Description des formats de fichiers SSR applicables à compter de la semaine 10 de 2019

Objet de ce document

Ce document décrit les formats des fichiers SSR applicables **à partir du 4 mars 2019 (semaine 10 de 2019)** et également de **manière rétroactive** pour l'ensemble des formats à l'exception des séjours.

Pour les RHS, la double campagne sera respectée : l'ancien format sera autorisé pour tous les séjours finissant jusqu'au 3 mars 2019 inclus (semaine 9 de 2019) et le nouveau format pour le reste de l'année. Cependant, le nouveau format pourra être utilisé toute l'année si le système d'information ne permet pas de faire la distinction.

Pour le reste des formats, l'ensemble des enregistrements fournis aux logiciels d'anonymisation devront être au nouveau format pour l'ensemble des données transmises à partir de la période de transmission M3.

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 2019 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 ETABLISSEMENTS	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 ETABLISSEMENTS FINANCES PAR DOTATION ANNUELLE UNIQUEMENT	17
VID-HOSP	17
HOSP-PMSI	26
RSF-ACE	27
RSF-ACE A	27
RSF-ACE H	32
RSF-ACE C	33

RSF-ACE B	35
RSF-ACE M	37
RSF-ACE P : Prothèses	39
RSF-ACE L : codage affiné des actes de biologie	40
Fichiers complémentaires.....	42
FICHCOMP dialyse péritonéale (suppléments DIP)	42
FORMATS CONCERNANT LE SECTEUR EX-OQN UNIQUEMENT	43
<hr/>	
HOSP-FACT	43
RSF : Factures	44
RSF A : Début de facture	44
RSF B : prestations hospitalières	47
RSF I : prestations hospitalières : interruption de séjour	49
RSF P : prestations hospitalières : prothèses	50
RSF H : prestations hospitalières : médicaments	51
RSF C : honoraires	53
RSF M : CCAM	54
RSF L : codage affiné des actes de biologie	57

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	MOB
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 ou à la toilette°	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	O	NA/NA	1 : Oui ; 2 : Non
Filler	1	169	169	NA	NA/NA	Blancs
Lit identifié soins palliatifs (LISP)	2	170	171	F	NA/NA	"08" ou espaces
Type d'unité spécifique	2	172	173	O	NA/NA	USP SSR: "08" ; UCC : "09" ; Unité EVC-EPR : "10"
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			O	NA/NA	
	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			O	NA/NA	
	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	ATTENTION Obligatoire lorsqu'elle existe
	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	
...							
Acte CCAM n° n3	Date de réalisation	8			F	NA/NA	JJMMAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA
	Extension PMSI	3			F	A	ATTENTION, obligatoire lorsqu'elle existe
	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

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

[2] : NA signifie non applicable

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	M1B
Numéro FINESS d'inscription ePMSI				9	14	22	O	NA/NA	
N° de version du format du RHS				3	23	25	O	NA/NA	M0B
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	GN	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	JJMMAAAA
Finalité principale de prise en charge	8	144	151	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Manifestation morbide principale	8	152	159	O	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Affection étiologique	8	160	167	F	Gauche/Espace	OMS-CIM 10
Dépendance à l'habillement° ou à la toilette	1	168	168	F	NA/NA	

Dépendance au déplacement°	1	169	169	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 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	O	NA/NA	1: oui; 2: non
Filler	1	182	182	NA	NA/NA	blancs
Lit identifié soins palliatifs (LISP)	2	183	184	F	NA/NA	"08" ou espaces
Type d'unité spécifique	2	185	186	O	NA/NA	USP SSR: "08"; UCC : "09"; Unité EVC-EPR : "10"
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			O	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			O	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 réalisations	2			O	Droite/Zéro	
...							
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	

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
Filler	30	75	104	Pour un usage futur

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
Filler	30	75	104	Pour un usage futur

