

Description des formats de fichiers en psychiatrie applicables à compter du 01/01/2014

Objet de ce document

Ce document décrit les formats des fichiers en psychiatrie applicables à partir du 01/01/2014. Les **modifications** apportées par rapport à 2013 sont représentées sur **fond jaune ou vert**.

Une notice technique décrivant les nouveautés 2014 du recueil et du traitement de l'information médicalisée, dans l'ensemble des champs d'activité (MCO, HAD, SSR et PSY) des établissements de santé viendra compléter ce document. Elle est, actuellement, en cours de rédaction et sera prochainement diffusée sur le site Internet de l'ATIH.

Table des matières

OBJET DE CE DOCUMENT	2
FORMATS CONCERNANT TOUS LES ÉTABLISSEMENTS	5
RPS	5
RAA	7
FORMATS CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE UNIQUEMENT	8
VID-HOSP	8
HOSP-PMSI	13
FORMATS CONCERNANT LE SECTEUR EX-OQN UNIQUEMENT	14
HOSP-FACT	14
RSF (Factures)	15
RSF A : Début de facture	15
RSF B : Prestations Hospitalières	17
RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour	19
RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses	20

RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments	21
RSF C : Honoraire	22
RSF M : CCAM	24
RSF-L : codage affiné des actes de biologie	26

Formats concernant tous les établissements

RPS

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Commentaires
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	O	NA/NA	
N° FINESS géographique	9	10	18	O	NA/NA	
N° de format	3	19	21	O	NA/NA	P05
N° d'identification permanent du patient (IPP)	20	22	41	O	Gauche/Espace	
Date de naissance du patient	8	42	49	O	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe du patient	1	50	50	O	NA/NA	1=homme, 2=femme
Code postal de résidence	5	51	55	O	NA/NA	
Forme d'activité	2	56	57	O	NA/NA	
N° de séjour	20	58	77	O	Gauche/Espace	
Date d'entrée de séjour	8	78	85	O	NA/NA	JJMMAAAA
Mode d'entrée de séjour	1	86	86	O	NA/NA	nomenclature 'codes mouvements' : http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004100005FF
Provenance (*)	1	87	87	O	NA/NA	
Date de sortie de séjour	8	88	95	F	NA/NA	JJMMAAAA
Mode de sortie de séjour (**)	1	96	96	F	NA/NA	nomenclature 'codes mouvements' : http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004100005FF
Destination (*)	1	97	97	F	NA/NA	
N° d'unité médicale	4	98	101	O	Gauche/Espace	
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	102	106	F	NA/NA	
Mode légal de soins	1	107	107	O	NA/NA	Soumis à de nouvelles règles en 2012
Indicateur de séquence	1	108	108	F	NA/NA	

Date de début de séquence	8	109	116	O	NA/NA	JJMMAAAA
Date de fin de séquence	8	117	124	O	NA/NA	JJMMAAAA
Nombre de jours de présence	3	125	127	O	Droite/Zéro	
Nombre de demi-journées de présence	3	128	130	O	Droite/Zéro	
Nombre de jours d'isolement thérapeutique de durée >= 2h	3	131	133	F	Droite/Zéro	
Score dépendance habillage (AVQ)	1	134	134	F	NA/NA	
Score dépendance déplacement/locomotion (AVQ)	1	135	135	F	NA/NA	
Score dépendance alimentation (AVQ)	1	136	136	F	NA/NA	
Score dépendance continence (AVQ)	1	137	137	F	NA/NA	
Score dépendance comportement (AVQ)	1	138	138	F	NA/NA	
Score dépendance communication (AVQ)	1	139	139	F	NA/NA	
Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire	1	140	140	F	NA/NA	
Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale	8	141	148	O	NA/NA	CIM 10 + extensions
Nombre de diagnostics et facteurs associés	2	149	150	O	Droite/Zéro	
Diagnostic ou facteur associé 1	8	151	158	F	Gauche/Espace	CIM 10 + extensions
....						
Diagnostic ou facteur associé n	8	151+n* 8	158+n* 8	F	Gauche/Espace	CIM 10 + extensions

(*) La valeur 8 pour la provenance ou la destination est destinée au champ HAD mais n'est pas bloquante dans PIVOINE.

(**) La valeur 4 pour le mode de sortie a été prévue pour la fugue mais n'est pas obligatoire dans PIVOINE.

