

## FAQ - Pseudo-codes Transparence

### Contenu :

- 1 Pourquoi ? Quel est le contexte (fondement légal) - « Loi Transparence » et « Règlement »
- 2 Application pratique de la « Loi Transparence » et du « Règlement » ?
- 3 Précisions concernant certaines notions - lexique?
- 4 Champ d'application de la Loi Transparence ?
- 5 Divers

### 1 Pourquoi ? Quel est le contexte (fondement légal) - « Loi Transparence » et « Règlement »

L'obligation de fournir des informations complémentaires relatives aux prestations ambulatoires découle de [l'arrêté royal du 28 juin 2023](#) portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéas 1er, 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

### 2 Application pratique de la « Loi Transparence » et du « Règlement » ?

#### 1. Comment transmettre les données demandées dans la pratique ?

En ce qui concerne les prestations ambulatoires, comme le prévoit la Loi Transparence (exécutée [par l'AR du 28 juin 2023](#) précité), à partir du 01.10.2024, un [règlement](#) a créé l'obligation, lors de la facturation électronique, de transmettre des données supplémentaires via des pseudocodes, ci-après dénommés **codes de transparence**, à l'organisme assureur (OA).

Quatre catégories de codes de transparence sont prévues pour transférer les données :

#### Catégorie 1 :

Dans le cadre d'un supplément, le montant doit être déclaré depuis le 01/09/2023. Les codes de transparence [384075](#), [384090](#), [384112](#), [384134](#) permettent d'indiquer de façon facultative la raison pour laquelle un supplément est porté en compte depuis le 01/10/2024.

**Catégorie 2 :** les prestations remboursables par l'assurance obligatoire sous certaines conditions, mais pour lesquelles les conditions de remboursement ne sont pas remplies : [384215](#)

**Catégorie 3 :** les prestations ne donnant pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire : [384230](#)

**Catégorie 4 : Pour le matériel, la technique ou les instruments**, qui ne sont ni compris dans l'honoraire de la prestation remboursable **ni** remboursés autrement par l'assurance soins de santé : [384156](#), [384171](#), [384193](#)

Ci-dessous la figure 1 illustre **quand une prestation d'une catégorie déterminée doit être transmise** :

