

Description des formats de fichiers en psychiatrie applicables à compter du 01/01/2019

Objet de ce document

Ce document décrit les formats des fichiers en psychiatrie applicables à partir du 01/01/2019. 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 2019 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 23/04/2019 :

- Ajout du format du FICHSUP « Transport inter-établissements »

Modification du 17/05/2019 :

- Dans le format FICHSUP « Transport inter-établissements », le libellé « nombre de séjours » a été remplacé par « nombre de suppléments ».

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| OBJET DE CE DOCUMENT | 2 |
| FORMATS CONCERNANT TOUS LES ETABLISSEMENTS | 5 |
| RPS | 5 |
| RAA..... | 9 |
| Fichiers complémentaires..... | 10 |
| FICHCOMP Isolement et contention | 10 |
| FORMATS CONCERNANT LES ETABLISSEMENTS FINANCES PAR DOTATION ANNUELLE UNIQUEMENT | 11 |
| VID-HOSP | 11 |
| HOSP-PMSI | 20 |
| FICHSUP..... | 21 |
| Transports inter-établissements | 21 |
| FORMATS CONCERNANT LE SECTEUR EX-OQN UNIQUEMENT | 22 |
| HOSP-FACT | 22 |
| RSF (Factures)..... | 23 |

| | |
|--|----|
| RSF A : Début de facture | 23 |
| RSF B : Prestations Hospitalières | 26 |
| RSF I : Prestation Hospitalière : interruption de séjour | 28 |
| RSF P : Prestations Hospitalières Prothèses | 29 |
| RSF H : Prestations Hospitalières Médicaments | 31 |
| RSF C : Honoraire | 33 |
| RSF M : CCAM | 35 |
| RSF-L : Codage affiné des actes de biologie | 37 |

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 | P08 |
| 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 | |
| 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 | |
| Nombre d'actes CCAM | | 2 | 151 | 152 | O | Droite/Zéro | |
| Diagnostic ou facteur associé 1 | | 8 | 153 | 160 | F | Gauche/Espace | CIM 10 + extensions |
| | | | | | | | |
| Diagnostic ou facteur associé n | | 8 | 153+n*8 | 160+n*8 | F | Gauche/Espace | CIM 10 + extensions |
| Acte CCAM n° 1 | Date de réalisation | 8 | | | O | NA/NA | JJMMAAAA |
| | Code CCAM | 7 | | | O | A | NA/NA |
| | Extension PMSI | 3 | | | F | A | NA/NA |
| | Code de la phase | 1 | | | O | NA/NA | CCAM |
| | Code de l'activité | 1 | | | O | NA/NA | CCAM |
| | Extension documentaire | 1 | | | F | NA/NA | CCAM |
| | Nombre de réalisations | 2 | | | O | Droite/Zéro | |
| ... | | | | | | | |
| Acte CCAM n° n | Date de réalisation | 8 | | | O | NA/NA | JJMMAAAA |
| | Code CCAM | 7 | | | O | A | NA/NA |
| | Extension PMSI | 3 | | | F | A | NA/NA |
| | Code de la phase | 1 | | | O | NA/NA | CCAM |
| | Code de l'activité | 1 | | | O | NA/NA | CCAM |

| | | | | | | |
|------------------------|---|--|--|---|-------------|------|
| Extension documentaire | 1 | | | F | NA/NA | CCAM |
| Nombre de réalisations | 2 | | | O | Droite/Zéro | |

(*) 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 | P09 |
| 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 | 2 | 91 | 92 | O | Droite/Zéro | |
| Diagnosics et facteurs associés | 8 | 93 | 100 | F | Gauche/Espace | CIM 10 + extensions |
| | | | | | | |

Fichiers complémentaires

FICHCOMP Isolement et contention

| Libellé | Taille | Début | Fin | Remarques |
|-------------------------------|--------|-------|-----|---|
| N° FINESS d'inscription ePMSI | 9 | 1 | 9 | |
| Type de prestation | 2 | 10 | 11 | Fixé à « 12 » |
| N° de séjour | 20 | 12 | 31 | variable présente dans le RPS |
| N° de mesure | 7 | 32 | 38 | Interne à la structure |
| Type de contention/ isolement | 1 | 39 | 39 | De A à E Instruction N°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 (annexe 1 et 2) |
| Date de début de mesure | 8 | 40 | 47 | JJMMAAAA |
| Heure de début de mesure | 4 | 48 | 51 | HHMM (24h) |
| Date de fin de mesure | 8 | 52 | 59 | JJMMAAAA (*) |
| Heure de fin de mesure | 4 | 60 | 63 | HHMM (24h) (*) |

