

**Description des modifications de formats de fichiers en psychiatrie applicables à compter
du 01/01/2012**

Formats concernant tous les établissements

RPS

Le format ne change pas, mais renommage des variables :

- « Nature de prise en charge » → « Forme d'activité »
- « Mode légal de séjour » → « Mode légal de soins »
- « Indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai » → « Indicateur de séquence »
- « Score dépendance relation (AVQ) » → « Score dépendance communication (AVQ) »

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Valeurs
N° FINESS juridique	9	1	9	O	
N° FINESS géographique	9	10	18	O	
N° de format	3	19	21	O	P05
N° d'identification permanent du patient (IPP)	20	22	41	O	
Date de naissance du patient	8	42	49	O	JJMMAAAA
Sexe du patient	1	50	50	O	1=homme, 2=femme
Code postal de résidence	5	51	55	O	
Forme d'activité	2	56	57	O	
N° de séjour	20	58	77	O	
Date d'entrée de séjour	8	78	85	O	JJMMAAAA
Mode d'entrée de séjour	1	86	86	O	nomenclature 'codes mouvements' : http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004100005FF
Provenance	1	87	87	O	
Date de sortie de séjour	8	88	95	F	JJMMAAAA
Mode de sortie de séjour	1	96	96	F*	nomenclature 'codes mouvements' : http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004100005FF
Destination	1	97	97	F*	
N° d'unité médicale	4	98	101	O	
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	102	106	F	
Mode légal de soins	1	107	107	O	
Indicateur de séquence	1	108	108	F	
Date de début de séquence	8	109	116	O	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	117	124	O	JJMMAAAA
Nombre de jours de présence	3	125	127	O	
Nombre de demi-journées de présence	3	128	130	O	

Nombre de jours d'isolement thérapeutique	3	131	133	F	
Score dépendance habillage (AVQ)	1	134	134	F	
Score dépendance déplacement/locomotion (AVQ)	1	135	135	F	
Score dépendance alimentation (AVQ)	1	136	136	F	
Score dépendance continence (AVQ)	1	137	137	F	
Score dépendance comportement (AVQ)	1	138	138	F	
Score dépendance communication (AVQ)	1	139	139	F	
Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire	1	140	140	F	
Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale	8	141	148	O	CIM 10 + extensions
Nombre de diagnostics et facteurs associés	2	149	150	O	
Diagnostic ou facteur associé 1	8	151	158	F	CIM 10 + extensions
....					
Diagnostic ou facteur associé n	8	151+n*8	158+n*8	F	CIM 10 + extensions

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

F* : le renseignement de « mode de sortie séjour » / « destination » devient OBLIGATOIRE si « date de sortie du séjour » est renseignée

RAA

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire[1]	Valeurs
N° FINESS juridique	9	1	9	O	
N° FINESS géographique	9	10	18	O	
N° de format	3	19	21	O	P07
N° d'identification permanent du patient (IPP)	20	22	41	O	
Date de naissance du patient	8	42	49	O	JJMMAAAA
Sexe du patient	1	50	50	O	
Code postal de résidence	5	51	55	O	
Forme d'activité	2	56	57	O	30, 31
N° d'unité médicale	4	58	61	O	
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	62	66	F	
Mode légal de soins	1	67	67	O	
Date de l'acte	8	68	75	O	JJMMAAAA
Nature de l'acte	1	76	76	O	E,D,G,A,R
Lieu de l'acte	3	77	79	O	L01 à L10
Catégorie professionnelle de l'intervenant	1	80	80	O	M,I,P,A,R,E,S,X,Y
Nombre d'intervenants	1	81	81	O	
Indicateur d'activité libérale	1	82	82	F	L si oui
Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale	8	83	90	O	CIM 10 + extensions (*)
Nombre de diagnostics et facteurs associés	1	91	91	O	
Diagnostics et facteurs associés	8	92	99	F	CIM 10 + extensions (*)
....					
Diagnostic ou facteur associé n	8			F	CIM 10 + extensions (*)

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

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 jaune et orange sont requises

NOM	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes
N° immatriculation assuré	13	1	13	2	12-24	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.
Clé du N° immatriculation	2	14	15	2	25-26	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge.. Clé à contrôler après la saisie annexe 5
Code Grand Régime	2	16	17	2	49-50	O	A prendre sur l'attestation de droits, la carte Vitale ou la prise en charge. Voir codification annexe 2
Date de naissance du bénéficiaire	8	18	25	2	96-101	O	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Sexe du bénéficiaire	1	26	26			O	
N° administratif de séjour	20	27	46			O	
N° format VID-HOSP	4	47	50			O	V008
Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	51	51	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	52	52	3	70	F	
Nature d'assurance	2	53	54	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	55	56	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	57	57			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	58	58			N	
Facturation du 18 €	1	59	59			O	

