

---

# Description des formats de fichiers MCO applicables à compter du 1er mars 2018

---

# Objet de ce document

---

Ce document décrit les formats des fichiers MCO applicables à partir du 1<sup>er</sup> mars 2018 et également de **manière rétroactive** pour l'ensemble des formats à l'exception des séjours.

Pour les séjours (RSS), la double campagne sera respectée : l'ancien format sera autorisé pour tous les séjours finissant jusqu'au 1<sup>er</sup> mars 2018 non inclus 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 aux formats précédents sont représentées sur **fond jaune**. Les informations sur **fond orange** sont les formats inchangés mais importants à retenir.

Une notice technique décrivant les nouveautés 2018 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.

## **Modification du 30/01/2018 :**

- Fichier VIDHOSP et RSF-ACE A: le champ « Pays d'assurance social » passe de 2 à 3 caractères. 2 listes pourront être utilisées : code INSEE numérique, ou code alphanumérique ISO 3166-1 Alpha-3. (Exemple pour la France : code INSEE = 100, code ISO=FRA). Les 2 listes seront bientôt téléchargeables via la page de téléchargement du logiciel MAGIC version 5.1 : <https://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement#M>)

## **Modification du 01/02/2018 :**

- Fichier RSF-ACE type A : Le champ « Pays d'assurance social » passe de 2 à 3 caractères. 2 listes pourront être utilisées : code INSEE numérique, ou code alphanumérique ISO 3166-1 Alpha-3. (Exemple pour la France : code INSEE = 100, code ISO=FRA). Les 2 listes seront bientôt téléchargeables via la page de téléchargement du logiciel MAGIC version 5.1 : <https://www.atih.sante.fr/plateformes-de-transmission-et-logiciels/logiciels-espace-de-telechargement#M>)

## **Modification du 21/03/2018 :**

- Livraison du format du RIHN : Conformément à l'instruction N° DGOS/PF4/DSS/1A/2018/46 du 23 février 2018 dans son paragraphe 3. a. les nouveaux formats des fichiers FICHSUP applicables au recueil des RIHN sont disponibles. Les données doivent être recueillies de manière cumulative sur l'ensemble de l'année 2018, et devront être transmises 2 fois dans l'année : en M6 et en M12. La délégation d'un financement au titre de la participation d'un établissement de santé à la mission G03 n'est pas assurée si cet établissement n'a pas transmis ses données en M12. Les

référentiels des actes devant être recueillis (RIHN et Liste Complémentaire) seront disponibles à la page suivante : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/rihn> (ceux actuellement disponibles sont les référentiels 2017).

## Table des matières

<b>OBJET DE CE DOCUMENT</b>	<b>2</b>
<b>FORMATS COMMUNS AUX 2 SECTEURS EX-DGF ET EX-OQN</b>	<b>7</b>
RSS non groupé format 018 .....	7
RSS groupé format 118 :.....	11
Fichier d'information des UM (IUM): .....	14
Fichiers complémentaires.....	15
FICHCOMP « médicament avec ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) »	15
FICHCOMP IVG	15
FICHSUP.....	16
FICHSUP Primo-prescription de chimiothérapie orale	16
FICHSUP (RIHN) : recueil des actes innovants hors nomenclature	18
Recueil du RIHN / LC : Etablissement producteur	18
Recueil du RIHN / LC : Recueil pour établissement demandeur (payeur)	19
FICHSUP Consultations externes spécifiques (ExtSpec, G55)	21
<b>FORMATS CONCERNANT LE SECTEUR EX-DGF UNIQUEMENT</b>	<b>23</b>
VID-HOSP .....	23
HOSP-PMSI .....	30

Fichiers complémentaires.....	31
FICHCOMP « médicament hors ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) »	31
FICHCOMP « médicament anti-thrombotique »	31
FICHCOMP DMI	32
FICHCOMP Prélèvements d'organes	32
FICHCOMP Prestations inter-établissements	33
FICHCOMP dialyse péritonéale (suppléments DIP)	33
FICHCOMP « enquêtes »	34
RSF-ACE.....	35
RSF-ACE A	35
RSF-ACE H	39
RSF-ACE C	41
RSF-ACE B	43
RSF ACE M	45
RSF-ACE P : Prothèses	47
RSF-ACE L : codage affiné des actes de biologie	48
FICHSUP.....	50
SMUR	50
Quantité de lait produit et consommé (Lactarium G54)	51
Médicaments dispensés en UMSP (unités sanitaires en milieu pénitentiaire)	53
Recueil du RIHN / LC : Etablissement producteur	53
Recueil du RIHN / LC : Recueil pour établissement demandeur (payeur)	54
<b>FORMATS CONCERNANT LE SECTEUR EX-OQN UNIQUEMENT</b>	<b>56</b>
Formats des RSF.....	56

RSF A : début de facture	56
RSF B : Prestations Hospitalières	60
RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour	62
RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses	63
RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments	64
RSF C : Honoraire	66
RSF M : CCAM	67
RSF-L : codage affiné des actes de biologie	69
Annexe : Chapitres du référentiel FICHSUP RIHN	71

# Formats communs aux 2 secteurs ex-DGF et ex-OQN

## RSS non groupé format 018

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM	3	10	12	O	N	NA/NA	018
N° de RSS	20	13	32	O	A	Gauche/Espace	
N° Administratif local de séjour		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		1	145	145	F	N	NA/NA	1 : oui, 2 : non (cf. <b>Note 1</b> )
Type de machine en radiothérapie		1	146	146	F	N	NA/NA	cf. <b>Note 2</b>
Type de dosimétrie		1	147	147	F	N	NA/NA	cf. <b>Note 3</b>
Numéro d'innovation		15	148	162	F	A	Gauche/Espace	
Filler		12	163	174	F	N	Gauche/Espace	Changement de taille
Zone réservée		3	175	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 Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	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	
...		*29	...	...	...	...	...	
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8			F	N	NA/NA	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	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 format 118 :