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	déc-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	V013
N° FINESS d'inscription e-PMSI	9	53	61			O	
N° immatriculation individuel	13	62	74	2S	50-62	F	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Clé du N° immatriculation individuel	2	75	76	2S	63-64	F	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	77	77	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	78	78	3	70	F	
Nature d'assurance	2	79	80	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	81	82	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	83	83			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	84	84			N	

Facturation du 18 €	1	85	85			O	Participation forfaitaire de 18€ en cas de réalisation d'actes coûteux au cours de la prise en charge
Nombre de venues de la facture	4	86	89			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	90	99			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	100	109			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (i.e. hors prestations annexes)	10	110	119			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	120	123			O	
Montant base remboursement	10	124	133			O	
Taux de remboursement	5	134	138			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	139	139			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	140	159			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	160	160			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	161	161			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	162	169	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	170	179			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	180	180	3	117	F	
N° d'entrée	9	181	189	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement

Rang de naissance	1	190	190	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	191	193	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	194	196	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	197	200	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	30	201	230			F	Réservé pour usage futur ;
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	231	231				1 pour oui laisser à vide sinon
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	232	240	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	241	250	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	251	251	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	252	259	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	260	267	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	268	270	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	271	273	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	274	274	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	275	282	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	283	290	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
Montant total du séjour facturé au patient	8	291	298			N	Indicateur Simphonie Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	299	299			O	Indicateur Simphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	300	307			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	308	315			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	8	316	323			N	Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	8	324	331			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	8	332	339			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	340	347			N	Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)

Statut FT AMO	1	348	348			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT AMC	1	349	349			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT patient	1	350	350			O	0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Pays d'assurance social	3	351	353			O	Code INSEE à 5 chiffres, sans les deux premiers chiffres 99. Ou bien code ISO ISO 3166-1 Alpha-3. Pour renseigner cette donnée, il est important de prendre en compte le contexte assurantiel du patient (et non son pays d'origine). Par exemple, un patient français peut avoir une assurance étrangère (anglaise, américaine ou autre...). De même, un patient américain peut avoir une assurance anglaise ou autre. Le code pays à renseigner est bien le code pays de l'assurance du patient. » Mettre 000 ou laisser à blanc quand l'information n'est pas disponible.
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	354	373			O	
Complément au numéro de titre de recette	6	374	379	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	380	380	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	381	405	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	406	420	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	421	421	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	422	422			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Établissement de Transfert	14	423	436	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Établissement de Retour	14	437	450	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	451	452			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	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		
N° FINESS géographique	11	19	9			
Sexe	20	20	1	RSS non groupé		
Code civilité	21	21	1	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2/ML=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	22	34	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	35	36	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	37	39	3	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	40	48	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	49	61	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge
Clé du n° immatriculation individuel	62	63	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Indicateur du parcours de soins	64	64	1	Type 2S CP	121	Valeurs acceptées { ' , A, B, D, H, J, M, N, O, R, S, T, U }
Nature opération	65	65	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	66	67	2	Type 2 CP	77	Valeurs acceptées {10, 13, 30, 41, 90}
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	68	69	2	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	70	70	1	Type 2 CP	79	

Séjour facturable à l'assurance maladie	71	71	1	Note n°1		Valeurs acceptées {0, 1, 2, 3}
Filler	72	72	1			
Motif de non facturation à l'assurance maladie	73	73	1	Note n°2		Valeurs acceptées {' ', 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9}
Code Gd régime	74	75	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	76	83	8	Type 2 CP	96	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	84	84	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	85	92	8	Type 2 CP	103	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de sortie	93	100	8	Type 2 CP	109	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code postal du lieu de résidence du patient	101	105	5	Type 2C	91	
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	106	113	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	114	121	8	Type 5 CP	50	Id 6+2
Total honoraire Facturé	122	129	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M) 6+2
Total honoraire remboursable AM	130	137	8	Type 5 CP	66	Id 6+2
Total participation assuré avant OC	138	145	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable OC pour les PH	146	153	8	Type 5 CP	82	6+2
Total remboursable OC pour les honoraires	154	161	8	Type 5 CP	90	6+2
Montant total facturé pour PH	162	169	8	Type 5 CP	115	6+2
Filler	170	170	1			
Patient bénéficiaire de la CMU	171	171	1	NA		0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Valorisé par FIDES	172	172	1	NA		0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Code gestion	173	174	2	NA		Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Filler	175	183	9			
N° d'organisme complémentaire	184	193	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	194	202	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)
Montant total du séjour facturé au patient	203	210	8			Facultatif Indicateur Simphonie Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	211	211	1			Obligatoire Indicateur Simphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	212	219	8			Facultatif Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	220	227	8			Facultatif Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	228	235	8			Facultatif Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	236	243	8			Facultatif Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	244	251	8			Facultatif Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité

					(statut S16)
Date de paiement patient	252	259	8		Facultatif Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)
Statut FT AMO	260	260	1		Obligatoire 0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT AMC	261	261	1		Obligatoire 0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Statut FT patient	262	262	1		Obligatoire 0 : avant FT validée (statut S2 à S5) 1 : FT validée (statut S6 à S12, S14, S19, et S20) 2 : FT en NiNi (statut S13) 3 : FT payée (S15+S16+S17+S18) 9 : sans objet
Pays d'assurance social	263	265	3		Code INSEE à 5 chiffres, sans les deux premiers chiffres 99. Ou bien code ISO ISO 3166-1 Alpha-3. Pour renseigner cette donnée, il est important de prendre en compte le contexte assurantiel du patient (et non son pays d'origine). Par exemple, un patient français peut avoir une assurance étrangère (anglaise, américaine ou autre...). De même, un patient américain peut avoir une assurance anglaise ou autre. Le code pays à renseigner est bien le code pays de l'assurance du patient. » Mettre 000 ou laisser à blanc quand l'information n'est pas disponible.
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	266	285	20		

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° FINESS géographique	11	19	9			
N° immatriculation assuré	20	32	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	33	34	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	35	37	3	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	38	46	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	47	59	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	60	61	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Date de début de séjour	62	69	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code UCD	70	76	7	Type 3H	49	
Coefficient de fractionnement	77	81	5	Type 3H	57	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	82	88	7	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	89	95	7	Type 3H	74	0 par défaut (5+2)
Montant total de l'écart indemnisable	96	102	7	Type 3H	81	5+2
Quantité	103	105	3	Type 3H	88	Compléter par « 0 » devant
Montant total facturé TTC	106	112	7	Type 3H	91	0 par défaut (5+2)
Filler	113	119	7			

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° FINESS géographique	11	19	9			
N° immatriculation assuré	20	32	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	33	34	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	35	37	3	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	38	46	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	47	59	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	60	61	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	62	63	2	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	64	66	3	na	na	Blancs
Justification exo TM	67	67	1	Type 4 CP	54	
Spécialité exécutant	68	69	2	Type 4 CP	68	Liste des codes : NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17
Date des soins	70	77	8	Type 4 CP	70	Date de l'acte. Attention format de date différent
Code acte	78	82	5	Type 4 CP	76	4+1 ⁽¹⁾
Quantité	83	85	3	Type 4 CP	81	Attention format différent : compléter par 0 devant
Coefficient	86	91	6	Type 4 CP	83	4+2
Dénombrement	92	93	2	Type 4 CP	89	Compléter par « 0 » devant
Prix Unitaire	94	100	7	Type 4 CP	91	5+2
Montant Base remboursement	101	108	8	Type 4 CP	98	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Taux applicable à la prestation	109	111	3	Type 4 CP	105	

Montant Remboursable par la caisse (AMO)	112	119	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	120	127	8	Type 4 CP	115	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	128	134	7	Type 4 CP	123	5+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Filler	135	145	11			
Type d'unité fonctionnelle de consultations	146	147	2			Note 1
Coefficient MCO	148	152	5	Type 3 CP	71	1+4