Nombre de venues de la facture	4	60	63			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	64	73			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	74	83			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (ie hors prestations annexes)	10	84	93			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	94	97			O	
Montant base remboursement	10	98	107			O	
Taux de remboursement	5	108	112			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	113	113			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	114	133			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	134	134			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	135	135			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	136	143	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	144	153			O	Dans le cas d'un séjour AME, il s'agit du montant total qui était facturé antérieurement à la réforme sans application des évolutions que la CNAM demandera sur le contenu de la norme B2. 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	154	154	3	117	F	
N° d'entrée	9	155	163	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	164	164	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	165	167	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	168	170	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	171	174	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
Nature de la pièce justificative des droits	1	175	175	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	176	183	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	184	191	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	192	194	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	195	197	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, ...)
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	198	206	2	86-94	F	Obligatoire en cas d'accident. Lorsque la Nature d'Assurance est AT (41) : indiquer le numéro de l'AT (pour le RG, AAMMJJ + code CRAM + clé à contrôler, voir annexe 5) ou la date de l'AT (AAMMJJ, cadrée à droite et complétée par 3 zéros). Lorsque la Nature d'Assurance est AS (10 ou 13) : indiquer la date d'accident de droit commun (AAMMJJ, cadrée à droite et complétée par 3 zéros)
Top éclatement des flux par l'établissement	1	207	207	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	208	215	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	216	223	2	109-114	O	Indiquer la date de sortie réelle si tel est le cas, ou la date limite de facturation s'il s'agit d'une facturation partielle. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
N° d'organisme complémentaire	10	224	233	2	119-128	F	L'organisme obligatoire peut selon conventions régler directement la part de l'organisme complémentaire à l'établissement ou à l'assuré ou transmettre l'image de son décompte à l'organisme complémentaire. Lorsque l'établissement pratique un tiers payant sur la part complémentaire, il doit obligatoirement positionner le n° de l'organisme complémentaire, cadré à droite, et complété par des zéros à gauche, ou le top mutualiste «M» en position 128, la zone étant complétée par des blancs.
Complément au numéro de titre de recette	6	234	239	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	240	240	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	241	265	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	266	280	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	281	281	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.

CMUC en gestion unique	1	282	282			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Etablissement de Transfert	14	283	296	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Etablissement de Retour	14	297	310	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	311	312			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")

Formats concernant le secteur ex-OQN uniquement

RSF-A

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=A
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	2	10	RPS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	9	11	19	RPS	13	
Sexe	1	20	20	RPS	70	
Numéro d'entrée	9	21	29	Type 2 CP	40	
Code civilité	1	30	30	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2/ML=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	13	31	43	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	2	44	45	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	3	46	48	Type 2 CP	27	
N° de facture	9	49	57	Type 2 CP	30	
Nature opération	1	58	58	Type 2 CP	39	
Nature assurance	2	59	60	Type 2 CP	77	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	2	61	62	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	1	63	63	Type 2 CP	79	
Code de prise en charge	1	64	64	Note n°1		1=A avec/2=A sans/3=NA avec /4=NA sans /5=NN
Code Gd régime	2	65	66	Type 2 CP	49	
Date Naissance	8	67	74	Type 2 CP	96	modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	1	75	75	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	8	76	83	Type 2 CP	103	modification liée au format de la date
Date de sortie	8	84	91	Type 2 CP	109	modification liée au format de la date
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	8	92	99	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	8	100	107	Type 5 CP	50	id
Total honoraire Facturé	8	108	115	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	8	116	123	Type 5 CP	66	id
Total participation assuré avant OC	8	124	131	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable OC pour les PH	8	132	139	Type 5 CP	82	
Total remboursable OC pour les honoraires	8	140	147	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	8	148	155	Type 5 CP	115	

Etat de liquidation de la facture	1	156	156	cf note 2		liquidation complète=1, partielle=2, non liquidée=3, inconnu=9
Patient bénéficiaire de la CMU	1	157	157			0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
Filler	9	158	166			Réservé à un usage futur

Note 1: le code de PEC permet de coupler les factures avec les RPS dans tous les cas

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

- o Les assurés non pris en charge : chirurgie esthétique par exemple → code PEC =2
- o Les non assurés non pris en charge : étrangers sans PEC → code PEC=4
- o Les nouveaux-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-L : codage affiné des actes de biologie (nouveau type)

Libellé	Taille	Début	Fin	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=L
Numéro FINESS de l'entité juridique	9	2	10	RPS		
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	9	11	19	RPS		
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	
Mode de traitement	2	56	57	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	3	58	60	Type 4 CP	41	
Date de l'acte 1	8	61	68	Type 4 B	49	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 1	2	69	70	Type 4 B	55	
Code acte 1	8	71	78	Type 4 B	57	
Date de l'acte 2	8	79	86	Type 4 B	65	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 2	2	87	88	Type 4 B	71	
Code acte 2	8	89	96	Type 4 B	73	
Date de l'acte 3	8	97	104	Type 4 B	81	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 3	2	105	106	Type 4 B	87	
Code acte 3	8	107	114	Type 4 B	89	
Date de l'acte 4	8	115	122	Type 4 B	97	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)

Quantité acte 4	2	123	124	Type 4 B	103	
Code acte 4	8	125	132	Type 4 B	105	
Date de l'acte 5	8	133	140	Type 4 B	113	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 5	2	141	142	Type 4 B	119	
Code acte 5	8	143	150	Type 4 B	121	

Remarque : les autres types de RSF demeurent inchangés