

**Description des modifications de formats de fichiers SSR applicables à compter de la  
semaine 1 de 2012**

<b>Formats concernant tous les établissements</b>
---

**RHS non groupé**

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Remarques
N° FINESS de l'établissement	9	1	9	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS	3	10	12	O	NA/NA	M07
Numéro de séjour SSR	7	13	19	O	Gauche/Espace	
Numéro administratif de séjour	20	20	39	O	Gauche/Espace	
Zone réservée	12	40	51	F	Gauche/Espace	
Date de début de séjour	8	52	59	O	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8	60	67	F	NA/NA	JJMMAAAA
Date de naissance	8	68	75	O	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe	1	76	76	O	NA/NA	1=homme,2=femme
Code postal du lieu de résidence	5	77	81	O	NA/NA	
Type d'hospitalisation	1	82	82	O	NA/NA	
Date d'entrée dans l'unité médicale	8	83	90	O	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale	1	91	91	O	NA/NA	
Provenance	1	92	92	F	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale	8	93	100	F	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie	1	101	101	F	NA/NA	
Destination	1	102	102	F	NA/NA	
Numéro de la semaine	6	103	108	O	Droite/Zéro	semaine+Année
Journées hors week-end	5	109	113	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Journées week-end	2	114	115	O	NA/NA	0=absent 1=présent
Numéro unité médicale	4	116	119	O	Gauche/Espace	
Type d'autorisation de l'unité médicale	3	120	122	F	Gauche/Espace	
Date de l'intervention chirurgicale	8	123	130	F	NA/NA	JJMMAAAA
Finalité principale de prise en charge	8	131	138	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Manifestation morbide principale	8	139	146	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Affection étiologique	8	147	154	F	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Dépendance à l'habillement°	1	155	155	O	NA/NA	

Dépendance au déplacement°	1	156	156	O	NA/NA	
Dépendance à l'alimentation°	1	157	157	O	NA/NA	
Dépendance à la continence°	1	158	158	O	NA/NA	
Dépendance au comportement°	1	159	159	O	NA/NA	
Dépendance à la relation°	1	160	160	O	NA/NA	
Nombre de diagnostics associés dans ce RHS (n1)	2	161	162	O	Droite/Zéro	00-99
Nombre d'actes CdARR/CSARR dans ce RHS (n2)	3	163	165	O	Droite/Zéro	000-999
Nombre d'actes CCAM dans ce RHS (n3)	2	166	167	O	Droite/Zéro	00-99
DAS n°1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
...	*8					
DAS n° n1	8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Acte CdARR/CSARR n° 1	Code principal	7		O	Gauche/Espace	CdARR/CSARR
	Code supplémentaire "appareillage"	3		F	NA/NA	Uniquement pour CSARR
	Code modulateur de lieu	2		F	NA/NA	
	Code "modulateur de patient" n°1	2		F	NA/NA	
	Code "modulateur de patient" n°2	2		F	NA/NA	
	Code intervenant	2		O	NA/NA	
	Nombre de patients en acte individuel	1		F	NA/NA	
	Nombre de réalisations	2		O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8		F	NA/NA	
...	...	...	...	...	...	...
Acte CdARR/CSARR n° n2	Code principal	7		O	Gauche/Espace	CdARR/CSARR
	Code supplémentaire "appareillage"	3		F	NA/NA	Uniquement pour CSARR
	Code modulateur de lieu	2		F	NA/NA	
	Code "modulateur de patient" n°1	2		F	NA/NA	
	Code "modulateur de patient" n°2	2		F	NA/NA	
	Code intervenant	2		O	NA/NA	
	Nombre de patients en acte individuel	1		F	NA/NA	
	Nombre de réalisations	2		O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8		F	NA/NA	
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8		F	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7		O	NA/NA	CCAM

	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
...							
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7			O	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	

