

**Description des modifications de formats de fichiers MCO applicables à compter du 1^{er}
mars 2011**

Formats concernant les deux secteurs (ex-DGF et ex-OQN)

RUM non groupé

Par rapport au RUM 015 : ajout de la variable « Date des dernières règles », suppression de la variable « Nombre de faisceaux », augmentation de la taille de la zone réservée.

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	016
N° de RSS	20	13	32	O	A	Gauche/Espace	
N° Administratif local de séjour	20	33	52	O	A	Gauche/Espace	(Equivalent de HOSP-PMSI)
N° de RUM	10	53	62	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance	8	63	70	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
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	NA/NA	JJMMAAAA
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/NA	
Date de sortie de l'unité médicale	8	88	95	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
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/NA	
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	2	107	108	F	N	Droite/Zéro	
Date des dernières règles	8	109	116	F	N	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de séances	2	117	118	F	N	Droite/Zéro	
Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RUM	2	119	120	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	2	121	122	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	3	123	125	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)	8	126	133	O	A	Gauche/Espace	

Diagnostic relié (DR)		8	134	141	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2		3	142	144	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS (cf. note 1)		1	145	145	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non
Type de machine en radiothérapie		1	146	146	F	N	NA/NA	cf. note 2
Type de dosimétrie		1	147	147	F	N	NA/NA	cf. note 3
Zone réservée		30	148	177	F	N	NA/Espace	
DA n° 1		8	178	185	F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	A	...	
DA n° nDA		8			F	A	Gauche/Espace	
DAD n° 1		8			F	A	Gauche/Espace	
.....		*8			F	...		
DAD n° nDAD		8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8			F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	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/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
...	*26	...	...	...	...	...
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8			F	N	NA/NA	JJMMAAAA
	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/NA	
	Modificateurs	4			F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	

[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"

Note 1 : La fonction groupage suspecte parfois des anomalies de codage pour lesquelles le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé.

Cette zone permet la confirmation. Elle doit être faite dans le dernier RUM. Ces anomalies portent soit sur une durée de séjour trop courte soit sur un accouchement classé en dehors de la CMD14.

Note 2 :

1 : machine dédiée de type "Tomographie" ou "Novalis" ou "Cyberknife" ou "Protonthérapie"

2 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle et d'un module de repositionnement du malade à distance

3 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle sans module de repositionnement du malade à distance

4 : machine non équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame ou de système d'enregistrement et de contrôle

Note 3 :

1 : dosimétrie de RCMI

2 : tridimensionnelle avec HDV sur volume cible et organe à risque

3 : tridimensionnelle sans HDV sur volume cible et organe à risque

4 : autre type de dosimétrie

RSS groupé

Par rapport au RSM 115 : ajout de la variable « Date des dernières règles », suppression de la variable « Nombre de faisceaux », augmentation de la taille de la zone réservée.

Libellé		Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Groupage : version de la classification		2	1	2	O	N	Droite/Zéro	
Groupage : n° de GHM	N° CMD	2	3	4	O	N	Droite/Zéro	
	N° GHM	4	5	8	O	A	NA/NA	
Filler		1	9	9	F	A	NA/NA	
N° de version du format de RSS		3	10	12	O	A	NA/NA	116
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	016
N° de RSS	(Equivalent de HOSP-PMSI)	20	28	47	O	A	Gauche/Espace	
N° Administratif local de séjour		20	48	67	O	A	Gauche/Espace	
N° de RUM		10	68	77	O	A	Gauche/Espace	
Date de naissance		8	78	85	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe		1	86	86	O	N	NA/NA	1 : homme, 2 : femme
Numéro de l'unité médicale		4	87	90	O	A	Gauche/Espace	
Type d'autorisation du lit dédié		2	91	92	F	N	Droite/Zéro	
Date d'entrée dans l'unité médicale		8	93	100	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée dans l'unité médicale		1	101	101	O	N	NA/NA	
Provenance (si mode d'entrée est mutation, transfert ou domicile)		1	102	102	F	N	NA/NA	
Date de sortie de l'unité médicale		8	103	110	O	N	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie de l'unité médicale		1	111	111	O	N	NA/NA	
Destination (si mode de sortie est mutation, transfert ou domicile)		1	112	112	F	N	NA/NA	
Code postal de résidence (ou 99 suivi du code Insee du pays pour les patients résidant hors de France)		5	113	117	O	N	Droite/Zéro	
Poids du nouveau-né à l'entrée de l'unité médicale (en grammes)		4	118	121	F	N	Droite/Zéro	
Age gestationnel		2	122	123	F	N	Droite/Zéro	
Date des dernières règles		8	124	131	F	N	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de séances		2	132	133	F	N	Droite/Zéro	