(*) laisser à blanc si mesure encore en cours

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 | 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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA |
| Sexe du bénéficiaire | 1 | 28 | 28 | | | O | |
| N° administratif de séjour | 20 | 29 | 48 | | | O | |
| N° format VID-HOSP | 4 | 49 | 52 | | | O | V013 |

| | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|---------|---|--|
| 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). ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA |
| 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 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. |
| 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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA |
| 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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA |
| 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. ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA |
| 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. |
| Numéro d'identification permanent du patient (IPP) | 20 | 354 | 373 | | | O | |
| Complément au numéro de titre de recette | 6 | 374 | 379 | 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 | 380 | 380 | 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 | 381 | 405 | 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 | 406 | 420 | 2S | 97-111 | F | A renseigner pour les factures médecins : Obligatoire si le patient est orienté. |
| Indicateur du parcours de soins | 1 | 421 | 421 | 2S | 121 | F | Valeurs possibles dans le cadre du parcours de soins : Cf. annexe 25. |
| CMUC en gestion unique | 1 | 422 | 422 | | | F | 0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information ou non applicable |
| Établissement de Transfert | 14 | 423 | 436 | 3S | 67-80 | F | N° FINESS de l'établissement destinataire en cas de transfert > 48h |
| Établissement de Retour | 14 | 437 | 450 | 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 | 451 | 452 | | | 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 | 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 |

FICHSUP

Transports inter-établissements

| Libellé | Taille | Début | Fin | Remarques |
|-------------------------------|--------|-------|-----|--------------------------------------|
| Numéro FINESS ePMSI | 9 | 1 | 9 | |
| Type de fichier | 3 | 10 | 12 | Egal à Y01 |
| Année période de transmission | 4 | 13 | 16 | Format AAAA |
| Mois période de transmission | 2 | 17 | 18 | Ex : 03 pour la transmission de mars |
| Code | 3 | 19 | 21 | valeur égale à ST1, ST2 ou ST3 |
| Nombre de suppléments | 10 | 22 | 31 | |

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 | 1 | |
| Numéro FINESS de l'établissement (site géographique) | 11 | 19 | 9 | RPS | 10 | |
| N° d'entrée | 20 | 28 | 9 | Type 2 CP | 40 | |
| Sexe | 29 | 29 | 1 | RPS | 50 | |
| 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 | |
| N° immatriculation individuel | 58 | 70 | 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 | 71 | 72 | 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 | 73 | 73 | 1 | NA | NA | Blancs |
| Nature opération | 74 | 74 | 1 | Type 2 CP | 39 | |
| Nature assurance | 75 | 76 | 2 | Type 2 CP | 77 | |
| Type de contrat souscrit auprès d'un organisme complémentaire | 77 | 78 | 2 | Type 2 CP | 117 | |
| Justification d'exonération du TM | 79 | 79 | 1 | Type 2 CP | 79 | |