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

Note 1 :

01 : Les consultations mémoire effectuées exclusivement dans les centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R)

02 : Les consultations des centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage

03 : Les consultations « maladies rares » effectuées exclusivement dans les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares

04 : Les consultations pour la mucoviscidose effectuées exclusivement dans les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose

06 : Les consultations mémoire effectuées dans les établissements ne disposant pas de centre mémoire de ressources et de recherche (CM2R)

07 : Les consultations hospitalières d'addictologie

08 : Les consultations hospitalières de génétique

09 : Les consultations de prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson ou de syndromes parkinsoniens effectuées exclusivement dans les centres experts de la maladie de Parkinson

10 : UCSA (soins aux détenus)

11 : Unités d'urgences gynécologiques

13 : « Hors les murs »

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	
Numéro FINESS géographique	11	19	9			
N° immatriculation assuré	20	32	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	33	34	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	35	37	3	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	38	46	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	47	59	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	60	61	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	62	63	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	64	66	3	Type 3 CP	41	
Justification exo TM	67	67	1	Type 3 CP	64	
Spécialité exécutant	68	69	2	na	na	Blancs
Date des soins	70	77	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	78	82	5	Type 3 CP	56	4+1 ⁽¹⁾
Quantité	83	85	3	Type 3 CP	61	Compléter par « 0 » devant
Coefficient	86	91	6	Type 3 CP	65	4+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Code de prise en charge FJ	92	92	1	Type 3 CP	70	
Coefficient MCO	93	97	5	Type 3 CP	71	1+4 changement position
Dénombrement	98	99	2	na	na	Blancs

Prix Unitaire	100	106	7	Type 3 CP	76	5+2
Montant Base remboursement	107	114	8	Type 3 CP	83	6+2
Taux applicable à la prestation	115	117	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	118	125	8	Type 3 CP	94	6+2
Montant des honoraire (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	126	133	8	Type 3 CP	102	6+2
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	134	140	7	Type 3 CP	122	5+2
Filler	141	155	15			

(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		
Numéro FINESS géographique	11	19	9			
N° immatriculation assuré	20	32	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	33	34	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	35	37	3	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	38	46	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	47	59	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	60	61	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	62	63	2	Type 4	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	64	66	3	Type 4	41	
Date de l'acte	67	74	8	Type 4	70	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code CCAM	75	87	13	Type 4 M	43	
Extension documentaire	88	88	1	Type 4 M	56	
Activité	89	89	1	Type 4 M	57	
Phase	90	90	1	Type 4 M	58	
Modificateur 1	91	91	1	Type 4 M	59	
Modificateur 2	92	92	1	Type 4 M	60	