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	118
Groupage : code retour		3	13	15	O	N	Droite/Zéro	
Numéro FINESS d'inscription ePMSI		9	16	24	O	A	NA/NA	
Version du format du RUM		3	25	27	O	N	NA/NA	018
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		4	118	121	F	N	Droite/Zéro	

grammes)							
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	1	160	160	F	N	NA/NA	cf. note 1
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
Numéro d'innovation	15	163	177	F	A	Gauche/Espace	
Filler	12	178	189	F	N	Gauche/Espace	Changement de taille
Zone réservée	3	190	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 Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7		O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3		F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	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	
...		*29	...	...	...	...	...	
Zone d'acte n° nZa	Date de réalisation	8			F	N	Droite/Zéro	JJMMAAAA Signalement si non renseigné
	Code CCAM	7			O	A	NA/NA	
	Extension PMSI	3			F	A	NA/NA	ATTENTION, l'extension est obligatoire lorsqu'elle existe
	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	

## Fichier d'information des UM (IUM):

Libellé	Taille	Position début	Position fin	Remarques
N° de l'unité médicale	4	1	4	Notation identique à celle du fichier RSS. Consignes particulières pour le type 30 (cf. note ci-dessous)
N° FINESS Géographique	9	5	13	<b>Obligatoire</b>
Type d'autorisation	3	14	16	Cadré à gauche. La nomenclature utilisée sera diffusée ultérieurement
Date d'effet de l'autorisation	8	17	24	Format de date jjmmaaaa
Nombre de lits	3	25	27	3 caractères « espace » si pas d'autorisation, sinon au format « 000 » (par exemple pour un chiffre 2, écrire « 002 »)
Mode d'hospitalisation	1	28	28	=C : HC =P : HP =M : Mixte

**Note importante :** « N° de l'unité médicale »

Pour les établissements bénéficiant d'une autorisation 30 (« Centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires »), il faudra créer dans le fichier « IUM », une unité fictive portant le n° « \$\$\$\$ ». Les consignes de remplissage des autres variables demeurent identiques.

**NOTE :** l'autorisation 30 doit être fournie par FINESS géographique

## Fichiers complémentaires

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

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	9
Numéro administratif local 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
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Filler	30	76	105	Réservé à un usage futur

### FICHCOMP IVG

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	53
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	
Date d'entrée du séjour	8	32	39	
Date sortie du séjour	8	40	47	
Nombre IVG antérieures	2	48	49	
Année de la dernière IVG	4	50	53	Format AAAA
Nombre de naissances vivantes antérieures	2	54	55	
Filler	30	56	85	Pour un usage futur

# FICHSUP

## FICHSUP Primo-prescription de chimiothérapie orale

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
N° FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	Obligatoire
Type de fichier	3	10	12	Obligatoire (G57)
Année	4	13	16	Obligatoire
Période	2	17	18	Obligatoire (01..12)
File active de patients ayant un traitement du cancer par chimiothérapie orale	10	19	28	obligatoire
Nombre total de consultations médicales pour primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale pendant l'année	10	29	38	obligatoire
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dont nb de consultations ayant également donné lieu à une prescription de chimiothérapie par voie IV</li> </ul>	10	39	48	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dont nb de consultations ayant également donné lieu à une prescription de chimiothérapie sous-cutanée</li> </ul>	10	49	58	
Nombre de consultations d'une durée inférieure à 30 minutes	10	59	68	
Nombre de consultations d'une durée comprise entre 30 et 60 minutes	10	69	78	
Nombre de consultations d'une durée comprise entre 60 et 120 minutes	10	79	88	
Nombre de consultations d'une durée supérieure à 120 minutes	10	89	98	
Nombre total de consultations avec participation d'un autre intervenant	10	99	108	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dont Nombre de consultations avec participation d'un autre médecin</li> </ul>	10	109	118	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dont Nombre de consultations avec</li> </ul>	10	119	128	



participation d'un pharmacien				
• Dont Nombre de consultations avec participation d'un infirmier	10	129	138	
• Dont Nombre de consultations avec participation d'un autre professionnel de santé	10	139	148	
• Dont Nombre de consultations avec participation d'un autre professionnel (hors professionnel de santé)	10	149	158	
• Dont Nombre de consultations avec participation d'une assistante sociale	10	159	168	
Nombre total de patients ayant eu une consultation médicale de primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale pendant l'année	10	169	178	
• Le nombre de patients vus pour la première fois cette année	10	179	188	
• Le nombre de patients pour lesquels il s'agit d'un premier traitement de chimiothérapie orale	10	189	198	
• Le nombre de patients suivis pour un traitement du cancer depuis plus d'un an	10	199	208	
• Le nombre de patient suivis pour un traitement du cancer depuis plus de 5 ans	10	209	218	
FILLER	20	219	238	

## FICHSUP (RIHN) : recueil des actes innovants hors nomenclature

### Recueil du RIHN / LC : Etablissement producteur

Libellé	Taille	Début	Fin	Remplissage/ cadrage	Remarques
Finess établissement	9	1	9	NA/ NA	
Type de fichier	3	10	12	NA/ NA	G59
Année	4	13	16	NA/ NA	format AAAA
Période	2	17	18	droite /zéro	12 pour M12
Identification du bénéficiaire	9	19	27	NA/ NA	Dans le cas de l'interne coder : INTERNE Dans le cas d'un laboratoire privé ou un cabinet libéral : coder LABO99999 Dans le cas d'un établissement tiers : noter son numéro FINESS(*)
Code de l'acte	4	28	31	NA/ NA	Suivant le référentiel RIHN et LC publié en vigueur au moment de la réalisation de l'acte
Nombre d'actes réalisés	10	32	41	NA/ NA	(**)
Nombre d'actes facturés	10	42	51	NA/ NA	0 pour l'interne Peut-être différent du « nombre réalisés » si des actes gratuits sont réalisés pour un bénéficiaire donné
Montant facturé	10	52	61	droite /zéro	0 pour l'interne 8+2 (ex : renseigner 0001000050 pour indiquer 10000,50€)

