

## champs

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Typ	Libellé	Nomc	Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Type[2]	TypePref	Cadrage/Remplissage[3]	Remarques
2	RSFA	Type d'enregistrement	TENR	1	1	1	O	A	A	NA/NA	NA - - Valeur=A
3	RSFA	Numéro FINESS d'inscription ePMSI	FINESS	9	2	10	O	A	A	NA/NA	RSS non groupé - -
4	RSFA	Numéro FINESS géographique	FINESG	9	11	19	O	A	A	NA/NA	- -
5	RSFA	Sexe	SEXE	1	20	20	O	A	A	NA/NA	RSS non groupé - -
6	RSFA	Code civilité	CCIV	1	21	21	O	N	N	NA/NA	Type 2B - 40 - Recodage : M=
7	RSFA	N° immatriculation assuré	NIA	13	22	34	F	A	A	Gauche/Espace	Type 2 CP - 12 -
8	RSFA	Clé du n° immatriculation	CNI	2	35	36	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 25 -
9	RSFA	Rang de bénéficiaire	RGB	3	37	39	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 27 -
10	RSFA	N° d'entrée	NENT	9	40	48	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 40 -
11	RSFA	N° immatriculation individuel	NII	13	49	61	F	A	A	Gauche/Espace	Type 2S CP - 50 - A renseigne
12	RSFA	Clé du n° immatriculation individuel	CNII	2	62	63	F	A	A	NA/NA	Type 2S CP - 63 - A prendre s
13	RSFA	Indicateur du parcours de soins	IPS	1	64	64	F	A	A	NA/NA	Type 2S CP - 121 - Valeurs ac
14	RSFA	Nature opération	NOP	1	65	65	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 39 -
15	RSFA	Nature assurance	NAS	2	66	67	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 77 - Valeurs accep
16	RSFA	Type de contrat souscrit auprès d'un organ	TCOC	2	68	69	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 117 -
17	RSFA	Justification d'exonération du TM	JETM	1	70	70	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 79 -
18	RSFA	Séjour facturable à l'assurance maladie	SFA	1	71	71	O	A	A	NA/NA	Note n°1 - - Valeurs acceptées
19	RSFA	Filler	F72	1	72	72	F	A	A	NA/NA	- -
20	RSFA	Motif de non facturation à l'assurance malad	MNFAM	1	73	73	F	N	N	Droite/Zéro	Note n°2 - - Valeurs acceptée
21	RSFA	Code Gd régime	CGR	2	74	75	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 49 - Valeurs accep
22	RSFA	Date Naissance	DNAIS	8	76	83	O	N	D	NA/NA	Type 2 CP - 96 - Modification l
23	RSFA	Rang de naissance	RNAIS	1	84	84	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 102 -
24	RSFA	Date d'entrée	DENT	8	85	92	O	N	D	NA/NA	Type 2 CP - 103 - Modification
25	RSFA	Date de sortie	DSOR	8	93	100	F	N	D	NA/NA	Type 2 CP - 109 - Modification
26	RSFA	Code postal du lieu de résidence du patient	CPLR	5	101	105	F	A	A	NA/NA	Type 2C - 91 -
27	RSFA	Total Base Remboursement Prestation hosp	TBRPH	8	106	113	F	N	N	Droite/Zéro	Type 5 CP - 42 - Total des lign
28	RSFA	Total remboursable AMO Prestation hospital	TRAPH	8	114	121	F	N	N	Droite/Zéro	Type 5 CP - 50 - Id 6+2
29	RSFA	Total honoraire Facturé	THFACT	8	122	129	F	N	N	Droite/Zéro	Type 5 CP - 58 - Total des lign
30	RSFA	Total honoraire remboursable AM	THRA	8	130	137	F	N	N	Droite/Zéro	Type 5 CP - 66 - Id 6+2
31	RSFA	Total participation assuré avant OC	TPAAO	8	138	145	F	N	N	Droite/Zéro	Type 5 CP - 74 - Total des lign
32	RSFA	Total remboursable OC pour les PH	TROPH	8	146	153	F	N	N	Droite/Zéro	Type 5 CP - 82 - 6+2
33	RSFA	Total remboursable OC pour les honoraires	TROHO	8	154	161	F	N	N	Droite/Zéro	Type 5 CP - 90 - 6+2

champs

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
34	RSFA	Montant total facturé pour PH	MTFAPH	8	162	169	F	N	N	Droite/Zéro	Type 5 CP - 115 - 6+2
35	RSFA	Filler	F170	1	170	170	F	A	A	NA/NA	- -
36	RSFA	Patient bénéficiaire de la CMU	PCMU	1	171	171	F	N	N	Droite/Zéro	NA - - 0 : Non   1 : Oui, laisser
37	RSFA	Valorisé par FIDES	VFID	1	172	172	O	A	A	NA/NA	NA - -
38	RSFA	Code gestion	CGES	2	173	174	O	A	A	NA/NA	NA - - Reporter l'information fi
39	RSFA	Filler	F175	9	175	183	F	A	A	NA/NA	- -
40	RSFA	N° d'organisme complémentaire	NOC	10	184	193	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 119 - L'organisme
41	RSFA	Numéro accident du travail ou date d'accide	NAT	9	194	202	F	A	A	NA/NA	Type 2 CP - 86 - Obligatoire er
42	S:	MONO									

## champs

	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
1	Compteur										
2											
3											
4											
5											
6	1/MME=2:MLE=2/SAN=3										
7											
8											
9											
10											
11	r si l'information est présente sur la carte Vitale, l'attestation de droits ou la prise en charge										
12	ur le même support que le n° immatriculation. Clé à contrôler après la saisie, cf. annexe 5 de la norme B2										
13	ceptées {' ', A, B, D, H, J, M, N, O, R, S, T, U}										
14											
15	otées {10, 13, 30, 41, 90}										
16											
17											
18	s {0, 1, 2, 3}										
19											
20	s {' ', 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9}										
21	otées {' ', 10, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 80 ,90 ,91, 92, 93, 94, 95, 96, 99}										
22	ée au format de la date (JJMMAAAA)										
23											
24	liée au format de la date (JJMMAAAA)										
25	liée au format de la date (JJMMAAAA)										
26											
27	es de type 3 (RSF B et P) : 6+2										
28											
29	es de type 4 (RSF C et M) 6+2										
30											
31	es de type 3 (RSF B et P) : 6+2										
32											
33											

champs

	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
34											
35											
36	à vide si pas d'information										
37											
38	assurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale										
39											
40	l'organisme complémentaire 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.										
41	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										
42											

champs

	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40	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 de									
41	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)									
42										

champs

	AG	AH	AI	AJ	AK	AL
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40	s zéros à gauche, ou le top mutualiste «M » en position 128, la zone étant complétée par des blancs.					
41						
42						

explications

	A	B	C	D	E	F	G
1	Infos du RSFA, prises sur le manuel PREFACE 2.6.2.0 au paragraphe 6.3						
2							
3	La saisie a été faite manuellement, par copier-coller depuis le fichier PDF puis adaptation manuelle des informations.						
4							
5	Le format est applicable à partir de M03 2017						