

Description des formats de fichiers SSR applicables à compter de la semaine 10 de 2014

Objet de ce document

Ce document décrit les formats des fichiers SSR applicables à partir du 3 mars 2014 (semaine 10). Les **modifications** apportées par rapport au format précédent sont représentées sur **fond jaune ou vert**.

Une notice technique décrivant les nouveautés 2014 du recueil et du traitement de l'information médicalisée, dans l'ensemble des champs d'activité (MCO, HAD, SSR et PSY) des établissements de santé viendra compléter ce document. Elle est, actuellement, en cours de rédaction et sera prochainement diffusée sur le site Internet de l'ATIH.

Modifications du 07/01/2014:

- FICHCOMP : les FICHCOMP « médicaments (UCD » et les « médicament avec ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) » ont été ajoutés au recueil pour les établissements ex-OQN.

Table des matières

OBJET DE CE DOCUMENT	3
FORMATS CONCERNANT TOUS LES ÉTABLISSEMENTS	6
RHS non groupé	6
RHS groupé	10
Fichier des autorisations d'unités médicales (FICIUM) :	14
Fichiers complémentaires.....	15
FICHCOMP « médicaments (UCD) »	15
FICHCOMP « médicament avec ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) »	15
FORMATS CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE UNIQUEMENT	16
VID-HOSP	16
HOSP-PMSI	21
RSF-ACE.....	22
RSF-ACE A	22
RSF-ACE H	25
RSF-ACE C	26

RSF-ACE B	27
RSF-ACE M	28
RSF-ACE L : codage affiné des actes de biologie	31
FORMATS CONCERNANT LE SECTEUR EX-OQN UNIQUEMENT	32
<hr/>	
HOSP-FACT	32
RSF : Factures	33
RSF A : Début de facture	33
RSF B : prestations hospitalières	35
RSF I : prestations hospitalières : interruption de séjour	37
RSF P : prestations hospitalières : prothèses	38
RSF H : prestations hospitalières : médicaments	39
RSF C : honoraires	40
RSF M : CCAM	41
RSF L : codage affiné des actes de biologie	43

Formats concernant tous les établissements

RHS non groupé

Libellé des variables	Taille	Position début	Position fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Format des valeurs
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS	3	10	12	O	NA/NA	M08
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	O	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 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 CSARR n° 1	Code principal	7		O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3		F	NA/NA	obligatoire si acte appartient a liste
	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	

	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	
	Nombre réel de patients	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste
	Extension Documentaire	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste
...	
Acte CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient a liste
	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 du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Code intervenant	2			O		
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	
	Nombre réel de patients	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste
Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste	
Extension Documentaire	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste	
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 des variables				Taille	Position début	Position fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Format des valeurs
Filler				10	1	10	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS groupé				3	11	13	O	NA/NA	M18
Numéro FINESS d'inscription ePMSI				9	14	22	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS				3	23	25	O	NA/NA	M08
Numéro de séjour SSR				7	26	32	O	Gauche/Espace	
Numéro administratif de séjour				20	33	52	O	Gauche/Espace	
Groupage	Version classification			2	53	54	O	NA/NA	
	GME	RGME	CM	2	55	56	O	NA/NA	
			Code	2	57	58	O	NA/NA	
		Subdivision		1	59	59	O	NA/NA	
	Sévérité		1	60	60	O	NA/NA		
	Code retour			3	61	63	O	NA/NA	
	Indicateur d'erreur			1	64	64	O	NA/NA	X=>erreur, blanc=> pas d'erreur
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	O	Gauche/Espace	
Date de l'intervention chirurgicale	8	136	143	F	NA/NA	JMMAAAA
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
Nombre d'actes 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 CSARR n° 1	Code principal	7		O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3		F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à liste
	Code modulateur de lieu	2		F	NA/NA	
	Code « modulateur	2		F	NA/NA	

	de patient » n° 1						
	Code « modulateur de patient » n° 2	2			F	NA/NA	
	Code intervenant	2			O		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	
	Nombre réel de patients	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste
	Extension Documentaire	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste

