

Manuel d'utilisation

GENRSA LAMDA 7.x.x.x

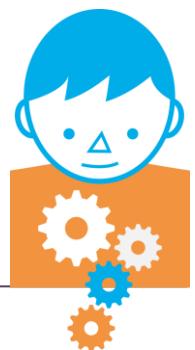
Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)

Février
2023

Service Architecture et production informatiques

Pôle Logiciels des établissements de santé

<http://www.atih.sante.fr>



Support utilisateurs

Téléphone : 0 820 77 1234 (0,019 euros TTC/min)

Foire aux questions : <https://applis.atih.sante.fr/agora>

Courriel : support@atih.sante.fr

Sommaire

Présentation générale	4
Fonctionnalités	4
Période de traitement	4
Fichiers de traitement	5
Gestion des unités médicales	5
La validation des unités médicales	5
Importation du fichier d'information des unités médicales (méthode conseillée)	5
Fichiers complémentaires facultatifs	6
Options pour la saisie des médicaments	7
Recueil DATEXP Immuno	7
Fichier HOSP-PMSI	7
Fichier des Correspondances numéros séquentiels d'UM avec numéros UM	7
Informations sur les versions disponibles	8
Formats des fichiers d'entrée de traitement de GENRSA (Hors DATEXP)	9
Format de RSS groupé 121 (obligatoire à partir du 1^{er} mars 2022)	9
Format de RSS groupé 120 (le format RSS 120 est accepté avant le 1^{er} mars 2022)	13
Format ANO-HOSP V014	17
Format ANO-HOSP V013	20
Détail des codes retour du fichier ANO-HOSP	24
Format d'importation du fichier d'information des UM (utilisé par GENRSA)	28
Codage Type d'autorisation de l'unité médicale	29
Format du fichier HOSP-PMSI	31
Format générique des fichiers complémentaires	31
Format FICHCOMP IVG	32
Formats spécifiques pour les fichiers des médicaments LES (type 06), AP-AC (type 09) ou anticancéreux intraGHS (type 14)	32
Format du fichier FICHCOMP Transports	32
Format du fichier FICHCOMP des admissions en provenance de maison de naissance	33

Format du fichier DATEXP médicaments immunothérapie	34
Formats anonymisés de sortie de traitement de GENRSA.....	35
Format de RSA 227 (format 2022)	35
Fichier ANO de chaînage	43
Formats des fichiers complémentaires anonymisés	52
Fichier MED LES (*.med)	52
Médicaments AP-AC (*.medatu)	52
Fichier DMI (*.dmip)	53
Format du fichier STA	56
Format du Fichier LEG	56
Format du fichier Médicaments immunothérapie anonymisé	57

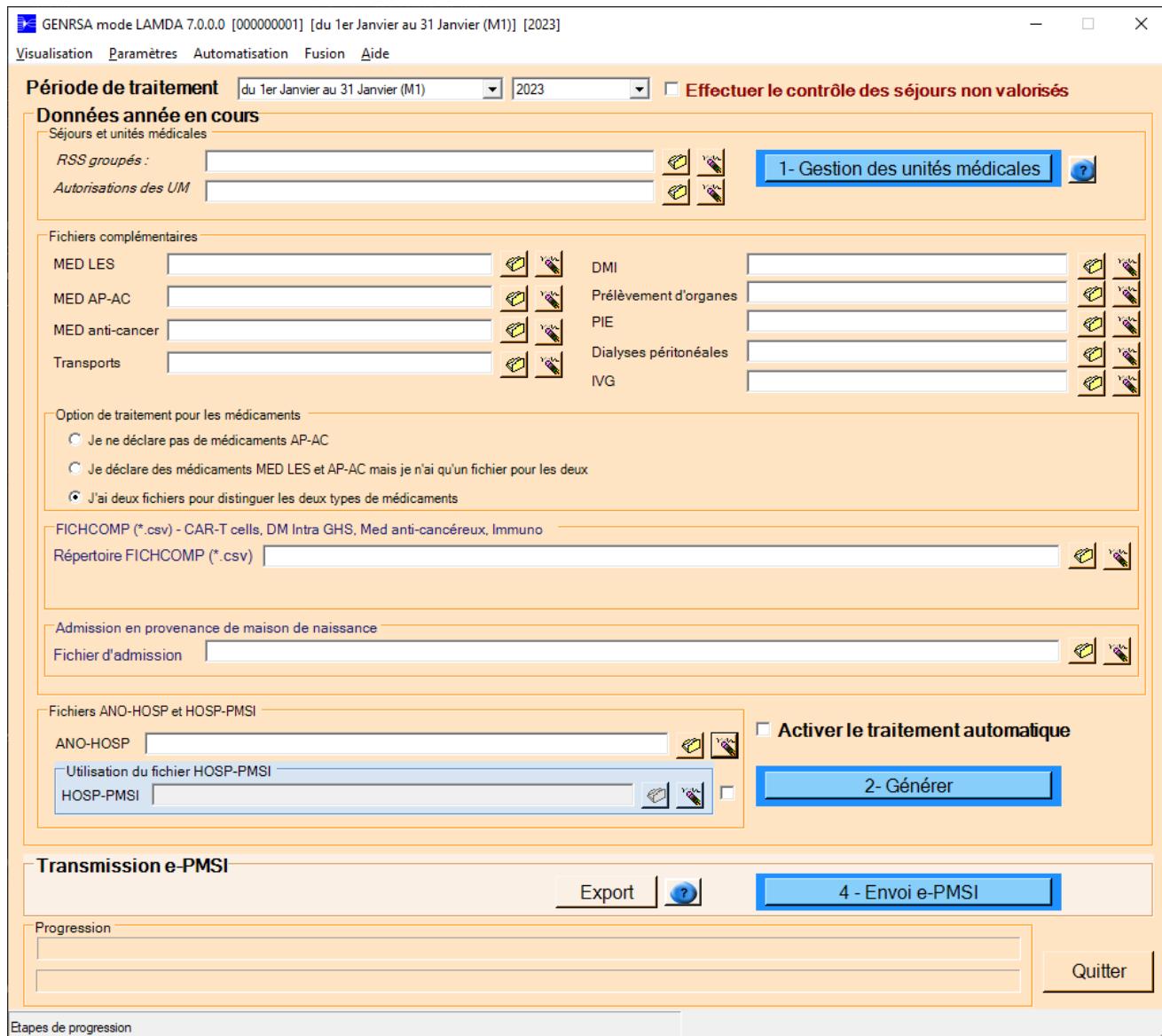
Présentation générale

Le logiciel GENRSA-LAMDA permet de mettre à jour les données d'activité de l'année précédente. La transmission des données LAMDA est effectuée sur les périodes de l'année en cours.

Cette version GENRSA-LAMDA, disponible à partir du M1 2023, nécessite l'utilisation du logiciel MAGIC livré pour l'année 2022. Les 2 versions MAGIC 5.9.0.0 et 5.8.0.0 peuvent être utilisées indifféremment, le traitement ne diffère pas quelque soit l'une de ces versions MAGIC.

Fonctionnalités

La fenêtre principale de GENRSA LAMDA est la suivante :



Les différentes zones de saisie et fonctionnalités du logiciel sont décrites ci-après.

Période de traitement

Elle consiste à renseigner la période et l'année des données à traiter. La période à sélectionner correspond aux périodes de transmission de l'année en cours. **Il convient de renseigner les périodes de M1 à M12 suivant le mois de transmission en cours.**

Fichiers de traitement

La fenêtre principale de GENRSA LAMDA permet de sélectionner plusieurs types de fichiers. Les fichiers nécessaires pour effectuer un traitement GENRSA LAMDA sont le fichier des RSS groupés et le fichier ANO-HOSP (format V013 ou V014). La gestion des unités médicales est une étape obligatoire avant le lancement du traitement GENRSA LAMDA.

Gestion des unités médicales

La fenêtre de Gestion des unités médicales s'affiche lorsque vous cliquez sur le bouton {1 – Gestion des unités médicales}. Certains suppléments de facturation dépendent du type d'activité de l'unité médicale de séjour des patients. À cet effet, une table d'information permet de renseigner la nature des UM de l'établissement. Le renseignement de cette fenêtre peut être effectué soit manuellement, par saisie, soit automatiquement, à partir d'un fichier d'autorisations des UM.