(\*) pour un établissement public, indiquez son numéro FINESS juridique pour un établissement privé, indiquez son numéro FINESS géographique

Si on ne connaît pas le numéro FINESS indiquez : 999999999

(\*\*) par acte et par bénéficiaire

## Recueil du RIHN / LC : Recueil pour établissement demandeur (payeur)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remplissage/ cadrage	Remarques
Finess établissement payeur	9	1	9	NA/ NA	
Type de fichier	3	10	12	NA/ NA	<b>G60</b>
Année	4	13	16	NA/ NA	format AAAA
Période	2	17	18	droite /zéro	12 pour M12
Finess établissement producteur	9	19	27	NA/ NA	LABO99999 si labo privé 999999999 si établissement de santé et Finess inconnu N° Finess sinon (établissement de santé)(*)
Code Acte	4	28	31	NA/ NA	Suivant le référentiel RIHN et LC publié en vigueur au moment de la réalisation de l'acte selon le codage de l'acte sur la facture Si pas de code détaillé, utiliser le chapitre du référentiel en annexe mentionné sur la facture Si pas de code alors indiquer 9999
Nombre	10	32	41	NA/ NA	Correspond au nombre d'actes sauf si code acte 9999 alors correspond au nombre de factures
Montant	10	42	51	droite /zéro	Montant total pour cet acte (si 9999 alors montant total pour ce regroupement d'actes par ce fournisseur)

Dans le cas où l'établissement payeur n'a pas reçu le code, coder en fonction des chapitres du référentiel présenté en annexe.

Si l'établissement n'a ni les FINESS ni les codes actes on se retrouve dans le cadre de l'ancien fichier G53.

(\*) Pour un établissement public, indiquez son numéro FINESS juridique pour un établissement privé, indiquez son numéro FINESS géographique



## FICHSUP Consultations externes spécifiques (ExtSpec, G55)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de fichier	3	10	12	G55
Année	4	13	16	
Période	2	17	18	01..12
Code Consultation	2	19	20	(***)
Le nombre total de consultations médicales pendant l'année	10	21	30	
La file active de patients (nombre de patients vus au moins une fois en consultation au cours de l'année)	10	31	40	
Le nombre de patient vu pour la première fois cette année	10	41	50	
Le nombre de patients suivis depuis plus d'un an	10	51	60	
Le nombre de patient suivis depuis plus de 5 ans	10	61	70	
La durée des consultations inférieure à 30 minutes	3	71	73	Ajout de variable
La durée des consultations entre 30 et 60 minutes	3	74	76	(**)
La durée des consultations entre 60 et 120 minutes	3	77	79	(**)
La durée des consultations supérieure à 120 minutes	3	80	82	(**)
Consultations avec la participation d'un autre professionnel	1	83	83	Classe de %(*)
Assistante sociale	1	84	84	Classe de %(*)
Autre professionnel de santé (psychologue, diététicien, masseur-kinésithérapeute)	1	85	85	Classe de %(*)
Autre médecin	1	86	86	Classe de %(*)
Autre professionnel (hors professionnel de santé)	1	87	87	Classe de %(*)
Extension Fichier : extspec, type d'archive e-PMSI : extspec				

### (\*) Classe de %

- 1 : Jamais (0%)
- 2 : Rarement (0<%<25)
- 3 : Souvent (25≤%<75)
- 4 : Très souvent (75≤%<100)
- 5 : Toujours (100%)

**(\*\*) La répartition des durées des consultations avec un arrondi à 5% à déterminer sur une période donnée (15j minimum)**

**(\*\*\*) La liste des MIG nécessitant ce suivi particulier est la suivante :**

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

12 : Consultations réalisées au sein des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique

# 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 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. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAA</b>
Sexe du bénéficiaire	1	28	28			O	
N° administratif de séjour	20	29	48			O	
N° format VID-HOSP	4	49	52			O	V012
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). <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
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 <b>n° de l'organisme complémentaire</b> , cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le <b>top mutualiste «M »</b> 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. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
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. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>

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. <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
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.
Complément au numéro de titre de recette	6	354	359	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	360	360	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	361	385	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	386	400	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	401	401	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	402	402			F	0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Établissement de Transfert	14	403	416	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h

Établissement de Retour	14	417	430	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	431	432			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](http://www.ameli.fr) dans "Documentation technique>Norme B2>Cahiers des charges de la norme B2")

# HOSP-PMSI

---

<b>Libelle</b>	<b>Taille</b>	<b>Début</b>	<b>Fin</b>	<b>Remarques</b>
N° de RSS	20	1	20	Obligatoire
N° administratif du séjour	20	21	40	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

## Fichiers complémentaires

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

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	06
Numéro administratif local 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
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Indication	7	76	82	Obligatoire au 1 <sup>er</sup> juin
Filler	23	83	105	Réservé à un usage futur

### FICHCOMP « médicament anti-thrombotique »

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	10
Numéro administratif local 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
Validation initiale de la prescription par un centre de référence ou de compétence	1	75	75	1: oui, 2:Non
Filler	30	76	105	Réservé à un usage futur

## FICHCOMP DMI

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	02
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	
NA	10	32	41	
Date de pose	8	42	49	JJMMAAAA
NA	8	50	57	
Code LPP	15	58	72	
Nombre posé	10	73	82	10+0
Montant payé	10	83	92	Prix d'achat par le nombre posé (7+3)

## FICHCOMP Prélèvements d'organes

Libellé	Taille	Début	Début	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	03
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	
NA	10	32	41	
Date de réalisation du prélèvement d'organe	8	42	49	JJMMAAAA
NA	8	50	57	
Code PO	15	58	72	PO4,PO5,PO6,PO7,PO8,PO9,POA
Nombre	10	73	82	Égal à 1
NA	10	83	92	



