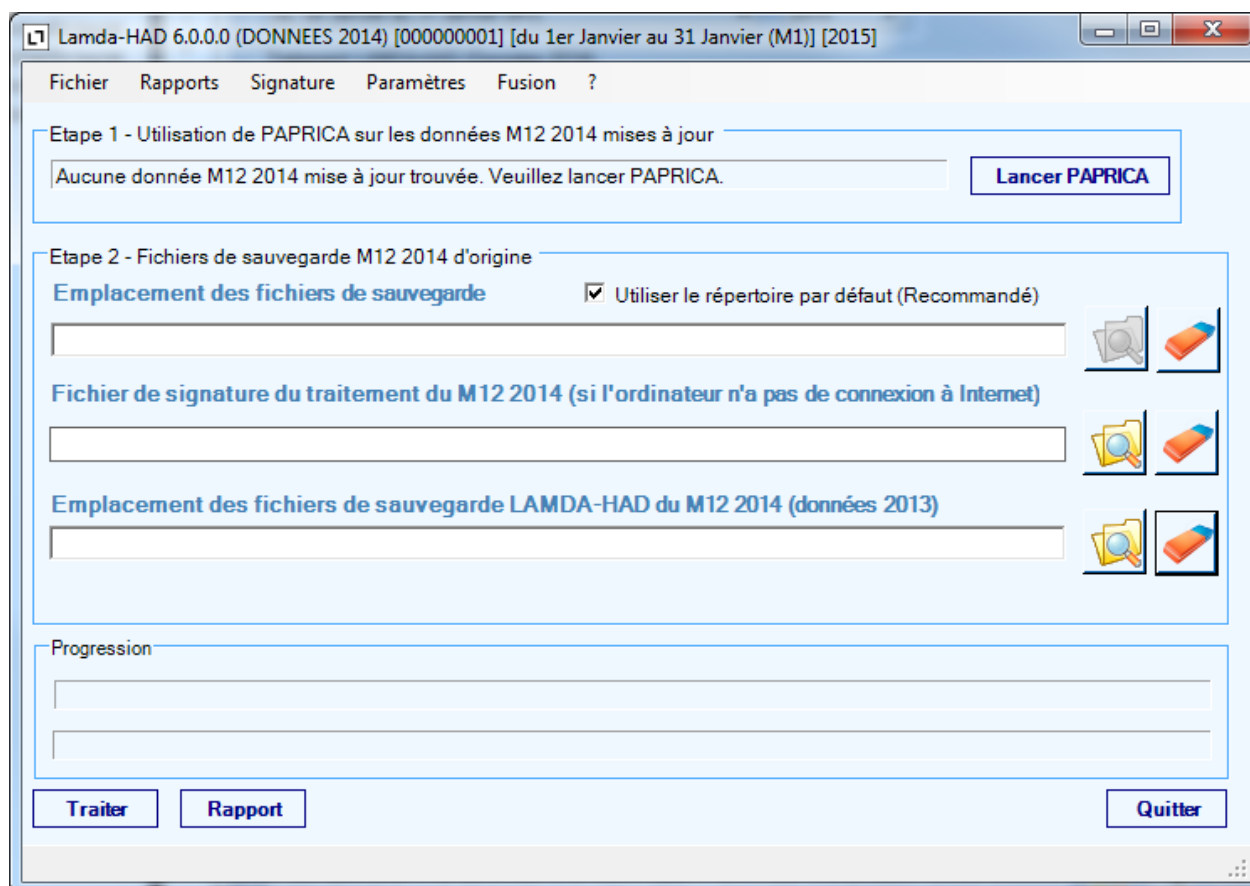
Vous pouvez reconstituer vos fichiers de sauvegarde, uniquement, si vous avez conservés vos fichiers d'entrée de traitement identiques au traitement validé du M12 2014.

L'application PAPRICA 1.11.20.0 qui vous a servi à transmettre vos données au M12 2014 est livrée avec LAMDA-HAD. Vous trouverez cette application dans le répertoire d'installation de LAMDA-HAD.

Pour que la signature des sauvegardes corresponde à celle du M12 2014, le traitement effectué doit être strictement identique.

4.4 L'interface principale de LAMDA-HAD

L'interface principale de l'application est la fenêtre suivante :



Vous effectuez la mise à jour des données du M12 2014, en lançant l'application PAPRICA.

Vous renseignez l'ensemble des fichiers nécessaires au traitement. Ainsi, il convient de renseigner l'ensemble des fichiers que vous souhaitez mettre à jour pour le M12 2014.

Vous lancez le traitement PAPRICA, sur la période M12 2014. Une fois le traitement PAPRICA effectué, vous quittez cette application et la fenêtre principale de LAMDA-HAD vous indique la date et l'heure de mise à jour de ces données (Zone Etape 1 de l'écran LAMDA-HAD).

4.4.1 Fichier de signature du traitement du M12 2014

Vous pouvez consulter à ce sujet le paragraphe plus bas dans ce document intitulé : « Récupération du fichier de signature ».

Vous renseignez dans cette zone le fichier de signature de PAPRICA, récupéré à partir d'un poste pouvant effectuer une requête web sécurisée (protocole https). Il s'agit d'un fichier zip, protégé par une signature électronique.

4.4.2 Emplacement des fichiers de sauvegarde LAMDA-HAD M12 2014 (données 2013)

Vous renseignez dans cette zone le répertoire contenant les sauvegardes du traitement LAMDA-HAD réalisées au M12 2014 sur les données 2013. Ceci afin de vérifier la signature d'intégrité des sauvegardes transmises au M12 2014.

Si aucun traitement LAMDA-HAD n'a été fait à cette période, laissez cette zone à blanc.

4.4.3 Les menus de la fenêtre LAMDA-HAD

Le menu principal de cette fenêtre est le menu Rapports. Ces rapports sont accessibles, une fois le traitement LAMDA-HAD réalisé :

Le menu « **Rapports** » qui vous permet d'accéder aux résultats de comparaison entre les fichiers renseignés au niveau de LAMDA-HAD et ceux de l'archive PAPRICA du M12 2014. Vous trouvez à la fois un rapport synthétique (le rapport final) et des rapports de liste pour les RPSS, ANO-HOSP, médicaments et médicaments ATU modifiés.

4.4.4 Les boutons de la fenêtre de traitement

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

- « **Traiter** » : permet de lancer le traitement des fichiers et aboutit à la génération du fichier d'export
- « **Rapport** » : affiche le rapport final de fin de traitement
- « **Quitter** » : pour revenir sur l'écran principale de LAMDA-HAD

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

4.4.5 Récupération du fichier de signature

4.4.5.1 A quoi sert le fichier signature ?

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

Lorsque vous transmettez vos données sur e-PMSI, cette signature est également transmise. Ainsi, lorsque vous validez vos données pour le M12 2014, une sauvegarde (fichiers *.in.zip et *.out.zip) effectuée sur le poste de traitement correspond à la signature présente sur e-PMSI.

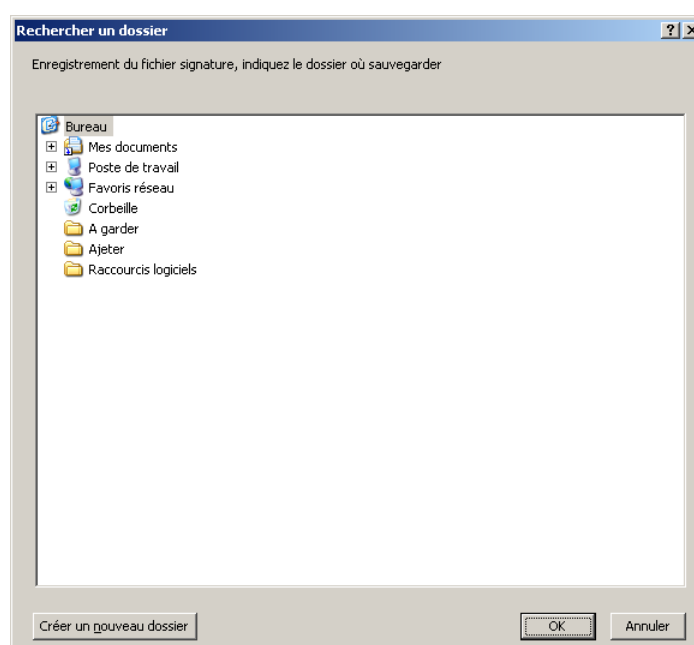
Normalement, LAMDA-HAD récupère automatiquement la signature de vos fichiers validés au M12 2014. Ensuite, l'application recherche dans vos fichiers de sauvegarde les fichiers correspondant à cette signature. Ces fichiers de sauvegarde sont recherchés dans les répertoires de sauvegarde par défaut de PAPRICA. Si aucun

fichier correspondant à la signature du M12 2014 n'est trouvé, vous devez indiquer un répertoire susceptible de contenir ces fichiers de sauvegarde.

Cependant, il est possible que l'application LAMDA-HAD ne puisse pas se connecter à Internet ou effectuer une requête Web sécurisée « https ». Dans ce cas, vous avez la possibilité d'utiliser le fichier de signature. Vous pouvez récupérer ce fichier de signature, à partir du menu Signature (de la fenêtre principale), sur un poste pouvant effectuer cette requête. Vous pouvez également demander au Support de l'ATIH de vous fournir ce fichiers de signature.

4.4.5.2 Récupérer un fichier de signature

Lorsque vous cliquez sur le menu de récupération de signature, LAMDA-HAD effectue en arrière-plan une requête Web sécurisée. Si la requête web aboutie, la fenêtre suivante s'affiche :



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

Le fichier de signature est enregistré sous le nom SignPaprica.zip par défaut. C'est ce fichier zippé que vous allez indiquer au niveau de l'interface LAMDA-HAD dans la zone « Fichier de signature du traitement du M12 2014 ».