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

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

Le type d'autorisation 88 (unité supprimée) peut être utilisé, en cas de suppression définitive d'une unité médicale de l'établissement.

La validation des unités médicales

Cette étape est obligatoire. Un contrôle d'exhaustivité est effectué par GENRSA LAMDA. Toutes les UM du fichier de RSS doivent apparaître au moins une fois, tous les numéros FINESS géographiques doivent être renseignés et tous les modes d'hospitalisation également. Par ailleurs, un récapitulatif est fourni. Pour chaque association « unité médicale- type d'autorisation », vous devez renseigner les informations suivantes :

- N° FINESS Géographique qui doit être rattaché au FINESS d'inscription PMSI
- Date de début d'effet d'autorisation : premier jour à partir duquel l'autorisation prend effet
- Nombre de lits autorisés
- Mode d'hospitalisation

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

Importation du fichier d'information des unités médicales (méthode conseillée)

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

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

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

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

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

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

Fichiers complémentaires facultatifs

Fichiers complémentaires			
MED LES	<input type="text"/>	DMI	<input type="text"/>
MED AP-AC	<input type="text"/>	Prélèvement d'organes	<input type="text"/>
MED anti-cancer	<input type="text"/>	PIE	<input type="text"/>
Transports	<input type="text"/>	Dialyses péritonéales	<input type="text"/>
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
			
		<img alt="Icon representing a	

Options pour la saisie des médicaments

Option de traitement pour les médicaments

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

Vous devez saisir l'une des 3 options de la boîte de dialogue ci-dessus :

Option 1 : vous ne déclarez pas de médicaments ATU. Dans ce cas, 1 seul fichier peut être renseigné. Seuls les médicaments hors ATU et les thrombolytiques pourront être renseigné dans ce fichier.

Option 2 : vous déclarez des médicaments sous ATU, et que ces médicaments sont déclarés dans le même fichier que les médicaments hors ATU et les thrombolytiques. Dans ce cas, 1 seul fichier peut être renseigné dans l'interface, dans lequel les 3 types de médicaments pourront être déclarés.

Option 3 : vous déclarez des médicaments sous ATU dans un fichier séparé. Dans ce cas, 2 fichiers peuvent être saisis dans l'interface : le 1er premier contenant les médicaments hors ATU et les thrombolytiques, et le second contenant les médicaments sous ATU.

Recueil DATEXP Immuno

Dans cette zone, le champ Répertoire recueil DATEXP permet de sélectionner un dossier. Les fichiers de type DATEXP présents dans ce répertoire seront traités par GENRSA. **Seul le DATEXP Immuno sera pris en compte pour le traitement LAMDA.**

Remarque importante : les fichiers DATEXP doivent impérativement avoir une première ligne d'en-tête, qui correspond aux différents champs du fichier DATEXP concerné. Un contrôle est effectué sur les noms des variables de cette ligne d'en-tête. Seuls sont retenus les fichiers qui ont une ligne d'en-tête correspondant à la description du fichier.

Fichier HOSP-PMSI

Le fichier HOSP-PMSI est facultatif, pour le traitement de GENRSA. Si ce fichier n'est pas renseigné au niveau de l'interface GENRSA, il est généré automatiquement, à partir des informations du fichier RSS. Vous retrouvez la description de ce fichier dans le format RSS :

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

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

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

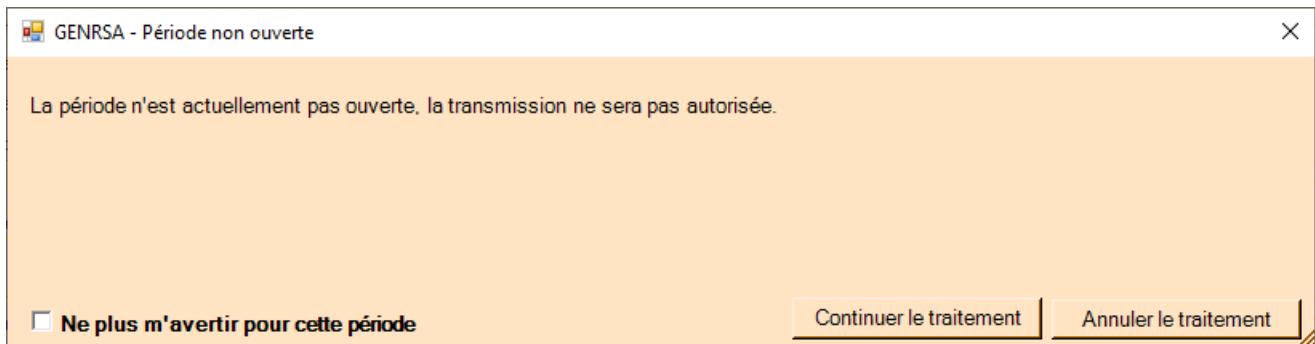
Fichier des Correspondances numéros séquentiels d'UM avec numéros UM

Vous avez accès à partir du menu Visualisation – Correspondances numéros séquentiels d'UM avec numéro d'UM à un fichier texte qui vous permet de faire le lien entre les n° UM et les numéros séquentiels du fichier d'UM anonymisé. Les n° séquentiels peuvent varier d'un traitement à l'autre.

Ce fichier de correspondance est, également, disponible dans la sauvegarde « .out.zip » du traitement. Il s'agit du fichier d'extension .ium.correspnseq.txt.

Informations sur les versions disponibles

Le logiciel GENRSA LAMDA effectue un contrôle des versions logicielles disponibles, pour la période de traitement. Si la période de transmission n'est pas ouverte au niveau du serveur e-PMSI, la fenêtre suivante est affichée :



Vous pouvez choisir de continuer le traitement. Ce message n'est pas bloquant pour le traitement.

Information complémentaire : La période n'est actuellement pas ouverte

Ce message peut, également, s'afficher si votre poste informatique ne parvient pas à interroger le serveur e-PMSI, au sujet des versions disponibles. Dans ce cas, il est nécessaire de vérifier et de paramétriser le Paramétrage e-POP, au niveau du menu Paramètres. Un bouton Tester la connexion est disponible dans cette fenêtre de paramétrage.

Formats des fichiers d'entrée de traitement de GENRSA (Hors DATEXP)

Format de RSS groupé 121 (obligatoire à partir du 1^{er} mars 2022)

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type [2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Groupage : version de la classification		2	1	2	O	N	Droite/Zéro	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	N	Droite/Zéro	
	N° GHM	4	5	8	O	A	NA/NA	
Filler		1	9	9	F	A	NA/NA	
N° de version du format de RSS		3	10	12	O	A	NA/NA	121
Groupage : code retour		3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS d'inscription ePMSI		9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM		3	25	27	O	N	NA/NA	021
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	A	Gauche/Espace	
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	A	Gauche/Espace	
N° de RUM		10	68	77	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance		8	78	85	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe		1	86	86	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale		4	87	90	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié		2	91	92	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	93	100	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	101	101	O	N	NA/NA	

Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)	1	102	102	F	N	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale	8	103	110	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale	1	111	111	O	N	NA/NA	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)	1	112	112	F	N	NA/NA	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)	5	113	117	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)	4	118	121	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel	2	122	123	F	N	Droite/Zéro	
Date des dernières règles	8	124	131	F	N	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de séances	2	132	133	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RUM	2	134	135	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	2	136	137	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	3	138	140	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)	8	141	148	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)	8	149	156	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2	3	157	159	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS	1	160	160	F	N	NA/NA	cf. note 1
Type de machine en radiothérapie	1	161	161	F	N	NA/NA	cf. note 2
Type de dosimétrie	1	162	162	F	N	NA/NA	cf. note 3
Numéro d'innovation	15	163	177	F	A	Gauche/Espace	
Conversion hospitalisation complète	1	178	178	F	N	NA/NA	1 : conversion après prise en charge en HP 2 : pas de conversion