Nombre de diagnostics associés (nDA) dans ce RUM	2	134	135	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de données à visée documentaire (nDAD) dans ce RUM	2	136	137	O	N	Droite/Zéro	
Nombre de zone d'actes (nZA) dans ce RUM	3	138	140	O	N	Droite/Zéro	
Diagnostic principal (DP)	8	141	148	O	A	Gauche/Espace	
Diagnostic relié (DR)	8	149	156	F	A	Gauche/Espace	
IGS 2	3	157	159	F	N	Droite/Zéro	
Confirmation du codage du RSS (cf. note 1)	1	160	160	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non
Type de machine en radiothérapie	1	161	161	F	N	NA/NA	cf. note 2
Type de dosimétrie	1	162	162	F	N	NA/NA	cf. note 3
Zone réservée	30	163	192	F	N	NA/Espace	
DA n° 1	8	193	200	F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	A	...	
DA n° nDA	8			F	A	Gauche/Espace	
DAD n° 1	8			F	A	Gauche/Espace	
.....	*8			F	...		
DAD n° nDAD	8			F	A	Gauche/Espace	
Zone d'acte n° 1	Date de réalisation	8		F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	Code CCAM	7		O	A	NA/NA	
	Phase	1		O	N	NA/NA	
	Activité	1		O	N	NA/NA	
	Extension documentaire	1		F	A	NA/NA	
	Modificateurs	4		F	A	Gauche/Espace	
	Remboursement exceptionnel	1		F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1		F	A	NA/NA	
Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	
...	*26	...	...	...	...	...
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8		F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA
	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/NA	
	Modificateurs	4		F	A	Gauche/Espace	

	Remboursement exceptionnel	1			F	A	NA/NA	
	Association non prévue	1			F	A	NA/NA	
	Nombre de réalisations de l'acte n° nZA pendant le séjour	2			O	N	Droite/Zéro	

[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"

Note 1 : La fonction groupage suspecte parfois des anomalies de codage pour lesquelles le contenu du RSS doit être modifié ou confirmé.

Cette zone permet la confirmation. Elle doit être faite dans le dernier RUM. Ces anomalies portent soit sur une durée de séjour trop courte soit sur un accouchement classé en dehors de la CMD14.

Note 2 :

1 : machine dédiée de type "Tomographie" ou "Novalis" ou "Cyberknife" ou "Protonthérapie"

2 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle et d'un module de repositionnement du malade à distance

3 : machine équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame et de système d'enregistrement et de contrôle sans module de repositionnement du malade à distance

4 : machine non équipée d'imagerie portale, de collimateur multilame ou de système d'enregistrement et de contrôle

Note 3 :

1 : dosimétrie de RCMI

2 : tridimensionnelle avec HDV sur volume cible et organe à risque

3 : tridimensionnelle sans HDV sur volume cible et organe à risque

4 : autre type de dosimétrie

Formats concernant le secteur ex-DGF uniquement

VID-HOSP

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

Etablissements non expérimentateurs : seules les variables sur fond jaune et orange sont requises, les autres variables peuvent être laissées à blanc (caractère espace)

NOM	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes
N° immatriculation assuré	13	1	13	2	12-24	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.
Clé du N° immatriculation	2	14	15	2	25-26	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.. Clé à contrôler après la saisie annexe 5
Code Grand Régime	2	16	17	2	49-50	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 2
Date de naissance du bénéficiaire	8	18	25	2	96-101	O	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Sexe du bénéficiaire	1	26	26			O	
N° administratif de séjour	20	27	46			O	
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	47	47	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	48	48	3	70	F	
Nature d'assurance	2	49	50	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	51	52	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	53	53			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	54	54			N	
Facturation du 18 €	1	55	55			O	
Nombre de venues de la facture	4	56	59			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	60	69			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	70	79			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (ie hors prestations annexes)	10	80	89			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	90	93			O	
Montant base remboursement	10	94	103			O	
Taux de remboursement	5	104	108			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	109	109			F	0 : Non | 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	110	129			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	130	130			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	131	131			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Code participation assuré	1	132	132	3	117	F	
N° d'entrée	9	133	141	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	142	142	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	143	145	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	146	148	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	149	152	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 4 ^{ème} caractère doit être renseigné par un 0 en position 57
Nature de la pièce justificative des droits	1	153	153	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	154	161	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	162	169	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
Développée par	3	170	172	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	173	175	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, ...)
Date de l'hospitalisation	8	176	183	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
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	184	192	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	193	193	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	194	201	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	202	209	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	210	219	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	220	225	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	226	226	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	227	251	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	252	266	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	267	267	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
Nombre de disciplines de prestations (N)	2	268	269			O	
DMT n°1	3			3	41-43	F	Discipline de prestations (ex DMT)

	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")

FICHSUP

Lactarium

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS	9	1	9	
Type de fichier	3	10	12	G54
Année	4	13	16	
Période	2	17	18	01..12
Quantité de lait frais ou congelé produit (en litres)	7	19	25	5+2
Quantité de lait lyophilisé produit (en grammes)	7	26	32	
Quantité de lait frais ou congelé consommé (en litres)	7	33	39	5+2
Quantité de lait lyophilisé consommé (en grammes)	7	40	46	
Nombre de litre de lait collecté	7	47	53	5+2
Extension Fichier : lac, type d'archive e-PMSI : lac				

NOTE : les formats des autres fichiers restent identiques à 2010.

RSF-ACE

Introduction d'un nouveau type de RSF-ACE.

RSF-ACE P : Prothèses

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence (*)	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=P
Numéro FINESS	9	2	10			
Numéro d'entrée	9	11	19	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	13	20	32	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	33	34	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	35	37	Type 2 CP	27	
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")

NOTE : les formats des autres types restent identiques à 2010.