

MODIFICATIONS DE FORMATS COMMUNS AUX SECTEURS EX-DG et EX-OQN

RUM non groupé

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Numéro FINESS	9	1	9	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM	3	10	12	O	N	NA/NA	014
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	13	32	O	A	Gauche/Espace
N° Administratif local de séjour		20	33	52	O	A	Gauche/Espace
N° de RUM	10	53	62	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	63	70	O	N	Droite/Zéro	
Sexe	1	71	71	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale	4	72	75	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié	2	76	77	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale	8	78	85	O	N	Droite/Zéro	
Mode d'entrée dans l'unité médicale	1	86	86	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)	1	87	87	F	N	NA/Espace	
Date de sortie de l'unité médicale	8	88	95	O	N	Droite/Zéro	
Mode de sortie de l'unité médicale	1	96	96	O	N	NA/NA	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)	1	97	97	F	N	NA/Espace	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)	5	98	102	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)	4	103	106	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel (nb de semaines révolues d'aménorrhée)	2	107	108	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de séances	2	109	110	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RUM	2	111	112	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	2	113	114	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	3	115	117	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)	8	118	125	O	A	Gauche/Espace	

Diagnostic relié (DR)		8	126	133	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2		3	134	136	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS (cf. note)		1	137	137	F	N	NA/Espace	1 : oui, 2 : non
Type de machine en radiothérapie		1	138	138	F	N	NA/Espace	1 à 8 selon le type de machine (à préciser)
Type de dosimétrie		1	139	139	F	N	NA/Espace	1 : avec histogramme dose-volume , 2 : sans histogramme dose-volume
Zone réservée		11	140	150	F	N	NA/Espace	
DAS n° 1		8	151	158	F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	A	...	
DAS n° nDAS		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 (JJMMAAAA)	8			F	N	Droite/Zéro	
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/Espace	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/Espace	
	Association non prévue	1			F	A	NA/Espace	
	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
...		*26	...	...	...	...
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation (JJMMAAAA)	8			F	N	Droite/Zéro	
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	

	Extension documentaire	1			F	A	NA/Espace	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/Espace	
	Association non prévue	1			F	A	NA/Espace	
	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
	[1] O : obligatoire F : facultatif (la variable peut être laissée à vide)							
	[2] A : alphanumérique (pas de distinction entre majuscules et minuscules), N : numérique							
	[3] NA signifie "non applicable"							
	Confirmation du codage du RSS : Dans certains GHM, lorsque la durée du séjour est courte, le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé. Cette zone permet de le confirmer. La confirmation doit être faite dans le dernier RUM							

RSS groupé

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/Espace	
N° de version du format de RSS	3	10	12	O	A	NA/NA	114
Groupage : code retour	3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS	9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM	3	25	27	O	N	NA/NA	014
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	Droite/Zéro	
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	Droite/Zéro	
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/Espace	
Date de sortie de l'unité médicale	8	103	110	O	N	Droite/Zéro	
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/Espace	
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 (nb de semaines révolues d'aménorrhée)	2	122	123	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de séances	2	124	125	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés significatifs (nDAS) dans ce RUM	2	126	127	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	2	128	129	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	3	130	132	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)	8	133	140	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)	8	141	148	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2	3	149	151	F	N	Droite/Zéro	

Confirmation du codage du RSS (cf. note)		1	152	152	F	N	NA/Espace	1 : oui, 2 : non
Type de machine en radiothérapie		1	153	153	F	N	NA/Espace	1 à 8 selon le type de machine (à préciser)
Type de dosimétrie		1	154	154	F	N	NA/Espace	1 : avec histogramme dose-volume , 2 : sans histogramme dose-volume
Zone réservée		11	155	165	F	N	NA/Espace	
DAS n° 1		8	166	173	F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	A	...	
DAS n° nDAS		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 (JJMMAAAA)	8			F	N	Droite/Zéro	
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/Espace	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/Espace	
	Association non prévue	1			F	A	NA/Espace	
Zone d'acte n° nZa	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
	.....	*26	...	...	...	...
	Date de réalisation (JJMMAAAA)	8			F	N	Droite/Zéro	
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Phase	1			O	N	NA/NA	
	Activité	1			O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1			F	A	NA/Espace	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/Espace		
Association non prévue	1			F	A	NA/Espace		