Prise en charge RAAC	1	179	179	F	N	NA/NA	1 : prise en charge RAAC 2 : pas de prise en charge RAAC RAAC:réhabilitation améliorée après chirurgie
Contexte patient/Surveillance particulière	1	180	180	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non blanc: non renseigné
Administration d'un produit de la RH	1	181	181	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non blanc: non renseigné
Rescrit tarifaire	1	182	182	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non blanc: non renseigné
Catégorie du nombre d'interventions totales	1	183	183	F	A	NA/NA	A : < à 3 interventions B : égale à 3 interventions C : > à 3 interventions blanc : non renseigné
Non Programmé (NP)	1	184	184	F	N	NA/NA	1: oui, 2: non , blanc = non renseigné
Filler	5	185	189	F	N	Gauche/Espace	Changement de taille
Zone réservée	3	190	192	F	N	NA/Espace	
DA n° 1	8	193	200	F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	A	...	
DA n° nDA	8			F	A	Gauche/Espace	
DAD n° 1	8			F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	...		
DAD n° nDAD	8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8		F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA

							Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7		O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3		F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	Phase	1		O	N	NA/NA	
	Activité	1		O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4		F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1		F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1		F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2		O	N	Droite/Zéro	
...		*29	
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8		F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7		O	A	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Extension PMSI	3		F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	Phase	1		O	N	NA/NA	
	Activité	1		O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4		F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1		F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1		F	A	NA/NA	

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

Format de RSS groupé 120 (le format RSS 120 est accepté avant le 1^{er} mars 2022)

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type [2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Groupage : version de la classification	2	1	2	O	N	Droite/Zéro	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	N	Droite/Zéro
	N° GHM	4	5	8	O	A	NA/NA
Filler	1	9	9	F	A	NA/NA	
N° de version du format de RSS	3	10	12	O	A	NA/NA	120
Groupage : code retour	3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM	3	25	27	O	N	NA/NA	020
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	A	Gauche/Espace
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	A	Gauche/Espace
N° de RUM	10	68	77	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	78	85	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	86	86	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale	4	87	90	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié	2	91	92	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale	8	93	100	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale	1	101	101	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)	1	102	102	F	N	NA/NA	

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

Prise en charge RAAC	1	179	179	F	N	NA/NA	1 : prise en charge RAAC 2 : pas de prise en charge RAAC RAAC:réhabilitation améliorée après chirurgie
Contexte patient/Surveillance particulière	1	180	180	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non blanc: non renseigné
Administration d'un produit de la RH	1	181	181	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non blanc: non renseigné
Rescrit tarifaire	1	182	182	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non blanc: non renseigné
Catégorie du nombre d'interventions totales	1	183	183	F	A	NA/NA	A : < à 3 interventions B : égale à 3 interventions C : > à 3 interventions blanc : non renseigné
Filler	6	184	189	F	N	Gauche/Espace	Changement de taille
Zone réservée	3	190	192	F	N	NA/Espace	
DA n° 1	8	193	200	F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	A	...	
DA n° nDA	8			F	A	Gauche/Espace	
DAD n° 1	8			F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	...		
DAD n° nDAD	8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8		F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7		O	A	NA/NA	Signalement si non renseigné
	Extension PMSI	3		F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	Phase	1		O	N	NA/NA	

	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
...		*29	
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
								Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	

Format ANO-HOSP V014

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
Filler	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Filler	17	61	77
N° FINESS e-PMSI	9	78	86
Code retour contrôle " code grand régime "	1	87	87
Code retour contrôle " Code gestion "	1	88	88
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	89	89
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	90	90
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	91	91
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	92	92
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	93	93
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	94	94
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	95	95
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	96	96
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur"	1	97	97
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	98	98
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes ")	1	99	99
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	100	100
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	101	101
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	102	102
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	103	103
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	104	104
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	105	105
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	106	106
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	107	107
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	108	108
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	109	109

Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	110	110
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	111	111
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	112	112
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	113	113
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	114	114
Code retour contrôle " Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents "	1	115	115
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun"	1	116	116
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire"	1	117	117
Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	1	118	118
Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	119	119
Code retour contrôle "Nature de la pièce justificative des droits"	1	120	120
Code retour contrôle "Prise en charge établie le"	1	121	121
Code retour contrôle "Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du."	1	122	122
Code retour contrôle "Délivrée par"	1	123	123
Code retour contrôle "Régime de prestation de l'assuré"	1	124	124
Code retour contrôle "Top éclatement des flux par l'établissement"	1	125	125
Code retour contrôle "Date d'entrée"	1	126	126
Code retour contrôle "Date de sortie"	1	127	127
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	128	128
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	129	129
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	130	130
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	131	131
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	132	132
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	133	133
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	134	134
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	135	135
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	136	136
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	137	137
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	138	138
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	139	139
Code retour contrôle " Numéro d'identification permanent du patient (IPP) "	1	140	140
Code retour "identifiant national de santé"	1	141	141
Code retour "article 51"	1	142	142
Code grand régime	2	143	144
Code gestion	2	145	146
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	147	147
Code de prise en charge du forfait journalier	1	148	148
Nature d'assurance	2	149	150

Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	151	152
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	153	153
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	154	154
Facturation du 18 euro	1	155	155
Nombre de venues de la facture	4	156	159
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	160	169
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	170	179
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	180	189
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	190	193
Montant base remboursement	10	194	203
Taux de remboursement	5	204	208
Patient bénéficiaire de la CMU	1	209	209
N° administratif de séjour de la mère	20	210	229
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	230	230
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	231	231
Date de l'hospitalisation	8	232	239
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	240	249
Date de naissance du bénéficiaire	8	250	257
Sexe du bénéficiaire	1	258	258
Code participation assuré	1	259	259
N° d'entrée	9	260	268
Rang de naissance	1	269	269
Rang du bénéficiaire	3	270	272
N° caisse gestionnaire	3	273	275
N° centre gestionnaire	4	276	279
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	280	280
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	281	289
N° d'organisme complémentaire	10	290	299
Nature de la pièce justificative des droits	1	300	300
Prise en charge établie le	8	301	308
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	309	316
Délivrée par	3	317	319
Régime de prestation de l'assuré	3	320	322
Top éclatement des flux par l'établissement	1	323	323
Date d'entrée	8	324	331
Date de sortie	8	332	339
Montant total du séjour facturé au patient	8	340	347
Rejet AMO	1	348	348
Date de facturation AMO	8	349	356

Date de facturation AMC	8	357	364
Date de facturation patient	8	365	372
Date de paiement AMO	8	373	380
Date de paiement AMC	8	381	388
Date de paiement patient	8	389	396
Statut FT AMO	1	397	397
Statut FT AMC	1	398	398
Statut FT patient	1	399	399
Pays d'assurance social	3	400	402
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	403	422
ART51	1	423	423
Filler	50	424	473
Empreinte numérique	32	474	505
Zone chiffrée	1428	506	1933

Format ANO-HOSP V013

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
Filler	17	24	40
N° d'identification administratif de séjour	20	41	60
Filler	17	61	77
N° FINESS e-PMSI	9	78	86
Code retour contrôle " code grand régime "	1	87	87
Code retour contrôle " Code gestion "	1	88	88
Code retour contrôle " code justification d'exonération du ticket modérateur "	1	89	89
Code retour contrôle " code de prise en charge du forfait journalier "	1	90	90
Code retour contrôle " nature d'assurance "	1	91	91
Code retour contrôle " type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire "	1	92	92
Code retour contrôle " séjour facturable à l'assurance maladie "	1	93	93
Code retour contrôle " motif de la non facturation à l'assurance maladie "	1	94	94
Code retour contrôle " facturation du 18 euro "	1	95	95
Code retour contrôle " nombre de venues de la facture "	1	96	96
Code retour contrôle " montant à facturer au titre du ticket modérateur"	1	97	97