Acte CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient a liste
	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		Code intervenant du professionnel ayant la responsabilité de la réalisation de l'acte
	Filler	1				NA/NA	
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro	
	Date de réalisation	8			F	NA/NA	

	Nombre réel de patients	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste
	Extension Documentaire	2			F		Obligatoire si acte appartient a liste
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JMMMAAAA
	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	JMMMAAAA
	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

Fichier des autorisations d'unités médicales (FICIUM) :

Libellé	Taille	Position début	Position fin	Remarques
N° de l'unité médicale	4	1	4	Notation identique à celle du fichier RHS
N° FINESS Géographique	9	5	13	
Type d'autorisation de l'UM	3	14	16	Nomenclature identique à celle utilisée dans le RHS
Type d'hospitalisation	1	17	17	C : Complète P : Partielle M : Mixte

Fichiers complémentaires

FICHCOMP « médicaments (UCD) »

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	07
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

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

Libellé	Taille	Début	Fin	Commentaires
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	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

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 bleu, bleu gris ou vert sont requises

Note : les éléments en bleu gris ont été ajoutés cette année dans la liste des variables obligatoires à renseigner pour tous les établissements.

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
Code gestion	2	18	19			O	Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Date de naissance du bénéficiaire	8	20	27	2	96-101	O	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Sexe du bénéficiaire	1	28	28			O	
N° administratif de séjour	20	29	48			O	

N° format VID-HOSP	4	49	52			O	V009
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	53	53	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	54	54	3	70	F	
Nature d'assurance	2	55	56	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	57	58	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	59	59			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	60	60			N	
Facturation du 18 €	1	61	61			O	
Nombre de venues de la facture	4	62	65			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	66	75			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	76	85			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (ie hors prestations annexes)	10	86	95			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	96	99			O	
Montant base remboursement	10	100	109			O	
Taux de remboursement	5	110	114			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	115	115			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	116	135			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	136	136			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	137	137			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	138	145	2	80-85	O	Date du début de l'hospitalisation quel que soit l'établissement (en cas de transfert par exemple). ATTENTION format

							différent de B2 JJMMAAAA
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	146	155			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	156	156	3	117	F	
N° d'entrée	9	157	165	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	166	166	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	167	169	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	170	172	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	173	176	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	177	177	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	178	185	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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	186	193	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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Délivrée par	3	194	196	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	197	199	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	200	208	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	209	209	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	210	217	2	103-108	O	Date d'entrée de l'hospitalisé dans l'établissement qui présente la facture (ou date de début de facturation). ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Date de sortie	8	218	225	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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
N° d'organisme complémentaire	10	226	235	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 top mutualiste « M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
Complément au numéro de titre de recette	6	236	241	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	242	242	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	243	267	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	268	282	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	283	283	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf.

							annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	284	284			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Etablissement de Transfert	14	285	298	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Etablissement de Retour	14	299	312	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	313	314			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 dans "Documentation technique>Norme B2>Cahiers des charges de la norme B2")

HOSP-PMSI

Libelle	Taille	Position	Remarques
N° de séjour SSR	7	1-7	Obligatoire
N° administratif du séjour ou du patient	20	8-27	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

RSF-ACE

RSF-ACE A

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=A
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	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/ML=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	Valeurs acceptées {' ', A, B, D, H, J, M, N, O, R, S, T, U}
Nature opération	41	41	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	42	43	2	Type 2 CP	77	Valeurs acceptées {10, 13, 30, 41, 90}
Justification d'exonération du TM	44	44	1	Type 2 CP	79	
Séjour facturable à l'assurance maladie	45	45	1	Note n°1		Valeurs acceptées {0, 1, 2, 3}
Motif de non facturation à l'assurance maladie	46	46	1	Note n°2		Valeurs acceptées {' ', 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9}
Code Gd régime	47	48	2	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	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
Patient bénéficiaire de la CMU	143	143	1	NA		0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Valorisé par FIDES	144	144	1	NA		0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Code gestion	145	146	2	NA		Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale

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)
- 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

RSF-ACE H

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=H
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	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	Compléter par « 0 » devant
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

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na	na	Valeur=C
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	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 ⁽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	Compléter par « 0 » devant
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

(1) : les majorations férié et nuit (F / N) sont à indiquer au niveau du 5^{ème} caractère

RSF-ACE B

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na	na	Valeur=B
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	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 ⁽¹⁾
Quantité	59	61	3	Type 3 CP	61	Compléter par « 0 » devant
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

(1) : les majorations férié et nuit (F / N) sont à indiquer au niveau du 5^{ème} caractère

RSF-ACE M

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=M
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	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.