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

[2] : NA signifie non applicable

## RHS groupé

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Remarques	
Groupage	Version classification	2	1	2	O	NA/NA		
	GMD	CMC	2	3	4	O	NA/NA	
		Code	3	5	7	O	NA/NA	
	Code retour	3	8	10	O	NA/NA		
N° de version du format du RHS groupé		3	11	13	O	NA/NA	M17	
N° FINESS de l'établissement		9	14	22	O	NA/NA		
N° de version du format du RHS		3	23	25	O	NA/NA	M07	
Numéro de séjour SSR		7	26	32	O	Gauche/Espace		
Numéro administratif de séjour		20	33	52	O	Gauche/Espace		
Zone réservée		12	53	64	F	Gauche/Espace		
Date de début de séjour		8	65	72	O	NA/NA	JJMMAAAA	
Date de fin de séjour		8	73	80	F	NA/NA	JJMMAAAA	
Date de naissance		8	81	88	O	NA/NA	JJMMAAAA	
Sexe		1	89	89	O	NA/NA	1=homme,2=femme	
Code postal du lieu de résidence		5	90	94	O	NA/NA		
Type d'hospitalisation		1	95	95	O	NA/NA		
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	96	103	O	NA/NA	JJMMAAAA	
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	104	104	O	NA/NA		
Provenance		1	105	105	F	NA/NA		
Date de sortie de l'unité médicale		8	106	113	F	NA/NA	JJMMAAAA	
Mode de sortie		1	114	114	F	NA/NA		
Destination		1	115	115	F	NA/NA		
Numéro de la semaine		6	116	121	O	Droite/Zéro	semaine+Année	
Journées hors week-end		5	122	126	O	NA/NA	0=absent 1=présent	
Journées week-end		2	127	128	O	NA/NA	0=absent 1=présent	
Numéro unité médicale		4	129	132	O	Gauche/Espace		
Type d'autorisation de l'unité médicale		3	133	135	F	Gauche/Espace		
Date de l'intervention chirurgicale		8	136	143	F	NA/NA	JJMMAAAA	
Finalité principale de prise en charge		8	144	151	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10	
Manifestation morbide principale		8	152	159	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10	

Affection étiologique		8	160	167	F	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Dépendance à l'habillement°		1	168	168	O	NA/NA	
Dépendance au déplacement°		1	169	169	O	NA/NA	
Dépendance à l'alimentation°		1	170	170	O	NA/NA	
Dépendance à la continence°		1	171	171	O	NA/NA	
Dépendance au comportement°		1	172	172	O	NA/NA	
Dépendance à la relation°		1	173	173	O	NA/NA	
Nombre de diagnostics associés dans ce RHS (n1)		2	174	175	O	Droite/Zéro	00-99
Nomdre d'actes CdARR/CSARR dans ce RHS (n2)		3	176	178	O	Droite/Zéro	000-999
Nombre d'actes CCAM dans ce RHS (n3)		2	179	180	O	Droite/Zéro	00-99
DAS n°1		8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
...		*8					
DAS n° n1		8			O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Acte CdARR/CSARR n° 1	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CdARR/CSARR
	Code supplémentaire "appareillage"	3			F	NA/NA	Uniquement pour CSARR
	Code modulateur de lieu	2			F	NA/NA	
	Code "modulateur de patient" n°1	2			F	NA/NA	
	Code "modulateur de patient" n°2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O	NA/NA	
	Nombre de patients en acte individuel	1			F	NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	
...		...	...	...	...	...	...
Acte CdARR/CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CdARR/CSARR
	Code supplémentaire "appareillage"	3			F	NA/NA	Uniquement pour CSARR
	Code modulateur de lieu	2			F	NA/NA	
	Code "modulateur de patient" n°1	2			F	NA/NA	
	Code "modulateur de patient" n°2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O	NA/NA	
	Nombre de patients en acte individuel	1			F	NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	

Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7			O	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
...							
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA
	Code de l'acte	7			O	NA/NA	CCAM
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			F	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	

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

[2] : NA signifie non applicable

## Formats concernant les établissements financés par dotation annuelle uniquement

### VID-HOSP

Etablissements expérimentateurs FIDES : toutes les variables doivent être renseignées selon les consignes de remplissage fournies