## FICHCOMP Prestations inter-établissements

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	04
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	
NA	10	32	41	
Date de début de la prestation	8	42	49	JJMMAAAA
Date de fin de la prestation	8	50	57	JJMMAAAA
Code prestation	15	58	72	REA, SRC,STF,NN1,NN2,NN3
Nombre de suppléments payés	10	73	82	10+0
NA	10	83	92	

## FICHCOMP dialyse péritonéale (suppléments DIP)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	07
Numéro administratif local de séjour	20	12	31	
NA	10	32	41	
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	

## FICHCOMP « enquêtes »

---

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de prestation	2	10	11	99
Numéro de RSS	20	12	31	
Numéro de RUM	10	32	41	
NA	8	42	49	
NA	8	50	57	
Code CIM 10	15	58	72	
NA	10	73	82	
NA	10	83	92	

# RSF-ACE

## RSF-ACE A

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=A
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé		
Numéro FINESS géographique	9	11	19			
Sexe	1	20	20	RSS non groupé		
Code civilité	1	21	21	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2/MLE=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	13	22	34	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	35	36	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	37	39	Type 2 CP	27	
N° d'entrée	9	40	48	Type 2 CP	40	
N° immatriculation individuel	13	49	61	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	62	63	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	1	64	64	Type 2S CP	121	Valeurs acceptées {' ', A, B, D, H, J, M, N, O, R, S, T, U}
Nature opération	1	65	65	Type 2 CP	39	
Nature assurance	2	66	67	Type 2 CP	77	Valeurs acceptées {10, 13, 30, 41, 90}
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	68	69	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	1	70	70	Type 2 CP	79	
Séjour facturable à l'assurance maladie	1	71	71	<b>Note n°1</b>		Valeurs acceptées {0, 1, 2, 3}
Filler	1	72	72			

Motif de non facturation à l'assurance maladie	1	73	73	<b>Note n°2</b>		Valeurs acceptées {' ', 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9}
Code Gd régime	2	74	75	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	8	76	83	Type 2 CP	96	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	1	84	84	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	8	85	92	Type 2 CP	103	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de sortie	8	93	100	Type 2 CP	109	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code postal du lieu de résidence du patient	5	101	105	Type 2C	91	
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	8	106	113	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	8	114	121	Type 5 CP	50	Id 6+2
Total honoraire Facturé	8	122	129	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M) 6+2
Total honoraire remboursable AM	8	130	137	Type 5 CP	66	Id 6+2
Total participation assuré avant OC	8	138	145	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P) : 6+2
Total remboursable OC pour les PH	8	146	153	Type 5 CP	82	6+2
Total remboursable OC pour les honoraires	8	154	161	Type 5 CP	90	6+2
Montant total facturé pour PH	8	162	169	Type 5 CP	115	6+2
Filler	1	170	170			
Patient bénéficiaire de la CMU	1	171	171	NA		0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Valorisé par FIDES	1	172	172	NA		
Code gestion	2	173	174	NA		Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Filler	9	175	183			
N° d'organisme complémentaire	10	184	193	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	9	194	202	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	8	203	210			Facultatif Indicateur Simphonie Montant facturé au titre de la part patient
Rejet AMO	1	211	211			Obligatoire Indicateur Simphonie Nombre de fois où FT AMO a été rejetée (0 à 9)
Date de facturation AMO	8	212	219			Facultatif Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMO
Date de facturation AMC	8	220	227			Facultatif Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT AMC
Date de facturation patient	8	228	235			Facultatif Indicateur Simphonie Date de l'envoi de la FT patient
Date de paiement AMO	8	236	243			Facultatif Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMO est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement AMC	8	244	251			Facultatif Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT AMC est payée en totalité (statut S16)
Date de paiement patient	8	252	259			Facultatif Indicateur Simphonie Date à laquelle la FT patient est payée en totalité (statut S16)
Statut FT AMO	1	260	260			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+S ) 9 : sans objet
Statut FT AMC	1	261	261			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	1	262	262			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	3	263	265			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.
--	--	--	--	--	--	--

**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	Taille	Début	Fin	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=H
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé	1	
Numéro 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	
N° d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	
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	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code UCD	7	70	76	Type 3H	49	
Coefficient de fractionnement	5	77	81	Type 3H	57	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	7	82	88	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	7	89	95	Type 3H	74	0 par défaut (5+2)
Montant total de l'écart indemnisable	7	96	102	Type 3H	81	5+2
Quantité	3	103	105	Type 3H	88	Compléter par « 0 » devant
Montant total facturé TTC	7	106	112	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	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na	na	Valeur=C
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé	1	
Numéro 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	
N° d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	
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	na	na	Blancs
Justification exo TM	1	67	67	Type 4 CP	54	
Spécialité exécutant	2	68	69	Type 4 CP	68	Liste des codes : NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17
Date des soins	8	70	77	Type 4 CP	70	Date de l'acte. Attention format de date différent
Code acte	5	78	82	Type 4 CP	76	4+1
Quantité	3	83	85	Type 4 CP	81	Attention format différent : compléter par 0 devant
Coefficient	6	86	91	Type 4 CP	83	4+2
Dénombrement	2	92	93	Type 4 CP	89	Compléter par « 0 » devant
Prix Unitaire	7	94	100	Type 4 CP	91	5+2
Montant Base remboursement	8	101	108	Type 4 CP	98	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Taux applicable à la prestation	3	109	111	Type 4 CP	105	
Montant Remboursable par la caisse	8	112	119	Type 4 CP	108	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant

(AMO)						
Montant des honoraires (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	8	120	127	Type 4 CP	115	6+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	7	128	134	Type 4 CP	123	5+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Filler	11	135	145			
Type d'unité fonctionnelle de consultations	2	146	147			<b>Note 1</b>
Coefficient MCO	5	148	152	Type 3 CP	71	<b>1+4</b>

