

**INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS,
AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES,
AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER
ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS
QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE
DES FICHIERS DE FACTURATION
ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 2006**

INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS, AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES, AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS.

Les instructions concernant la transmission d'un fichier de facturation telle que décrite dans ce document sont obligatoires pour les deux parties, tant au niveau de la procédure générale que pour le dessin d'enregistrement et la description des zones.

Dans le texte ci-dessous, il faut entendre par "facture papier" :

- note de soins (facture récapitulative + facture individuelle) en cas de facturation par le gestionnaire de l'hôpital sans qu'il y ait suppression de la facture hospitalière individuelle;
- note de soins (facture récapitulative seulement) en cas de facturation par le gestionnaire de l'hôpital, avec suppression de la facture hospitalière individuelle;
- (☞ 8) - note de frais récapitulative + notes de frais individuelles en cas de facturation par une MRPA/MRS/CSJ ou MSP/IHP ;
- attestations individuelles de soins donnés ou attestations récapitulatives, accompagnées d'une note récapitulative (voir annexe 2 B) en cas de facturation par un groupe de dispensateurs de soins d'établissements hospitaliers ou en cas de facturation par d'autres établissements ou d'autres dispensateurs de soins.

Remarque : Les conditions spécifiques auxquelles un hôpital doit satisfaire pour obtenir la suppression de la facture papier individuelle, est décrite dans un document séparé (voir www.carenet.be)

Dans le texte ci-dessous, il faut entendre par :

- fichier de facturation : le fichier envoyé par un tiers payant facturant à l'organisme assureur, et qui contient les données de facturation initiales.
- fichier de décompte : le fichier envoyé de l'organisme assureur au tiers payant facturant et qui contient les prestations / factures rejetées et les données relatives au décompte.

Un fichier de facturation peut être transmis de façons différentes:

(☞ 9) Par le système CareNet/ MyCareNet (voir pages 6 à 11 incluse).

Par le support magnétique (toutes les spécifications techniques du présent document se rapportent à ce type de support).

1. Procédure générale.

Le décompte (la facturation) a lieu tous les mois; ceci signifie qu'une périodicité d'un mois est prise en considération (ou encore, la période entre deux décomptes consécutifs est d'un mois), quel que soit le jour dans le mois auquel le décompte a lieu.

Le tiers payant (dispensateur de soins/établissement) transmet chaque mois un fichier de facturation à l'organisme assureur concerné au niveau national.

Le fichier de facturation comprend toutes les factures du décompte sur un mois, groupées par mutualité suivant le numéro d'admission en cas d'hospitalisation et suivant le numéro d'ordre des factures individuelles en cas de prestations ambulatoires.

L'ordre dans lequel les factures sont enregistrées sur le fichier de facturation doit correspondre à celui des factures papier.

L'ordre des prestations figurant sur les factures papier devrait être maintenu dans la mesure du possible lors de l'enregistrement des données sur le fichier de facturation.

(☞ 5) Principe de base :

Seul un fichier de facturation par mois et par tiers payant est accepté.

(☞ 5) Exceptions :

1. Pour les hôpitaux, deux fichiers de facturation au plus sont acceptés, à savoir un fichier de facturation pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés et un fichier de facturation pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés. Lorsqu'un groupe de dispensateurs de soins est actif dans l'établissement (conseil médical), celui-ci peut facturer séparément selon les modalités fixées dans le règlement du 20 juin 1988. Par établissement hospitalier et par mois, quatre fichiers de facturation peuvent au **MAXIMUM** être délivrés (ambulatoire - gestionnaire de l'établissement; ambulatoire - groupe de dispensateurs de soins; hospitalisé - gestionnaire de l'établissement; hospitalisé - groupe de dispensateurs de soins).
2. Dans des cas exceptionnels, il est possible d'introduire une facturation supplémentaire (p.ex. clôture des cas problématiques à la fin de l'année). Cela doit être indiqué dans l'ET 10 Z 13.
3. Une dérogation systématique du nombre d'envois doit être demandée préalablement au Collège Intermutualiste National, Commission Technique Soins de Santé, Chaussée de Haecht 579, boîte 40, 1031 Bruxelles. L'accord obtenu doit être mentionné dans l'ET 10 Z 13.