	Nombre d'exécutions de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
[1] O : obligatoire F : facultatif (la variable peut être laissée à vide)								
[2] A : alphanumérique (pas de distinction entre majuscules et minuscules), N : numérique								
[3] NA signifie "non applicable"								
Confirmation du codage du RSS : Dans certains GHM, lorsque la durée du séjour est courte, le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé. Cette zone permet de le confirmer. La confirmation doit être faite dans le dernier RUM								

MODIFICATIONS DE FORMATS DU SECTEUR EX-DG

VID-HOSP

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire/Facultatif	Remarques
N° immatriculation assuré	13	1	13	O	
Clé du n° immatriculation	2	14	15	O	
Code grand régime	2	16	17	O	Type 2 CP positions 49-50
Date de naissance du patient	8	18	25	O	JJMMAAAA
Sexe du patient	1	26	26	O	
N° d'identification administratif de séjour	20	27	46	O	Cadré à gauche, complété par des espaces
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	47	47	O	
Code de prise en charge du forfait journalier	1	48	48	O	
Nature d'assurance	2	49	50	O	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	51	52	F	Type 2 CP positions 117-118
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	53	53	O	Note 1
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	54	54	F	Note 2
Facturation du 18 euros	1	55	55	O	
Nombre de venues de la facture	3	56	58	O	
Montant à facturer au titre du ticket modérateur	10	59	68	O	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant à facturer au titre du forfait journalier	10	69	78	O	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant total du séjour remboursable par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes)	10	79	88	O	8+2 : Montant en centimes d'euros
Montant lié à la majoration au parcours de soin	4	89	92	O	2+2 : Montant en centimes d'euros
Montant base remboursement	10	93	102	O	8+2 : Montant en centimes d'euros
Taux de remboursement	5	103	107	O	3+2

Note 1 :

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

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) .

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)

9 : autres situations

RSF-ACE A

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=A
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé		
Sexe	11	11	1	RSS non groupé		
Code civilité	12	12	1	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2:MLE=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	13	25	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	26	27	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	28	30	3	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	31	39	9	Type 2 CP	40	
Indicateur du parcours de soins	40	40	1	Type 2S CP	121	
Nature opération	41	41	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	42	43	2	Type 2 CP	77	
Justification d'exonération du TM	44	44	1	Type 2 CP	79	
Séjour facturable à l'assurance maladie	45	45	1	Note n°1		
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	46	46	1	Note n°2		
Code Gd régime	47	48	2	Type 2 CP	49	
Date Naissance	49	56	8	Type 2 CP	96	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	57	57	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	58	65	8	Type 2 CP	103	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de sortie	66	73	8	Type 2 CP	109	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code postal du lieu de résidence du patient	74	78	5	Type 2C	91	
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	79	86	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	87	94	8	Type 5 CP	50	Id 6+2
Total honoraire Facturé	95	102	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M) 6+2
Total honoraire remboursable AM	103	110	8	Type 5 CP	66	Id 6+2
Total participation assuré avant OC	111	118	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable OC pour les PH	119	126	8	Type 5 CP	82	6+2
Total remboursable OC pour les honoraires	127	134	8	Type 5 CP	90	6+2

Montant total facturé pour PH	135	142	8	Type 5 CP	115	6+2
-------------------------------	-----	-----	---	-----------	-----	-----

Note 1 :

- 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

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) .