Etablissements non expérimentateurs : seules les variables sur fond jaune et orange sont requises

NOM	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes
N° immatriculation assuré	13	1	13	2	12-24	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.
Clé du N° immatriculation	2	14	15	2	25-26	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.. Clé à contrôler après la saisie annexe 5
Code Grand Régime	2	16	17	2	49-50	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 2
Date de naissance du bénéficiaire	8	18	25	2	96-101	O	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
Sexe du bénéficiaire	1	26	26			O	
N° administratif de séjour	20	27	46			O	
N° format VID-HOSP	4	47	50			O	V008
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	51	51	2	79	O	Précise et justifie l'exonération ou la modulation du ticket modérateur appliqué aux soins facturés. Cf. codification annexe 9. Cette justification vaut pour la totalité de la facture, sauf indication contraire au niveau de la ligne dans le type 3 (position 64) ou le Type 4 (position 54) en Norme CP.
Code de prise en charge du forfait journalier	1	52	52	3	70	F	
Nature d'assurance	2	53	54	2	77-78	O	10 : maladie / 13 : maladie régime local Alsace-Moselle / 30 : maternité / 41 : accident du travail / 90 : prévention maladie
Type de contrat	2	55	56	2	117-118	F	Indiquer le type de contrat codification fournie par la caisse. 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 biens = panier CMUC) 89 : bénéficiaire de la CMU complémentaire (en cours), quel que soit le gestionnaire
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	57	57			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	58	58			N	
Facturation du 18 €	1	59	59			O	



Nombre de venues de la facture	4	60	63			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	64	73			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	74	83			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (ie hors prestations annexes)	10	84	93			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	94	97			O	
Montant base remboursement	10	98	107			O	
Taux de remboursement	5	108	112			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	113	113			F	0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	114	133			F	A renseigner pour tous les nouveau-nés dont la mère est hospitalisée dans l'établissement
Hospitalisation d'un nouveau-né auprès de la mère	1	134	134			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	135	135			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	136	143	2	80-85	O	Date du début de l'hospitalisation quel que soit l'établissement (en cas de transfert par exemple). <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	144	153			O	Dans le cas d'un séjour AME, il s'agit du montant total qui était facturé antérieurement à la réforme sans application des évolutions que la CNAM demandera sur le contenu de la norme B2. Dans le cas d'un séjour normal, il doit correspondre au montant du reste à charge patient hors prestations annexes. Il doit être renseigné même si le patient n'a pas d'assurance complémentaire.
Code participation assuré	1	154	154	3	117	F	
N° d'entrée	9	155	163	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	164	164	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	165	167	2	27-29	F	Valeur 000 pour le régime général. A prendre sur l'attestation de droits ou la prise en charge pour autres régimes si présent
N° caisse gestionnaire	3	168	170	2	51-53	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 3
N° centre gestionnaire	4	171	174	2	54-57	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Pour le RSI : cadrage du numéro de centre à gauche, le 4ème caractère doit être renseigné par un 0 en position 57
Nature de la pièce justificative des droits	1	175	175	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	176	183	2	59-64	F	Obligatoire si l'établissement a indiqué qu'il possède une prise en charge. Indiquer la date de prise en charge par l'organisme d'Assurance maladie. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>

Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	184	191	2	65-70	F	Obligatoire si l'établissement a indiqué que l'assuré a présenté une attestation de droits, une carte Vitale ou une prise en charge. Indiquer la date de validité de cette attestation. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
Délivrée par	3	192	194	2	71-73	F	Code de l'organisme ayant délivré l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. (A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge)
Régime de prestation de l'assuré	3	195	197	2	74-76	F	A reprendre sur la prise en charge ou laisser à 000. Cette information est obligatoire, en cas de présence de types 2B/2C, pour les bénéficiaires relevant de la subsistance « F212 », au sens du décret du 22.12.1967 (ex : bénéficiaires hospitalisés MECS, ...)
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	198	206	2	86-94	F	Obligatoire en cas d'accident. Lorsque la Nature d'Assurance est AT (41) : indiquer le numéro de l'AT (pour le RG, AAMMJJ + code CRAM + clé à contrôler, voir annexe 5) ou la date de l'AT (AAMMJJ, cadrée à droite et complétée par 3 zéros). Lorsque la Nature d'Assurance est AS (10 ou 13) : indiquer la date d'accident de droit commun (AAMMJJ, cadrée à droite et complétée par 3 zéros)
Top éclatement des flux par l'établissement	1	207	207	2	95	F	Valeur « F » : éclatement du flux à la source par l'établissement. La part AMC est transmise sur une facture distincte (hors CMU uniquement). A blanc : Pas d'éclatement à la source.
Date d'entrée	8	208	215	2	103-108	O	Date d'entrée de l'hospitalisé dans l'établissement qui présente la facture (ou date de début de facturation). <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
Date de sortie	8	216	223	2	109-114	O	Indiquer la date de sortie réelle si tel est le cas, ou la date limite de facturation s'il s'agit d'une facturation partielle. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
N° d'organisme complémentaire	10	224	233	2	119-128	F	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire, cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le <b>top mutualiste «M»</b> en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
Complément au numéro de titre de recette	6	234	239	2S	42-47	F	Obligatoire pour le receveur des hôpitaux publics. Complément au numéro de titre de recette (position 30-38 du type 2 CP).
Top déclaration de médecin traitant	1	240	240	2S	71	F	Valeur « O » si le bénéficiaire a déclaré un médecin traitant. Valeur « N » si le bénéficiaire n'a pas déclaré de médecin traitant. A blanc dans les autres situations.
Nom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	25	241	265	2S	72-96	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Prénom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté le patient	15	266	280	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	281	281	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.

CMUC en gestion unique	1	282	282			F	0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Etablissement de Transfert	14	283	296	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Etablissement de Retour	14	297	310	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement de transfert lorsque le patient revient dans l'établissement d'origine
Nombre de disciplines de prestations (N)	2	311	312			O	
DMT n°1	Discipline de prestations (ex DMT)	3		3	41-43	F	
	Mode de traitement	2		3	39-40	F	
	Date de début de séjour	8		3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Date de fin de séjour	8		3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Prix unitaire	7		3	76-82	O	5+2
	Base de remboursement	8		3	83-90	O	6+2
	Taux applicable à la prestation	3		3	91-93	O	
	Montant remboursable par la caisse	8		3	94-101	O	6+2
...							
DMT n° N	Discipline de prestations (ex DMT)	3		3	41-43	F	
	Mode de traitement	2		3	39-40	F	
	Date de début de séjour	8		3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Date de fin de séjour	8		3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Prix unitaire	7		3	76-82	O	5+2
	Base de remboursement	8		3	83-90	O	6+2
	Taux applicable à la prestation	3		3	91-93	O	
	Montant remboursable par la caisse	8		3	94-101	O	6+2

\* Norme B2 Juin 2005 - Addenda D (cf. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) dans "Documentation technique>Norme B2>Cahiers des charges de la norme B2")

**FICHCOMP « médicament avec ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) »**

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
N°FINESS	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	08
N°Administratif 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

## RSF-ACE

➤ RSF-ACE-A : début de facture

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=A
Numéro FINESS	9	2	10	RHS		
Sexe	1	11	11	RHS		
Code civilité	1	12	12	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2/MLE=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	13	13	25	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	26	27	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	28	30	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	31	39	Type 2 CP	40	
Indicateur du parcours de soins	1	40	40	Type 2S CP	121	Valeurs acceptées {' ', A, B, D, H, J, M, N, O, R, S, T, U}
Nature opération	1	41	41	Type 2 CP	39	
Nature assurance	2	42	43	Type 2 CP	77	Valeurs acceptées {10, 13, 30, 41, 90}
Justification d'exonération du TM	1	44	44	Type 2 CP	79	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	45	45	Note n°1		Valeurs acceptées {0, 1, 2, 3}
Motif de non facturation à l'assurance maladie	1	46	46	Note n°2		Valeurs acceptées {' ', 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9}
Code Gd régime	2	47	48	Type 2 CP	49	Valeurs acceptées {' ', 10, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 80, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 99}
Date Naissance	8	49	56	Type 2 CP	96	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	1	57	57	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	8	58	65	Type 2 CP	103	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de sortie	8	66	73	Type 2 CP	109	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code postal du lieu de résidence du patient	5	74	78	Type 2C	91	
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	8	79	86	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	8	87	94	Type 5 CP	50	Id 6+2