En principe, un fichier de facturation destiné à l'organisme assureur correspond à un envoi de factures papier, bien que les deux envois ne doivent pas nécessairement avoir lieu au même moment; la période entre les deux envois doit toutefois être limitée autant que possible et ne peut en aucun cas excéder 14 jours.

Cependant, pour divers établissements, il est difficile de réaliser un seul envoi mensuel de factures papier. S'il y a accord entre l'organisme assureur et l'établissement concerné, un envoi du fichier de facturation peut correspondre à plusieurs envois de factures papier. A chaque envoi de factures papier, est joint un état récapitulatif mentionnant le sous-total de l'envoi ou des envois précédents qui relèvent du même fichier de facturation.

(☞ 8) Hôpitaux psychiatriques, MSP, IHP, MRPA, MRS, CSJ

Pour ces établissements, une facturation trimestrielle est prévue.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit être également établi trimestriellement.
Un seul fichier de facturation par trimestre et par numéro de tiers payant est accepté.

(☞21) Procédure par OA concernant la transmission des documents de facturation papier

(☞34
)

OA100	Aux mutualités Exceptions : <ul style="list-style-type: none">• Etablissements psychiatriques (autres que 720) : à l'Union• Certaines conventions de rééducation : à l'Union• Hôpitaux 710/720 et praticiens de l'art infirmier (REFAC) : au point unique de contact (PUC) (même pour la psychiatrie et la rééducation)
OA200	A l'Union
OA300	Aux mutualités Exception : <ul style="list-style-type: none">• Certaines conventions de rééducation : à l'Union
OA400	A l'Union
OA500	A l'Union
OA600	A l'Union
OA900	Aux mutualités

2. Processus de facturation.

2.A. En cas de facturation par support magnétique.

2.A.1. Généralités.

L'établissement transmet chaque mois un fichier de facturation à l'organisme assureur concerné au niveau national (voir les adresses à l'annexe 1), ainsi qu'un bordereau d'envoi (voir annexe 2 A) en triple exemplaire

Sur ce support, il y a lieu d'indiquer au minimum les données de l'annexe 4 sur une face externe.

2.A.2. Validité et acceptabilité des supports magnétiques.

A la réception d'un fichier de facturation par un organisme assureur, on effectue un premier contrôle relatif à l'acceptabilité du fichier de facturation.

Le contenu du fichier de facturation doit correspondre au contenu des factures papier.

L'annexe 5.1 donne les grandes lignes de la codification des erreurs et les principes des contrôles qu'appliquent tous les organismes assureurs.

Cinq situations peuvent se produire :

- 1) le fichier de facturation est illisible pour raisons techniques;
- 2) le fichier de facturation ne comporte aucune erreur. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté;
- 3) le fichier de facturation comporte une erreur qui est de nature à bloquer le système. Les
(☞ 21) erreurs bloquantes sont reprises dans la liste Excel « Codes erreur ». Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. L'établissement reçoit en sus, dans la mesure du possible, une liste des rejets résultant du contrôle de l'ensemble des enregistrements du fichier de facturation;
- 4) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui sont de nature à bloquer le système mais l'ensemble des erreurs excède le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. Le seuil d'acceptabilité est défini en annexe 5.1.;
- 5) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui soient de nature à bloquer le système et l'ensemble des erreurs n'excède pas le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté.

(☞ 7) C'est uniquement dans le cas d'un envoi refusé dû à une erreur bloquante ou à un taux d'erreur trop élevé que l'organisme assureur renvoie au tiers, au plus tard 2 semaines après réception du dernier envoi (soit celui du fichier de facturation, soit celui des factures papier), le support électronique en même temps que le bordereau et une liste de contrôle. Le tiers facturant doit communiquer à l'organisme assureur une adresse à laquelle toute correspondance relative à cette facturation devra être envoyée. Cette adresse peut être différente de celle où est situé cet établissement.

