

# Description des formats de fichiers en psychiatrie applicables à compter du 01/01/2016

# Objet de ce document

---

Ce document décrit les formats des fichiers en psychiatrie applicables à partir du 01/01/2016. Les **modifications** apportées par rapport à 2015 sont représentées sur **fond jaune**. Les informations sur **fond orange** sont les formats inchangés mais importants à retenir. Une notice technique décrivant les nouveautés 2016 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

<b>OBJET DE CE DOCUMENT</b>	<b>2</b>
<b>FORMATS CONCERNANT TOUS LES ÉTABLISSEMENTS</b>	<b>5</b>
RPS .....	5
RAA .....	7
<b>FORMATS CONCERNANT LES ÉTABLISSEMENTS FINANCÉS PAR DOTATION ANNUELLE UNIQUEMENT</b>	<b>8</b>
VID-HOSP .....	8
HOSP-PMSI .....	15
<b>FORMATS CONCERNANT LE SECTEUR EX-OQN UNIQUEMENT</b>	<b>16</b>
HOSP-FACT .....	16
RSF (Factures) .....	17
RSF A : Début de facture	17
RSF B : Prestations Hospitalières	20
RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour	22
RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses	23

RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments	24
RSF C : Honoraire	25
RSF M : CCAM	27
RSF-L : Codage affiné des actes de biologie	29

# 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	
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	
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

# Formats concernant les établissements financés par dotation annuelle uniquement

## VID-HOSP

Etablissements expérimentateurs FIDES : toutes les variables doivent être renseignées selon les consignes de remplissage fournies  
Etablissements non expérimentateurs : seules les variables sur fond bleu, jaune ou bleu gris doivent être renseignées.

NOM	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2 *)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes
N° immatriculation assuré	13	1	13	2	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. <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	V010
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 (i.e. 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). <b>ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA</b>
Montant total du séjour remboursable pour l'AMC	10	146	155			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	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
Filler	9	177	185			F	Réservé pour usage futur
Confirmation de la prise en charge dans le cadre du dispositif des soins urgents	1	186	186				1 pour oui laisser à vide sinon
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	9	187	195	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	196	205	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	206	206	2	58	O	Voir codification en annexe 8 - JUSTIFICATION DES DROITS AMO
Prise en charge établie le	8	207	214	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 JJMMAAA</b>
Attestation de droits, carte Vitale ou prise en charge valable à compter du.	8	215	222	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 JJMMAAA</b>
Délivrée par	3	223	225	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	226	228	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	229	229	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	230	237	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	238	245	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>
Complément au numéro de titre de recette	6	246	251	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	252	252	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	253	277	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	278	292	2S	97-111	F	A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté.
Indicateur du parcours de soins	1	293	293	2S	121	F	Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25.
CMUC en gestion unique	1	294	294			F	0 : Non   1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable
Établissement de Transfert	14	295	308	3S	67-80	F	N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h
Établissement de Retour	14	309	322	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	323	324			O	
DMT n°1	3			3	41-43	F	
	2			3	39-40	F	
	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	7			3	76-82	O	5+2
	8			3	83-90	O	6+2
	3			3	91-93	O	
	8			3	94-101	O	6+2
...							
DMT n° N	3			3	41-43	F	
	2			3	39-40	F	
	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
	7			3	76-82	O	5+2
	8			3	83-90	O	6+2
	3			3	91-93	O	
	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

---

Libelle	Taille	Début	Fin	Remarques
N° de séjour (RPS)	20	1	20	Obligatoire
N° administratif du séjour	20	21	10	Obligatoire : doit être strictement identique à celui de VID-HOSP

# Formats concernant le secteur ex-OQN uniquement

---

## HOSP-FACT

---

Libelle	Taille	Début	Fin	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	RPS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPS	13	
Sexe	20	20	1	RPS	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	<b>Note n°1</b>		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 <b>Note 2</b>		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
N° d'organisme complémentaire	167	176	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 <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.
Numéro accident du travail ou date d'accident de droit commun	177	185	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 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	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=B
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPS	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	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=l
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPS	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	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=P
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPS	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	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=H
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPS	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	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=C
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPS	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	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	
Type d'enregistrement	1	1	1	na		Valeur=M
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPS	4	
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPS	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	Début	Fin	Taille	Référence	Position référence	Remarques
Type d'enregistrement	1	1	1	NA		Valeur=L
Numéro FINESS d'inscription ePMSI	2	10	9	RPS		
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	11	19	9	RPS		
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	
Date de l'acte 1	61	68	8	Type 4 B	49	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 1	69	70	2	Type 4 B	55	
Code acte 1	71	78	8	Type 4 B	57	
Date de l'acte 2	79	86	8	Type 4 B	65	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 2	87	88	2	Type 4 B	71	
Code acte 2	89	96	8	Type 4 B	73	
Date de l'acte 3	97	104	8	Type 4 B	81	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 3	105	106	2	Type 4 B	87	
Code acte 3	107	114	8	Type 4 B	89	
Date de l'acte 4	115	122	8	Type 4 B	97	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)
Quantité acte 4	123	124	2	Type 4 B	103	
Code acte 4	125	132	8	Type 4 B	105	
Date de l'acte 5	133	140	8	Type 4 B	113	Modification liée au format de la date (JJMMAAAA)

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