| | | | | | | |
|--|-----|-----|----|------------------|-----|--|
| Filler | 80 | 80 | 1 | | | |
| Code de prise en charge | 81 | 81 | 1 | Note n°1 | | 1=A avec/2=A sans/3=NA avec /4=NA sans /5=NN |
| Filler | 82 | 82 | 1 | | | |
| Code Gd régime | 83 | 84 | 2 | Type 2 CP | 49 | |
| Date Naissance | 85 | 92 | 8 | Type 2 CP | 96 | modification liée au format de la date (JJMMAAAA) |
| Rang de naissance | 93 | 93 | 1 | Type 2 CP | 102 | |
| Date d'entrée | 94 | 101 | 8 | Type 2 CP | 103 | modification liée au format de la date |
| Date de sortie | 102 | 109 | 8 | Type 2 CP | 109 | modification liée au format de la date |
| Filler | 110 | 114 | 5 | Type 2C | 91 | |
| Total Base Remboursement Prestation hospitalière | 115 | 122 | 8 | Type 5 CP | 42 | Total des lignes de type 3 (RSF B et P) |
| Total remboursable AMO Prestation hospitalières | 123 | 130 | 8 | Type 5 CP | 50 | id |
| Total honoraire Facturé | 131 | 138 | 8 | Type 5 CP | 58 | Total des lignes de type 4 (RSF C et M) |
| Total honoraire remboursable AM | 139 | 146 | 8 | Type 5 CP | 66 | id |
| Total participation assuré avant OC | 147 | 154 | 8 | Type 5 CP | 74 | Total des lignes de type 3 (RSF B et P) |
| Total remboursable OC pour les PH | 155 | 162 | 8 | Type 5 CP | 82 | |
| Total remboursable OC pour les honoraires | 163 | 170 | 8 | Type 5 CP | 90 | |
| Montant total facturé pour PH | 171 | 178 | 8 | Type 5 CP | 115 | |
| Etat de liquidation de la facture | 179 | 179 | 1 | cf Note 2 | | liquidation complète=1, partielle=2, non liquidée=3, inconnu=9 |
| Patient bénéficiaire de la CMU | 180 | 180 | 1 | | | 0 : Non 1 : Oui, laisser à vide si pas d'information |
| Code gestion | 181 | 182 | 2 | | | Reporter l'information figurant dans la zone « régime obligatoire » de la carte vitale |
| Filler | 183 | 191 | 9 | | | Réservé à un usage futur |
| N° d'organisme complémentaire | 192 | 201 | 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 | 202 | 210 | 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 | |
| N° immatriculation individuel | 56 | 68 | 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 | 69 | 70 | 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 | 71 | 72 | 2 | Type 3 CP | 39 | |
| Discipline de prestation (ex DMT) | 73 | 75 | 3 | Type 3 CP | 41 | |
| Justification exonération TM | 76 | 76 | 1 | Type 3 CP | 64 | |
| Filler | 77 | 78 | 2 | | | Blancs |
| Date de début de séjour | 79 | 86 | 8 | Type 3 CP | 44 | Attention format de date différent |
| Date de fin de séjour | 87 | 94 | 8 | Type 3 CP | 50 | Attention format de date différent |
| Code acte | 95 | 99 | 5 | Type 3 CP | 56 | 4+1 |