Les organismes assureurs doivent s'assurer que les supports magnétiques renvoyés ne sont pas endommagés.

La communication par l'organisme assureur de l'acceptation ou du refus d'un fichier de facturation peut se faire d'une des manières suivantes :

- 1° Un exemplaire du bordereau d'accompagnement doit toujours être retourné à l'expéditeur avec mention du visa de l'organisme assureur et la date du traitement informatique en cas d'acceptation; ou la mention "refusé" avec la motivation si le fichier de facturation est refusé.
- 2° Le bordereau susmentionné doit être accompagné d'une liste de contrôles (annexe 5.3) avec mention du pourcentage d'erreur.
- 3° Dans des cas exceptionnels (par exemple d'illisibilité du support), la liste de contrôles peut être remplacée par une lettre d'accompagnement.

(☞ 9) Ces documents (ou l'épreuve de ces documents s'il a été fait usage du système (My)CareNet) peuvent être utilisés afin de satisfaire aux exigences des Services du Ministre de la Santé publique, des réviseurs d'entreprises, etc... et doivent, dès lors, être conservés par l'établissement.

La liste de contrôles (voir annexe 5.3) comporte une ligne par enregistrement et anomalie détectée par les programmes des organismes assureurs, avec, à la fin, une statistique des dites anomalies. Les organismes assureurs se réservent le droit de limiter le nombre de lignes imprimées pour les enregistrements erronés, à 20 enregistrements par type d'erreur.

Au cas où plusieurs décomptes de différents établissements sont réglés par un support magnétique, chaque décompte est considéré comme un fichier de facturation distinct. Si pour un seul fichier de facturation, le montant total sur le support magnétique ne correspond pas au montant total sur le bordereau, ce fichier de facturation est rejeté, mais pas les autres fichiers de facturation acceptables sur le même support magnétique. L'organisme assureur attend une nouvelle version du fichier.

2.A.3. Responsabilités.

La tarification, les paiements et le décompte sont effectués par l'organisme assureur; ou par les services auxquels les factures papier sont envoyées.

(☞21) Le paiement s'effectue pour tous les organismes assureurs via 1 paiement central par l'Union, à l'exception de l'UNMS (OA300) où un paiement séparé est effectué par la mutualité 306.

On ne procédera toutefois au paiement que lorsque ET le fichier de facturation, ET les factures papier auront été reçus, et après que le fichier de facturation ait été accepté.

Remarquons que peu importe qui assure en fait la transmission du fichier de facturation. Cela peut être l'établissement (hospitalier) ou l'établissement qui facture lui-même, le Conseil Médical ou un de ses services.

2.A.4. Vérification des factures et corrections.

La vérification des factures papier se fait après que le fichier de facturation ait été accepté.

2.A.4.1. Les factures papier qui comportent des erreurs sont renvoyées pour correction à l'établissement par les organismes assureurs avec une demande de vérification et une note de débit ou de crédit.

L'établissement corrige ces factures papier conformément à la réglementation reprise à la circulaire O.A. n°84/102 du 19 mars 1984 :

- la correction manuelle des attestations de soins donnés ou des notes d'hospitalisation n'est pas autorisée;
- toutes les adaptations doivent être effectuées au moyen d'un document correctif, qui mentionne les données erronées et les données corrigées
Il y a lieu de faire référence au document original;
- le document correctif est signé par la personne qui a signé le document original erroné.

2.A.4.2. Une facture individuelle ou une attestation de soins donnés entièrement rejetée doit être réintroduite sur fichier de facturation.

Cette réintroduction se fait soit comme facture originale si la nouvelle facture est adressée à un autre organisme assureur, soit comme réintroduction de rejet avec référence à la facture précédente dans l'enregistrement de type 20, à partir de la zone 29 jusque la zone 41.