**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
- 12 : Consultations réalisées au sein des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique
- 13 : « Hors les murs »**

## RSF-ACE B

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na	na	Valeur=B
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé	1	
Numéro 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	
N° d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	
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 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	64	66	Type 3 CP	41	
Justification exo TM	1	67	67	Type 3 CP	64	
Spécialité exécutant	2	68	69	na	na	Blancs
Date des soins	8	70	77	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	5	78	82	Type 3 CP	56	4+1
Quantité	3	83	85	Type 3 CP	61	Compléter par « 0 » devant
Coefficient	6	86	91	Type 3 CP	65	4+2. Attention format différent : compléter par 0 devant
Type de prestation intermédiaire	1	92	92	Note 1		<a href="http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2017">http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2017</a>
Coefficient MCO	5	93	97	Type 3 CP	71	1+4 changement position
Dénombrement	2	98	99	na	na	Blancs
Prix Unitaire	7	100	106	Type 3 CP	76	5+2
Montant Base remboursement	8	107	114	Type 3 CP	83	6+2
Taux applicable à la prestation	3	115	117	Type 3 CP	91	

Montant Remboursable par la caisse (AMO)	8	118	125	Type 3 CP	94	6+2
Montant des honoraire (dépassement compris) ou Montant total de la dépense pour PH	8	126	133	Type 3 CP	102	6+2
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	7	134	140	Type 3 CP	122	5+2
Filler	15	141	155			

Note 1 :

- 1 : d'un diabète de type 1 ou type 2 (au sens de l'ALD n° 8 sur la liste des affections de longue durée) ou d'un diabète gestationnel,
- 2 : d'une polyarthrite rhumatoïde évolutive (au sens de l'ALD n°21)
- 3 : d'une spondylarthrite grave (au sens de l'ALD n°26)
- 4 : d'une insuffisance cardiaque grave (au sens de l'ALD n°5 à l'exclusion des troubles du rythme graves, des cardiopathies valvulaires graves et des cardiopathies congénitales graves)

## RSF ACE M

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position Référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=M
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	2	10	RSS non groupé		
Numéro 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	
N° d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	
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
Mode de traitement	2	62	63	Type 4	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	64	66	Type 4	41	
Date de l'acte	8	67	74	Type 4	70	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code CCAM	13	75	87	Type 4 M	43	
Extension documentaire	1	88	88	Type 4 M	56	
Activité	1	89	89	Type 4 M	57	
Phase	1	90	90	Type 4 M	58	
Modificateur 1	1	91	91	Type 4 M	59	
Modificateur 2	1	92	92	Type 4 M	60	
Modificateur 3	1	93	93	Type 4 M	61	
Modificateur 4	1	94	94	Type 4 M	62	
Code association d'actes non prévue	1	95	95	Type 4 M	63	

Code remboursement sous condition	1	96	96	Type 4 M	64	
N° dent 1	2	97	98	Type 4 M	71	
N° dent 2	2	99	100	Type 4 M	73	
N° dent 3	2	101	102	Type 4 M	75	
N° dent 4	2	103	104	Type 4 M	77	
N° dent 5	2	105	106	Type 4 M	79	
N° dent 6	2	107	108	Type 4 M	81	
N° dent 7	2	109	110	Type 4 M	83	
N° dent 8	2	111	112	Type 4 M	85	
N° dent 9	2	113	114	Type 4 M	87	
N° dent 10	2	115	116	Type 4 M	89	
N° dent 11	2	117	118	Type 4 M	91	
N° dent 12	2	119	120	Type 4 M	93	
N° dent 13	2	121	122	Type 4 M	95	
N° dent 14	2	123	124	Type 4 M	97	
N° dent 15	2	125	126	Type 4 M	99	
N° dent 16	2	127	128	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 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	
N° d'entrée	9	38	46	Type 2 CP	40	Changement 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](http://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 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 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](http://www.ameli.fr) dans "Documentation technique>Norme B2>Cahiers des charges de la norme B2")

# FICHSUP

---

## SMUR

---

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Type de fichier	3	10	12	G56
Année	4	13	16	
Période	2	17	18	01..12
N° FINESS d'implantation SMUR	9	19	27	
Nombre de sorties primaires	6	28	33	
Nombre de sorties secondaires	6	34	39	
Nombre TIIH (transfert infirmier inter-hospitalier)	6	40	45	
Extension Fichier : smur, type d'archive e-PMSI : smur				

## Quantité de lait produit et consommé (Lactarium G54)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remarques
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	
Numéro FINESS géographique	9	10	18	
Type de fichier	3	19	21	G54
Année	4	22	25	
Période	2	26	27	01..12
Quantité de lait collecté pour don personnalisé (en litres)	7	28	34	Cf. tableau ci-dessous
Quantité de lait collecté dans le cadre d'un don anonyme (en litres)	7	35	41	Cf. tableau ci-dessous
Quantité de lait pasteurisé congelé distribué pour don personnalisé (en litres)	7	42	48	Cf. tableau ci-dessous
Quantité de lait pasteurisé congelé requalifié en don anonyme (en litres)	7	49	55	Cf. tableau ci-dessous
Quantité de lait pasteurisé congelé distribué au total dans le cadre du don anonyme (en litres)	7	56	62	Cf. tableau ci-dessous
Quantité de lait pasteurisé congelé vendu (en litres)	7	63	69	Cf. tableau ci-dessous
Quantité de lait congelé consommé (en litres)	7	70	76	Cf. tableau ci-dessous
Quantité de lait lyophilisé consommé (en litres)	7	77	83	Cf. tableau ci-dessous
Extension Fichier : lac, type d'archive e-PMSI : lac				