Si la zone « Fichier de signature du traitement du M12 2014 » est renseignée au niveau de l'interface de traitement, LAMDA-HAD va lire directement dans le fichier indiqué et récupère la signature indiquée dans ce fichier zippé et crypté.

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

Ce dispositif est optionnel, LAMDA-HAD devrait pouvoir se connecter par défaut à Internet sur le poste à partir duquel il est utilisé. Auquel cas, le renseignement de la zone « Fichier de signature du traitement du M12 2014 » n'est pas nécessaire. Par

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

4.5 Précision sur le traitement du fichier médicaments

Pour le traitement du fichier médicaments, vous trouvez les fichiers suivants dans le menu Rapports :

- Liste médicaments nouveaux : les lignes du fichier médicaments non présents au M12 2014
- Liste médicaments modifiés : les lignes du fichier médicaments rattachées à un séjour au M12 2014, ainsi que dans la nouvelle extraction de vos données
- Liste médicaments supprimés : les lignes du fichier médicaments présents au M12 2014 et qui ne sont pas retrouvés dans la nouvelle extraction de vos données

4.6 Précision sur le traitement du fichier médicaments ATU

Pour le traitement du fichier médicaments ATU, vous trouvez les fichiers suivants dans le menu Rapports :

- Liste médicaments ATU nouveaux : les lignes du fichier médicaments ATU non présents au M12 2014
- Liste médicaments ATU modifiés : les lignes du fichier médicaments ATU rattachées à un séjour au M12 2014, ainsi que dans la nouvelle extraction de vos données
- Liste médicaments ATU supprimés : les lignes du fichier médicaments ATU présents au M12 2014 et qui ne sont pas retrouvés dans la nouvelle extraction de vos données

4.7 La transmission des données sur e-PMSI

La transmission des données sur e-PMSI est effectuée de la même façon que pour les autres logiciels (avec la version e-POP 3.xxx). Après avoir envoyé vos données de traitement, vous commandez le traitement sur e-PMSI.

5 Support technique

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

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

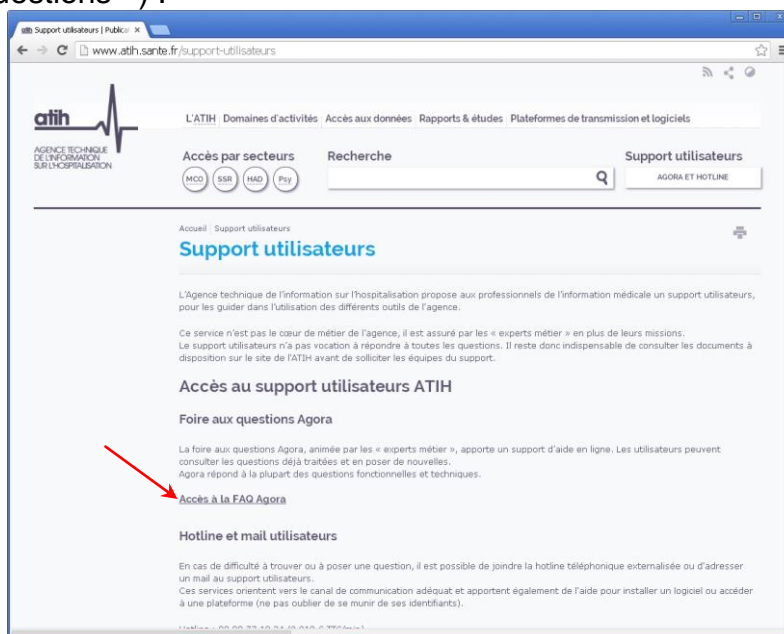
6 Le manuel d'utilisation

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

7 La plate-forme AGORA

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

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



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

8 Par mail

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

9 Par téléphone

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

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

10 Annexes

10.1 Annexe 1 : Configuration minimale requise

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

Systèmes d'exploitation pris en charge :

- Windows 7
- Windows Vista
- Windows XP Service Pack 2
- Windows Server 2003
- Windows 2000 Service Pack 3

REMARQUE :

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

Configuration matérielle minimum :

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

Logiciels requis :

- Windows Installer 3.0 (Windows Installer 2.0 pour Windows 98 et Millenium)
- Internet Explorer 8.0 ou supérieur
- Microsoft .NET Framework 2.0 Service Pack 1 :

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

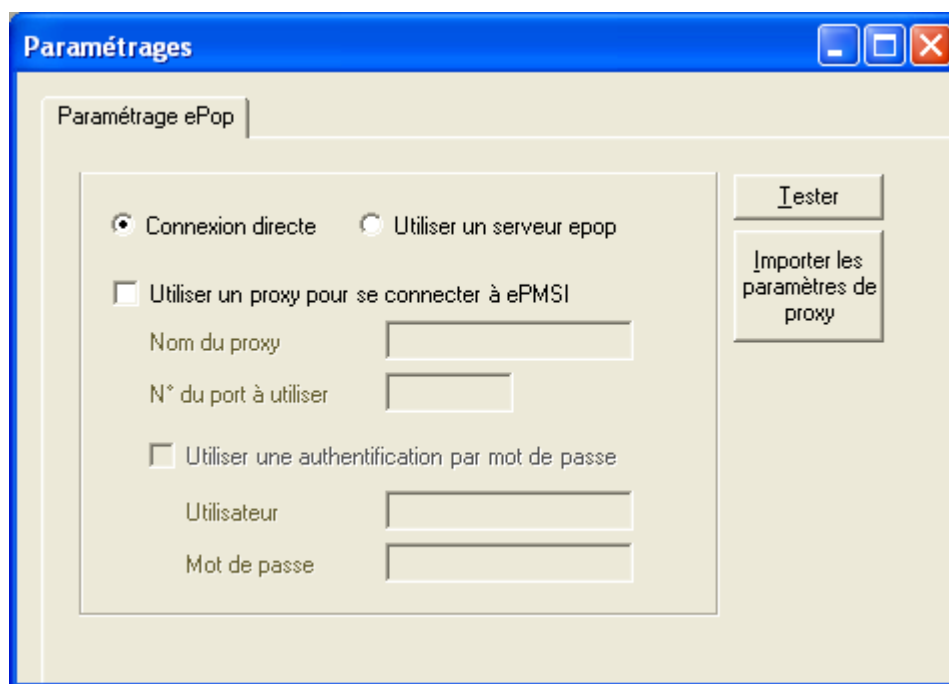
AVERTISSEMENT :

Les utilisateurs de Windows NT 4.0/XP/2000/W7 doivent se connecter sous le compte « **Administrateur de la machine locale** » avant de procéder à l'installation des logiciels constitutifs de la suite logicielle POP-HAD et désactiver tous les programmes résidents (anti-virus, programmeurs de tâches, etc.)

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

10.2 Annexe 2 : Paramétrage de la transmission e-PMSI

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



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

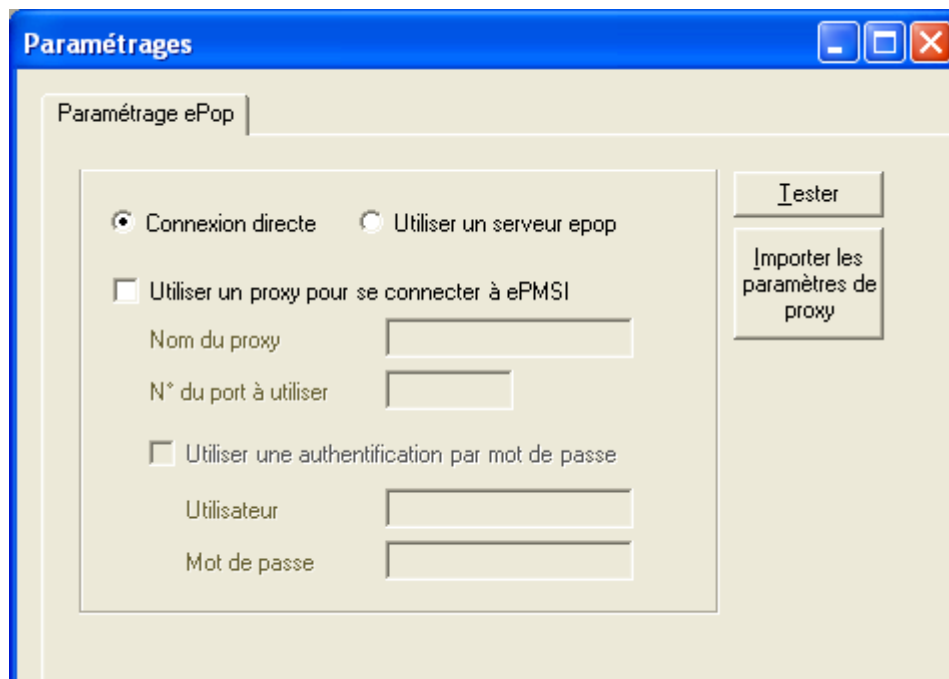
Si vous n'avez jamais paramétré e-POP, cette fenêtre s'affichera au premier lancement de PAPRICA.