Total honoraire Facturé	8	95	102	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M) 6+2
Total honoraire remboursable AM	8	103	110	Type 5 CP	66	Id 6+2
Total participation assuré avant OC	8	111	118	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable OC pour les PH	8	119	126	Type 5 CP	82	6+2
Total remboursable OC pour les honoraires	8	127	134	Type 5 CP	90	6+2
Montant total facturé pour PH	8	135	142	Type 5 CP	115	6+2
Patient bénéficiaire de la CMU	1	143	143	NA		0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Valorisé par FIDES	1	144	144	NA		0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information

**Note 1 :**

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

**Note 2 :** cette variable doit être renseignée lorsque la variable « Séjour facturable à l'assurance maladie » est égale à 0 (séjour non facturable à l'assurance maladie). Dans les autres cas, laisser cette variable à vide (caractère espace)

- o 1 : patient en AME
- o 2 : patient sous convention internationale
- o 3 : patient payant
- o 4 : patient pris en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents (article L. 254-1 du CASF)
- o 9 : autres situations

➤ RSF-ACE-B : prestations hospitalières

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=B
Numéro FINESS	9	2	10	RHS	1	
N° immatriculation assuré	13	11	23	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	24	25	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	26	28	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	29	37	Type 2 CP	40	
Mode de traitement	2	38	39	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	40	42	Type 3	41	

				CP		
Justification exo TM	1	43	43	Type 3 CP	64	
Spécialité exécutant	2	44	45	NA		Blancs
Date des soins	8	46	53	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	5	54	58	Type 3 CP	56	4+1
Quantité	3	59	61	Type 3 CP	61	Compléter par « 0 » devant
Coefficient	6	62	67	Type 3 CP	65	4+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Dénombrement	2	68	69	NA		Blancs
Prix Unitaire	7	70	76	Type 3 CP	76	5+2
Montant Base remboursement	8	77	84	Type 3 CP	83	6+2
Taux applicable à la prestation	3	85	87	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	8	88	95	Type 3 CP	94	6+2
Montant des honoraires (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	8	96	103	Type 3 CP	102	6+2
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	7	104	110	Type 3 CP	122	5+2

➤ RSF-ACE-C : honoraires

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=C
Numéro FINESS	9	2	10	RHS	1	
N° immatriculation assuré	13	11	23	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	24	25	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	26	28	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	29	37	Type 2 CP	40	
Mode de traitement	2	38	39	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	40	42	NA		Blancs
Justification exo TM	1	43	43	Type 4 CP	54	
Spécialité exécutant	2	44	45	Type 4 CP	68	Liste des codes : NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17
Date des soins	8	46	53	Type 4 CP	70	Date de l'acte. Attention format de date différent

Code acte	5	54	58	Type 4 CP	76	4+1
Quantité	3	59	61	Type 4 CP	81	Attention format différent : compléter par 0 devant
Coefficient	6	62	67	Type 4 CP	83	4+2
Dénombrement	2	68	69	Type 4 CP	89	Compléter par « 0 » devant
Prix Unitaire	7	70	76	Type 4 CP	91	5+2
Montant Base remboursement	8	77	84	Type 4 CP	98	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Taux applicable à la prestation	3	85	87	Type 4 CP	105	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	8	88	95	Type 4 CP	108	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Montant des honoraire (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	8	96	103	Type 4 CP	115	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	7	104	110	Type 4 CP	123	5+2. Attention format différent : compléter par 0 devant