Libellé	à remplir par les établissements autorisés à l'activité de lactarium						à remplir par les établissements consommateurs de lait de lactarium (don anonyme)	
	COLLECTE		DISTRIBUTION			CESSIONS	CONSOMMATION	
	<i>Pour tous les lactariums :</i> quantité de lait collecté pour don personnalisé (en litres)	<i>Pour les lactariums à usage extérieur :</i> quantité de lait collecté dans le cadre d'un don anonyme (en litres)	<i>Pour tous les lactariums :</i> quantité de lait pasteurisé congelé distribué pour don personnalisé (en litres)	<i>Pour les lactariums à usage extérieur :</i> quantité de lait pasteurisé congelé requalifié en don anonyme (en litres)	<i>Pour les lactariums à usage extérieur :</i> quantité de lait pasteurisé congelé distribué au total dans le cadre du don anonyme (en litres)	<i>Pour les lactariums à usage extérieur :</i> quantité de lait pasteurisé congelé vendu (en litres)	quantité de lait congelé consommé (en litres)	quantité de lait lyophilisé consommé (en litres)

## Médicaments dispensés en UMSP (unités sanitaires en milieu pénitentiaire)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remplissage/ cadrage	Remarques
N° FINESS d'inscription e-PMSI	9	1	9	NA/ NA	
Type de fichier	3	10	12	NA/ NA	G58
Année	4	13	16	NA/ NA	format AAAA
Période	2	17	18	droite /zéro	12 pour M12
Code UCD	13	19	31	gauche /espace	Code à 13 caractères conseillé
Montant total TTC	9	32	40	droite /zéro	7+2 (ex : renseigner 001000050 pour indiquer 10000,50€)

## Recueil du RIHN / LC : Etablissement producteur

Libellé	Taille	Début	Fin	Remplissage/ cadrage	Remarques
Finess établissement	9	1	9	NA/ NA	
Type de fichier	3	10	12	NA/ NA	G59
Année	4	13	16	NA/ NA	format AAAA
Période	2	17	18	droite /zéro	12 pour M12
Identification du bénéficiaire	9	19	27	NA/ NA	Dans le cas de l'interne coder : INTERNE Dans le cas d'un laboratoire privé ou un cabinet libéral : coder LABO99999 Dans le cas d'un établissement tiers : noter son numéro FINESS(*)
Code de l'acte	4	28	31	NA/ NA	Suivant le référentiel RIHN et LC publié en vigueur au moment de la réalisation de l'acte
Nombre d'actes réalisés	10	32	41	NA/ NA	(**)

Nombre d'actes facturés	10	42	51	NA/ NA	0 pour l'interne Peut-être différent du « nombre réalisés » si des actes gratuits sont réalisés pour un bénéficiaire donné
Montant facturé	10	52	61	droite /zéro	0 pour l'interne 8+2 (ex : renseigner 0001000050 pour indiquer 10000,50€)

(\*) pour un établissement public, indiquez son numéro FINESS juridique pour un établissement privé, indiquez son numéro

FINESS géographique

Si on ne connaît pas le numéro FINESS indiquez : 999999999

(\*\*) par acte et par bénéficiaire

## Recueil du RIHN / LC : Recueil pour établissement demandeur (payeur)

Libellé	Taille	Début	Fin	Remplissage/ cadrage	Remarques
Finess établissement payeur	9	1	9	NA/ NA	
Type de fichier	3	10	12	NA/ NA	<b>G60</b>
Année	4	13	16	NA/ NA	format AAAA
Période	2	17	18	droite /zéro	12 pour M12
Finess établissement producteur	9	19	27	NA/ NA	LABO99999 si labo privé 999999999 si établissement de santé et Finess inconnu N° Finess sinon (établissement de santé)(*)
Code Acte	4	28	31	NA/ NA	Suivant le référentiel RIHN et LC publié en vigueur au moment de la réalisation de l'acte selon le codage de l'acte sur la facture Si pas de code détaillé, utiliser le chapitre du référentiel en annexe mentionné sur la facture Si pas de code alors indiquer 9999
Nombre	10	32	41	NA/ NA	Correspond au nombre d'actes sauf si code acte 9999 alors correspond au nombre de factures

Montant	10	42	51	droite /zéro	Montant total pour cet acte (si 9999 alors montant total pour ce regroupement d'actes par ce fournisseur)
---------	----	----	----	--------------	---

Dans le cas où l'établissement payeur n'a pas reçu le code, coder en fonction des chapitres du référentiel présenté en annexe.

Si l'établissement n'a ni les FINESS ni les codes actes on se retrouve dans le cadre de l'ancien fichier G53.

(\*) Pour un établissement public, indiquez son numéro FINESS juridique pour un établissement privé, indiquez son numéro FINESS géographique

# Formats concernant le secteur ex-OQN uniquement

## Formats des RSF

### RSF A : début de facture

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	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
Sexe	40	40	1	RSS non groupé		
Code civilité	41	41	1	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2/ML=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	42	54	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	55	56	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	57	59	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	60	68	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	69	81	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	82	83	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	84	84	1	na	na	Blancs
Nature opération	85	85	1	Type 2 CP	39	



Nature assurance	86	87	2	Type 2 CP	77	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	88	89	2	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	90	90	1	Type 2 CP	79	
Filler	91	91	1			
Code de prise en charge	92	92	1	<b>Note n°1</b>		1=A avec/2=A sans/3=NA Sans /4=Anonyme/5=NN
Filler	93	93	1			
Code Gd régime	94	95	2	Type 2 CP	49	
Date Naissance	96	103	8	Type 2 CP	96	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	104	104	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	105	112	8	Type 2 CP	103	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de sortie	113	120	8	Type 2 CP	109	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Filler	121	125	5			
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	126	133	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	134	141	8	Type 5 CP	50	id
Total honoraire Facturé	142	149	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	150	157	8	Type 5 CP	66	id
Total participation assuré avant OC	158	165	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et

						P)
Total remboursable OC pour les PH	166	173	8	Type 5 CP	82	
Total remboursable OC pour les honoraires	174	181	8	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	182	189	8	Type 5 CP	115	
Etat de liquidation de la facture	190	190	1	cf. <b>Note 2</b>		liquidation complète=1, partielle=2, non liquidée=3, inconnu=9
Patient bénéficiaire de la CMU	191	191	1			0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Code gestion	192	193	2			Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
N° de facture du séjour de la mère	194	202	9	Type 2 CP	30	A prendre sur la facture de la mère
N° d'organisme complémentaire	203	212	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	213	221	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, en particulier dans le cas où les informations NOEMIE ne sont pas connues au niveau détail.