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

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

Connexion directe (utilisation par défaut)

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



Suite des paramètres :

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

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

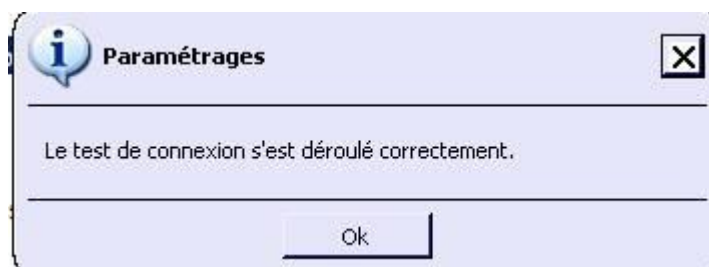
Zone de saisie « N° de port à utiliser » : il s'agit d'un n° compris entre 0 et 65535 à utiliser pour communiquer avec le proxy. Cette information est soit récupérée automatiquement à l'aide du bouton « Importer les paramètres de proxy », soit obtenue auprès du responsable informatique de l'établissement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

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

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

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

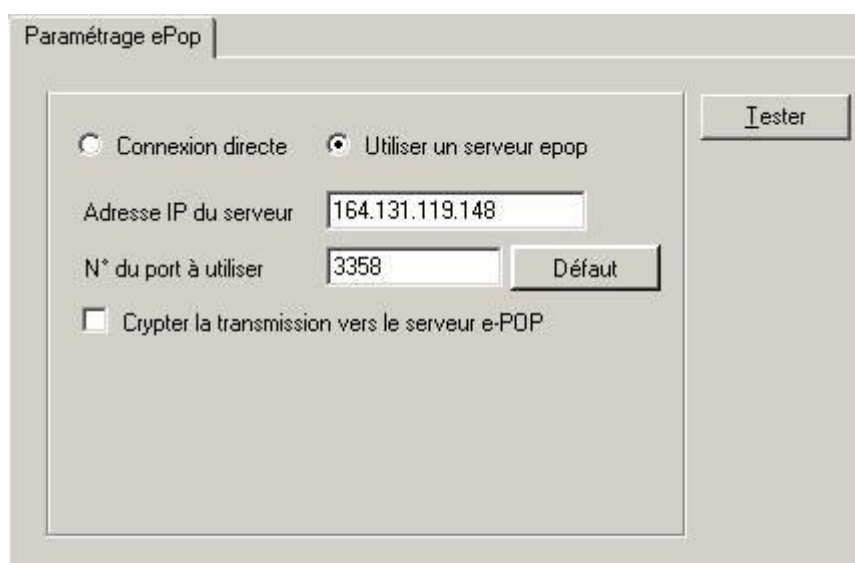
Bouton « Tester » : un clic sur ce bouton permet de réaliser un test de connexion vers e-PMSI. La réussite de ce test aboutit au message suivant :



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

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

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



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

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



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

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

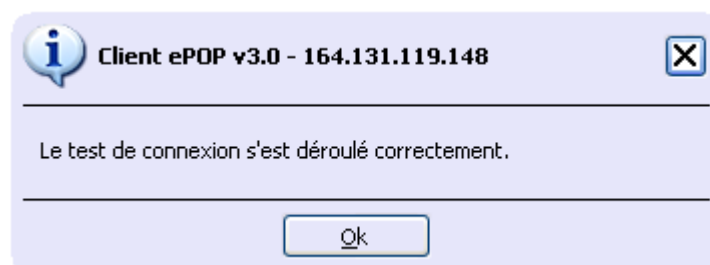
- Il est conseillé de conserver le numéro de port par défaut attribué par l'ATIH (3358).
- Ce port doit être ouvert sur l'ordinateur client et sur l'ordinateur exécutant le serveur (voir *infra* la problématique des pare-feu).

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

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

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

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



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

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

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

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

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

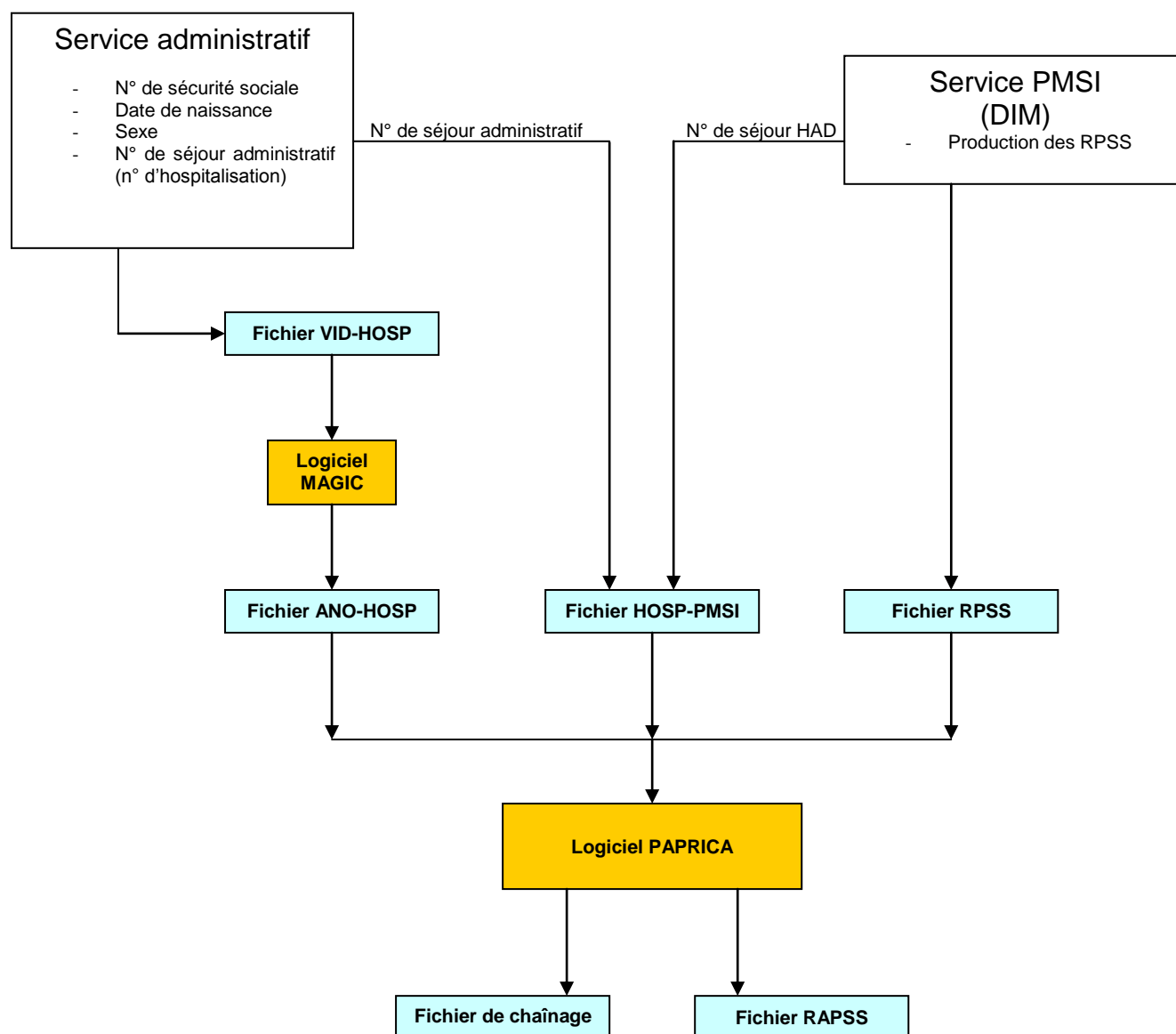
- **« Le client xxx.xxx.xxx.xxx:pppp n'est pas autorisé à se connecter au serveur e-POP » :**

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

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

10.3 Annexe 3 : Informations sur le chaînage

10.3.1 Présentation générale



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

Pour arriver au résultat escompté, PAPRICA a besoin, en plus du fichier de RPSS, de deux fichiers supplémentaires : le fichier ANO-HOSP et le fichier HOSP-PMSI.

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

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

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

Les comptes rendus des traitements

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

10.3.2 Problème de calcul d'intégrité sur ANO-HOSP

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

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

10.3.3 Doublons sur le n° administratifs dans ANO-HOSP

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

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

10.3.4 Association entre patients et séjours

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

[INFO : A10 / A10B]

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

[ERREUR : A14]

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

[ERREUR : A20 / A20B]

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

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

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

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

NOTE :

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

10.3.6 Association des patients aux RPSS

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

[ERREUR : A10 / A10B]

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

NOTE :

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

[INFO : A20 / A20B]

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

[ERREUR : B11]

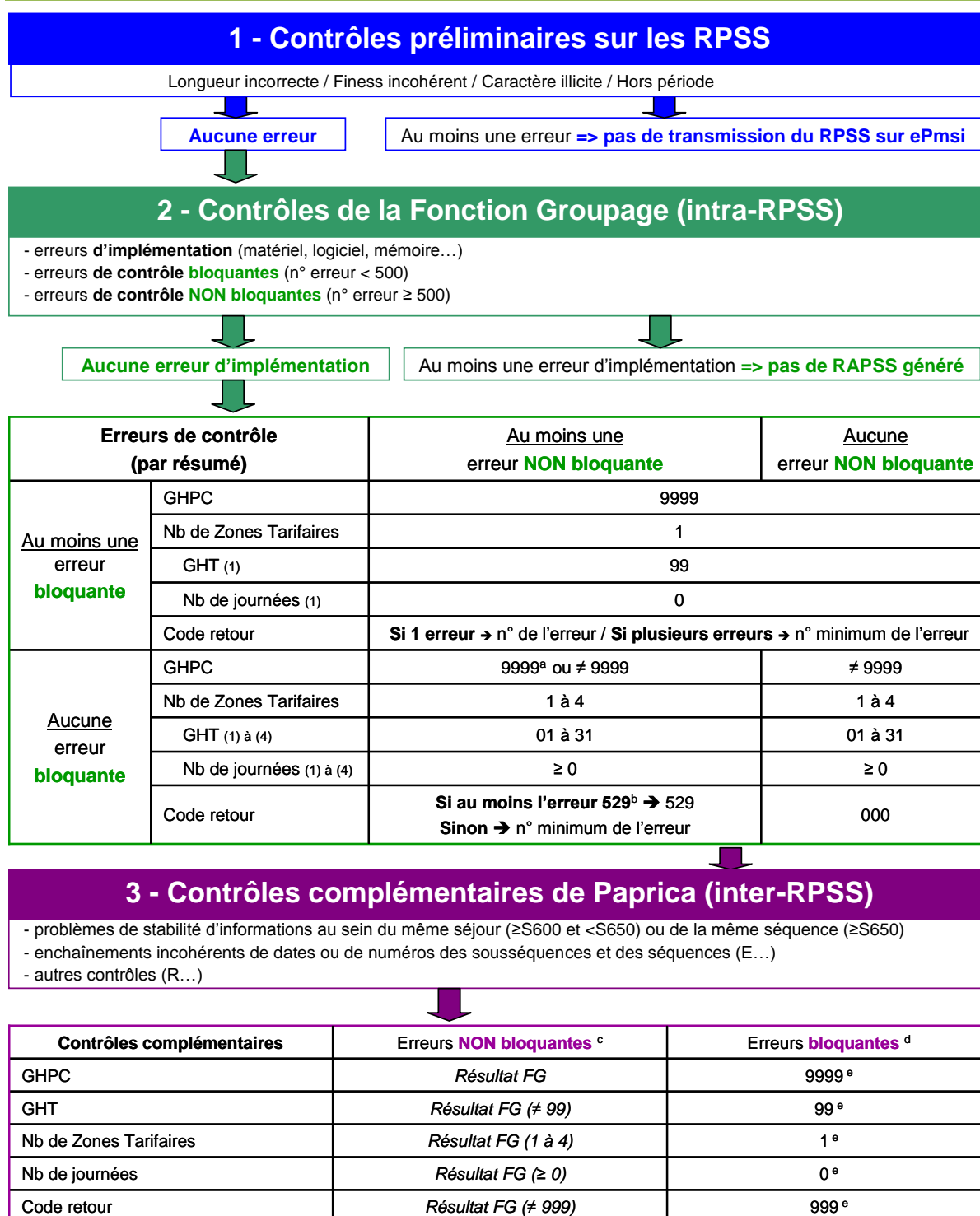
- Dans fichier RPSS, même N° de séjour HAD attribué à des séjours différents -> Problème de tri du fichier de RPSS
-> Un même N° de séjour attribué à plusieurs séjours.

