

Description des formats de fichiers SSR applicables à compter de la semaine 1 de 2016

Objet de ce document

Ce document décrit les formats des fichiers SSR applicables à partir du 04 janvier 2016 (semaine 1 de 2016). Les **modifications** apportées par rapport au format précédent sont représentées sur **fond jaune**. Les informations sur **fond orange** sont les formats inchangés mais importants à retenir. Une notice technique décrivant les nouveautés 2016 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.

Table des matières

OBJET DE CE DOCUMENT	2
FORMATS CONCERNANT TOUS LES ÉTABLISSEMENTS	5
RHS non groupé	5
RHS groupé	10
Fichier des autorisations d'unités médicales (FICUM) :	15
Fichiers complémentaires.....	16
FICHCOMP « médicaments (UCD) »	16
FICHCOMP « médicament avec ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) »	16
FORMATS CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE UNIQUEMENT	17
VID-HOSP	17
HOSP-PMSI	24
RSF-ACE.....	25
RSF-ACE A	25
RSF-ACE H	28
RSF-ACE C	29

RSF-ACE B	30
RSF-ACE M	31
RSF-ACE P : Prothèses	33
RSF-ACE L : codage affiné des actes de biologie	34
FORMATS CONCERNANT LE SECTEUR EX-OQN UNIQUEMENT	35
<hr/>	
HOSP-FACT	35
RSF : Factures	36
RSF A : Début de facture	36
RSF B : prestations hospitalières	39
RSF I : prestations hospitalières : interruption de séjour	41
RSF P : prestations hospitalières : prothèses	42
RSF H : prestations hospitalières : médicaments	43
RSF C : honoraires	44
RSF M : CCAM	45
RSF L : codage affiné des actes de biologie	47

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	M09
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	JMMAAAA
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	F	NA/NA	Obligatoire pour chaque RHS en hospitalisation partielle ; Obligatoire pour le premier et le dernier RHS de la suite de RHS en hospitalisation complète, et toutes les 4 semaines à compter du 1 ^{er} RHS de la suite ; facultatif sinon.
Dépendance au déplacement°	1	156	156	F	NA/NA	
Dépendance à l'alimentation°	1	157	157	F	NA/NA	
Dépendance à la continence°	1	158	158	F	NA/NA	
Dépendance au comportement°	1	159	159	F	NA/NA	
Dépendance à la relation°	1	160	160	F	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
Poursuite du même projet thérapeutique	1	168	168	F	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
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 la liste « appareillage »
	Code modulateur de lieu	2		F	NA/NA	
	Code « modulateur de	2		F	NA/NA	

	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	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		<ul style="list-style-type: none"> • >=2 pour les actes de type « collectif » • =1 pour les actes de types pluri professionnels • >=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
...	
Acte CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	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			O	Signalement si non renseigné <ul style="list-style-type: none"> • >=2 pour les actes de type « collectif » • =1 pour les actes de types pluri professionnels • >=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F	Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F	
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	NA/NA
	Code CCAM	7			O	A
	Extension PMSI	3			F	A
	Code de la phase	1			O	NA/NA
	Code de l'activité	1			O	NA/NA
	Extension documentaire	1			F	NA/NA
	Nombre de réalisations	2			O	Droite/Zéro
...						
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA
	Code CCAM	7			O	A

Extension PMSI	3			F	A	NA/NA
Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
Code de l'activité	1			O	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	M19
Numéro FINESS d'inscription ePMSI				9	14	22	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS				3	23	25	O	NA/NA	M09
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	F	NA/NA	Obligatoire pour chaque RHS en hospitalisation partielle ; Obligatoire pour le premier et le dernier RHS de la suite de RHS en hospitalisation complète, et toutes les 4 semaines à compter du 1 ^{er} RHS de la suite ; facultatif sinon.
Dépendance au déplacement°	1	169	169	F	NA/NA	
Dépendance à l'alimentation°	1	170	170	F	NA/NA	
Dépendance à la continence°	1	171	171	F	NA/NA	
Dépendance au comportement°	1	172	172	F	NA/NA	
Dépendance à la relation°	1	173	173	F	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
Poursuite du même projet thérapeutique	1	181	181	F	NA/NA	1 : Oui, 2 : Non
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 la liste « appareillage »
	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	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		<ul style="list-style-type: none"> • >=2 pour les actes de type « collectif » • =1 pour les actes de types pluri professionnels • >=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
...	
Acte CSARR n° n2	Code principal	7			O	Gauche/Espace	CSARR
	Code supplémentaire « appareillage »	3			F	NA/NA	obligatoire si acte appartient à la liste « appareillage »
	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	Signalement si non renseigné
	Nombre réel de patients	2			O		<ul style="list-style-type: none"> • >=2 pour les actes de type « collectif » • =1 pour les actes de types pluri professionnels • >=1 pour les autres types d'actes
	Nombre d'intervenants	2			F		Obligatoire si acte appartient à la liste des actes pluriprofessionnels
	Extension Documentaire	2			F		
Acte CCAM n° 1	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	NA/NA	CCAM
	Extension documentaire	1			F	NA/NA	CCAM
	Nombre de	2			O	Droite/Zéro	

	réalisations						
...							
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA
	Code de la phase	1			O	NA/NA	CCAM
	Code de l'activité	1			O	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 (FICUM) :

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

Au niveau d'e-PMSI : contrôles entre les « types d'autorisation SSR » déclarés par FINESS géographique :

- par les établissements dans FICUM,
- et par les ARS dans la base ARGHOS.

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	13 caractères à renseigner conseillé
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	13 caractères à renseigner conseillé
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, jaune ou bleu gris doivent être renseignées.

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 JJMMAAA
Sexe du bénéficiaire	1	28	28			O	
N° administratif de séjour	20	29	48			O	

N° format VID-HOSP	4	49	52			O	V010
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 (i.e. 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 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
Filler	9	177	185			F	Réservé pour usage futur
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	186	186				1 pour oui laisser à vide sinon
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	187	195	2	86-94	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.

N° d'organisme complémentaire	10	196	205	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.
Nature de la pièce justificative des droits	1	206	206	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	207	214	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 JJMMAAA
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	215	222	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 JJMMAAA
Délivrée par	3	223	225	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	226	228	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, ...)

Top éclatement des flux par l'établissement	1	229	229	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	230	237	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	238	245	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
Complément au numéro de titre de recette	6	246	251	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	252	252	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	253	277	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	278	292	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	293	293	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	294	294			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Établissement de Transfert	14	295	308	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Établissement de Retour	14	309	322	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	323	324			O	
DMT n°1	3			3	41-43	F	
	2			3	39-40	F	
	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	7			3	76-82	O	5+2
	8			3	83-90	O	6+2
	3			3	91-93	O	
	8			3	94-101	O	6+2
...							
DMT n° N	3			3	41-43	F	
	2			3	39-40	F	
	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	7			3	76-82	O	5+2
	8			3	83-90	O	6+2
	3			3	91-93	O	
	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	Début	Fin	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: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	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
N° d'organisme complémentaire	147	156	10	Type 2 CP	119	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.
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	157	165	9	Type 2 CP	86	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)
--	--	--	--	--	--	---

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/MLÉ=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	143	143	1			0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Filler	144	152	9			Réservé à un usage futur
N° d'organisme complémentaire	153	162	10	Type 2 CP	119	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.
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	163	171	9	Type 2 CP	86	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)
--	--	--	--	--	--	--

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	
Coefficient	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	