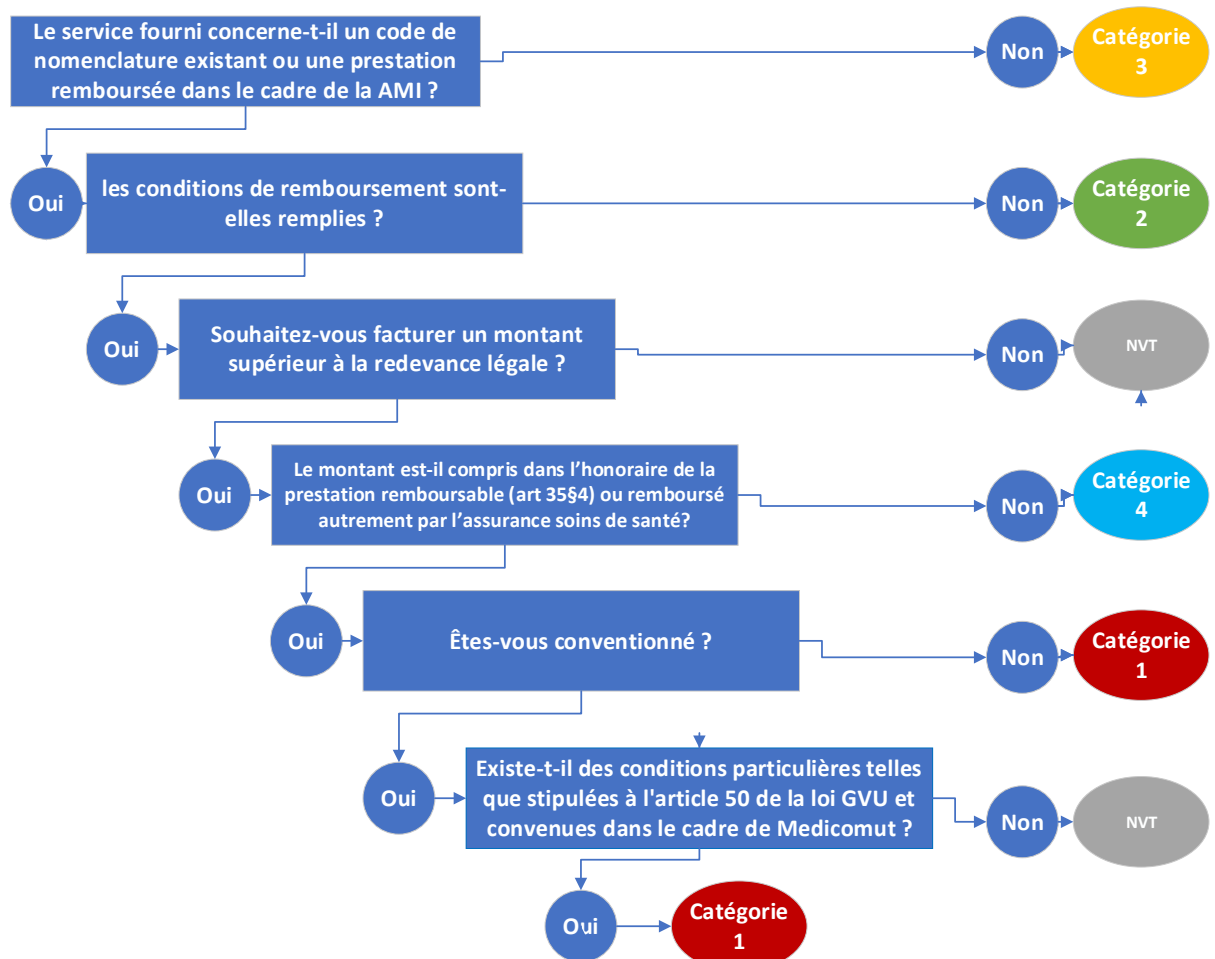


Illustration 1  
 NA : Non Applicable  
 SSI : Soins de santé Invalidité

### Comment transférer les données vers les OA ?:

#### Catégorie 1 :

**Une prestation remboursable** est facturée électroniquement à l'organisme assureur.

Un montant supérieur à celui des honoraires de l'accord Médicomut est facturé au patient.

Dans la zone « supplément », le **montant** qui dépasse les honoraires de la convention doit être indiqué.

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2024, vous pouvez indiquer la raison pour laquelle vous facturez un supplément en indiquant un ou plusieurs codes de transparence, si vous le souhaitez :

- [384075](#) pour un effort professionnel supplémentaire
- [384090](#) pour un coût directement lié à la prestation (petit matériel et matériel de consommation à l'occasion d'une prestation technique, anesthésie, coûts de désinfection et stérilisation)
- [384112](#) pour un coût indirect (coût du local, frais de personnel)
- [384134](#) pour un supplément sans aucune précision

Un médecin conventionné peut facturer un supplément si une exigence particulière, visée à l'article 50 de la loi SSI, est remplie.

**Art. 50 de la loi SSI**

...

*§ 6. Les accords conclus au sein des Commissions visées au § 2, fixent notamment les honoraires qui sont respectés vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance par les [médecins] et les praticiens de l'art dentaire, qui sont réputés avoir adhéré aux accords.*

*Ils fixent les **conditions de temps, de lieu et d'exigences particulières ou de situation économique des bénéficiaires** dans lesquelles ces honoraires peuvent être dépassés. Ces honoraires sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1er, étant entendu que le médecin ou le praticien de l'art dentaire détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature. Les accords dento-mutualistes déterminent, le cas échéant, les dépassements d'honoraires maximaux autorisés dans le cadre des accords pour les prestations de la nomenclature qu'ils définissent. Ce dépassement d'honoraires est applicable jusqu'à la date d'expiration de l'accord national dento-mutualiste conclu pour l'année [2028].*

### **Catégorie 2 :**

Le code de transparence générique [384215](#) est prévu comme code de prestation pour les prestations de santé qui ne remplissent pas les conditions de remboursement.