NOTE :

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

10.4 Annexe 4 : Les contrôles et les codes retour PAPRICA

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



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

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

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

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

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

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

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

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

10.4.2 Les erreurs bloquantes

Abréviations utilisées :

AVQ : Activités de la vie quotidienne

Blanc : variable non renseignée, vide

IK : Indice de KARNOFSKY

MP : mode de prise en charge

MPA : mode de prise en charge associé

MPP : mode de prise en charge principal

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

NUMÉRO DE SÉJOUR EN HAD

001 : numéro de séjour en HAD : absent

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont le numéro de séjour en HAD est à blanc (vide) ou contient des caractères non alphanumériques.

DATE DE NAISSANCE

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date de naissance à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/1950).

003 : Improbable par rapport à la date d'entrée

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dans ces deux situations distinctes :

- la date de naissance est postérieure à la date d'entrée ;
- la date de naissance précède la date d'entrée de plus de 120 ans.

DATE D'ENTRÉE

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date d'entrée à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/2000).

005 : Postérieure à la date de début de séquence

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date d'entrée est postérieure à la date de début de séquence.

006 : Postérieure à la date de début de sous séquence

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date d'entrée est postérieure à la date de début de sous séquence.

DATE DE DÉBUT DE SÉQUENCE

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date de début de séquence à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/2000).

009 : Postérieure à la date de début de sous séquence

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de séquence est postérieure à la date de début de sous séquence.

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de séquence est postérieure à la date de sortie dans le cas où cette dernière est renseignée.

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de séquence est postérieure à la date de fin de séquence dans le cas où cette dernière est renseignée.

012 : Postérieure à la date de fin de sous séquence

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de séquence est postérieure à la date de fin de sous séquence.

DATE DE DÉBUT DE SOUSSÉQUENCE**013** : Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950)

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date de début de sous séquence à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/2000).

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de sous séquence est postérieure à la date de sortie dans le cas où cette dernière est renseignée.

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de sous séquence est postérieure à la date de fin de séquence dans le cas où cette dernière est renseignée.

018 : Postérieure à la date de fin de sous séquence

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de sous séquence est postérieure à la date de fin de sous séquence.

DATE DE FIN DE SOUSSÉQUENCE**019** : Format incorrect, non renseigné ou incohérente (exemple : 02/14/1950)

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date de fin de sous séquence à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/2000).

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de fin de sous séquence est postérieure à la date de sortie dans le cas où cette dernière est renseignée.

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de fin de sous séquence est postérieure à la date de fin de séquence dans le cas où cette dernière est renseignée.

MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dans lequel le code du mode de prise en charge principal est à blanc (vide) ou n'appartient à la liste des valeurs autorisées.

DÉPENDANCE APPRECIÉE SELON L'INDICE DE KARNOFSKY

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dans lequel le code de dépendance selon Karnofsky est à blanc (vide) ou n'appartient à la liste des valeurs autorisées.

DATE DE SORTIE

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS comportant une date de sortie à blanc (vide) ou non interprétable (ex : 02/14/2000) alors que le mode de sortie est renseigné (différent de blanc).

N° FINESS EHPA

029 : N° FINESS EHPA non présent dans le fichier de convention "HAD-EHPA"

La FG HAD signale un RPSS avec type de domicile 3,4 ou 5 et un N°FINESS ESMS n'étant pas mentionné dans le fichier de convention "HAD-ESMS".

MODE DE PRISE EN CHARGE PRINCIPAL

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

La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3 et un mode de prise en charge principal non autorisé en EHPAD, ou égal à blanc.

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ

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

La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3 et un mode de prise en charge associé non autorisé en EHPAD, ou égal à blanc.

FICHER DE CONVENTION HAD-EHPA

032 : Non renseigné ou introuvable

La FG HAD signale le caractère absent ou introuvable du fichier de convention HAD-ESMS alors que le type de domicile est égal à 3,4 ou 5.

CONVENTION HAD-EHPA

033 : Format incorrect

Cette erreur indique qu'au moins une des lignes du fichier de convention HAD-ESMS n'a pas la taille attendue.

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

La FG HAD signale une anomalie au niveau de la date de début ou de fin de convention pour au moins une des lignes du fichier de convention HAD-ESMS. Cette anomalie peut être due : soit au caractère non interprétable d'une des 2 dates (ex : 14132008), soit au fait que la date de début de convention n'est pas renseignée, (à blanc), soit au fait que la date de fin de convention est inférieure strictement à la date de début de convention.

036 : Périodes de convention non disjointes

La FG HAD signale que dans le fichier de convention HAD-ESMS, il existe, pour un même FINESS, plusieurs périodes de convention non disjointes.

NUMÉRO FINESS ENTITÉ JURIDIQUE

040 : Format incorrect (ou non renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro FINESS de l'entité juridique est à blanc (vide) ou comporte des caractères autres que des chiffres.

NUMÉRO FINESS CODE GÉOGRAPHIQUE

041 : Format incorrect (ou non renseigné)

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro FINESS de l'établissement est à blanc (vide) ou comporte des caractères autres que des chiffres.

CODE SEXE

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

La FG HAD signale un RPSS dont la zone sexe est à blanc (vide) ou contient une valeur différente de 1 (masculin) ou 2 (féminin).

MODE D'ENTRÉE

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

La FG HAD signale un RPSS dont le mode d'entrée est à blanc (vide) ou n'est pas un code autorisé.

Voici la liste des codes autorisés pour le mode d'entrée:

- Code 6 : Mutation
- Code 7 : Transfert
- Code 8 : Domicile

PROVENANCE

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

La FG HAD signale un RPSS dont la provenance ne peut pas être combinée avec le mode d'entrée.

- Dans le cas des entrées par transfert (mode d'entrée = 7) ou par mutation (mode d'entrée = 6) au terme d'une hospitalisation, les provenances possibles sont les suivantes :
 - Code 1 : en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO)
 - Code 2: en soins de suite ou de réadaptation (SSR)
 - Code 3 : en soins de longue durée
 - Code 4 : en psychiatrie
 - Code 6 : en HAD

- Dans le cas d'une entrée de type « domicile » (mode d'entrée = 8), les provenances possibles sont les suivantes :
 - Code 7 : vit dans une structure d'hébergement médicosociale
 - Code 8 : bénéficiait d'une prise en charge en SSIAD
 - Code provenance à blanc (vide) : autre cas pour le mode d'entrée type « domicile »

DATE DE SORTIE (si renseignée)

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

La FG HAD signale un RPSS comportant une date de sortie non interprétable (ex : 02/14/2000) dans le cas où celle-ci est renseignée.

046 : Antérieure à la date de fin de séquence

La FG HAD signale un RPSS dont la date de fin de séquence est postérieure à la date de sortie dans le cas où cette dernière est renseignée.

DATE DE FIN DE SEQUENCE

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

La FG HAD signale un RPSS comportant une date de fin de séquence non interprétable (ex : 02/14/2000) dans le cas où celle-ci est renseignée.

MODE DE SORTIE (si renseigné)

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

La FG HAD signale un RPSS dont le mode de sortie n'est pas un code autorisé.

Voici la liste des codes autorisés pour le mode de sortie :

- Code 6 : Mutation
- Code 7 : Transfert
- Code 8 : Domicile
- Code 9 : Décès
- Code à blanc

DESTINATION (si renseignée)

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

La FG HAD signale un RPSS dont la destination ne peut pas être combinée avec le mode de sortie.

- Dans le cas des sorties par transfert (mode de sortie = 7) ou par mutation (mode de sortie = 6) pour une hospitalisation, les destinations possibles sont les suivantes :
 - Code 1 : en MCO
 - Code 2 : en SSR
 - Code 3 : en soins de longue durée
 - Code 4 : en psychiatrie
 - Code 6 : en HAD
- Dans le cas d'une sortie de type « domicile » (mode de sortie = 8), les destinations possibles sont les suivantes :
 - Code 7 : vit dans une structure d'hébergement médicosocial
 - Code 8 : à destination d'une prise en charge en SSIAD
 - Code destination à blanc (vide) : autre cas pour le mode de sortie type « domicile »

- Dans le cas où le mode de sortie n'est pas renseigné (à blanc), le seul code autorisé pour la destination est le code blanc.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

053 : N'est pas renseigné au format de la CIM-10 ou n'est pas renseigné
La FG HAD signale un RPSS dont le code du diagnostic principal n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc.