RSF-ACE P : Prothèses

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence (*)	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=P
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	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	
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 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 d'inscription ePMSI	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	

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

Formats concernant le secteur ex-OQN uniquement

HOSP-FACT

Libellé du champ	Taille	Position début	Position fin	Remarque
Numéro administratif de séjour	20	1	20	Fichier de RHS groupé M14 position 33
Numéro d'entrée	9	21	29	Fichier de RSF Enregistrement A position 11

RSF : Factures

RSF A : Début de facture

Libellé des champs	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	Valeur des champs
Type d'enregistrement	1	1	1	na		A
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
Sexe	20	20	1	RHS groupé	61	
Code civilité	21	21	1	Type 2B	40	Recodage : MR=1/MME=2/ML=2/SAN=3
N° de matricule	22	34	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	35	37	3	Type 2 CP	27	
Nature opération	38	38	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	39	40	2	Type 2 CP	77	
Justification d'exonération du TM	41	41	1	Type 2 CP	79	
Code de prise en charge	42	42	1	Note n°1		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	43	51	9	Type 2 CP	30	
Code Gd régime	52	53	2	Type 2 CP	49	
Date Naissance	54	61	8	Type 2 CP	96	modification lié au format de la date
Rang de naissance	62	62	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	63	70	8	Type 2 CP	103	modification lié au format de la date

Date de sortie	71	78	8	Type 2 CP	109	modification lié au format de la date
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	79	86	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	87	94	8	Type 5 CP	50	id
Total honoraire Facturé	95	102	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	103	110	8	Type 5 CP	66	id
Total participation assuré avant OC	111	118	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable OC pour les PH	119	126	8	Type 5 CP	82	
Total remboursable OC pour les honoraires	127	134	8	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	135	142	8	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 B : prestations hospitalières

Libellé des champs	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	Valeur des champs
Type d'enregistrement	1	1	1	na		B
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Mode de traitement	36	37	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	38	40	3	Type 3 CP	41	
Date de début de séjour	41	48	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	49	56	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Code acte	57	61	5	Type 3 CP	56	
Quantité	62	64	3	Type 3 CP	61	
Justification exoneration TM	65	65	1	Type 3 CP	64	
Coeficient	66	70	5	Type 3 CP	65	
Code prise en charge FJ	71	71	1	Type 3 CP	70	
Coeficient MCO	72	76	5	Type 3 CP	71	
Prix Unitaire	77	83	7	Type 3 CP	76	
Montant Base remboursement	84	91	8	Type 3 CP	83	
Taux Remboursement	92	94	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable AMO	95	102	8	Type 3 CP	94	
Montant total Facturé	103	110	8	Type 3 CP	102	
Montant remboursable AMC	111	117	7	Type 3 CP	122	
N° GHS	118	121	4	Type 3 CP	110	

Montant remboursé NOEMIE Retour	122	129	8	Entité NOP-PHS	47	
Nature opération récupération NOEMIE Retour	130	132	3	Entité NOP-MFI	27	

RSF I : prestations hospitalières : interruption de séjour

Libellé des champs	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	Valeur des champs
Type d'enregistrement	1	1	1	na		I
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Date de début de séjour	36	43	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	44	51	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Nature d'interruption ou de fin de séjour	52	52	1	Type 3S	81	
Etablissement	53	66	14	Type 3S	67	N° FINESS

Note : Attention les informations concernant les dates de début et de fin de séjour de ce type de RSF proviennent de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3S dans le cas d'une interruption de séjour