Le code de transparence générique, le montant total facturé et le code de nomenclature de la prestation, qui serait normalement attestée si la condition de remboursement était remplie, la prestation relative, sont transmis à la mutualité.

### **Catégorie 3:**

Le code de transparence générique [384230](#) est prévu comme code de prestation pour les prestations non remboursables dans le cadre l'assurance soins de santé obligatoire.

Le code de transparence générique et le montant total facturé sont transmis à la mutualité. Un champ de texte libre est prévu dans le logiciel e-fact pour décrire la prestation

#### Catégorie 4 :

**Pour le matériel, la technique ou les instruments**, qui ne sont ni compris dans l'honoraire de la prestation remboursable ni remboursés autrement par l'assurance soins de santé, les codes de transparence génériques suivants sont prévus :

Pour le coût du matériel : [384156](#)

Pour le coût de l'anesthésie : [384171](#)

Pour le coût du processing (coûts de désinfection et stérilisation du matériel, des scopes et des accessoires) : [384193](#)

Le montant, le(s) code(s) de transparence générique(s), et, soit le code de la prestation reliée nomenclature soit le code de transparence d'une prestation non remboursée (catégorie 2-3) sont transmis à l'OA.

Un champ de texte libre est prévu dans le logiciel e-fact pour décrire la prestation.

Les frais compris dans les honoraires sont définis à l'article 35, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

#### **Art. 35 de la loi SSI**

...

*§ 4. Sauf disposition contraire dans ou en vertu de la présente loi, les honoraires couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations visées à l'article 34.*

*Les modifications coordonnées en 2014, résultant des débats parlementaires, apportées à la loi susmentionnée stipulent que l'article 128 ajoute un nouveau paragraphe à l'article 35 de la loi.*

*L'exposé des motifs 54K0672/001, article 128 : "L'article 128 ajoute un nouveau paragraphe 4 à l'article 35 de la loi. L'objectif est de rappeler formellement, à l'instar de ce qui est prévu dans la loi sur les hôpitaux, le principe selon lequel sont notamment compris dans les tarifs fixés par l'assurance obligatoire soins de santé, sauf exception prévue par ou en vertu de la loi, les frais de déplacement, les frais afférents au personnel, les frais afférents à l'utilisation de locaux, les frais afférents à l'acquisition, au renouvellement, aux réparations importantes et à l'entretien de l'équipement requis, les frais liés au matériel et aux produits de consommation médicaux ainsi que les frais administratifs et les frais liés à la délivrance de documents prévus par ou en vertu de la loi.*

## **2. Utilisation des codes de transparence lors de la facturation par voie non électronique ?**

En cas de facturation sur papier, les codes de transparence et/ou un libellé des prestations non remboursables **peuvent** être mentionnés sur l'attestation ou la facture (non obligatoire).

### 3 Précisions concernant certaines notions.

#### 1. Quelle est la différence entre un supplément et une prestation ne faisant pas l'objet de remboursement ?

Les suppléments sont les montants facturés au patient en plus des honoraires légalement fixés pour les prestations (de la nomenclature (CNMM) et des conventions et/ou trajets de soins approuvés par le Comité de l'assurance) et la quote-part personnelle du patient. Les codes de transparence de la catégorie 1 sont prévus pour l'enregistrement de suppléments facturés.

Une prestation ne faisant pas l'objet de remboursement est une prestation effectuée (prestation, matériel, dispositif) pour laquelle aucune intervention ne sera faite dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Les codes de transparence des catégories 2, 3 et 4 sont prévus pour enregistrer les prestations ne faisant pas l'objet de remboursement.