Code retour contrôle " montant à facturer au titre du forfait journalier "	1	98	98
Code retour contrôle " montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes ")	1	99	99
Code retour contrôle " montant lié à la majoration au parcours de soin "	1	100	100
Code retour contrôle " montant base remboursement "	1	101	101
Code retour contrôle " taux de remboursement "	1	102	102
Code retour contrôle " Patient bénéficiaire de la CMU "	1	103	103
Code retour contrôle " N° administratif de séjour de la mère "	1	104	104
Code retour contrôle " Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère "	1	105	105
Code retour contrôle " Hospitalisation pour prélèvement d'organe "	1	106	106
Code retour contrôle " Date de l'hospitalisation "	1	107	107
Code retour contrôle " Montant total du séjour remboursable pour l'AMC "	1	108	108
Code retour contrôle " Code participation assuré "	1	109	109
Code retour contrôle " N° d'entrée "	1	110	110
Code retour contrôle " Rang de naissance "	1	111	111
Code retour contrôle " Rang du bénéficiaire "	1	112	112
Code retour contrôle " N° caisse gestionnaire "	1	113	113
Code retour contrôle " N° centre gestionnaire "	1	114	114
Code retour contrôle " Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents "	1	115	115
Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun"	1	116	116
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire"	1	117	117
Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	1	118	118
Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	119	119
Code retour contrôle "Nature de la pièce justificative des droits"	1	120	120
Code retour contrôle "Prise en charge établie le"	1	121	121
Code retour contrôle "Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du."	1	122	122
Code retour contrôle "Délivrée par"	1	123	123
Code retour contrôle "Régime de prestation de l'assuré"	1	124	124
Code retour contrôle "Top éclatement des flux par l'établissement"	1	125	125
Code retour contrôle "Date d'entrée"	1	126	126
Code retour contrôle "Date de sortie"	1	127	127
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	128	128
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	129	129
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	130	130
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	131	131
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	132	132
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	133	133
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	134	134
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	135	135

Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	136	136
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	137	137
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	138	138
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	139	139
Code retour contrôle " Numéro d'identification permanent du patient (IPP) "	1	140	140
Code grand régime	2	141	142
Code gestion	2	143	144
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	145	145
Code de prise en charge du forfait journalier	1	146	146
Nature d'assurance	2	147	148
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	149	150
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	151	151
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	152	152
Facturation du 18 euro	1	153	153
Nombre de venues de la facture	4	154	157
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	158	167
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	168	177
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	178	187
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	188	191
Montant base remboursement	10	192	201
Taux de remboursement	5	202	206
Patient bénéficiaire de la CMU	1	207	207
N° administratif de séjour de la mère	20	208	227
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	228	228
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	229	229
Date de l'hospitalisation	8	230	237
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	238	247
Date de naissance du bénéficiaire	8	248	255
Sexe du bénéficiaire	1	256	256
Code participation assuré	1	257	257
N° d'entrée	9	258	266
Rang de naissance	1	267	267
Rang du bénéficiaire	3	268	270
N° caisse gestionnaire	3	271	273
N° centre gestionnaire	4	274	277
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	278	278
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	279	287
N° d'organisme complémentaire	10	288	297
Nature de la pièce justificative des droits	1	298	298
Prise en charge établie le	8	299	306

Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	307	314
Délivrée par	3	315	317
Régime de prestation de l'assuré	3	318	320
Top éclatement des flux par l'établissement	1	321	321
Date d'entrée	8	322	329
Date de sortie	8	330	337
Montant total du séjour facturé au patient	8	338	345
Rejet AMO	1	346	346
Date de facturation AMO	8	347	354
Date de facturation AMC	8	355	362
Date de facturation patient	8	363	370
Date de paiement AMO	8	371	378
Date de paiement AMC	8	379	386
Date de paiement patient	8	387	394
Statut FT AMO	1	395	395
Statut FT AMC	1	396	396
Statut FT patient	1	397	397
Pays d'assurance social	3	398	400
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	401	420
Filler	50	421	470
Empreinte numérique	32	471	502
Zone chiffrée	1300	503	1802

Détail des codes retour du fichier ANO-HOSP

« Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents »

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

« Code Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun »

- 0 : RAS
1 : Valeur non alphanumérique

« Code N° d'organisme complémentaire»

- 0 : RAS
1 : Valeur non alphanumérique

« N° immatriculation assuré »

- 0 : RAS
1 : format incorrect
2 : utilisation de la valeur manquante (13 fois le caractère « X »)
3 : n° non conforme suite au contrôle de la clé

« Date de naissance »

- 0 : RAS
1 : format incorrect (doit être de la forme JJMMAAAA) ou incohérente (exemple : 35032008)
2 : utilisation de la valeur manquante (8 fois le caractère « X »)

« Sexe »

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

« N° d'identification administratif de séjour »

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

« Code grand régime »

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

« Code Gestion »

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

« Code justification d'exonération du ticket modérateur »

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

« Code de prise en charge du forfait journalier »

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

« Nature d'assurance »

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

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

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

0 : RAS

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

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

« Séjour facturable à l'assurance maladie »

0 : RAS

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

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

« Facturation du 18 euro »

0 : RAS

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

« Nombre de venues de la facture »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du ticket modérateur »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant à facturer au titre du forfait journalier »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

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

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant lié à la majoration au parcours de soin »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Montant base remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Taux de remboursement »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

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

0 : RAS

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

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

Code	Libellé
1	Patient en AME
2	Patient sous convention internationale
3	Patient payant
4	Patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du CASF)
5	Patient hospitalisé dans un autre établissement
6	Acte ou consultation externe réalisé dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier
9	Autres situations

« Patient bénéficiaire de la CMU »

0 : RAS

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

« N° administratif de séjour de la mère »

0 ou 9 : RAS

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

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

0 : RAS

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

« Hospitalisation pour prélèvement d'organe »

0 : RAS

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

« Date de l'hospitalisation »

0 : RAS

1 : format incorrect

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

3 : non renseignée (8 caractères espace)

« Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Code participation assuré»

0 : RAS

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

« N° d'entrée»

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Rang de naissance»

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« Rang du bénéficiaire»

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« N° caisse gestionnaire»

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

« N° centre gestionnaire»

0 : RAS

1 : Valeur non numérique

Note :

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

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

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

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

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

Codage Type d'autorisation de l'unité médicale

Racine code UM	spéc	Code concaténé	Classification de l'unité médicale fonctionnelle	Mode d'hospitalisation	Rattachement à la discipline SAE
01	A	01A	Réanimation adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
01	B	01B	Réanimation adulte grands brûlés	HC	Médecine
02	A	02A	Soins intensifs en cardiologie = USIC	HC	Médecine
02	B	02B	Autres soins intensifs (hors UNV, USIC, néonatalogie)	HC	Médecine
03	A	03A	Soins surveillance continue adulte hors grands brûlés	HC	Médecine
03	B	03B	Soins surveillance continue adulte grands brûlés	HC	Médecine
04		04	Néonatalogie sans SI	HC	Médecine
05		05	Soins intensifs en néonatalogie	HC	Médecine
06		06	Réanimation néonatale	HC	Médecine
07	A	07A	UHCD strutures des urgences générales	HC	Urgences
07	B	07B	UHCD strutures des urgences pédiatriques	HC	Urgences
08		08	Soins et accompagnement des malades en phase terminale (unité de soins palliatifs)	HC	Médecine
13	A	13A	Réanimation pédiatrique hors grand brûlés	HC	Médecine
13	B	13B	Réanimation pédiatrique grands brûlés	HC	Médecine
14	A	14A	Soins surveillance continue pédiatrique hors grands brûlés	HC	Médecine
14	B	14B	Soins surveillance continue pédiatrique grands brûlés	HC	Médecine
16		16	Unité d'hématologie équipée d'un système de traitement de l'air	HC	Médecine
17		17	UNV hors SI	HC	Médecine
18		18	Soins intensifs en UNV	HC	Médecine
19		19	Unité d'addictologie de recours et de référence	HP /HC /mixte	Médecine
20		20	Traitemennt des grands brûlés (hors réanimation et surveillance continue grands brûlés)	HC/HP	Chirurgie