Les praticiens de l'art infirmier doivent effectuer une réintroduction sur fichier de facturation pour les cas suivants :

- les factures individuelles entièrement rejetées (une facture individuelle peut provenir d'une ou plusieurs attestation(s) de soins);
- les journées de prestations entièrement rejetées relatives à un patient (ces journées de prestations peuvent se trouver sur une ou plusieurs attestation(s) en rapport avec des prestations effectuées par plusieurs praticiens de l'art infirmier durant la même journée, chez un même patient).

(☞ 3) Les praticiens de l'art infirmier peuvent introduire des notes de crédit par support électronique pour des jours de prestation complets.

2.A.4.3. Tous les établissements qui reçoivent de l'O.A. un fichier de décompte avec des données détaillées du décompte, sont tenus de réintroduire toutes les données corrigées par voie électronique.

(☞ 9)**2.B . En cas de facturation via Carenet/ MyCareNet.**

Outre la communication des données administratives, l'échange des données financières via le (☞ 9) réseau CareNet/ MyCareNet constitue une mission supplémentaire essentielle.

En effet, cet échange électronique permet de tirer profit du remplacement des supports magnétiques, en accélérant la transmission des informations et surtout en fournissant une sécurité propre au (☞ 9) système CareNet/ MyCareNet.

De plus, cette fonction impliquera l'informatisation et la suppression progressive des documents papier (factures récapitulatives, décomptes, rejets, etc.), ce qui simplifiera l'ensemble du traitement, tant au niveau des établissements et des dispensateurs de soins qu'au niveau des organismes assureurs.

A terme, cette fonction, combinée au transfert des données administratives, améliorera sensiblement la qualité des données et entraînera la suppression des factures papier.

Le processus de facturation en gros.

(☞ 9)1. Le tiers payant envoie le fichier de facturation (lay-out INAMI), accompagné des enregistrements des bordereaux récapitulatifs par mutualité.

2. L'OA effectue un premier contrôle en validant les enregistrements des bordereaux par mutualité :
 - si aucune erreur n'est décelée, l'OA envoie un accusé de réception;
 - si une erreur est décelée, l'OA envoie un fichier faisant apparaître que l'ensemble de la facture est rejetée; après correction, l'hôpital renvoie un fichier complet.

3. L'OA effectue un contrôle sur le détail de la facture :

- en cas d'erreur bloquante ou si le nombre d'erreurs dépasse de 5 % le nombre d'enregistrements de la facturation, l'OA transmet un fichier d'erreurs. Autrement dit, la facturation tout entière est rejetée;
- s'il n'y a pas d'erreur bloquante ou si le nombre d'erreurs n'excède pas 5 %, l'OA transmet un (☞ 9) fichier d'erreurs qui doit permettre au tiers payant de corriger, pour la facturation suivante, des anomalies éventuelles dans les programmes et/ou les fichiers de référence. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté par l'OA.

4. L'OA effectue un contrôle plus poussé par mutualité, en vue d'établir un fichier de décompte dans lequel figurent les montants qui ont été acceptés et crédités en faveur de l'établissement d'une part, et l'ensemble des rejets définitifs d'autre part.

Structure des fichiers

La structure des fichiers et des enregistrements qui y sont liés tient compte, d'une part, de la structure (☞ 9) utilisée pour l'administration du tiers payant et, d'autre part, de la structure et du contenu tels qu'ils sont définis par l'INAMI en rapport avec le détail de la facturation.

Les généralités et les principes, fixés pour les avis administratifs, sont également en application dans le cas présent. Compte tenu de la spécificité de l'application, des informations complémentaires ont toutefois été reproduites dans un document 'généralités et principes' pour l'échange des données de facturation.

Inventaire des fichiers

Contenu du fichier	Nom du fichier
Bordereaux de facturation	920000
Accusé de réception	931000
Fichier refus du fichier bordereaux de facturation	920999
Fichier rejets (à titre d'information, nombre d'erreurs < 5 %)	920098
Fichier rejets (erreurs bloquantes ou nombre d'erreurs > 5 %)	920099
Fichier décompte et rejets	920900

Message 920000

Dès qu'il reçoit le fichier de facturation (920000) dans son back office, l'OA procède à toute une série de contrôles préliminaires sur les informations liées aux enregistrements qui figurent dans ce fichier (à l'exception du détail des enregistrements de la facture).