#### 2. Quelle est la différence entre les coûts indirects et les coûts directs ?

Les coûts ne sont pas directs ou indirects en soi. Ils le sont par rapport à un « objet de coût ». Un « objet de coût » est le produit final, le processus ou le service qui nécessite des moyens et engendre des coûts. Les objets de coûts peuvent être un type spécifique de consultation, un diagnostic (ou Diagnosis Related Group), un traitement, des soins de rééducation, un programme de soins complet ou une période de traitement pour une pathologie spécifique.

Les coûts directs ont un lien causal direct avec l'objet de coût. Ils peuvent lui être directement imputés. En d'autres termes, les coûts directs sont des coûts directement liés à la prestation effectuée tels que le personnel, le matériel ou l'équipement médical.

Les coûts indirects n'ont pas de lien aussi net, soit parce qu'il n'est pas possible de les mesurer ou de les enregistrer, soit parce qu'il s'agit de frais généraux. Les coûts indirects peuvent être imputés à un objet de coût à l'aide d'une clé de répartition.

#### 3. Qu'est-ce qu'une exigence particulière du bénéficiaire?

Comme stipulé à l'article 50, paragraphe 6, de la loi SSI, les conditions relatives aux exigences particulières des bénéficiaires sont fixées dans les accords conclus entre les médecins et les mutuelles.

Pour les médecins généralistes, les exigences particulières du bénéficiaire sont strictement définies comme suit :

- les visites non urgentes effectuées à la demande du malade en dehors des heures ou du programme de la tournée normale du médecin;
- les appels de malades entraînant pour le médecin un déplacement d'une importance inhabituelle;

- les appels de nuit, de week-end ou au cours d'un jour férié, quand le médecin n'est pas de garde, lorsqu'il est établi que le service de garde organisé sur place est suffisant ;
- les consultations réalisées à la demande expresse du patient après 21 heures ou les samedis, dimanches et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin généraliste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et à ces jours. Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, ne tombe pas sous l'application de l'exigence particulière.

Pour les médecins spécialistes, les exigences particulières du bénéficiaire sont strictement définies comme suit:

- le séjour hospitalier en chambre particulière demandé par ou pour le bénéficiaire pour des raisons de convenances personnelles;
- les appels à domicile, sauf s'il s'agit de consultations demandées par le médecin traitant;
- les consultations aux patients ambulatoires réalisées à la demande expresse du patient après 21 heures ou les samedis, dimanches et jours fériés. Ces consultations ne constituent toutefois pas une exigence particulière si elles s'inscrivent dans le cadre du service de garde organisé et si le médecin spécialiste, pour des raisons personnelles, assure des consultations accessibles au public, reçoit sur rendez-vous ou effectue des visites à ces heures et jours. Il est entendu cependant que le malade en traitement, invité à se représenter au cabinet du médecin, ne tombe pas sous l'application de l'exigence particulière.

Conformément à l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, le médecin doit informer le patient au préalable des conséquences financières de l'exigence particulière posée par ce dernier

#### **4 Champ d'application des de la loi transparence**

##### **1. La Loi Transparence s'applique-t-elle à tous les médecins ?**

**Oui**

##### **2. Le pharmacien-biologiste relève-t-il aussi de cette loi ?**

**Oui :**

Les prestations ambulatoires de biologie clinique sont accessibles aux pharmaciens-biologistes en vertu de l'Arrêté ministériel du 3 septembre 1984 fixant les critères d'habilitation et d'agrément des pharmaciens appelés à effectuer des prestations de biologie clinique et d'agrément des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de biologie clinique et en vertu

des dispositions de la nomenclature des prestations de santé en biologie clinique.

La Loi Transparence s'applique par conséquent aux pharmaciens-biologistes.

**3. Non-présentation (« no show ») ? Les frais encourus en cas de non présentation à une consultation convenue sont-ils couverts par la Loi transparence ?**

**Non :**

L'intervention de l'assurance des soins de santé ne se fait que dans le cadre de prestations de santé qui sont définies à l'article 34 de la loi SSI. En cas de « no show », il n'y a pas de prestations de santé. Cette problématique n'entre donc pas dans le champ d'action de l'INAMI, qui n'est pas compétent en la matière.. Il ne s'agit donc **pas** d'une **question** spécifique à la transparence.