21	21	Hémodialyse en centre pour adulte	HP	Dialyse
22	22	Hémodialyse en centre pour enfant	HP	Dialyse
23	23	Hémodialyse en unité médicalisée	HP	Dialyse
34	34	Hémodialyse en unité d'auto-dialyse	HP	Dialyse
35	35	Hémodialyse à domicile	HP	Dialyse
36	36	Dialyse péritonéale à domicile	HP	Dialyse
37	37	Unité de dialyse saisonnière	HP	Dialyse
26	26	Unité hospitalière sécurisée interrégionale UHSI	HC	Médecine
40	40	Unité d'hospitalisation d'oncologie médicale	HP /HC /mixte	Médecine
41	41	Unité d'hospitalisation d'oncologie chirurgicale	HP /HC /mixte	Chirurgie
42	42	Unité de radiothérapie ambulatoire	HP	Médecine
43	43	Unité de chimiothérapie ambulatoire	HP	Médecine
50	50	Chirurgie cardiaque	HP /HC /mixte	Chirurgie
51	51	Neurochirurgie	HP /HC /mixte	Chirurgie
52	52	Autre chirurgie pédiatrique (ou chirurgie indifférenciée pédiatrique)	HP /HC /mixte	Chirurgie
53	53	Autre chirurgie adulte (ou chirurgie indifférenciée adulte)	HP /HC /mixte	Chirurgie
61	61	Unité de prise en charge de la douleur chronique	HP /HC /mixte	Médecine
27	27	Médecine gériatrique	HP /HC /mixte	Médecine
28	28	Médecine pédiatrique (hors unité d'oncologie médicale, spécialisée ou non)	HP /HC /mixte	Médecine
29	29	Autres spécialités médicales adultes (non classées ailleurs) ou unité de médecine indifférenciée	HP /HC /mixte	Médecine
70	70	Gynécologie seule	HP /HC /mixte	Gynéco obs
71	71	Obstétrique seule	HP /HC /mixte	Gynéco obs
72	72	Interruption volontaire de grossesse (supprimée à partir du 1^{er} mars 2019)	HP /HC /mixte	Gynéco obs
73	73	Gynécologie obstétrique indifférenciée	HP /HC /mixte	Gynéco obs
30	30	Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires		
60	60	Centre identifié pour la pose de valves aortiques par voie percutanée	HP /HC /mixte	
88	88	Unité supprimée	HP /HC /mixte	

Format du fichier HOSP-PMSI

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

Format générique des fichiers complémentaires

Format générique pour tous les types de prestations recueillis par FICHCOMP (Excepté le format des fichiers de médicaments et IVG, type 06, 09,10 et 53) :

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

Particularités de codage en fonction du type de prestation

	DMI (LPP)	Prélèvements d'organes	Prestations inter établissements	Dialyse Péritonéale (suppléments DIP)	IVG
Type de prestation	02	03	04	07	99
N° Identifiant de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° Administratif local de séjour	N° RSS
N° de RUM	NA	NA	NA	NA	N° RUM
Date de début	Date de pose	Date de réalisation du prélèvement d'organe	Date de début de la prestation	Date de début de séjour	NA
Date de fin	NA	NA	Date de fin de la prestation	Date de fin de séjour	NA
Code	Code LPP	PO1-PO2-PO3-PO4-PO5-PO6-PO7-PO8-PO9-POA	Prestation REA, SRC, REP, STF, NN1, NN2, NN3	DIP	Code CIM 10
Nombre	Nombre posé (10+0)	Egal à 1	Nombre de suppléments payés (10+0)	Nombre de suppléments DIP	NA
Montant	Prix d'achat par le nombre posé (7+3)	NA	NA	NA	NA

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

Format FICHCOMP IVG

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	53
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'entrée du séjour	8	32	39	
Date sortie du séjour	8	40	47	
Nombre IVG antérieures	2	48	49	
Année de la dernière IVG	4	50	53	Format AAAA
Nombre de naissances vivantes antérieures	2	54	55	
Filler	30	56	85	Pour un usage futur

Formats spécifiques pour les fichiers des médicaments LES (type 06), AP-AC (type 09) ou anticancéreux intraGHS (type 14)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N°FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	Hors ATU : 06 et sous ATU : 09
N° administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'administration	8	32	39	
Code UCD	15	40	54	
Nombre administré éventuellement fractionnaire (7+3)	10	55	64	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	10	65	74	7+3
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Indication	7	76	82	Obligatoire au 1 ^{er} septembre 2018, pour les Hors ATU
Filler	23	83	105	Réservé à un usage futur

Format du fichier FICHCOMP Transports

Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	Valeur fixée à 15
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	
Numéro Finess géographique	9	32	40	
Date de transport aller	8	41	48	JJMMAAAA
Code forfait	3	49	51	TDE ou TSE
Classe de distance	2	52	53	- pour TDE, valeur égale à : 01 : [0-25 km[02 : [25-75 km[03 : [75-150 km[04 : [150-300 km[05 : [300-∞ km[- pour TSE, valeur égale à : 06 : [0-40 km[07 : [40-80 km[08 : [80-160 km[09 : [160-∞ km[
Filler	10	54	63	Réservé à un usage futur

Format du fichier FICHCOMP des admissions en provenance de maison de naissance

Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	13
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	Celui de la mère ou du bébé

Format du fichier DATEXP médicaments immunothérapie

Datexp médicaments immunothérapie (csv séparateur point virgule) Fichier 1/1
ex-DG

Libellé	Nom variable	Commentaires
N° FINESS PMSI	<i>finesspmsi</i>	9 caractères
Numéro administratif local de séjour	<i>numadmin</i>	
ID Exp	<i>id_exp</i>	N9907
N°ordre	<i>id_ord</i>	1

L'en-tête de ce fichier doit, obligatoirement, être présent comme suit :

finess_pmsi;numadmin;id_exp;id_ord

Voici un exemple simple de fichier qui sera renseigné dans le Répertoire de recueils DATEXP indiqué dans la fenêtre GENRSA :

*finess_pmsi;numadmin;id_exp;id_ord
000000001;04587621;N9907;1*

Formats anonymisés de sortie de traitement de GENRSA

Format de RSA 227 (format 2022)

Libellé		Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI		9	1	9	
Numéro de version du format du RSA		3	10	12	227
Numéro séquentiel de séjour		10	13	22	
Numéro de version du format du "RSS-groupé"		3	23	25	
Numéro séquentiel de tarifs		3	26	28	
Groupage lu : Version de la classification		2	29	30	
Groupage lu : GHM	CMD	2	31	32	
	Type	1	33	33	
	Numéro	2	34	35	
	Complexité	1	36	36	
Groupage lu : code-retour		3	37	39	
Groupage GENRSA : Version de la classification		2	40	41	
Groupage GENRSA : GHM	CMD	2	42	43	
	Type	1	44	44	
	Numéro	2	45	46	
	Complexité	1	47	47	
Groupage GENRSA : code-retour		3	48	50	
Nombre de RUM composant le RSS d'origine (NbRUM)		2	51	52	
Age en années		3	53	55	en nombre d'années révolues : date d'entrée du séjour - date de naissance
Age en jours		3	56	58	en nombre de jours (date d'entrée du séjour - date de naissance) pour les moins d'1 an
Sexe		1	59	59	
Mode d'entrée		1	60	60	

Provenance	1	61	61	
Mois de sortie du séjour	2	62	63	
Année de sortie du séjour	4	64	67	
Mode de sortie	1	68	68	
Destination	1	69	69	
Type de séjour	1	70	70	dans le cadre d'une PIE : A si établissement demandeur, B si établissement prestataire
Durée du séjour	4	71	74	en nombre de nuits : date de sortie - date d'entrée
Code géographique de résidence	5	75	79	
Code postal	5	80	84	
Poids d'entrée	4	85	88	en grammes, pour les bébés
Age gestationnel retenu pour le groupage	2	89	90	en nombre révolu de semaines d'aménorrhée
Délai de la date des dernières règles par rapport à la date d'entrée	3	91	93	en nombre de jours : date d'entrée du séjour - date des dernières règles
Nombre de séances	2	94	95	
Numéro de GHS (du GHM GENRSA)	4	96	99	
Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute	4	100	103	
Type de séjour inférieur à la borne extrême basse	1	104	104	
Nombre journées EXB	3	105	107	
Top admission maison de naissance	1	108	108	0 : non, 1 : oui
Top Radiation partielle Avastin	1	109	109	0 : non, 1 : oui
Filler	1	110	110	
Top UHCD	1	111	111	
Top GHS minoré	1	112	112	0 : non, 1 : oui
Confirmation du codage du séjour	1	113	113	1 : oui
Nombre d'autorisations d'unités médicales à portée globale valides (Nb_AutPGV)	1	114	114	
Nombre de suppléments pour hémodialyse hors séances	3	115	117	
Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale automatisée hors séances	3	118	120	