➤ RSF-ACE-H : médicaments

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=H
Numéro FINESS	9	2	10	RHS	1	
N° immatriculation assuré	13	11	23	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	24	25	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	26	28	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	29	37	Type 2 CP	40	
Date de début de séjour	8	38	45	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code UCD	7	46	52	Type 3H	49	
Coefficient de fractionnement	5	53	57	Type 3H	57	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	7	58	64	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	65	71	Type 3H	74	0 par défaut (5+2)
Montant total de l'écart indemnisable	7	72	78	Type 3H	81	5+2
Quantité	3	79	81	Type 3H	88	Compléter par « 0 » devant
Montant total facturé TTC	7	82	88	Type 3H	91	0 par défaut (5+2)

**Note :** Attention la date de début de séjour provient de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3H dans le cas de la dispensation de médicament soumis au codage. Dans ce cas elle correspond à la date de dispensation.



➤ RSF-ACE-M : CCAM

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=M
Numéro FINESS	9	2	10	RHS		
N° immatriculation assuré	13	11	23	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	24	25	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	26	28	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	29	37	Type 2 CP	40	
Mode de traitement	2	38	39	Type 4	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	40	42	Type 4	41	
Date de l'acte	8	43	50	Type 4	70	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code CCAM	13	51	63	Type 4 M	43	
Extension documentaire	1	64	64	Type 4 M	56	
Activité	1	65	65	Type 4 M	57	
Phase	1	66	66	Type 4 M	58	
Modificateur 1	1	67	67	Type 4 M	59	
Modificateur 2	1	68	68	Type 4 M	60	
Modificateur 3	1	69	69	Type 4 M	61	
Modificateur 4	1	70	70	Type 4 M	62	
Code association d'actes non prévue	1	71	71	Type 4 M	63	
Code remboursement sous condition	1	72	72	Type 4 M	64	
N° dent 1	2	73	74	Type 4 M	71	
N° dent 2	2	75	76	Type 4 M	73	
N° dent 3	2	77	78	Type 4 M	75	
N° dent 4	2	79	80	Type 4 M	77	
N° dent 5	2	81	82	Type 4 M	79	
N° dent 6	2	83	84	Type 4 M	81	
N° dent 7	2	85	86	Type 4 M	83	
N° dent 8	2	87	88	Type 4 M	85	
N° dent 9	2	89	90	Type 4 M	87	
N° dent 10	2	91	92	Type 4 M	89	
N° dent 11	2	93	94	Type 4 M	91	
N° dent 12	2	95	96	Type 4 M	93	

N° dent 13	2	97	98	Type 4 M	95	
N° dent 14	2	99	100	Type 4 M	97	
N° dent 15	2	101	102	Type 4 M	99	
N° dent 16	2	103	104	Type 4 M	101	

**Note :** Attention les variables dates de l'acte, DMT et Mode de traitement proviennent de l'enregistrement de type 4 présent avant tout enregistrement de type 4M dans le cas de codage des actes en CCAM

➤ RSF-ACE-P : prothèses

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence (*)	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=P
Numéro FINESS	9	2	10	RHS		
Numéro d'entrée	9	11	19	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	13	20	32	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	33	34	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
Date de début de séjour	8	38	45	Type 3 CP	44	Attention format de date différent (JJMMAAAA)
Code référence LPP	13	46	58	Type 3F	43	
Quantité	2	59	60	Type 3F	70	
Tarif référence LPP ou Prix Unitaire sur devis	7	61	67	Type 3F	72	5+2
Montant total facturé	7	68	74	Type 3F	79	0 par défaut (5+2)
Prix d'achat unitaire	7	75	81	Type 3F	86	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	82	88	Type 3F	93	5+2
Montant total de l'écart indemnisable	7	89	95	Type 3F	100	5+2

\* Norme B2 Juin 2005 - Addenda D (cf. [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) dans "Documentation technique>Norme B2>Cahiers des charges de la norme B2")