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

[2] : NA signifie non applicable

RAA

Libellé	Taille	Début	Fin	Obligatoire [1]	Cadrage/Remplissage [2]	Valeurs
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	9	1	9	O	NA/NA	
N° FINESS géographique	9	10	18	O	NA/NA	
N° de format	3	19	21	O	NA/NA	P07
N° d'identification permanent du patient (IPP)	20	22	41	O	Gauche/Espace	
Date de naissance du patient	8	42	49	O	NA/NA	JJMMAAAA
Sexe du patient	1	50	50	O	NA/NA	
Code postal de résidence	5	51	55	O	NA/NA	
Forme d'activité	2	56	57	O	NA/NA	30, 31, 32
N° d'unité médicale	4	58	61	O	Gauche/Espace	
N° de secteur ou de dispositif intersectoriel	5	62	66	F	NA/NA	
Mode légal de soins	1	67	67	O	NA/NA	
Date de l'acte	8	68	75	O	NA/NA	JJMMAAAA
Nature de l'acte	1	76	76	O	NA/NA	E,D,G,A,R
Lieu de l'acte	3	77	79	O	NA/NA	L01 à L11
Catégorie professionnelle de l'intervenant	1	80	80	O	NA/NA	M,I,P,A,R,E,S,X,Y
Nombre d'intervenants	1	81	81	O	Droite/Zéro	
Indicateur d'activité libérale	1	82	82	F	NA/NA	L si oui
Diagnostic principal ou motif de prise en charge principale	8	83	90	O	NA/NA	CIM 10 + extensions (*)
Nombre de diagnostics et facteurs associés	1	91	91	O	Droite/Zéro	
Diagnosics et facteurs associés	8	92	99	F	Gauche/Espace	CIM 10 + extensions (*)
....						
Diagnostic ou facteur associé n	8			F	Gauche/Espace	CIM 10 + extensions (*)

(*) L'absence des diagnostics pour les intervenants non médecins n'est pas bloquante.

Formats concernant les établissements financés par dotation annuelle uniquement

VID-HOSP

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

Etablissements non expérimentateurs : seules les variables sur fond bleu, bleu gris ou vert sont requises

Note : les éléments en bleu gris ont été ajoutés cette année dans la liste des variables obligatoires à renseigner pour tous les établissements.

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
Code gestion	2	18	19			O	Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale
Date de naissance du bénéficiaire	8	20	27	2	96-101	O	Indiquer ici la date de naissance du bénéficiaire. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAA
Sexe du bénéficiaire	1	28	28			O	
N° administratif de séjour	20	29	48			O	
N° format VID-HOSP	4	49	52			O	V009

Justification d'exonération ou de modulation du ticket modérateur	1	53	53	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	54	54	3	70	F	
Nature d'assurance	2	55	56	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	57	58	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	59	59			O	
Motif de la non facturation à l'assurance maladie	1	60	60			N	
Facturation du 18 €	1	61	61			O	
Nombre de venues de la facture	4	62	65			O	
Montant à facturer au titre du TM	10	66	75			O	
Montant à facturer au titre du FJ	10	76	85			O	
Montant total du séjour remboursable pour l'AMO (ie hors prestations annexes)	10	86	95			O	
Montant lié à la majoration au parcours de soins	4	96	99			O	
Montant base remboursement	10	100	109			O	
Taux de remboursement	5	110	114			O	
Patient bénéficiaire de la CMU	1	115	115			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information
N° administratif de séjour de la mère	20	116	135			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	136	136			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Hospitalisation pour prélèvement d'organe	1	137	137			F	1 pour oui laisser à vide sinon
Date de l'hospitalisation	8	138	145	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					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.
		146	155				
Code participation assuré	1	156	156	3	117	F	
N° d'entrée	9	157	165	2	40-48	O	N° attribué par l'établissement
Rang de naissance	1	166	166	2	102	F	
Rang du bénéficiaire	3	167	169	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	170	172	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	173	176	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	177	177	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	178	185	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	186	193	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	194	196	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	197	199	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	200	208	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	209	209	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	210	217	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	218	225	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	226	235	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	236	241	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	242	242	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	243	267	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	268	282	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	283	283	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	284	284			F	0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable

Etablissement de Transfert	14	285	298	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Etablissement de Retour	14	299	312	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	313	314			O	
DMT n°1	Discipline de prestations (ex DMT)	3		3	41-43	F	
	Mode de traitement	2		3	39-40	F	
	Date de début de séjour	8		3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Date de fin de séjour	8		3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Prix unitaire	7		3	76-82	O	5+2
	Base de remboursement	8		3	83-90	O	6+2
	Taux applicable à la prestation	3		3	91-93	O	
	Montant remboursable par la caisse	8		3	94-101	O	6+2
...							
DMT n° N	Discipline de prestations (ex DMT)	3		3	41-43	F	
	Mode de traitement	2		3	39-40	F	
	Date de début de séjour	8		3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Date de fin de séjour	8		3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	Prix unitaire	7		3	76-82	O	5+2
	Base de remboursement	8		3	83-90	O	6+2
	Taux applicable à la prestation	3		3	91-93	O	
	Montant remboursable par la caisse	8		3	94-101	O	6+2

* Norme B2 Juin 2005 - Addenda D (cf. www.ameli.fr dans "Documentation technique>Norme B2>Cahiers des charges de la norme B2")