- 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)
- 9 : autres situations

RSF-ACE H

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=H
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
N° immatriculation assuré	11	23	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	24	25	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	26	28	3	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	29	37	9	Type 2 CP	40	
Date de début de séjour	38	45	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code UCD	46	52	7	Type 3H	49	
Coefficient de fractionnement	53	57	5	Type 3H	57	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	58	64	7	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	65	71	7	Type 3H	74	0 par défaut (5+2)
Montant total de l'écart indemnisable	72	78	7	Type 3H	81	5+2
Quantité	79	81	3	Type 3H	88	
Montant total facturé TTC	82	88	7	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 C (inchangé par rapport à 2008)

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na	na	Valeur=C
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
N° immatriculation assuré	11	23	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	24	25	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	26	28	3	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	29	37	9	Type 2 CP	40	
Mode de traitement	38	39	2	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	40	42	3	na	na	Blancs
Justification exo TM	43	43	1	Type 4 CP	54	
Spécialité exécutant	44	45	2	Type 4 CP	68	Liste des codes : NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17
Date des soins	46	53	8	Type 4 CP	70	Date de l'acte. Attention format de date différent
Code acte	54	58	5	Type 4 CP	76	4+1
Quantité	59	61	3	Type 4 CP	81	Attention format différent : compléter par 0 devant
Coefficient	62	67	6	Type 4 CP	83	4+2
Dénombrement	68	69	2	Type 4 CP	89	
Prix Unitaire	70	76	7	Type 4 CP	91	5+2
Montant Base remboursement	77	84	8	Type 4 CP	98	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Taux applicable à la prestation	85	87	3	Type 4 CP	105	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	88	95	8	Type 4 CP	108	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Montant des honoraires (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	96	103	8	Type 4 CP	115	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	104	110	7	Type 4 CP	123	5+2. Attention format différent : compléter par 0 devant

RSF-ACE B (inchangé par rapport à 2008)

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na	na	Valeur=B
Numéro FINESS	2	10	9	RSS non groupé	1	
N° immatriculation assuré	11	23	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	24	25	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	26	28	3	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	29	37	9	Type 2 CP	40	
Mode de traitement	38	39	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	40	42	3	Type 3 CP	41	
Justification exo TM	43	43	1	Type 3 CP	64	
Spécialité exécutant	44	45	2	na	na	Blancs
Date des soins	46	53	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	54	58	5	Type 3 CP	56	4+1
Quantité	59	61	3	Type 3 CP	61	
Coefficient	62	67	6	Type 3 CP	65	4+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Dénombrement	68	69	2	na	na	Blancs
Prix Unitaire	70	76	7	Type 3 CP	76	5+2
Montant Base remboursement	77	84	8	Type 3 CP	83	6+2
Taux applicable à la prestation	85	87	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	88	95	8	Type 3 CP	94	6+2
Montant des honoraire (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	96	103	8	Type 3 CP	102	6+2
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	104	110	7	Type 3 CP	122	5+2

RSF ACE M (inchangé par rapport à 2008)

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

N° dent 10	91	92	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	93	94	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	95	96	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	97	98	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	99	100	2	Type 4 M	97	
N° dent 15	101	102	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	103	104	2	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.

FICHCOMP (inchangé par rapport à 2008)

Format générique pour tous les types de prestations recueillis par FICHCOMP

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	42	49	8
Date de fin	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

	Médicaments (UCD)	DMI (LPP)	Prélèvements d'organes	Prestations interétablissements	Enquêtes
Type de prestation	01	02	03	04	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 d'administration	Date de pose	Date de réalisation du prélèvement d'organe	Date de début de la prestation	NA
Date de fin	NA	NA	NA	Date de fin de la prestation	NA
Code	Code UCD	Code LPP	PO4-PO9	Prestation REA,SRA,SSC,SRC,STF,NN1,NN2,NN3	Code CIM 10
Nombre	Nombre administré éventuellement fractionnaire	Nombre posé (10+0)	égal à 1	Nombre de suppléments payés (10+0)	NA

	(7+3)				
Montant	Prix d'achat multiplié par le nombre administré (7+3)	Prix d'achat par le nombre posé (7+3)	NA	NA	NA