Modificateur 3	93	93	1	Type 4 M	61	
Modificateur 4	94	94	1	Type 4 M	62	
Code association d'actes non prévue	95	95	1	Type 4 M	63	
Code remboursement sous condition	96	96	1	Type 4 M	64	
N° dent 1	97	98	2	Type 4 M	71	
N° dent 2	99	100	2	Type 4 M	73	
N° dent 3	101	102	2	Type 4 M	75	
N° dent 4	103	104	2	Type 4 M	77	
N° dent 5	105	106	2	Type 4 M	79	
N° dent 6	107	108	2	Type 4 M	81	
N° dent 7	109	110	2	Type 4 M	83	
N° dent 8	111	112	2	Type 4 M	85	
N° dent 9	113	114	2	Type 4 M	87	
N° dent 10	115	116	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	117	118	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	119	120	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	121	122	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	123	124	2	Type 4 M	97	
N° dent 15	125	126	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	127	128	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			
N° FINESS géographique	9	11	19			
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	
Numéro d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	Changement de position dans le format
N° immatriculation individuel	13	47	59	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	2	60	61	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Date de début de séjour	8	62	69	Type 3 CP	44	Attention format de date différent (JJMMAAAA)
Code référence LPP	13	70	82	Type 3F	43	
Quantité	2	83	84	Type 3F	70	
Tarif référence LPP ou Prix Unitaire sur devis	7	85	91	Type 3F	72	5+2
Montant total facturé	7	92	98	Type 3F	79	0 par défaut (5+2)
Prix d'achat unitaire	7	99	105	Type 3F	86	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	106	112	Type 3F	93	5+2
Montant total de l'écart indemnisable	7	113	119	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			
N° FINESS géographique	9	11	19			
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	
Numéro d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	Changement de position dans le format
N° immatriculation individuel	13	47	59	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	2	60	61	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	2	62	63	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	64	66	Type 4 CP	41	
Date de l'acte 1	8	67	74	Type 4 B	49	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 1	2	75	76	Type 4 B	55	
Code acte 1	8	77	84	Type 4 B	57	
Date de l'acte 2	8	85	92	Type 4 B	65	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 2	2	93	94	Type 4 B	71	
Code acte 2	8	95	102	Type 4 B	73	
Date de l'acte 3	8	103	110	Type 4 B	81	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 3	2	111	112	Type 4 B	87	
Code acte 3	8	113	120	Type 4 B	89	
Date de l'acte 4	8	121	128	Type 4 B	97	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 4	2	129	130	Type 4 B	103	
Code acte 4	8	131	138	Type 4 B	105	

Date de l'acte 5	8	139	146	Type 4 B	113	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 5	2	147	148	Type 4 B	119	
Code acte 5	8	149	156	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")

Fichiers complémentaires

FICHCOMP dialyse péritonéale (suppléments DIP)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	09
N° Administratif de séjour	20	12	31	
NA	10	32	41	A blanc
Date de début de séjour	8	42	49	JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8	50	57	JJMMAAAA
Code	15	58	72	valeur égale à DIP
Nombre de suppléments DIP	10	73	82	
NA	10	83	92	A blanc

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 20

RSF : Factures

RSF A : Début de facture

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		A
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Filler	11	19	9			
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
Sexe	29	29	1	RHS groupé	61	
Code civilité	30	30	1	Type 2B	40	Recodage : MR=1/MME=2/MLE=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	31	43	13	Type 2 CP	12	Modification de libellé
Clé du n° immatriculation	44	45	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	46	48	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	49	57	9	Type 2 CP	30	Changement de position dans le format
N° immatriculation individuel	58	70	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	71	72	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Filler	73	73	1	NA	NA	Blancs
Nature opération	74	74	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	75	76	2	Type 2 CP	77	

Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	77	78	2	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	79	79	1	Type 2 CP	79	
Filler	80	80	1			
Code de prise en charge	81	81	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
Filler	82	82	1			
Code Gd régime	83	84	2	Type 2 CP	49	
Date Naissance	85	92	8	Type 2 CP	96	modification lié au format de la date
Rang de naissance	93	93	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	94	101	8	Type 2 CP	103	modification lié au format de la date
Date de sortie	102	109	8	Type 2 CP	109	modification lié au format de la date
Filler	110	114	5			
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	115	122	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	123	130	8	Type 5 CP	50	id
Total honoraire Facturé	131	138	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	139	146	8	Type 5 CP	66	id
Total participation assuré avant OC	147	154	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable OC pour les PH	155	162	8	Type 5 CP	82	
Total remboursable OC pour les honoraires	163	170	8	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	171	178	8	Type 5 CP	115	
Etat de liquidation de la facture	179	179	1	cf. Note 2		liquidation complète=1, partielle=2, non liquidée=3, inconnu=9
Patient bénéficiaire de la CMU	180	180	1			0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Code gestion	181	182	2			Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Filler	183	191	9			Réservé à un usage futur

N° d'organisme complémentaire	192	201	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	202	210	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 : le code de PEC permet de coupler les factures avec les RSS dans tous les cas