Nombre de suppléments pour les entraînements à la dialyse péritonéale continue ambulatoire hors séances	3	121	123	
Nombre de suppléments pour les entraînements à l'hémodialyse hors séances	3	124	126	
Nombre d'actes menant dans le GHS 9615	3	127	129	9615 (aphérèse sanguine)
Nombre de suppléments radiothérapie pédiatrique	3	130	132	
Nombre de suppléments antepartum	3	133	135	
Nombre de zones de suppléments de radiothérapie (Nb_Rdth)	1	136	136	
Top valves aortiques percutanées	1	137	137	1 si date sortie >=15/08/2012 + type autorisation UM 60 + acte pose, blanc sinon
Type de génération automatique du RSA	1	138	138	0 : pas de génération automatique, 1 : FFM, ATU, SE 2 : médecin salariés, 3 : dialyse
GHS si non prise en compte de l'innovation	4	139	142	
Filler	8	143	150	
Nombre de suppléments caisson hyperbare	3	151	153	
Type de prestation de prélèvement d'organe	1	154	154	1, 2 ou 3
Nombre de suppléments pour REA (réanimation)	3	155	157	
Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réanimation	3	158	160	
Nombre de suppléments pour STF (soins intensifs)	3	161	163	
Nombre de suppléments pour SRC (surveillance continue)	3	164	166	
Nombre de suppléments NN1	3	167	169	
Nombre de suppléments NN2	3	170	172	
Nombre de suppléments NN3	3	173	175	
Nombre de suppléments REP (réanimation pédiatrique)	3	176	178	
Passage dans un lit dédié de soins palliatifs	1	179	179	
Type de machine en radiothérapie	1	180	180	
Type de dosimétrie	1	181	181	
Numéro d'innovation	15	182	196	
Supplément défibrillateur cardiaque	1	197	197	0 : non, 1 : oui
Conversion hospitalisation complète	1	198	198	1 : conversion en hospitalisation complète ou mixte après prise en charge en HP, 0 : pas de conversion, blanc : non concerné

Prise en charge RAAC	1	199	199	0 : pas de prise en charge RAAC (réhabilitation améliorée après chirurgie) 1 : prise en charge RAAC 2 : RAAC déclaré mais mode de sortie transfert ou décès
Séjour éligible au forfait diabète	1	200	200	0: non, 1 : oui
Top eligibilité gradation	1	201	201	1 : oui, 2: non, blanc: non concerné
Contexte patient / Surveillance particulière	1	202	202	1 : oui, 2 : non blanc: non renseigné
Administration d'un produit de la RH	1	203	203	1 : oui, 2 : non blanc: non renseigné
Rescrit tarifaire	1	204	204	1 : oui, 2 : non blanc: non renseigné
Catégorie du nombre d'interventions totales	1	205	205	A : < à 3 interventions B : égale à 3 interventions C : > à 3 interventions blanc : non renseigné
Non Programmé (NP)	1	206	206	1 : non programmé 2 : "pas non programmé" X : valeur non homogène entre les RUMs blanc : non renseigné
Filler	3	207	209	
Numéro séquentiel du RUM ayant fourni le DP	2	210	211	
Diagnostic principal (DP)	6	212	217	
Diagnostic relié (DR)	6	218	223	
Nombre de diagnostics associés du RSA	4	224	227	
Nombre de zones d'actes du RSA	5	228	232	
Filler	15	233	247	

Type d'autorisation à portée globale valide n° 1		2	248	249	
...		...			
Type d'autorisation à portée globale valide n° Nb_AutPGV		2			
Zone de suppléments de radiothérapie n° 1	Code du supplément (n° GHS)	4			
	Nombre de suppléments	3			
...	
Zone de suppléments de radiothérapie n° Nb_Rdth	Code du supplément (n° GHS)	4			
	Nombre de suppléments	3			
Informations RUM n°1	Numéro séquentiel du RUM	2			
	Numéro séquentiel de l'UM	4			
	Numéro FINESS géographique	9			
	DP	6			
	DR	6			
	IGS2	3			
	Age gestationnel du RUM	2			
	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_1)	2			
	Nombre de zones d'actes du RUM (Nb_Act_R_1)	3			
	Durée séjour partielle	4			
	Premier type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le premier type	2			
	Nombre de supplément pour le premier type	4			
	Deuxième type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le deuxième type	2			
	Nombre de supplément pour le deuxième type	4			
...
Informations RUM n° NbRUM	Numéro séquentiel du RUM	2			

	Numéro séquentiel de l'UM	4			
	Numéro FINESS géographique	9			
	DP	6			
	DR	6			
	IGS2	3			
	Age gestationnel du RUM	2			
	Nombre de diagnostics associés du RUM (Nb_DA_R_NbRUM)	2			
	Nombre de zones d'actes du RUM (Nb_Act_R_NbRUM)	3			
	Durée séjour partielle	4			
	Premier type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le premier type	2			
	Nombre de suppléments pour le premier type	4			
	Deuxième type d'autorisation d'UM	4			
	Nature du supplément pour le deuxième type	2			
	Nombre de suppléments pour le deuxième type	4			
DA n° 1 du RUM n° 1		6			
...	
DA n° Nb_DA_R_1 du RUM n° 1		6			
...	
DA n° 1 du RUM n° NbRUM		6			
...	
DA n° Nb_DA_R_NbRUM du RUM n° NbRUM		6			
Zone acte n° 1 du RUM n° 1	Délai depuis la date d'entrée du séjour	3		-	en nombre de jours (date de l'acte - date d'entrée du séjour), blanc si date non renseignée
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	

	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations	2			
	Acte compatible avec le RUM	1			1 si période d'effet de l'acte ne correspond pas au RUM ; 2 sinon
...
Zone acte n° Nb_Act_R_1 du RUM n° 1	Délai depuis la date d'entrée du séjour	3		-	en nombre de jours (date de l'acte - date d'entrée du séjour), blanc si date non renseignée
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations	2			
	Acte compatible avec le RUM	1			1 si période d'effet de l'acte ne correspond pas au RUM ; 2 sinon
...
Zone acte n° 1 du RUM n° NbRUM	Délai depuis la date d'entrée du séjour	3		-	en nombre de jours (date de l'acte - date d'entrée du séjour), blanc si date non renseignée
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			
	Activité	1			

	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations	2			
	Acte compatible avec le RUM	1			1 si période d'effet de l'acte ne correspond pas au RUM ; 2 sinon
...
Zone acte n° Nb_Act_R_NbRUM du RUM n° NbRUM	Délai depuis la date d'entrée du séjour	3		-	en nombre de jours (date de l'acte - date d'entrée du séjour), blanc si date non renseignée
	Code CCAM	7		-	
	Extension PMSI	2		-	
	Phase	1			
	Activité	1			
	Extension documentaire	1			
	Modificateurs	4			
	Remboursement exceptionnel	1			
	Association non prévue	1			
	Nombre de réalisations	2			
	Acte compatible avec le RUM	1			1 si période d'effet de l'acte ne correspond pas au RUM ; 2 sinon

Fichier ANO de chaînage

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Index de liaison	32	1	32	
Numéro FINESS e-PMSI	9	33	41	
Numéro de format	3	42	44	
Numéro de format VID-HOSP	3	45	47	013 ou 014
Filler	6	48	53	-
Code retour contrôle « n° immatriculation assuré »	1	54	54	
Code retour contrôle « date de naissance »	1	55	55	
Code retour contrôle « sexe »	1	56	56	
Code retour contrôle « n° d'identification administratif de séjour »	1	57	57	
Code retour « fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »	1	58	58	
Code retour « fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »	1	59	59	
Code retour contrôle « date de référence» (date d'entrée du séjour)	1	60	60	
Code retour contrôle « Cohérence date naissance »	1	61	61	Cohérence entre les dates de naissance renseignées dans le RSS et VID-HOSP/RSF-A
Code retour contrôle « Cohérence sexe »	1	62	62	Cohérence entre le sexe renseigné dans le RSS et VID-HOSP/RSF-A
Filler	17	63	79	
Filler	60	80	139	
Date de naissance	8	140	147	
filler	9	148	156	
Délai à la date d'entrée	5	157	161	délai entre la date d'entrée du séjour et une date fictive (différente pour chaque patient) ; permet de trier chronologiquement les séjours d'un même Pseudonyme
Numéro séquentiel du séjour	10	162	171	
Date d'entrée du séjour	8	172	179	JJMMAAAA
Date de sortie du séjour	8	180	187	JJMMAAAA
Code retour contrôle « code grand régime »	1	188	188	
Code retour contrôle « code gestion »	1	189	189	
Code retour contrôle « code justification d'exonération du ticket modérateur »	1	190	190	