Lorsqu'une erreur est décelée à ce niveau ou lorsque tous les enregistrements du type 95 et/ou 96 (☞ 9) contiennent au minimum une erreur, l'OA transmet au tiers payant un fichier spécifique (920999). Il est important de noter que l'envoi d'un tel fichier de notification des erreurs signifie également que l'ensemble du fichier de facturation, en ce compris les factures papier, sera considéré comme caduc et devra entièrement être renvoyé à l'organisme assureur.

Si aucune erreur n'est décelée au niveau des enregistrements en dehors du détail des enregistrements de la facture, l'OA transmettra un message 931000 accompagné, uniquement, d'un accusé de réception de la facturation qui doit encore être traitée.

Les erreurs constatées par l'OA au niveau des factures feront partie d'un fichier spécifique de rejets (920099).

(☞9,21) Les contrôles effectués sur les zones enregistrements INAMI (10, 20, ...,90) sont ceux décrits dans la liste Excel « Codes erreur ».

Un fichier (tampon) facture ne comporte qu'un seul envoi (un seul enregistrement de type 10).

Message 931000

Ce message permet au destinataire d'un fichier spécifique (autre que les messages) de confirmer la réception de ce fichier déterminé, sans qu'il soit nécessairement accepté.

(☞23) Exemple : un OA envoie un accusé de réception pour un fichier de facturation; le tiers payant envoie un accusé de réception pour un fichier décompte ou un fichier rejets.

Message 920098

Ce message est utilisé dans les cas suivants :

- Le fichier de facturation ne comporte aucune erreur de nature à bloquer le système et l'ensemble des erreurs ne dépasse pas le seuil d'acceptation. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté;
- Le fichier de facturation ne contient aucune erreur. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté.

① Voir également le point 2.A.2. et l'annexe 5.1. pour une description plus détaillée.

Le message 920098 mentionne tous les enregistrements (20, 30, 40, 50 ou 80) pour lesquels l'OA a constaté une erreur.

(☞23) Ce fichier est transmis au tiers payant dans les deux semaines suivant la réception du fichier de facturation (message 920000).

Pour rappel :

L'information mentionnée dans ce message a un caractère préventif. A l'avenir, il doit permettre à l'établissement d'éviter de commettre des erreurs (ce ne sont pas encore des rejets définitifs). Il se limite donc à fournir les erreurs constatées.

Quels enregistrements du fichier de facturation doivent être repris ?

Toujours ET 10 et 90

ET 20 et 80:

Si erreur dans l'ET 20, seuls les ET 30, 40 et 50 sont mentionnés s'il y a une erreur dans l'enregistrement concerné.

Si erreur dans l'ET 80

Si erreur dans l'ET 30, 40 ou 50

ET 30, 40, 50 si erreur dans l'enregistrement concerné

A ce stade, les zones 107, 108, 114, 115, 116 et 117 ne sont pas complétées.

Message 920099

Le message 920099 est utilisé dans les cas suivants :

- Le fichier de facturation contient une seule erreur de nature à bloquer le système. Dans ce cas, le fichier de facturation est refusé et l'organisme assureur attend une nouvelle version du fichier en question. Dans la mesure du possible, un contrôle doit être effectué sur l'ensemble des enregistrements du fichier de facturation;
- Le fichier de facturation ne contient aucune erreur de nature à bloquer le système, mais l'ensemble des erreurs dépasse le seuil d'acceptation. Dans ce cas, le support est refusé et l'établissement attend une nouvelle version du fichier en question.

 Voir également le point 2.A.2. et l'annexe 5.1. pour une description plus détaillée.

Le message 920099 mentionne tous les enregistrements (10, 20, 30, 40, 50, 80 ou 90) pour lesquels l'OA a constaté une erreur.

(☞ 9) Ce fichier est transmis au tiers payant dans les deux semaines suivant la réception du fichier de facturation (message 920000).