HOSP-PMSI

Libelle	Taille	Position	Remarques
N° de séjour (RPS)	20	1-20	Obligatoire
N° administratif du séjour	20	21-40	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

Formats concernant le secteur ex-OQN uniquement

HOSP-FACT

Libelle	Taille	Position	Remarques
N° de séjour	20	1- 20	Obligatoire : doit être strictement identique à celui des RPS (position 58 -77)
N° d'entrée	9	21-29	Obligatoire : doit être strictement identique à celui des RSF (position 21 – 29)

RSF (Factures)

RSF A : Début de facture

Libellé	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Commentaire
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=A
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Sexe	20	20	1	RPSS	70	
Numéro d'entrée	21	29	9	Type 2 CP	40	
Code civilité	30	30	1	Type 2B	40	Recodage : M=1/MME=2/ML=2/SAN=3
N° immatriculation assuré	31	43	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	44	45	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	46	48	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	49	57	9	Type 2 CP	30	
Nature opération	58	58	1	Type 2 CP	39	
Nature assurance	59	60	2	Type 2 CP	77	
Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire	61	62	2	Type 2 CP	117	
Justification d'exonération du TM	63	63	1	Type 2 CP	79	
Code de prise en charge	64	64	1	Note n°1		1=A avec/2=A sans/3=NA avec /4=NA sans /5=NN
Code Gd régime	65	66	2	Type 2 CP	49	
Date Naissance	67	74	8	Type 2 CP	96	modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Rang de naissance	75	75	1	Type 2 CP	102	
Date d'entrée	76	83	8	Type 2 CP	103	modification liée au format de la date

Date de sortie	84	91	8	Type 2 CP	109	modification liée au format de la date
Total Base Remboursement Prestation hospitalière	92	99	8	Type 5 CP	42	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable AMO Prestation hospitalières	100	107	8	Type 5 CP	50	id
Total honoraire Facturé	108	115	8	Type 5 CP	58	Total des lignes de type 4 (RSF C et M)
Total honoraire remboursable AM	116	123	8	Type 5 CP	66	id
Total participation assuré avant OC	124	131	8	Type 5 CP	74	Total des lignes de type 3 (RSF B et P)
Total remboursable OC pour les PH	132	139	8	Type 5 CP	82	
Total remboursable OC pour les honoraires	140	147	8	Type 5 CP	90	
Montant total facturé pour PH	148	155	8	Type 5 CP	115	
Etat de liquidation de la facture	156	156	1	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 suivants

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=4

Les nouveaux-nés dont la prise en charge est réalisée sur la facture de la mère -> code PEC=5

Note 2 : A 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	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=B
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	47	55	9	Type 3 CP	30	
Mode de traitement	56	57	2	Type 3 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	58	60	3	Type 3 CP	41	
Date de début de séjour	61	68	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	69	76	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Code acte	77	81	5	Type 3 CP	56	4+1
Quantité	82	84	3	Type 3 CP	61	
Justification exonération TM	85	85	1	Type 3 CP	64	
Coefficient	86	90	5	Type 3 CP	65	3+2
Code prise en charge FJ	91	91	1	Type 3 CP	70	
Coefficient MCO/HAD	92	96	5	Type 3 CP	71	Non utilisé en psychiatrie
Prix Unitaire	97	103	7	Type 3 CP	76	5+2

Montant Base remboursement	104	111	8	Type 3 CP	83	0 par défaut(6+2)
Taux applicable à la prestation	112	114	3	Type 3 CP	91	
Montant Remboursable par la caisse (AMO)	115	122	8	Type 3 CP	94	0 par défaut (6+2)
Montant total de la dépense	123	130	8	Type 3 CP	102	0 par défaut (6+2)
Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC)	131	137	7	Type 3 CP	122	0 par défaut (5+2)
N° de GHS/GHT	138	141	4	Type 3 CP	110	Non utilisé en psychiatrie
Montant remboursé NOEMIE Retour	142	149	8	Entité NOP-PHS	47	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	150	152	3	Entité NOP-MFI	27	3 espaces si aucune

RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=l
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	47	55	9	Type 3S CP	30	
Date de début de séjour	56	63	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Date de fin de séjour	64	71	8	Type 3 CP	50	Attention format de date différent
Nature d'interruption ou de fin de séjour	72	72	1	Type 3S	81	
Etablissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte	73	86	14	Type 3S	67	N° FINESS

Note : Attention, les informations concernant les dates de débuts 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 RSFI ne doit être produit qu'en cas de mutation

RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=P
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° de facture	47	55	9	Type 3F CP	27	
Date de début de séjour	56	63	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code référence LPP	64	76	13	Type 3F	43	
Quantité	77	78	2	Type 3F	70	
Tarif référence LPP/ Prix Unitaire sur devis	79	85	7	Type 3F	72	5+2
Montant total facturé	86	92	7	Type 3F	79	0 par défaut (5+2)
Prix d'achat unitaire	93	99	7	Type 3F	86	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	100	106	7	Type 3F	93	5+2
Montant total de l'écart indemnisable	107	113	7	Type 3F	100	5+2

Note : Attention la date de début de séjour provient de l'enregistrement de type 3 présent avant tout enregistrement de type 3F dans le cas de la pose de prothèse soumise au LPP. Dans ce cas elle correspond à la date de pose de la (des) prothèse(s)

RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=H
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° facture	47	55	9	Type 2 CP	30	
Date de début de séjour	56	63	8	Type 3 CP	44	Attention format de date différent
Code UCD	64	70	7	Type 3H	49	
Coefficient de fractionnement	71	75	5	Type 3H	57	1+4 (10000 par défaut)
Prix d'achat unitaire TTC	76	82	7	Type 3H	67	5+2
Montant unitaire de l'écart indemnisable	83	89	7	Type 3H	74	0 par défaut (5+2)
Montant total de l'écart indemnisable	90	96	7	Type 3H	81	5+2
Quantité	97	99	3	Type 3H	88	
Montant total facturé TTC	100	106	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	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=C
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° facture	47	55	9	Type 2 CP	30	
Mode de traitement	56	57	2	Type 4 CP	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	58	60	3	Type 4 CP	41	
Justification exo TM	61	61	1	Type 4 CP	54	
Date de l'acte	62	69	8	Type 4 CP	70	Attention format de date différent
Code acte	70	74	5	Type 4 CP	76	
Quantité	75	76	2	Type 4 CP	81	
Coefficient	77	82	6	Type 4 CP	83	
Dénombrement	83	84	2	Type 4 CP	89	
Prix Unitaire	85	91	7	Type 4 CP	91	
Montant Base remboursement	92	98	7	Type 4 CP	98	0 par défaut
Taux Remboursement	99	101	3	Type 4 CP	105	

Montant Remboursable par AMO	102	108	7	Type 4 CP	108	0 par défaut
Montant des honoraire (dépassement compris)	109	115	7	Type 4 CP	115	0 par défaut
Montant remboursable par AMC	116	121	6	Type 4 CP	123	0 par défaut
Montant remboursé NOEMIE Retour	122	129	8	Entité NOP-PHS	47	0 par défaut
Nature opération récupération NOEMIE Retour	130	132	3	Entité NOP-MFI	27	3 espaces si aucune

RSF M : CCAM

Libellé	Déb	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=M
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPSS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPSS	13	
Numéro d'entrée	20	28	9	Type 2 CP	40	
N° immatriculation assuré	29	41	13	Type 2 CP	12	
Clé du n° immatriculation	42	43	2	Type 2 CP	25	
Rang de bénéficiaire	44	46	3	Type 2 CP	27	
N° facture	47	55	9	Type 2 CP	30	
Mode de traitement	56	57	2	Type 4 M	39	
Discipline de prestation (ex DMT)	58	60	3	Type 4 CP	41	
Date de l'acte	61	68	8	Type 4 CP	68	Attention format de date différent
Code CCAM	69	81	13	Type 4 M	43	
Extension documentaire	82	82	1	Type 4 M	56	
Activité	83	83	1	Type 4 M	57	
Phase	84	84	1	Type 4 M	58	
Modificateur 1	85	85	1	Type 4 M	59	
Modificateur 2	86	86	1	Type 4 M	60	
Modificateur 3	87	87	1	Type 4 M	61	
Modificateur 4	88	88	1	Type 4 M	62	

Association non prévue	89	89	1	Type 4 M	63	
Code remb exceptionnel	90	90	1	Type 4 M	64	
N° dent 1	91	92	2	Type 4 M	71	
N° dent 2	93	94	2	Type 4 M	73	
N° dent 3	95	96	2	Type 4 M	75	
N° dent 4	97	98	2	Type 4 M	77	
N° dent 5	99	100	2	Type 4 M	79	
N° dent 6	101	102	2	Type 4 M	81	
N° dent 7	103	104	2	Type 4 M	83	
N° dent 8	105	106	2	Type 4 M	85	
N° dent 9	107	108	2	Type 4 M	87	
N° dent 10	109	110	2	Type 4 M	89	
N° dent 11	111	112	2	Type 4 M	91	
N° dent 12	113	114	2	Type 4 M	93	
N° dent 13	115	116	2	Type 4 M	95	
N° dent 14	117	118	2	Type 4 M	97	
N° dent 15	119	120	2	Type 4 M	99	
N° dent 16	121	122	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	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)

25/11/2013

Quantité acte 5	2	141	142	Type 4 B	119	
Code acte 5	8	143	150	Type 4 B	121	