Code retour contrôle « code de prise en charge du forfait journalier »	1	191	191
Code retour contrôle « nature d'assurance »	1	192	192
Code retour contrôle « type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire »	1	193	193
Code retour contrôle « séjour facturable à l'assurance maladie »	1	194	194
Code retour contrôle « motif de la non facturation à l'assurance maladie »	1	195	195
Code retour contrôle « ticket modérateur forfaitaire »	1	196	196
Code retour contrôle « nombre de venues de la facture »	1	197	197
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du ticket modérateur»	1	198	198
Code retour contrôle « montant à facturer au titre du forfait journalier »	1	199	199
Code retour contrôle « montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes »)	1	200	200
Code retour contrôle « montant lié à la majoration au parcours de soin »	1	201	201
Code retour contrôle « montant base remboursement »	1	202	202
Code retour contrôle « taux de remboursement »	1	203	203
Code retour contrôle « Patient bénéficiaire de la CMU »	1	204	204
Code retour contrôle « N° administratif de séjour de la mère »	1	205	205
Code retour contrôle « Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère »	1	206	206
Code retour contrôle « Hospitalisation pour prélèvement d'organe »	1	207	207
Code retour contrôle « Date de l'hospitalisation »	1	208	208
Code retour contrôle « Montant total du séjour remboursable pour l'AMC »	1	209	209
Code retour contrôle « Code participation assuré »	1	210	210
Code retour contrôle « N° d'entrée »	1	211	211
Code retour contrôle « Rang de naissance »	1	212	212
Code retour contrôle « Rang du bénéficiaire »	1	213	213
Code retour contrôle « N° caisse gestionnaire »	1	214	214
Code retour contrôle « N° centre gestionnaire »	1	215	215
Code retour contrôle "Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents"	1	216	216

Code retour contrôle " Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun"	1	217	217	
Code retour contrôle " N° d'organisme complémentaire"	1	218	218	
Code retour contrôle "N° FINESS d'inscription e-PMSI"	1	219	219	
Code retour contrôle "N° immatriculation individuel"	1	220	220	code retour associé au NIR
Code retour contrôle "Nature de la pièce justificative des droits"	1	221	221	
Code retour contrôle "Prise en charge établie le"	1	222	222	
Code retour contrôle "Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du."	1	223	223	
Code retour contrôle "Délivrée par"	1	224	224	
Code retour contrôle "Régime de prestation de l'assuré"	1	225	225	
Code retour contrôle "Top éclatement des flux par l'établissement"	1	226	226	
Code retour contrôle "Date d'entrée"	1	227	227	
Code retour contrôle "Date de sortie"	1	228	228	
Code retour contrôle " Montant total du séjour facturé au patient "	1	229	229	
Code retour contrôle " Rejet AMO "	1	230	230	
Code retour contrôle " Date de facturation AMO "	1	231	231	
Code retour contrôle " Date de facturation AMC "	1	232	232	
Code retour contrôle " Date de facturation patient "	1	233	233	
Code retour contrôle " Date de paiement AMO "	1	234	234	
Code retour contrôle " Date de paiement AMC "	1	235	235	
Code retour contrôle " Date de paiement patient "	1	236	236	
Code retour contrôle " Statut FT AMO "	1	237	237	
Code retour contrôle " Statut FT AMC "	1	238	238	
Code retour contrôle " Statut FT patient "	1	239	239	
Code retour contrôle " Pays d'assurance social "	1	240	240	
Code retour contrôle " N° d'identification permanent du patient"	1	241	241	
Code retour contrôle "Identifiant national de santé"	1	242	242	
Code retour contrôle "Article 51"	1	243	243	
Filler	30	244	273	
Code grand régime	2	274	275	Type 2 CP positions 49-50
Code gestion	2	276	277	

Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	278	278	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	279	279	cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2
Nature d'assurance	2	280	281	{10, 13, 30, 41, 90, XX} cf. normes B2
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	282	283	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	284	284	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	285	285	
Facturation du ticket modérateur forfaitaire	1	286	286	0 : non / 1 : oui
Nombre de venues de la facture	4	287	290	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	291	300	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	301	310	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	311	320	8+2 : montant en centimes d'euro
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	321	324	2+2 : montant en centimes d'euro
Montant base remboursement	10	325	334	8+2 : montant en centimes d'euro
Taux de remboursement	5	335	339	3+2
Patient bénéficiaire de la CMU	1	340	340	
Filler	32	341	372	
Filler	32	373	404	
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	405	405	
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	406	406	
Identifiant anonyme d'hospitalisation	8	407	414	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	415	424	8+2 : montant en centimes d'euro
Code participation assuré	1	425	425	
Délai à la date de la première hospitalisation	5	426	430	délai entre la date de première hospitalisation et une date fictive
Code retour "Délai à la date de la première hospitalisation"	1	431	431	
Filler	3	432	434	

Rang de naissance	1	435	435	
Rang du bénéficiaire	3	436	438	
N° caisse gestionnaire	3	439	441	
N° centre gestionnaire	4	442	445	
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	446	446	
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	447	455	Type 2 CP positions 86-94
N° d'organisme complémentaire	10	456	465	Type 2 CP positions 119-128
Nature de la pièce justificative des droits	1	466	466	
Prise en charge établie le	8	467	474	
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	475	482	
Délivrée par	3	483	485	
Régime de prestation de l'assuré	3	486	488	
Top éclatement des flux par l'établissement	1	489	489	
Date de début de la période de facturation	8	490	497	
Date de fin de la période de facturation	8	498	505	
Montant total du séjour facturé au patient	8	506	513	Indicateur Simphonie Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	514	514	Indicateur Simphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	515	522	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	523	530	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	8	531	538	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	8	539	546	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	8	547	554	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	555	562	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)

Statut FT AMO	1	563	563	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT AMC	1	564	564	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT patient	1	565	565	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Pays d'assurance social	3	566	568	Code INSEE à 5 chiffres, sans les deux premiers chiffres 99. Ou bien code ISO ISO 3166-1 Alpha-3. Pour renseigner cette donnée, il est important de prendre en compte le contexte assurantiel du patient (et non son pays d'origine). Par exemple, un patient français peut avoir une assurance étrangère (anglaise, américaine ou autre...). De même, un patient américain peut avoir une assurance anglaise ou autre. Le code pays à renseigner est bien le code pays de l'assurance du patient. » Mettre 000 ou laisser à blanc quand l'information n'est pas disponible.
Filler	44	569	612	
Filler	64	613	676	
ART51	1	677	677	
Filler	18	678	695	
Filler	32	696	727	
Filler	32	728	759	
Zone chiffrée	344	760	1103	

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

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

Détail des codes retour :

« n° de sécurité sociale »

cf. format ANO-HOSP.

« date de naissance »

cf. format ANO-HOSP.

« sexe »

cf. format ANO-HOSP.

« n° d'identification administratif de séjour »

cf. format ANO-HOSP.

« fusion ANO-HOSP et HOSP-PMSI »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence d'une erreur A20 ou A20B

2 : présence d'une erreur C10

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

« fusion ANO-PMSI et fichier PMSI »

0 : pas de problème à signaler

1 : présence d'une erreur A10 ou A10B

« date de référence »

0 : pas de problème à signaler

1 : erreur dans le format de la date de référence

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

« **code grand régime** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Code Gestion** »

cf. format ANO-HOSP

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

cf. format ANO-HOSP.

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

cf. format ANO-HOSP.

« **Nature d'assurance** »

cf. format ANO-HOSP.

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

cf. format ANO-HOSP.

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

cf. format ANO-HOSP.

« **Facturation du 18 euros** »

cf. format ANO-HOSP.

« **Nombre de venues** »

cf. format ANO-HOSP.

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

cf. format ANO-HOSP.