| | | | | | | |
|---|-----|-----|---|----------------|-----|----------------------------|
| Quantité | 100 | 102 | 3 | Type 3 CP | 61 | |
| Coefficient | 103 | 107 | 5 | Type 3 CP | 65 | 3+2 |
| Code prise en charge FJ | 108 | 108 | 1 | Type 3 CP | 70 | |
| Coefficient MCO/HAD | 109 | 113 | 5 | Type 3 CP | 71 | Non utilisé en psychiatrie |
| Filler | 114 | 115 | 2 | na | na | Blancs |
| Prix Unitaire | 116 | 122 | 7 | Type 3 CP | 76 | 5+2 |
| Montant Base remboursement | 123 | 130 | 8 | Type 3 CP | 83 | 0 par défaut(6+2) |
| Taux applicable à la prestation | 131 | 133 | 3 | Type 3 CP | 91 | |
| Montant Remboursable par la caisse (AMO) | 134 | 141 | 8 | Type 3 CP | 94 | 0 par défaut (6+2) |
| Montant total de la dépense | 142 | 149 | 8 | Type 3 CP | 102 | 0 par défaut (6+2) |
| Montant remboursable par l'organisme complémentaire (AMC) | 150 | 156 | 7 | Type 3 CP | 122 | 0 par défaut (5+2) |
| N° de GHS/GHT | 157 | 160 | 4 | Type 3 CP | 110 | Non utilisé en psychiatrie |
| Montant remboursé NOEMIE Retour | 161 | 168 | 8 | Entité NOP-PHS | 47 | 0 par défaut |
| Nature opération récupération NOEMIE Retour | 169 | 171 | 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=I |
| 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 | |
| N° immatriculation individuel | 56 | 68 | 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 | 69 | 70 | 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 | 71 | 78 | 8 | Type 3 CP | 44 | Attention format de date différent |
| Date de fin de séjour | 79 | 86 | 8 | Type 3 CP | 50 | Attention format de date différent |
| Nature d'interruption ou de fin de séjour | 87 | 87 | 1 | Type 3S | 81 | |
| Etablissement de transfert ou de retour ou lieu d'exécution de l'acte | 88 | 101 | 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 | |
| N° immatriculation individuel | 56 | 68 | 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 | 69 | 70 | 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 | 71 | 78 | 8 | Type 3 CP | 44 | Attention format de date différent |
| Code référence LPP | 79 | 91 | 13 | Type 3F | 43 | |
| Quantité | 92 | 93 | 2 | Type 3F | 70 | |
| Tarif référence LPP/ Prix Unitaire sur devis | 94 | 100 | 7 | Type 3F | 72 | 5+2 |
| Montant total facturé | 101 | 107 | 7 | Type 3F | 79 | 0 par défaut (5+2) |
| Prix d'achat unitaire | 108 | 114 | 7 | Type 3F | 86 | 5+2 |
| Montant unitaire de l'écart indemnisable | 115 | 121 | 7 | Type 3F | 93 | 5+2 |
| Montant total de l'écart indemnisable | 122 | 128 | 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 | |
| N° immatriculation individuel | 56 | 68 | 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 | 69 | 70 | 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 | 71 | 78 | 8 | Type 3 CP | 44 | Attention format de date différent |
| Code UCD | 79 | 85 | 7 | Type 3H | 49 | |
| Coefficient de fractionnement | 86 | 90 | 5 | Type 3H | 57 | 1+4 (10000 par défaut) |
| Prix d'achat unitaire TTC | 91 | 97 | 7 | Type 3H | 67 | 5+2 |
| Montant unitaire de l'écart indemnisable | 98 | 104 | 7 | Type 3H | 74 | 0 par défaut (5+2) |
| Montant total de l'écart indemnisable | 105 | 111 | 7 | Type 3H | 81 | 5+2 |
| Quantité | 112 | 114 | 3 | Type 3H | 88 | |
| Montant total facturé TTC | 115 | 121 | 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 | |
| N° immatriculation individuel | 56 | 68 | 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 | 69 | 70 | 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 | 71 | 72 | 2 | Type 4 CP | 39 | |
| Discipline de prestation (ex DMT) | 73 | 75 | 3 | Type 4 CP | 41 | |
| Justification exo TM | 76 | 76 | 1 | Type 4 CP | 54 | |
| Spécialité exécutant | 77 | 78 | 2 | Type 4 CP | 68 | Liste des codes : NOEMIE OC entité EXE-SPE annexe 17 |
| Date de l'acte | 79 | 86 | 8 | Type 4 CP | 70 | Attention format de date différent |
| Code acte | 87 | 91 | 5 | Type 4 CP | 76 | |
| Quantité | 92 | 93 | 2 | Type 4 CP | 81 | |

| | | | | | | |
|---|-----|-----|---|----------------|-----|---------------------|
| Coefficient | 94 | 99 | 6 | Type 4 CP | 83 | |
| Dénombrement | 100 | 101 | 2 | Type 4 CP | 89 | |
| Prix Unitaire | 102 | 108 | 7 | Type 4 CP | 91 | |
| Montant Base remboursement | 109 | 115 | 7 | Type 4 CP | 98 | 0 par défaut |
| Taux Remboursement | 116 | 118 | 3 | Type 4 CP | 105 | |
| Montant Remboursable par AMO | 119 | 125 | 7 | Type 4 CP | 108 | 0 par défaut |
| Montant des honoraire (dépassement compris) | 126 | 132 | 7 | Type 4 CP | 115 | 0 par défaut |
| Montant remboursable par AMC | 133 | 138 | 6 | Type 4 CP | 123 | 0 par défaut |
| Montant remboursé NOEMIE Retour | 139 | 146 | 8 | Entité NOP-PHS | 47 | 0 par défaut |
| Nature opération récupération NOEMIE Retour | 147 | 149 | 3 | Entité NOP-MFI | 27 | 3 espaces si aucune |
| Filler | 150 | 156 | 7 | | | |