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		Valeur=B
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	58	66	9	Type 3 CP	30	
N° immatriculation individuel	67	79	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	80	81	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	82	83	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	84	86	3	Type 3 CP	41	
Justification exonération TM	87	87	1	Type 3 CP	64	Changement de position dans le format
Type de prestation intermédiaire	88	88	1	Note 1		<a href="http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2017">http://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2017</a>
Filler	89	89	1	na	na	Blancs
Date de début de séjour	90	97	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de fin de séjour	98	105	8	Type 3 CP	50	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	106	110	5	Type 3 CP	56	4+1
Quantité	111	113	3	Type 3 CP	61	

Coefficient	114	118	5	Type 3 CP	65	3+2
Code de prise en charge FJ	119	119	1	Type 3 CP	70	
Coefficient MCO	120	124	5	Type 3 CP	71	1+4
Filler	125	126	2	na	na	Blancs
Prix Unitaire	127	133	7	Type 3 CP	76	5+2
Montant Base remboursement	134	141	8	Type 3 CP	83	0 par défaut(6+2)
Taux applicable à la prestation	142	144	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	145	152	8	Type 3 CP	94	0 par défaut (6+2)
Montant total de la dépense	153	160	8	Type 3 CP	102	0 par défaut (6+2)
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	161	167	7	Type 3 CP	122	0 par défaut (5+2)
N° GHS	168	171	4	Type 3 CP	110	
Montant remboursé NOEMIE Retour	172	179	8	Entité NOP-PHS	47	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	0	182	3	Entité NOP-MFI	27	3 espaces si aucune

## Note 1 :

- 1 : d'un diabète de type 1 ou type 2 (au sens de l'ALD n° 8 sur la liste des affections de longue durée) ou d'un diabète gestationnel,
- 2 : d'une polyarthrite rhumatoïde évolutive (au sens de l'ALD n°21)
- 3 : d'une spondylarthrite grave (au sens de l'ALD n°26)
- 4 : d'une insuffisance cardiaque grave (au sens de l'ALD n°5 à l'exclusion des troubles du rythme graves, des cardiopathies valvulaires graves et des cardiopathies congénitales graves)

## RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=l
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	58	66	9	Type 3S CP	30	
N° immatriculation individuel	67	79	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	80	81	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	82	89	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Date de fin de séjour	90	97	8	Type 3 CP	50	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Nature d'interruption ou de fin de séjour	98	98	1	Type 3S	81	
Etablissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte	99	112	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.  
Le RSF I ne doit être produit qu'en cas de mutation

## RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=P
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	58	66	9	Type 3F CP	27	
N° immatriculation individuel	67	79	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	80	81	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	82	89	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code référence LPP	90	102	13	Type 3F	43	
Quantité	103	104	2	Type 3F	70	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire sur devis	105	111	7	Type 3F	72	5+2
Montant total facturé	112	118	7	Type 3F	79	0 par défaut (5+2)
Prix d'achat unitaire	119	125	7	Type 3F	86	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	126	132	7	Type 3F	93	5+2
Montant total de l'écart indemnisable	133	139	7	Type 3F	100	5+2

**Notes :** 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		Valeur=H
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° facture	58	66	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	67	79	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	80	81	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	82	89	8	Type 3 CP	44	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code UCD	90	96	7	Type 3H	49	
Indication	97	103	7			
Coefficient de fractionnement	104	108	5	Type 3H	57	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	109	115	7	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	116	122	7	Type 3H	74	0 par défaut (5+2)
Montant total de l'écart indemnisable	123	129	7	Type 3H	81	5+2
Quantité	130	132	3	Type 3H	88	



Montant total facturé TTC	133	139	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 C : Honoraire

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=C
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RSS non groupé	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° facture	58	66	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	67	79	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	80	81	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	82	83	2	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	84	86	3	Type 4 CP	41	
Justification exo TM	87	87	1	Type 4 CP	54	
Spécialité exécutant	88	89	2	Type 4 CP	68	Liste des codes : NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17
Date de l'acte	90	97	8	Type 4 CP	70	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code acte	98	102	5	Type 4 CP	76	4+1
Quantité	103	104	2	Type 4 CP	81	
Coefficient	105	110	6	Type 4 CP	83	4+2
Dénombrement	111	112	2	Type 4 CP	89	
Prix Unitaire	113	119	7	Type 4 CP	91	5+2
Montant Base remboursement	120	126	7	Type 4 CP	98	0 par défaut (5+2)

Taux Remboursement	127	129	3	Type 4 CP	105	
Montant Remboursable par AMO	130	136	7	Type 4 CP	108	0 par défaut (5+2)
Montant des honoraire (dépassement compris)	137	143	7	Type 4 CP	115	0 par défaut (5+2)
Montant remboursable par AMC	144	149	6	Type 4 CP	123	0 par défaut (4+2)
Montant remboursé NOEMIE Retour	150	157	8	Entité NOP-PHS	47	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	158	160	3	Entité NOP-MFI	27	3 espaces si aucune
Filler	161	167	7			