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

cf. format ANO-HOSP.

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

cf. format ANO-HOSP.

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

cf. format ANO-HOSP.

« **montant base remboursement** »

cf. format ANO-HOSP.

«**taux de remboursement**»

cf. format ANO-HOSP.

Formats des fichiers complémentaires anonymisés

Fichier MED LES (*.med)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	correspond soit au FINESS PMSI (version 2016, soit FINESS géographique en mode dégradé) cf notice technique FICHCOMP version dégradée (lien: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3057/notice_technique_atih_ndeg_cim-mf-902-2-2017_notice_pmsi_rectificative.pdf)
Type de prestation	2	19	20	06
Année période de transmission	4	21	24	AAAA
Mois période de transmission	2	25	26	MM
Numéro séquentiel de séjour	10	27	36	
Filler	8	37	44	
Nombre de séjours impliqués	6	45	50	
Code UCD	13	51	63	
Nombre administré (éventuellement fractionnaire)	10	64	73	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	74	83	7+3
Mois de la date d'administration	2	84	85	MM
Année de la date d'administration	4	86	89	AAAA
Délai à la date d'entrée du séjour	4	90	93	date d'administration - date d'entrée du séjour
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	94	94	
Top transcodage UCD13 auto	1	95	95	1 : oui (si ES a renseigné code UCD 7 caractères) 2 : non
Code indication des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus	7	96	102	Obligatoire au 1er septembre (code_LES sur https://www.atih.sante.fr/unites-communes-de-dispensation-prises-en-charge-en-sus)
Filler	18	103	120	

Médicaments AP-AC (*.medatu)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	09
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Filler	8	37	44	
Nombre de séjours impliqués	6	45	50	
Code UCD	13	51	63	
Nombre administré éventuellement fractionnaire	10	64	73	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	74	83	7+3
Mois de la date d'administration	2	84	85	
Année de la date d'administration	4	86	89	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de dispensation	4	90	93	

Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	94	94	
Top transcodage UCD13 auto	1	95	95	1=oui, 2=non
Filler	25	103	120	

Médicaments anticancéreux intraGHS

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	correspond soit au FINESS PMSI (version 2016, soit FINESS géographique en mode dégradé) cf notice technique FICHCOMP version dégradée (lien: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3057/note_technique_atih_ndeg_cim-mf-902-2-2017_notice_pmsi_rectificative.pdf)
Type de prestation	2	19	20	14
Année période de transmission	4	21	24	AAAA
Mois période de transmission	2	25	26	MM
Numéro séquentiel de séjour	10	27	36	
Filler	8	37	44	
Nombre de séjours impliqués	6	45	50	
Code UCD	13	51	63	
Nombre administré (éventuellement fractionnaire)	10	64	73	7+3
Prix d'achat multiplié par le nombre administré	10	74	83	7+3
Mois de la date d'administration	2	84	85	MM
Année de la date d'administration	4	86	89	AAAA
Délai à la date d'entrée du séjour	4	90	93	date de dispensation - date d'entrée du séjour
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	94	94	
Top transcodage UCD13 auto	1	95	95	1 : oui (si ES a renseigné code UCD 7 caractères) 2 : non
Code indication des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments anticancéreux	7	96	102	
Filler	18	103	120	

Fichier DMI (*.dmip)

DMI (*.dmip)	Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI		9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée		9	10	18	Note 1
Type de prestation		2	19	20	02
Année période		4	21	24	
N° période (mois)		2	25	26	
N° d'index du RSA		10	27	36	
Code LPP		9	37	45	
Nombre posé		10	46	55	
Prix d'achat multiplié par le nombre posé		10	56	65	7+3
Mois de la date de pose		2	66	67	
Année de la date de pose		4	68	71	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de pose		4	72	75	

Prélèvements d'organes (*.porg)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	03
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Code PO	3	37	39	PO1, PO2, PO3, PO4, PO5, PO6, PO7, PO8, PO9
Mois de la date de réalisation du prélèvement d'organe	2	40	41	
Année de la date de réalisation du prélèvement d'organe	4	42	45	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de réalisation du prélèvement d'organe	4	46	49	

Prestations interétablissements (*.pie)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	04
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Code Prestation	9	37	45	
Mois de la date de début de la prestation	2	46	47	
Année de la date de début de la prestation	4	48	51	
Nombre de suppléments payés	10	52	61	
Délai entre la date d'entrée du séjour et la date de début de la prestation	4	62	65	
Durée de la prestation	4	66	69	

Forfaits de dialyses péritonéales (*.diap)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	05
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Code Prestation	3	37	39	
Nombre de semaines facturées	10	40	49	

IVG (*.ivg)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS e-PMSI	9	1	9	
N° FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	Note 1
Type de prestation	2	19	20	53
Année période	4	21	24	
N° période (mois)	2	25	26	
N° d'index du RSA	10	27	36	
Mois du séjour	2	37	38	
Année du séjour	4	39	42	

Nombre d'IVG antérieures	2	43	44	
Année de la dernière IVG	4	45	48	
Nombre de naissances vivantes antérieures	2	49	50	
Filler	30	51	80	

Fichier Transports (*.transport)

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	9	1	9	
Numéro FINESS du fichier d'entrée	9	10	18	correspond soit au FINESS PMSI (version 2016, soit FINESS géographique en mode dégradé) cf notice technique FICHCOMP version rectificative (lien: http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3057/notice_technique_atih_ndeg_cim-mf-902-2-2017_notice_pmsi_rectificative.pdf)
Type de prestation	2	19	20	15
Année période de transmission	4	21	24	AAAA
Mois période de transmission	2	25	26	MM
Numéro séquentiel de séjour	10	27	36	
Date d'aller	8	37	44	Date du transport aller au format JJMMMAAA
Code	3	45	47	TDE;TSE
Classe de distance	2	48	49	- pour TDE, valeur égale à : 01 : [0-25 km[02 : [25-75 km[03 : [75-150 km[04 : [150-300 km[05 : [300-∞ km[- pour TSE, valeur égale à : 06 : [0-40 km[07 : [40-80 km[08 : [80-160 km[09 : [160-∞ km[
CR Date d'aller	1	50	50	0 : date d'aller OK; 1 : date d'aller non renseignée;2 :date d'aller au bon format mais pas compris dans le séjour;3 :date d'aller non conforme au format; 4 : forfait TDE mais date d'aller ne correspond pas à la date de sortie de séjour
Filler	9	51	59	

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

Format du fichier STA

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

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

Format du Fichier LEG

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

LES ERREURS DANS CE FICHIER LEG SONT DE PLUSIEURS TYPE

- ERREUR DE GROUPAGE** : l'erreur de groupage commence par la lettre G et un nombre composé de 3 chiffres, (exemple : G002, INCOMPATIBILITE SEXE-DIAGNOSTIC PRINCIPAL)
- ERREUR DE CONTROLE** : l'erreur de contrôle commence par la lettre C et un nombre composé de 3 chiffres.
- ERREUR D' IMPLEMENTATION** : l'erreur d'implémentation est moins fréquente et il commence par la lettre I suivie par un nombre composé de 3 chiffres.
- ERREUR DANS UN ENREGISTREMENT FICHCOMP PIP** (prothèses PIP): l'erreur commence par les 2 lettres PI et un nombre composé de 2 chiffres (exemple : PI01, un enregistrement PIP est déclaré plusieurs fois pour un même administratif local de séjour)

- 5. ERREUR DANS UN ENREGISTREMENT FICHCOMP PORG** (prélèvements d'organes): l'erreur commence par les 2 lettres **PG** et un nombre composé de 2 chiffres (exemple : PG01, Un même code PO (prélèvement d'organe) est déclaré plusieurs fois pour un même administratif local de séjour)

Format du fichier Médicaments immunothérapie anonymisé

Médicaments immunothérapie (medimmu) **n99067.datexp** séparateur = ;

Libellé	Nom variable	Commentaire
Numéro FINESS e-PMSI	finess_pmsi	
Numéro enquête expérimentale	id_exp	N9907
Numéro de fichier	id_ord	1
Année période de transmission	annee_periode	AAAA
Mois période de transmission	mois_periode	MM
Numéro séquentiel de séjour	num_seqsej	sur 10 caractères