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ

056 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)
La FG HAD signale un RPSS dans lequel le mode de prise en charge associé est à blanc (vide) ou n'appartient à la liste des valeurs autorisées.

AVQ - HABILLAGE OU TOILETTE

060 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)
La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « habillage ou toilette » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

AVQ - DÉPLACEMENT ET LOCOMOTION

061 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)
La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « déplacement et locomotion » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

AVQ - ALIMENTATION

062 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)
La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « alimentation » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

AVQ - CONTINENCE

063 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)
La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « continence » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

AVQ - COMPORTEMENT

064 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)
La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « comportement » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

AVQ - RELATION ET COMMUNICATION

065 : N'appartient pas à la liste des valeurs autorisées (ou n'est pas renseigné)
La FG HAD signale un RPSS dans lequel la cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne, mesurée par la variable « relation et communication » n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

TYPE DE LIEU DE DOMICILE DU PATIENT

066 : Type de lieu de domicile non renseigné ou différent des valeurs autorisées

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le type de domicile n'appartient pas à la liste des valeurs autorisées ou est à blanc.

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

- 1 : domicile du patient
- 2 : autre type de domicile
- 3 : patient hébergé en EHPAD
- 4 : EMS hors EHPAD
- 5 : ES

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIE DOCUMENTAIRE

068 : MPD inconnu

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

Voici la liste des codes autorisés pour le MPD :

- 01 à 15, 17 à 22, 24 à 25 : pour plus d'informations, veuillez-vous référer à l'annexe F du guide méthodologique de production du recueil d'informations standardisé de l'hospitalisation à domicile disponible sur le site de l'ATIH
- 26 à 28 : Pour plus d'informations sur le code des MPD, veuillez-vous référer à l'annexe F (liste 1 et 2) du Guide méthodologique HAD disponible sur le site de l'ATIH à l'adresse suivante : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001400054FF>.

DIAGNOSTIC ASSOCIE

070 : Nombre de diagnostics associés absents

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de diagnostics associés n'est pas renseigné (égal à blanc).

071 : Nombre de diagnostics associés non numérique

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de diagnostics associés contient des caractères autres que numériques.

ACTE CCAM

072 : Nombre d'actes CCAM absent

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre d'actes CCAM n'est pas renseigné (égal à blanc).

073 : Nombre d'actes CCAM non numérique

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre d'actes CCAM contient des caractères autres que numériques.

DIAGNOSTIC ASSOCIE

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

La FG HAD signale un RPSS dont le code d'un ou plusieurs diagnostics associés n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est une catégorie non vide ou est un code père interdit.

ACTE CCAM

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

La FG HAD signale un RPSS dont le code d'un ou plusieurs actes CCAM n'existe pas dans la CCAM ou est égal à blanc.

080 : Extension documentaire d'acte ccam erronée

La FG HAD signale un RPSS dont l'extension documentaire d'au moins un acte CCAM n'est pas alphanumérique ou est égale à l'un des caractères suivants : O,I,o,i

081: Nombre d'occurrence d'acte CCAM absent

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de réalisations d'un ou plusieurs actes CCAM n'est pas renseigné (égal à blanc).

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

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de réalisations d'un ou plusieurs actes CCAM contient des caractères non numériques ou est égal à zéro.

SOUS SEQUENCE

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de début de sous séquence est supérieure à la date de fin d'effet d'un des actes CCAM.

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS dont la date de fin de sous séquence est inférieure à la date de début d'effet d'un des actes CCAM.

ACTE CCAM

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

La FG HAD considère comme erroné un RPSS 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 de début de sous séquence
- la date est postérieure à la date de fin de sous séquence.

SEQUENCE

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

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro de séquence dans le séjour complet n'est pas renseigné (égal à blanc), contient des caractères non numériques ou est égal à zéro.

SOUS SEQUENCE

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

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro de sous séquence n'est pas renseigné (égal à blanc), contient des caractères non numériques ou est égal à zéro.

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

La FG HAD signale un RPSS dont l'indicateur de dernière sous séquence du séjour est à blanc (vide) ou contient une valeur différente de 1 (oui) ou 2 (non).

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

La FG HAD signale un RPSS dont l'indicateur de dernière sous séquence du séjour est égal à 1 (oui) et que la règle suivante n'est pas respectée :

Date de sortie du séjour = date de fin de séquence = date de fin de sous séquence.

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

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

NUMERO D'ENTREE

093: Numéro d'entrée absent ou non numérique

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro d'entrée n'est pas renseigné (égal à blanc) ou contient des caractères non numériques. Cela concerne seulement les formats H04 pour les établissements ex-OQN.

NUMERO DE FACTURE

094: Numéro de facture absent ou non numérique

La FG HAD signale un RPSS dont le numéro de facture n'est pas renseigné (égal à blanc) ou contient des caractères non numériques. Cela concerne seulement les formats H04 pour les établissements ex-OQN.

SEJOUR FACTURABLE A L'ASSURANCE MALADIE

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

La FG HAD signale un RPSS dont le code de séjour facturable à l'Assurance Maladie est à blanc (vide) ou contient une valeur différente de 0, 1, 2 ou 3. Voici la signification de ces différents codes :

- 0 : non
- 1 : oui
- 2 : en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
- 3 : en attente de décision sur les droits du patient

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

La FG HAD signale un RPSS dont le code de séjour facturable à l'Assurance Maladie ne respecte pas l'une des règles suivantes :

- lorsque le code de séjour facturable à l'Assurance Maladie est différent de zéro, alors le code du motif de la non facturation à l'Assurance Maladie doit être égal à blanc (vide) (caractère espace).
- lorsque le code de séjour facturable à l'Assurance Maladie est égal à zéro alors le code du motif de la non facturation à l'Assurance Maladie doit être égal à 1, 2, 3, 4, 5 ou 9. Voici la signification de ces différents codes :
 - 1 : patient en AME
 - 2 : patient sous convention internationale
 - 3 : patient payant
 - 4 : patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du CASF)
 - 5 : Prestation inter établissement
 - 9 : Autres situations

NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIES AU MPP

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

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPP est absent (caractère espace), contient des caractères autres que numériques ou est égal à zéro.

NOMBRE DE DIAGNOSTICS ASSOCIES AU MPA

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

La FG HAD signale un RPSS dont le nombre de diagnostics associés au MPA est absent (caractère espace) ou contient des caractères autres que numériques.

DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPP

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

La FG HAD signale un RPSS dont le code d'un des diagnostics associés au MPP n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est une catégorie non vide ou est un code père interdit.

DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPA

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

La FG HAD signale un RPSS dont le code d'un des diagnostics associés au MPA n'appartient pas à la CIM-10 ou est égal à blanc ou est une catégorie non vide ou est un code père interdit.

CODE DE CONFIRMATION DE CODAGE

104 : Code de confirmation de codage inconnu.

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

105 : Confirmation de codage requise mais absente

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

106 : Confirmation de codage non requise mais présente

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

PERIODE DU RPSS

107 : Période du RPSS en dehors de la période de convention HAD-ESMS

La FG HAD signale un RPSS dont le type de lieu de domicile est 3 (EHPAD), 4 (EMS hors EHPAD) ou 5 (ES), mais dont la période définie par [date d'entrée de la sous-séquence, date de sortie de la sous-séquence] est en dehors de la période de convention déclarée dans le fichier de convention HAD-ESMS.

MPA ET DA ASSOCIE

108 : MPA renseigne avec aucun diagnostic associe au MPA

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le MPA est renseigné mais qu'aucun diagnostic associé au MPA n'est renseigné. Il faut au moins un diagnostic associé au MPA dans le cas où le MPA est renseigné.

10.4.3 Les erreurs non bloquantes

DATE SYSTÈME

500 : Antérieure à la date d'entrée

La FG HAD signale un RPSS dont la date d'entrée est postérieure à la date système.

501 : Antérieure à la date de sortie

La FG HAD signale un RPSS dont la date de sortie est postérieure à la date système.

DATE D'ENTRÉE

505 : Improbable car trop ancienne

La FG HAD signale un RPSS dont la date d'entrée est antérieure au 1er janvier 1984.

CODE POSTAL

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

La FG HAD signale un RPSS dont la zone code postal possède l'une des caractéristiques suivantes :

- Elle comporte moins de 5 digits, une fois éliminés les blancs extrêmes.
- Elle comporte des caractères autres que des chiffres
- La zone est entièrement à blanc.

MODE DE PRISE EN CHARGE ASSOCIÉ

517 : Association du MPP et du MPA non autorisée

La FG HAD signale un RPSS dans lequel le mode de prise en charge associé est incompatible avec le mode de prise en charge principal.

INDICE DE KARNOFSKY

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

La FG HAD signale un RPSS dans lequel l'indice de KARNOFSKY est inférieur au seuil minimal défini pour une certaine combinaison de mode de prise en charge principal et associé.

INDICE DE KARNOFSKY

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

La FG HAD signale un RPSS dans lequel l'indice de Karnofsky est supérieur au seuil maximal défini pour une certaine combinaison de mode de prise en charge principal et associé.

NUMERO FINESS EHPA

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

La FG HAD signale un RPSS avec un type de domicile égal à 3, et avec des journées ne faisant pas partie des périodes de convention définies par le fichier de convention "HAD-EHPA". Cette erreur non bloquante est prioritaire sur les

autres erreurs non bloquantes. C'est-à-dire que même si d'autres erreurs non bloquantes ont été détectées par la FG, celle-ci renverra le code 529 en retour.

ASSOCIATION MPP x MPA

530 : Association MPP X MPA inattendue

La FG HAD signale un RPSS dans lequel la combinaison du mode de prise en charge principal et du mode de prise en charge associé est inattendue.