Les situations dans lesquelles il n'y a pas de facture individualisée réalisée pour un RSS sont les suivantes :

- Les assurés non pris en charge : chirurgie esthétique par exemple -> code PEC =2
- Les non assurés non pris en charge : étrangers sans PEC -> code PEC=3
- Les nouveau-nés dont la prise en charge est réalisée sur la facture de la mère -> code PEC=5

Note 2 : à renseigner dans tous les cas. Les états de liquidation partielle peuvent concerner les 2 grands types de prestations : PH et Honoraire

RSF B : prestations hospitalières

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		B
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Filler	11	19	9			
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	Changement de libellé
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	47	55	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	56	68	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	69	70	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	71	72	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	73	75	3	Type 3 CP	41	
Justification exonération TM	76	76	1	Type 3 CP	64	Changement de position dans le format
Filler	77	78	2	na	na	Blancs
Date de début de séjour	79	86	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	87	94	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Code acte	95	99	5	Type 3 CP	56	
Quantité	100	102	3	Type 3 CP	61	
Coefficient	103	107	5	Type 3 CP	65	
Code prise en charge FJ	108	108	1	Type 3 CP	70	

Coefficient MCO	109	113	5	Type 3 CP	71	
Filler	114	115	2	na	na	Blancs
Prix Unitaire	116	122	7	Type 3 CP	76	
Montant Base remboursement	123	130	8	Type 3 CP	83	
Taux Remboursement	131	133	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable AMO	134	141	8	Type 3 CP	94	
Montant total Facturé	142	149	8	Type 3 CP	102	
Montant remboursable AMC	150	156	7	Type 3 CP	122	
N° GHS	157	160	4	Type 3 CP	110	
Montant remboursé NOEMIE Retour	161	168	8	Entité NOP-PHS	47	
Nature opération récupération NOEMIE Retour	169	171	3	Entité NOP-MFI	27	

RSF I : prestations hospitalières : interruption de séjour

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Filler	11	19	9			
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	Modification de libellé
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	47	55	9	Type 3S CP	30	
N° immatriculation individuel	56	68	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	69	70	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Date de début de séjour	71	78	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	79	86	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Nature d'interruption ou de fin de séjour	87	87	1	Type 3S	81	
Etablissement	88	101	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	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		P
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Filler	11	19	9			
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	Modification du libellé
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	47	55	9	Type 3F CP	27	
N° immatriculation individuel	56	68	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	69	70	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Date de début de séjour	71	78	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code LPP	79	91	13	Type 3F	43	
Quantité	92	93	2	Type 3F	70	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire sur devis	94	100	7	Type 3F	72	5+2 Modification du libellé
Montant total facturé	101	107	7	Type 3F	79	
Prix d'achat unitaire	108	114	7	Type 3F	86	5+2 Modification du champs
Montant unitaire de l'écart indemnisable	115	121	7	Type 3F	93	5+2 Modification du champs
Montant total de l'écart indemnisable	122	128	7	Type 3F	100	5+2 Modification du champs

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	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		H
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Filler	11	19	9			
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	Modification de libellé
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° facture	47	55	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	56	68	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	69	70	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Date de début de séjour	71	78	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code UCD	79	85	7	Type 3H	49	
Filler	86	92	7			
Coefficient de fractionnement	93	97	5	Type 3H	57	Modification du champ
Prix d'achat unitaire TTC	98	104	7	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire écart indemnisable	105	111	7	Type 3H	74	5+2
Montant total de l'écart indemnisable	112	118	7	Type 3H	81	5+2 Modification du champ
Quantité	119	121	3	Type 3H	88	
Montant total facturé TT	122	128	7	Type 3H	91	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 C : honoraires