➤ RSF-ACE-L : codage affiné des actes de biologie

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=L
Numéro FINESS	9	2	10			
Numéro d'entrée	9	11	19	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	13	20	32	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	33	34	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
Mode de traitement	2	38	39	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	40	42	Type 4 CP	41	
Date de l'acte 1	8	43	50	Type 4 B	49	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 1	2	51	52	Type 4 B	55	
Code acte 1	8	53	60	Type 4 B	57	
Date de l'acte 2	8	61	68	Type 4 B	65	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 2	2	69	70	Type 4 B	71	
Code acte 2	8	71	78	Type 4 B	73	
Date de l'acte 3	8	79	86	Type 4 B	81	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 3	2	87	88	Type 4 B	87	
Code acte 3	8	89	96	Type 4 B	89	
Date de l'acte 4	8	97	104	Type 4 B	97	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 4	2	105	106	Type 4 B	103	
Code acte 4	8	107	114	Type 4 B	105	
Date de l'acte 5	8	115	122	Type 4 B	113	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 5	2	123	124	Type 4 B	119	
Code acte 5	8	125	132	Type 4 B	121	

## Formats concernant le secteur ex-OQN uniquement

### RSF-A

Libellé des champs	Taille	Début	Fin	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		A
Numéro FINESS	9	2	10	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	9	11	19	Type 2 CP	40	
Sexe	1	20	20	RHS groupé	61	
Code civilité	1	21	21	Type 2B	40	Recodage : MR=1/MME=2/ML=2/SAN=3
N° de matricule	13	22	34	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
Nature opération	1	38	38	Type 2 CP	39	
Nature assurance	2	39	40	Type 2 CP	77	
Justification d'exonération du TM	1	41	41	Type 2 CP	79	
Code de prise en charge	1	42	42			1=Assuré pris en charge/2=Assuré non pris en charge/3=Non Assuré avec prise en charge /4=Non Assuré sans prise en charge
N° de facture	9	43	51	Type 2 CP	30	
Code Gd régime	2	52	53	Type 2 CP	49	
Date Naissance	8	54	61	Type 2 CP	96	modification lié au format de la date
Rang de naissance	1	62	62	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	8	63	70	Type 2 CP	103	modification lié au format de la date
Date de sortie	8	71	78	Type 2 CP	109	modification lié au format de la date
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	8	79	86	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	8	87	94	Type 5 CP	50	id
Total honoraire Facturé	8	95	102	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	8	103	110	Type 5 CP	66	id
Total participation assuré avant OC	8	111	118	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable OC pour les PH	8	119	126	Type 5 CP	82	
Total remboursable OC pour les honoraires	8	127	134	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	8	135	142	Type 5 CP	115	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	143	143			0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Filler	9	144	152			Réservé à un usage futur

## RSF-L : codage affiné des actes de biologie (nouveau type)

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=L
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	2	10	RHS		
Numéro d'entrée	9	11	19	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	13	20	32	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	33	34	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
N° facture	9	38	46	Type 2 CP	30	
Mode de traitement	2	47	48	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	49	51	Type 4 CP	41	
Date de l'acte 1	8	52	59	Type 4 B	49	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 1	2	60	61	Type 4 B	55	
Code acte 1	8	62	69	Type 4 B	57	
Date de l'acte 2	8	70	77	Type 4 B	65	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 2	2	78	79	Type 4 B	71	
Code acte 2	8	80	87	Type 4 B	73	
Date de l'acte 3	8	88	95	Type 4 B	81	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 3	2	96	97	Type 4 B	87	
Code acte 3	8	98	105	Type 4 B	89	
Date de l'acte 4	8	106	113	Type 4 B	97	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 4	2	114	115	Type 4 B	103	
Code acte 4	8	116	123	Type 4 B	105	
Date de l'acte 5	8	124	131	Type 4 B	113	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 5	2	132	133	Type 4 B	119	
Code acte 5	8	134	141	Type 4 B	121	

Remarque : les autres types de RSF demeurent inchangés