MPA RENSEIGNE AVEC AUCUN DIAGNOSTIC ASSOCIE AU MPA NI DA

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

EXTENSION DOCUMENTAIRE

532 : Extension documentaire obligatoire pour un acte CCAM mais absente.

La FG HAD signale un RPSS dont l'extension documentaire d'au moins un acte CCAM d'anesthésie (code activité = '4') n'est pas renseignée.

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

10.5 Annexe 5 : Les formats

10.5.1 Format de RPSS non groupé H09

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Obligatoire	Type	Cadrage/Remplissage	Remarques
Numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H09
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro de séjour en HAD	20	42	61	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS ESMS	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal (MPP)	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé (MPA)	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	

Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Filler	5	143	147	O	A	NA/NA	Réservé à un usage futur
Confirmation de codage	1	148	148	F	A	NA/NA	1 : pour oui ; laisser à vide (caractère espace) sinon
Nombre de diagnostics DCMPP (n1)	1	149	149	O	N	NA/NA	0-9
Nombre de diagnostics DCMPA (n2)	1	150	150	O	N	NA/NA	0-9 (supérieur ou égal à 1 si le MPA est renseigné et différent de 00)
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	00-99
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sousséquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sousséquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sousséquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sousséquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°1	8	191	198	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°2	8						
...
Diagnostic DCMPP n° n1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPA n°1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
Diagnostic DCMPA n° n2	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
DA n° 1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
DA n° n3	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	10		O	A	NA/NA	Code CCAM sur 7 caractères + extension sur 3 caractères commençant par '-' suivi de 2 chiffres
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2		O	N	Droite/Zéro	

...	
Acte NbZa	Date de réalisation	8			F	N	JJMMAAAA
	Code de l'acte	10			O	A	Code CCAM sur 7 caractères + extension sur 3 caractères commençant par '-' suivi de 2 chiffres
	Code de la phase	1			O	N	CCAM
	Code de l'activité	1			F	N	CCAM
	Extension documentaire	1			F	A	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	N	

10.5.2 Format de RPSS groupé H19

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Obligatoire	Type	Cadrage/Remplissage	Remarques
Numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H19
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro de séjour en HAD	20	42	61	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS ESMS	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal (MPP)	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé (MPA)	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Filler	5	143	147	O	A	NA/NA	Réservé à un usage futur
Confirmation de codage	1	148	148	F	A	NA/NA	1 : pour oui ; laisser à vide (caractère espace) sinon
Nombre de diagnostics DCMPP (n1)	1	149	149	O	N	NA/NA	0-9

Nombre de diagnostics DCMPPA (n2)	1	150	150	O	N	NA/NA	0-9 (supérieur ou égal à 1 si le MPA est renseigné et différent de 00)
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	00-99
Cotation dépendance AVQ, habillement/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sousséquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sousséquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sousséquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sousséquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°1	8	191	198	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°2	8						
...
Diagnostic DCMPP n° n1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
Diagnostic DCMPP n° n2	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
DA n° 1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
DA n° n3	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	10		O	A	NA/NA	Code CCAM sur 7 caractères + extension sur 3 caractères commençant par '-' suivi de 2 chiffres
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2		O	N	Droite/Zéro	
...
Acte CCAM n° NbZa	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	10		O	A	NA/NA	Code CCAM sur 7 caractères + extension sur 3 caractères commençant par '-' suivi de 2 chiffres

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

10.5.3 Format de RPSS non groupé H07

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Obligatoire	Type	Cadrage/Remplissage	Remarques
Numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H07
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro de séjour en HAD	20	42	61	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS ESMS	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal (MPP)	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé (MPA)	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Filler	5	143	147	O	A	NA/NA	Réservé à un usage futur
Confirmation de codage	1	148	148	F	A	NA/NA	1 : pour oui ; laisser à vide (caractère espace) sinon
Nombre de diagnostics DCMPP (n1)	1	149	149	O	N	NA/NA	0-9

Nombre de diagnostics DCMPPA (n2)	1	150	150	O	N	NA/NA	0-9 (supérieur ou égal à 1 si le MPA est renseigné et différent de 00)
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	00-99
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sousséquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sousséquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sousséquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sousséquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°1	8	191	198	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°2	8						
...
Diagnostic DCMPP n° n1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPPA n°1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
Diagnostic DCMPPA n° n2	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
DA n° 1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
DA n° n3	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2		O	N	Droite/Zéro	
...
Acte CCAM n° NbZa	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM

	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	N	Droite/Zéro	

10.5.4 Format de RPSS groupé H17

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Obligatoire	Type	Cadrage/Remplissage	Remarques
Numéro de version du format du RPSS	3	1	3	O	A	NA/NA	H17
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	4	12	O	A	NA/NA	
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	O	A	NA/NA	
Numéro d'identification permanent du patient	20	22	41	O	A	Gauche/Espace	
Numéro de séjour en HAD	20	42	61	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	62	69	O	A	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	70	70	O	N	NA/NA	
Code postal du lieu de résidence du patient ou du lieu des soins	5	71	75	O	N	NA/NA	
Type de lieu de domicile du patient	1	76	76	F	N	NA/NA	
Numéro FINESS ESMS	9	77	85	O	A	NA/NA	
Date d'entrée du séjour	8	86	93	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée	1	94	94	O	N	NA/NA	
Provenance	1	95	95	F	N	NA/NA	
Date de sortie du séjour	8	96	103	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	104	104	O	N	NA/NA	
Destination	1	105	105	F	N	NA/NA	
Numéro de séquence dans le séjour complet	4	106	109	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de séquence	8	110	117	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	118	125	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de prise en charge principal (MPP)	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé (MPA)	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	130	131	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	134	135	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	136	137	F	N	Droite/Zéro	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	138	139	F	N	Droite/Zéro	
Indice de Karnofsky	3	140	142	O	N	Droite/Zéro	
Filler	5	143	147	O	A	NA/NA	Réservé à un usage futur
Confirmation de codage	1	148	148	F	A	NA/NA	1 : pour oui ; laisser à vide (caractère espace) sinon
Nombre de diagnostics DCMPP (n1)	1	149	149	O	N	NA/NA	0-9

Nombre de diagnostics DCMPPA (n2)	1	150	150	O	N	NA/NA	0-9 (supérieur ou égal à 1 si le MPA est renseigné et différent de 00)
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	151	152	O	N	Droite/Zéro	00-99
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	153	153	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	154	154	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	155	155	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	156	156	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	157	157	O	N	NA/NA	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	158	158	O	N	NA/NA	
Numéro de sousséquence	4	159	162	O	N	Droite/Zéro	
Date de début de sousséquence	8	163	170	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de sousséquence	8	171	178	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Dernière sousséquence du séjour	1	179	179	O	N	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	180	182	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal	8	183	190	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°1	8	191	198	O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPP n°2	8						
...
Diagnostic DCMPP n° n1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Diagnostic DCMPPA n°1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
Diagnostic DCMPPA n° n2	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
DA n° 1	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
...							
DA n° n3	8			O	A	Gauche/Espace	CIM-10
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1		O	N	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1		F	N	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2		O	N	Droite/Zéro	
...
Acte CCAM n° NbZa	Date de réalisation	8		F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	A	NA/NA	CCAM

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

10.5.5 Format ANO-HOSP pour V010

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle " n° immatriculation assuré "	1	20	20
Code retour contrôle " date de naissance "	1	21	21
Code retour contrôle " sexe "	1	22	22
Code retour contrôle " n° d'identification administratif de séjour "	1	23	23
N° anonyme	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Code retour contrôle " code grand régime "	1	61	61
Code retour contrôle " Code gestion "	1	62	62
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	63	63
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	64	64
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	65	65
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	66	66
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	67	67
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	68	68
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	69	69
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	70	70
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur "	1	71	71
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	72	72
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes ")	1	73	73
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	74	74
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	75	75
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	76	76
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	77	77
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	78	78
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	79	79
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	80	80
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	81	81
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	82	82
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	83	83
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	84	84
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	85	85
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	86	86
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	87	87
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	88	88
Code retour contrôle " Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents "	1	89	89
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun "	1	90	90
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire "	1	91	91
Code grand régime	2	92	93
Code gestion	2	94	95
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	96	96
Code de prise en charge du forfait journalier	1	97	97
Nature d'assurance	2	98	99
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	100	101
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	102	102

Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	103	103
Facturation du 18 euro	1	104	104
Nombre de venues de la facture	4	105	108
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	109	118
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	119	128
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	129	138
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	139	142
Montant base remboursement	10	143	152
Taux de remboursement	5	153	157
Patient bénéficiaire de la CMU	1	158	158
N° administratif de séjour de la mère	20	159	178
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	179	179
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	180	180
Date de l'hospitalisation	8	181	188
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	189	198
Date de naissance du bénéficiaire	8	199	206
Sexe du bénéficiaire	1	207	207
Code participation assuré	1	208	208
N° d'entrée	9	209	217
Rang de naissance	1	218	218
Rang du bénéficiaire	3	219	221
N° caisse gestionnaire	3	222	224
N° centre gestionnaire	4	225	228
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	229	229
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	230	238
N° d'organisme complémentaire	10	239	248

10.5.6 Format ANO-HOSP pour V009 (Utilisé par LAMDA-HAD)

Libellé	Taille	Début	Fin
Signature de version	8	1	8
Clé d'intégrité	8	9	16
N° format VID-HOSP (3 derniers caractères)	3	17	19
Code retour contrôle " n° immatriculation assuré "	1	20	20
Code retour contrôle " date de naissance "	1	21	21
Code retour contrôle " sexe "	1	22	22
Code retour contrôle " n° d'identification administratif de séjour "	1	23	23
N° anonyme	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Code retour contrôle " code grand régime "	1	61	61
Code retour contrôle " Code gestion "	1	62	62
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	63	63
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	64	64
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	65	65
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	66	66
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	67	67
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	68	68
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	69	69
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	70	70
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur "	1	71	71
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	72	72
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)"	1	73	73
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	74	74
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	75	75
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	76	76
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	77	77
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	78	78
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	79	79
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	80	80
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	81	81
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	82	82
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	83	83
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	84	84
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	85	85
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	86	86
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	87	87
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	88	88
Code grand régime	2	89	90
Code gestion	2	91	92
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	93	93
Code de prise en charge du forfait journalier	1	94	94
Nature d'assurance	2	95	96
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	97	98
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	99	99
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	100	100
Facturation du 18 euro	1	101	101

Nombre de venues de la facture	4	102	105
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	106	115
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	116	125
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	126	135
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	136	139
Montant base remboursement	10	140	149
Taux de remboursement	5	150	154
Patient bénéficiaire de la CMU	1	155	155
N° administratif de séjour de la mère	20	156	175
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	176	176
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	177	177
Date de l'hospitalisation	8	178	185
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	186	195
Date de naissance du bénéficiaire	8	196	203
Sexe du bénéficiaire	1	204	204
Code participation assuré	1	205	205
N° d'entrée	9	206	214
Rang de naissance	1	215	215
Rang du bénéficiaire	3	216	218
N° caisse gestionnaire	3	219	221
N° centre gestionnaire	4	222	225

10.5.7 Format des fichiers complémentaires

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

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

Il est à noter qu'il est possible de renseigner le code UCD aussi bien sur 7 caractères que sur 13.