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		C
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Filler	11	19	9			
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	Modification du libellé
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° facture	47	55	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	56	68	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	69	70	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf.annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	71	72	2	Type 4	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	73	75	3	Type 4	41	
Justification exo TM	76	76	1	Type 4	54	
Spécialité exécutant	77	78	2	Type 4 CP	68	Liste des codes : NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17
Date de l'acte	79	86	8	Type 4	70	Attention format de date différent
Code acte	87	91	5	Type 4	76	
Quantité	92	93	2	Type 4	81	
Coefficient	94	99	6	Type 4	83	
Dénombrement	100	101	2	Type 4	89	
Prix Unitaire	102	108	7	Type 4	91	

Montant Base remboursement	109	115	7	Type 4	98	
Taux Remboursement	116	118	3	Type 4	105	
Montant Remboursable par AMO	119	125	7	Type 4	108	
Montant des honoraire (dépassement compris)	126	132	7	Type 4	115	
Montant remboursable par AMC	133	138	6	Type 4	123	
Montant remboursé NOEMIE Retour	139	146	8	Entité NOP-PHS	47	
Nature opération récupération NOEMIE Retour	147	149	3	Entité NOP-MFI	27	
Filler	150	156	7			

RSF M : CCAM

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		M
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RHS groupé	13	
Filler	11	19	9			
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	Modification du libellé
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° facture	47	55	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	56	68	13	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	69	70	2	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2

Mode de traitement	71	72	2	Type 4	39	Attention format de date différent
Discipline de prestation (ex DMT)	73	75	3	Type 4	41	
Date de l'acte	76	83	8	Type 4	68	
Code CCAM	84	96	13	Type 4 M	43	
Extension documentaire	97	97	1	Type 4 M	56	
Activité	98	98	1	Type 4 M	57	
Phase	99	99	1	Type 4 M	58	
Modificateur 1	100	100	1	Type 4 M	59	
Modificateur 2	101	101	1	Type 4 M	60	
Modificateur 3	102	102	1	Type 4 M	61	
Modificateur 4	103	103	1	Type 4 M	62	
Association non prévue	104	104	1	Type 4 M	63	
Code remb exceptionnel	105	105	1	Type 4 M	64	
N° dent 1	106	107	2	Type 4 M	71	
N° dent 2	108	109	2	Type 4 M	73	
N° dent 3	110	111	2	Type 4 M	75	
N° dent 4	112	113	2	Type 4 M	77	
N° dent 5	114	115	2	Type 4 M	79	
N° dent 6	116	117	2	Type 4 M	81	
N° dent 7	118	119	2	Type 4 M	83	
N° dent 8	120	121	2	Type 4 M	85	
N° dent 9	122	123	2	Type 4 M	87	
N° dent 10	124	125	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	126	127	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	128	129	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	130	131	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	132	133	2	Type 4 M	97	

N° dent 15	134	135	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	136	137	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		
Filler	9	11	19			
Numéro d'entrée	9	20	28	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	13	29	41	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	42	43	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	44	46	Type 2 CP	27	
N° facture	9	47	55	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	13	56	68	Type 2S CP	50	A renseigner si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge.
Clé du n° immatriculation individuel	2	69	70	Type 2S CP	63	A prendre sur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2
Mode de traitement	2	71	72	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	73	75	Type 4 CP	41	
Date de l'acte 1	8	76	83	Type 4 B	49	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 1	2	84	85	Type 4 B	55	
Code acte 1	8	86	93	Type 4 B	57	
Date de l'acte 2	8	94	101	Type 4 B	65	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 2	2	102	103	Type 4 B	71	

Code acte 2	8	104	111	Type 4 B	73	
Date de l'acte 3	8	112	119	Type 4 B	81	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 3	2	120	121	Type 4 B	87	
Code acte 3	8	122	129	Type 4 B	89	
Date de l'acte 4	8	130	137	Type 4 B	97	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 4	2	138	139	Type 4 B	103	
Code acte 4	8	140	147	Type 4 B	105	
Date de l'acte 5	8	148	155	Type 4 B	113	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 5	2	156	157	Type 4 B	119	
Code acte 5	8	158	165	Type 4 B	121	