**4. Codes de transparence et interdiction de facturer des suppléments aux bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)?**

**D'une part, les suppléments en ambulatoires sont interdits pour les patients « BIM avantage » en 2025 (+ BIM revenus en 2026).** [Médecins : Interdiction de facturer des suppléments en ambulatoire aux bénéficiaires de l'intervention majorée | INAMI](#)

Depuis le 1er janvier 2025, les suppléments sont en effet interdits pour une partie des patients BIM (ceux qui bénéficient automatiquement du statut sans enquête de revenus des mutualités). L'interdiction vaut tant en médecine générale que pour les spécialistes, en ambulatoire.

Concrètement, pour un patient BIM avantage (= automatique, sans enquête de revenus) il va apparaître dans le logiciel du médecin (via le service MemberData (MDA)) dans la zone «statut spécial » l'information que ce patient a un statut spécial c'est à dire un statut « no supp » ; des suppléments ne sont pas possibles pour ce patient. C'est donc le tarif officiel déterminé qui s'applique.

Sans logiciel, l'assurabilité du patient peut également être vérifiée via MDA (MemberData) de mycarenet.

**D'autre part, il existe des codes de transparence (catégorie 1,2,3,4).**

Les codes de transparence doivent être utilisés pour les prestations chez tous les patients ambulatoires que ce soit dans un cadre hospitalier ou de cabinet.

Pour un patient BIM avantage, il n'est pas possible d'attester les codes de catégorie 1 puisque les suppléments sont interdits chez ces patients. En ce qui concerne les codes de catégories 2,3,4 ils correspondent à des prestations non remboursables, ce ne sont pas des suppléments. Ces codes peuvent être facturés aux patients (BIM ou non) si les conditions sont remplies et à la condition de les avoir informés du montant à leur charge au préalable.

**5. Utilisation des codes de transparence pour les prestations ambulatoires dont le tarif conventionnel est fixé à 0**

Étant donné que la prestation n'est pas supprimée, elle est considérée comme une prestation existante. Ainsi, les codes de transparence de catégorie 3 pour les prestations non remboursables n'existant pas dans la nomenclature ne peuvent pas être utilisés.

Un médecin partiellement ou totalement déconventionné peut facturer un supplément pour la prestation existante dont le tarif conventionnel est fixé à 0.

Vous pouvez indiquer la raison de la facturation d'un supplément avec un code de transparence de catégorie 1: un supplément facturé au-dessus du tarif conventionnel: 384075, 384090, 384112 384134).

Il n'est pas possible pour un médecin conventionné de facturer un supplément pour cette prestation.

6. Médecin spécialiste en stomatologie:

**Sous quel régime de transparence le médecin spécialiste en stomatologie relève-t-il? Médecins ou dentistes?**

Le médecin spécialiste en stomatologie utilise les codes de transparence des médecins.

Lorsqu'il facture une prestation non remboursable de la catégorie 2, 3 ou 4, pour des soins dentaires, il utilise comme prestation relative un code de l'article 5 de la nomenclature. Si aucun code de nomenclature médicale n'est disponible, il utilise le code de transparence des dentistes comme prestation relative.

## 5 Divers

**1. L'affichage des codes de transparence dans la salle d'attente est-il obligatoire ?**

La Loi du 27 octobre 2021 prévoit une obligation pour les dispensateurs de soins d'afficher les tarifs de leurs prestations les plus couramment remboursées.

Pour les médecins, les affiches ne sont pas encore obligatoires.

Toutefois, le dispensateur de soins doit être en mesure de prouver que le patient lui-même a été clairement, préalablement et pleinement informé du prix (total) des soins dispensés. Si ce prix ne peut être entièrement déterminé à l'avance, le patient doit au moins être informé du coût des traitements supplémentaires éventuels.