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

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

Il est à noter qu'il est possible de renseigner le code UCD ATU aussi bien sur 7 caractères que sur 13.

10.5.8 Format du fichier HOSP-PMSI

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

10.5.9 Format d'importation du fichier des Conventions ESHAD-ESMS

Libellé	Taille	Position	Remarques
N° FINESS de l'établissement	9	1-9	
Type d'établissement	2	10-11	Voir annexe 2 de la circulaire : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36720.pdf
Code forfait de soins	1	12-12	0 : sans forfait de soins, 1 : avec forfait de soins ;
Date de début de la convention	8	13-20	Obligatoire. Format JJMMAAAA
Date de fin de la convention	8	21-28	Facultative, elle peut être laissée par défaut à « blanc », c'est-à-dire 8 espaces. Format JJMMAAAA

Ou

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

10.5.10 Formats des RAPSS (H27) et (H29)

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

Format RAPSS H29

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro de version du format de RAPSS	3	10	12	H29 (inscrit par PAPRICA)
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	22	26	calculé par PAPRICA
Âge en années	3	27	29	calculé par PAPRICA
Âge en jours	3	30	32	calculé par PAPRICA
Sexe du patient	1	33	33	
Code géographique	5	34	38	calculé par PAPRICA
Type de lieu de domicile du patient	1	39	39	1,2 ou 3
Numéro FINESS ESMS	9	40	48	
Nombre de journées dans le séjour	4	49	52	calculé par PAPRICA
Mode d'entrée	1	53	53	
Provenance	1	54	54	
Mode de sortie	1	55	55	
Destination	1	56	56	
Mois de la date de sortie du séjour	2	57	58	non renseigné si séjour non terminé
Année de la date de sortie du séjour	4	59	62	non renseignée si séjour non terminé
Numéro de la séquence dans le séjour	4	63	66	calculé par PAPRICA
Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d'entrée du séjour	4	67	70	calculé par PAPRICA
Nombre de journées dans la séquence	4	71	74	calculé par PAPRICA
Dernière séquence	1	75	75	calculé par PAPRICA, 1=oui, 2=non
Mois de la date de fin de la séquence	2	76	77	non renseigné si séquence non terminée
Année de la date de fin de la séquence	4	78	81	non renseignée si séquence non terminée
Mode de prise en charge principal	2	82	83	
Mode de prise en charge associé	2	84	85	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	86	87	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	88	89	

Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	90	91	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	92	93	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	94	95	
Cotation dépendance selon Karnofsky (indice de Karnofsky)	3	96	98	
Filler	5	99	103	
Confirmation de codage	1	104	104	
Nombre de diagnostics DCMPP (n1)	1	105	105	
Nombre de diagnostics DCMPPA (n2)	1	106	106	
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	107	108	
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	109	109	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	110	110	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	111	111	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	112	112	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	113	113	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	114	114	
Numéro de sousséquence	4	115	118	
Mois de sortie de la sousséquence	2	119	120	calculé par PAPRICA
Année de sortie de la sousséquence	4	121	124	calculé par PAPRICA
Nombre de journées entre le début de la sousséquence et le début de la séquence	4	125	128	calculé par PAPRICA
Nombre de journées de la sousséquence	4	129	132	calculé par PAPRICA
Dernière sousséquence de la séquence	1	133	133	calculé par PAPRICA, 1=ooui, 2=non
Dernière sousséquence du séjour	1	134	134	1=ooui, 2=non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	135	137	
DP	6	138	143	
Diagnostic DCMPP n°1	6			
Diagnostic DCMPP n°2	6			
...	6			
Diagnostic DCMPP n° n1	6			
Diagnostic DCMPPA n° 1	6			
...	6			
Diagnostic DCMPPA n° n2	6			
Diagnostic associé n° 1	6			
...
Diagnostic associé n° n3	6			
Acte CCAM n° 1	Délai depuis le début de la sousséquence	4		
	Code de l'acte	9		
	Code de la phase	1		
	Code de l'activité	1		
	Extension documentaire	1		
	Nombre de réalisations	2		
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sousséquence	1		1=ooui, 2=non
...	
Acte CCAM n° NbZa	Délai depuis le début de la	4		

	sousséquence				
	Code de l'acte	9			
	Code de la phase	1			
	Code de l'activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Nombre de réalisations	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sous-séquence	1			1=où, 2=non
Numéro de version du format du RPSS		3			
Groupage établissement : version de la classification		2			peut être vide
Groupage établissement : code retour		3			peut être vide
Groupage établissement : n° du GHPC		4			peut être vide
Groupage établissement : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4)		1			peut être vide
Groupage établissement : n° du GHT		2			
Groupage établissement : nombre de jours		3			
...		
Groupage établissement : n° du GHT		2			
Groupage établissement : nombre de jours		3			
Groupage PAPRICA : version de la classification		2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : code retour		3			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : n° du GHPC		4			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4)		1			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : n° du GHT		2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de jours		3			inscrit par PAPRICA
...	
Groupage PAPRICA : n° du GHT		2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de jours		3			inscrit par PAPRICA

Format RAPSS H27 (utilisé par LAMDA-HAD)

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro de version du format de RAPSS	3	10	12	H27 (inscrit par PAPRICA)
Numéro FINESS de l'établissement (code géographique)	9	13	21	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	22	26	calculé par PAPRICA
Âge en années	3	27	29	calculé par PAPRICA
Âge en jours	3	30	32	calculé par PAPRICA
Sexe du patient	1	33	33	
Code géographique	5	34	38	calculé par PAPRICA
Type de lieu de domicile du patient	1	39	39	1,2 ou 3
Numéro FINESS ESMS	9	40	48	
Nombre de journées dans le séjour	4	49	52	calculé par PAPRICA
Mode d'entrée	1	53	53	
Provenance	1	54	54	
Mode de sortie	1	55	55	

Destination	1	56	56	
Mois de la date de sortie du séjour	2	57	58	non renseigné si séjour non terminé
Année de la date de sortie du séjour	4	59	62	non renseignée si séjour non terminé
Numéro de la séquence dans le séjour	4	63	66	calculé par PAPRICA
Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d'entrée du séjour	4	67	70	calculé par PAPRICA
Nombre de journées dans la séquence	4	71	74	calculé par PAPRICA
Dernière séquence	1	75	75	calculé par PAPRICA, 1=où, 2=non
Mois de la date de fin de la séquence	2	76	77	non renseigné si séquence non terminée
Année de la date de fin de la séquence	4	78	81	non renseignée si séquence non terminée
Mode de prise en charge principal	2	82	83	
Mode de prise en charge associé	2	84	85	
Mode de prise en charge associé documentaire 1	2	86	87	
Mode de prise en charge associé documentaire 2	2	88	89	
Mode de prise en charge associé documentaire 3	2	90	91	
Mode de prise en charge associé documentaire 4	2	92	93	
Mode de prise en charge associé documentaire 5	2	94	95	
Cotation dépendance selon Karnofsky (indice de Karnofsky)	3	96	98	
Filler	5	99	103	
Confirmation de codage	1	104	104	
Nombre de diagnostics DCMPP (n1)	1	105	105	
Nombre de diagnostics DCMPA (n2)	1	106	106	
Nombre de diagnostics associés (n3)	2	107	108	
Cotation dépendance AVQ, habillage/toilette	1	109	109	
Cotation dépendance AVQ, locomotion	1	110	110	
Cotation dépendance AVQ, alimentation	1	111	111	
Cotation dépendance AVQ, continence	1	112	112	
Cotation dépendance AVQ, comportement	1	113	113	
Cotation dépendance AVQ, relation	1	114	114	
Numéro de sousséquence	4	115	118	
Mois de sortie de la sousséquence	2	119	120	calculé par PAPRICA
Année de sortie de la sousséquence	4	121	124	calculé par PAPRICA
Nombre de journées entre le début de la sousséquence et le début de la séquence	4	125	128	calculé par PAPRICA
Nombre de journées de la sousséquence	4	129	132	calculé par PAPRICA
Dernière sousséquence de la séquence	1	133	133	calculé par PAPRICA, 1=où, 2=non
Dernière sousséquence du séjour	1	134	134	1=où, 2=non
Nombre de zones d'actes CCAM (NbZa)	3	135	137	
DP	6	138	143	
Diagnostic DCMPP n°1	6			
Diagnostic DCMPP n°2	6			
...	6			
Diagnostic DCMPP n° n1	6			
Diagnostic DCMPA n° 1	6			
...	6			
Diagnostic DCMPA n° n2	6			
Diagnostic associé n° 1	6			
...
Diagnostic associé n° n3	6			
Acte	Délai depuis le début de la	4		