## RSF M : CCAM

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	1	
Filler	11	19	9			
Numéro de RSS	20	39	20	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	40	52	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	53	54	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	55	57	3	Type 2 CP	27	
N° facture	58	66	9	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	67	79	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	80	81	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	82	83	2	Type 4 M	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	84	86	3	Type 4 CP	41	
Date de l'acte	87	94	8	Type 4 CP	70	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Code CCAM	95	107	13	Type 4 M	43	
Extension documentaire	108	108	1	Type 4 M	56	
Activité	109	109	1	Type 4 M	57	
Phase	110	110	1	Type 4 M	58	
Modificateur 1	111	111	1	Type 4 M	59	
Modificateur 2	112	112	1	Type 4 M	60	
Modificateur 3	113	113	1	Type 4 M	61	
Modificateur 4	114	114	1	Type 4 M	62	
Association non prévue	115	115	1	Type 4 M	63	
Code remboursement exceptionnel	116	116	1	Type 4 M	64	
N° dent 1	117	118	2	Type 4 M	71	
N° dent 2	119	120	2	Type 4 M	73	
N° dent 3	121	122	2	Type 4 M	75	
N° dent 4	123	124	2	Type 4 M	77	
N° dent 5	125	126	2	Type 4 M	79	
N° dent 6	127	128	2	Type 4 M	81	
N° dent 7	129	130	2	Type 4 M	83	
N° dent 8	131	132	2	Type 4 M	85	
N° dent 9	133	134	2	Type 4 M	87	

N° dent 10	135	136	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	137	138	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	139	140	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	141	142	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	143	144	2	Type 4 M	97	
N° dent 15	145	146	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	147	148	2	Type 4 M	101	

**Note :** Attention les variables date 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-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	RSS non groupé	1	
Filler	9	11	19			
Numéro de RSS	20	20	39	RSS non groupé	13	
N° immatriculation assuré	13	40	52	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	53	54	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	55	57	Type 2 CP	27	
N° facture	9	58	66	Type 2 CP	30	
N° immatriculation individuel	13	67	79	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	80	81	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	82	83	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	84	86	Type 4 CP	41	
Date de l'acte 1	8	87	94	Type 4 B	49	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 1	2	95	96	Type 4 B	55	
Code acte 1	8	97	104	Type 4 B	57	
Date de l'acte 2	8	105	112	Type 4 B	65	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 2	2	113	114	Type 4 B	71	
Code acte 2	8	115	122	Type 4 B	73	
Date de l'acte 3	8	123	130	Type 4 B	81	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 3	2	131	132	Type 4 B	87	
Code acte 3	8	133	140	Type 4 B	89	
Date de l'acte 4	8	141	148	Type 4 B	97	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 4	2	149	150	Type 4 B	103	
Code acte 4	8	151	158	Type 4 B	105	
Date de l'acte 5	8	159	166	Type 4 B	113	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 5	2	167	168	Type 4 B	119	
Code acte 5	8	169	176	Type 4 B	121	

## Annexe : Chapitres du référentiel FICHSUP RIHN

01. Anatomocytopathologie
02. Cytogénétique
03. Assistance Médicale à la Procréation
04. Spermiologie
05. Hématologie
05-01. Cytologie
05-02. Hémostase et Coagulation
05-03-Immuno-Hématologie
06. Microbiologie
06-01-Examens microbiologiques d'un ou plusieurs prélèvements de même nature
06-01-01 Examens affectés d'une codification forfaitaire
06-01-02 Recherche d'une bactérie nommément désignée
06-02-Actes isolés - Examens divers - Examens microscopiques
06-03-Actes isolés - Examens divers - Bactériologie
06-04. Mycologie
06-05. Parasitologie
06-06. Sensibilité des bactéries et champignons aux antibiotiques
07. Immunologie
07-01-Allergie
07-02-Auto-immunité
07-03-Histocompatibilité
07-03-01-Bilan d'allo-immunisation
07-03-02-Epreuves de compatibilité tissulaire (cross-match)
07-03-02-Typages HLA
07-04-Immunité cellulaire
07-05-Sérologie Bactérienne
07-06-Sérologie Parasitaire
07-07-Sérologie Virale
08. Virologie
08-01-Identification et cultures
08-02-Sensibilité aux anti-virus
09. Hormonologie
10. Enzymologie
10-01-Enzymologie

10-02-Enzymologie du stress oxydatif
10-03-Enzymologie érythrocytaire
10-04-Enzymologie lipidique
11. Protéines - Compléments- Immunoglobulines - Vitamines- Marqueurs tumoraux
11-01-Protéines
11-02-Complément (exploration du complément et marqueurs associés)
11-03-Dosages impliqués dans l'exploration d'un angioedème
11-04-Immunoglobulines
11-05-Cytokines
11-06-Vitamines
11-07-Marqueurs Tumoraux
12. Biochimie
13. Toxicologie (hors médecine légale)
13-01-Pharmacologie (dosage de médicaments)
13-02-Toxicologie (dosage de toxiques)
14. Tests d'amplification génique et d'hybridation moléculaire (hors diagnostic prénatal)
14-01-Analyse élémentaire de biologie moléculaire (analyses réalisables en cas de détection de génome infectieux ou humain)
14-02-Détection du génome infectieux (applicables aux détections de génômes bactériens, viraux, parasitaires ou fongiques)
14-02-01-Détection du génôme bactérien
14-02-02-Détection du génôme viral
14-02-03-Détection du génome parasitaire ou fongique
14-03-Détection du génome humain (applicable à la génétique constitutionnelle postnatale ou à la génétique somatique des cancers)
14-03-01-Génétique constitutionnelle postnatale
14-03-02-Génétique somatique des cancers
15. Diagnostic prénatal
16. Diagnostic biologique des maladies héréditaires (hors diagnostic prénatal)
16-01. Diagnostic biologique des maladies héréditaires du métabolisme
16-02. Diagnostic biologique des maladies génétiques constitutionnelles
17. Microbiologie médicale par pathologie