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 | |
| N° immatriculation individuel | 56 | 68 | 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 | 69 | 70 | 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 | 71 | 72 | 2 | Type 4 M | 39 | |
| Discipline de prestation (ex DMT) | 73 | 75 | 3 | Type 4 CP | 41 | |
| Date de l'acte | 76 | 83 | 8 | Type 4 CP | 68 | Attention format de date différent |
| Code CCAM | 84 | 96 | 13 | Type 4 M | 43 | |
| Extension documentaire | 97 | 97 | 1 | Type 4 M | 56 | |
| Activité | 98 | 98 | 1 | Type 4 M | 57 | |
| Phase | 99 | 99 | 1 | Type 4 M | 58 | |

| | | | | | | |
|------------------------|-----|-----|---|----------|-----|--|
| Modificateur 1 | 100 | 100 | 1 | Type 4 M | 59 | |
| Modificateur 2 | 101 | 101 | 1 | Type 4 M | 60 | |
| Modificateur 3 | 102 | 102 | 1 | Type 4 M | 61 | |
| Modificateur 4 | 103 | 103 | 1 | Type 4 M | 62 | |
| Association non prévue | 104 | 104 | 1 | Type 4 M | 63 | |
| Code remb exceptionnel | 105 | 105 | 1 | Type 4 M | 64 | |
| N° dent 1 | 106 | 107 | 2 | Type 4 M | 71 | |
| N° dent 2 | 108 | 109 | 2 | Type 4 M | 73 | |
| N° dent 3 | 110 | 111 | 2 | Type 4 M | 75 | |
| N° dent 4 | 112 | 113 | 2 | Type 4 M | 77 | |
| N° dent 5 | 114 | 115 | 2 | Type 4 M | 79 | |
| N° dent 6 | 116 | 117 | 2 | Type 4 M | 81 | |
| N° dent 7 | 118 | 119 | 2 | Type 4 M | 83 | |
| N° dent 8 | 120 | 121 | 2 | Type 4 M | 85 | |
| N° dent 9 | 122 | 123 | 2 | Type 4 M | 87 | |
| N° dent 10 | 124 | 125 | 2 | Type 4 M | 89 | |
| N° dent 11 | 126 | 127 | 2 | Type 4 M | 91 | |
| N° dent 12 | 128 | 129 | 2 | Type 4 M | 93 | |
| N° dent 13 | 130 | 131 | 2 | Type 4 M | 95 | |
| N° dent 14 | 132 | 133 | 2 | Type 4 M | 97 | |
| N° dent 15 | 134 | 135 | 2 | Type 4 M | 99 | |
| N° dent 16 | 136 | 137 | 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 | |
| N° immatriculation individuel | 56 | 68 | 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 | 69 | 70 | 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 | 71 | 72 | 2 | Type 4 CP | 39 | |
| Discipline de prestation (ex DMT) | 73 | 75 | 3 | Type 4 CP | 41 | |
| Date de l'acte 1 | 76 | 83 | 8 | Type 4 B | 49 | Modification liée au format de la date (JJMMAAAA) |
| Quantité acte 1 | 84 | 85 | 2 | Type 4 B | 55 | |
| Code acte 1 | 86 | 93 | 8 | Type 4 B | 57 | |
| Date de l'acte 2 | 94 | 101 | 8 | Type 4 B | 65 | Modification liée au format de la date (JJMMAAAA) |
| Quantité acte 2 | 102 | 103 | 2 | Type 4 B | 71 | |
| Code acte 2 | 104 | 111 | 8 | Type 4 B | 73 | |
| Date de l'acte 3 | 112 | 119 | 8 | Type 4 B | 81 | Modification liée au format de la date (JJMMAAAA) |

| | | | | | | |
|------------------|-----|-----|---|----------|-----|---|
| Quantité acte 3 | 120 | 121 | 2 | Type 4 B | 87 | |
| Code acte 3 | 122 | 129 | 8 | Type 4 B | 89 | |
| Date de l'acte 4 | 130 | 137 | 8 | Type 4 B | 97 | Modification liée au format de la date (JJMMAAAA) |
| Quantité acte 4 | 138 | 139 | 2 | Type 4 B | 103 | |
| Code acte 4 | 140 | 147 | 8 | Type 4 B | 105 | |
| Date de l'acte 5 | 148 | 155 | 8 | Type 4 B | 113 | Modification liée au format de la date (JJMMAAAA) |
| Quantité acte 5 | 156 | 157 | 2 | Type 4 B | 119 | |
| Code acte 5 | 158 | 165 | 8 | Type 4 B | 121 | |