CCAM n° 1	sousséquence				
	Code de l'acte	7			
	Code de la phase	1			
	Code de l'activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Nombre de réalisations	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sousséquence	1			1=ooui, 2=non
...	
Acte CCAM n° NbZa	Délai depuis le début de la sousséquence	4			
	Code de l'acte	7			
	Code de la phase	1			
	Code de l'activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Nombre de réalisations	2			
	Dates de validité de l'acte compatibles avec les dates de la sousséquence	1			1=ooui, 2=non
Numéro de version du format du RPSS		3			
Groupage établissement : version de la classification		2			peut-être vide
Groupage établissement : code retour		3			peut-être vide
Groupage établissement : n° du GHPC		4			peut-être vide
Groupage établissement : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4)		1			peut-être vide
Groupage établissement : n° du GHT		2			
Groupage établissement : nombre de jours		3			
...		
Groupage établissement : n° du GHT		2			
Groupage établissement : nombre de jours		3			
Groupage PAPRICA : version de la classification		2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : code retour		3			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : n° du GHPC		4			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de zones tarifaires établissement (1 à 4)		1			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : n° du GHT		2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de jours		3			inscrit par PAPRICA
...	
Groupage PAPRICA : n° du GHT		2			inscrit par PAPRICA
Groupage PAPRICA : nombre de jours		3			inscrit par PAPRICA

10.5.11 Fichier de chaînage (ANO)

Format avant intégration dans e-PMSI

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS de l'établissement (code géographique)	9	10	18	
N° format	3	19	21	
N° format VID-HOSP	3	22	24	
Mois de sortie	2	25	26	
Année de sortie	4	27	30	
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	31	31	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	32	32	
Code retour contrôle « sexe »	1	33	33	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	34	34	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	35	35	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	36	36	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	1	37	37	
Code retour contrôle « Cohérence date naissance »	1	38	38	Cohérence entre les informations RPSS et VID-HOSP/RSF-A
Code retour contrôle « Cohérence sexe »	1	39	39	Cohérence entre les informations RPSS et VID-HOSP/RSF-A
N° anonyme	17	40	56	
N° de séjour	5	57	61	
N° séquentiel de séjour HAD/Numéro séquentiel d'entrée	5	62	66	
Date d'entrée	8	67	74	(*)
Date de sortie	8	75	82	(*)
Code retour contrôle « code grand régime »	1	83	83	
Code retour contrôle « code gestion »	1	84	84	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	85	85	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	86	86	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	87	87	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	88	88	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	89	89	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	90	90	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	91	91	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	92	92	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	93	93	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	94	94	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	95	95	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	96	96	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	97	97	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	98	98	
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	99	99	
Filler	3	100	102	
Code retour contrôle « Identifiant anonyme d'hospitalisation »	1	103	103	
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	104	104	
Code retour contrôle « Code participation assuré »	1	105	105	
Code retour contrôle « N° d'entrée »	1	106	106	

Code retour contrôle « Rang de naissance »	1	107	107	
Code retour contrôle « Rang du bénéficiaire »	1	108	108	
Code retour contrôle « N° caisse gestionnaire »	1	109	109	
Code retour contrôle « N° centre gestionnaire »	1	110	110	
Code retour contrôle "Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents"	1	111	111	
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun"	1	112	112	
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire"	1	113	113	
Code grand régime	2	114	115	Type 2 CP positions 49-50
Code gestion	2	116	117	
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	118	118	cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2 {0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X}
Code de prise en charge du forfait journalier	1	119	119	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	120	121	{10, 13, 30, 41, 90, XX} cf. normes B2
				10 : Maladie
				13 : Maladie régime local (Alsace – Moselle)
				30 : Maternité
				41 : Accident du travail
				90 : Prévention maladie
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	122	123	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	124	124	0 : non
				1 : oui
				2 : en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
				3 : en attente de décision sur les droits du patient
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	125	125	
Facturation du 18 euro	1	126	126	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	4	127	130	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	131	140	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	141	150	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	151	160	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	161	164	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	165	174	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	175	179	3+2
Patient bénéficiaire de la CMU	1	180	180	
Filler	30	181	210	
Identifiant anonyme d'hospitalisation	8	211	218	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	219	228	
Code participation assuré	1	229	229	
Identifiant de première hospitalisation	6	230	235	5+1 : identifiant sur 5 + code retour sur 1
Filler	3	236	238	
Rang de naissance	1	239	239	
Rang du bénéficiaire	3	240	242	
N° caisse gestionnaire	3	243	245	
N° centre gestionnaire	4	246	249	
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	250	250	
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	251	259	Type 2 CP positions 86-94

N° d'organisme complémentaire	10	260	269	Type 2 CP positions 119-128
-------------------------------	----	-----	-----	-----------------------------

(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations

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

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

10.5.12 Fichier de chaînage (ANO) (Utilisé par LAMDA-HAD)

Format avant intégration dans e-PMSI

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS de l'établissement (code géographique)	9	10	18	
N° format	3	19	21	
N° format VID-HOSP	3	22	24	
Mois de sortie	2	25	26	
Année de sortie	4	27	30	
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	31	31	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	32	32	
Code retour contrôle « sexe »	1	33	33	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	34	34	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	35	35	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	36	36	
Code retour contrôle « date de référence » (date d'entrée)	1	37	37	
Code retour contrôle « Cohérence date naissance »	1	38	38	Cohérence entre les informations RPSS et VID-HOSP/RSF-A
Code retour contrôle « Cohérence sexe »	1	39	39	Cohérence entre les informations RPSS et VID-HOSP/RSF-A
N° anonyme	17	40	56	
N° de séjour	5	57	61	
N° séquentiel de séjour HAD/Numéro séquentiel d'entrée	5	62	66	
Date d'entrée	8	67	74	(*)
Date de sortie	8	75	82	(*)
Code retour contrôle « code grand régime »	1	83	83	
Code retour contrôle « code gestion »	1	84	84	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	85	85	
Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	86	86	
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	87	87	
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	88	88	
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	89	89	
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	90	90	
Code retour contrôle « facturation du 18 euro »	1	91	91	
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	92	92	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur »	1	93	93	
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	94	94	
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) »	1	95	95	
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	96	96	
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	97	97	
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	98	98	
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	99	99	
Filler	3	100	102	
Code retour contrôle « Identifiant anonyme d'hospitalisation »	1	103	103	
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	104	104	
Code retour contrôle « Code participation assuré »	1	105	105	
Code retour contrôle « N° d'entrée »	1	106	106	

Code retour contrôle « Rang de naissance »	1	107	107	
Code retour contrôle « Rang du bénéficiaire »	1	108	108	
Code retour contrôle « N° caisse gestionnaire »	1	109	109	
Code retour contrôle « N° centre gestionnaire »	1	110	110	
Code grand régime	2	111	112	Type 2 CP positions 49-50
Code gestion	2	113	114	
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	115	115	cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2 {0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X}
Code de prise en charge du forfait journalier	1	116	116	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	117	118	{10, 13, 30, 41, 90, XX} cf. normes B2
				10 : Maladie
				13 : Maladie régime local (Alsace – Moselle)
				30 : Maternité
				41 : Accident du travail
				90 : Prévention maladie
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	119	120	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	121	121	0 : non
				1 : oui
				2 : en attente de décision sur le taux de prise en charge du patient
				3 : en attente de décision sur les droits du patient
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	122	122	
Facturation du 18 euro	1	123	123	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	4	124	127	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	128	137	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	138	147	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	148	157	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	158	161	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	162	171	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	172	176	3+2
Patient bénéficiaire de la CMU	1	177	177	
Filler	30	178	207	
Identifiant anonyme d'hospitalisation	8	208	215	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	216	225	
Code participation assuré	1	226	226	
N° d'entrée	9	227	235	
Rang de naissance	1	236	236	
Rang du bénéficiaire	3	237	239	
N° caisse gestionnaire	3	240	242	
N° centre gestionnaire	4	243	246	
(*) seule la CNAMTS est destinataire de ces informations				

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

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

10.5.13 Formats des fichiers de contrôles en sortie

Fichier *.leg (ex-DGF)

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

Fichier avec séparateur ":",

Fichier *.sta (ex-DGF)

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

10.5.14 Formats des fichiers complémentaires de sortie

Fichier *.med

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	06
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	18	22	
Numéro de la séquence dans le séjour	4	23	26	
Numéro de sous-séquence	4	27	30	
Nombre de séjours impliqués	6	31	36	
Code UCD	13	37	49	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	50	59	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	60	69	7+3
Mois de la date d'administration	2	70	71	
Année de la date d'administration	4	72	75	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	76	79	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	80	80	
Top transcodage UCD13 auto	1	81	81	1=oui, 2=non
Filler	25	82	106	

Fichier *.medatu

Libellé des variables	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	09
Année période	4	12	15	
N° période (mois)	2	16	17	
Numéro séquentiel de séjour d'HAD	5	18	22	
Numéro de la séquence dans le séjour	4	23	26	
Numéro de sous-séquence	4	27	30	
Nombre de séjours impliqués	6	31	36	
Code UCD	13	37	49	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	50	59	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	60	69	7+3
Mois de la date d'administration	2	70	71	
Année de la date d'administration	4	72	75	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	76	79	
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	80	80	
Top transcodage UCD13 auto	1	81	81	1=oui, 2=non
Filler	25	82	106	

Fichier *.ehpa

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
Type de fichier	3	10	12	D01
Année période	4	13	16	
N° période (mois)	2	17	18	
N° FINESS ESMS	9	19	27	N° FINESS ESMS
Type d'établissement	2	28	29	Liste disponible : circulaire n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013
Code forfait de soins	1	30	30	
Date de début de la convention	8	31	38	Format JJMMAAAA (obligatoire)
Date de fin de la convention	8	39	46	Format JJMMAAAA. Peut ne pas être renseignée (8 caractères « espace »)