RSF P : prestations hospitalières : prothèses

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	Valeur des champs
Type d'enregistrement	1	1	1	na		P
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Date de début de séjour	36	43	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code LPP 1	44	56	13	Type 3F	43	
Quantité 1	57	58	2	Type 3F	70	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire 1	59	65	7	Type 3F	72	
Montant facturé 1	66	72	7	Type 3F	79	
Code LPP 2	73	85	13	Type 3F	86	
Quantité 2	86	87	2	Type 3F	113	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire 2	88	94	7	Type 3F	115	
Montant facturé 2	95	101	7	Type 3F	122	

Note : Attention la date de début de séjour provient de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3F dans le cas de la pose de prothèse soumise au LPP. Dans ce cas elle correspond à la date de pose de la (des) prothèse(s)

RSF H : prestations hospitalières : médicaments

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	Valeur des champs
Type d'enregistrement	1	1	1	na		H
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Date de début de séjour	36	43	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code UCD ou CIP	44	50	7	Type 3H	49	
Code Taux	51	51	1	Type 3H	56	
Prix d'achat	52	58	7	Type 3H	67	
Montant écart indemnisable	59	65	7	Type 3H	74	
Prix unitaire facturé	66	72	7	Type 3H	81	
Quantité	73	75	3	Type 3H	88	
Montant total facturé	76	82	7	Type 3H	91	

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 C : honoraires

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	Valeur des champs
Type d'enregistrement	1	1	1	na		C
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Mode de traitement	36	37	2	Type 4	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	38	40	3	Type 4	41	
Justification exo TM	41	41	1	Type 4	54	
Date de l'acte	42	49	8	Type 4	70	Attention format de date différent
Code acte	50	54	5	Type 4	76	
Quantité	55	56	2	Type 4	81	
Coeficient	57	62	6	Type 4	83	
Dénombrement	63	64	2	Type 4	89	
Prix Unitaire	65	71	7	Type 4	91	
Montant Base remboursement	72	78	7	Type 4	98	
Taux Remboursement	79	81	3	Type 4	105	
Montant Remboursable par AMO	82	88	7	Type 4	108	
Montant des honoraire (dépassement compris)	89	95	7	Type 4	115	
Montant remboursable par AMC	96	101	6	Type 4	123	
Montant remboursé NOEMIE Retour	102	109	8	Entité NOP-PHS	47	
Nature opération récupération NOEMIE Retour	110	112	3	Entité NOP-MFI	27	

RSF M : CCAM

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		M
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Numéro d'entrée	11	19	9	Type 2 CP	40	
N° de matricule	20	32	13	Type 2 CP	12	
Rang de bénéficiaire	33	35	3	Type 2 CP	27	
Mode de traitement	36	37	2	Type 4	39	Attention format de date différent
Discipline de prestation (ex DMT)	38	40	3	Type 4	41	
Date de l'acte	41	48	8	Type 4	68	
Code CCAM	49	61	13	Type 4 M	43	
Extension documentaire	62	62	1	Type 4 M	56	
Activité	63	63	1	Type 4 M	57	
Phase	64	64	1	Type 4 M	58	
Modificateur 1	65	65	1	Type 4 M	59	
Modificateur 2	66	66	1	Type 4 M	60	
Modificateur 3	67	67	1	Type 4 M	61	
Modificateur 4	68	68	1	Type 4 M	62	
Association non prévue	69	69	1	Type 4 M	63	
Code remb exceptionnel	70	70	1	Type 4 M	64	
N° dent 1	71	72	2	Type 4 M	71	
N° dent 2	73	74	2	Type 4 M	73	
N° dent 3	75	76	2	Type 4 M	75	
N° dent 4	77	78	2	Type 4 M	77	

N° dent 5	79	80	2	Type 4 M	79	
N° dent 6	81	82	2	Type 4 M	81	
N° dent 7	83	84	2	Type 4 M	83	
N° dent 8	85	86	2	Type 4 M	85	
N° dent 9	87	88	2	Type 4 M	87	
N° dent 10	89	90	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	91	92	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	93	94	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	95	96	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	97	98	2	Type 4 M	97	
N° dent 15	99	100	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	101	102	2	Type 4 M	101	

RSF 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 d'inscription ePMSI	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	