

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 »

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 séjours	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	