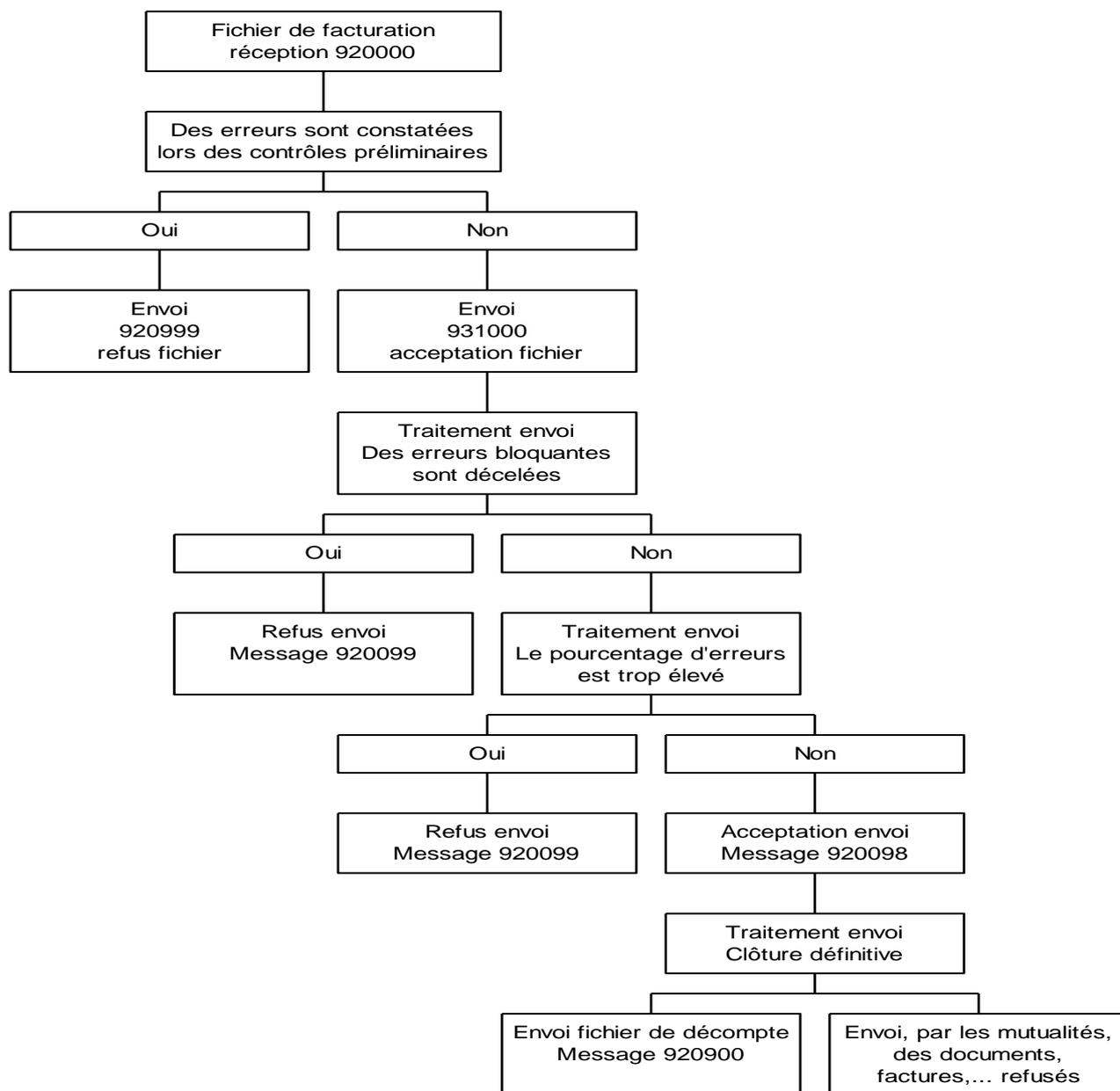
Message 920900

(☞ 9) Ce fichier, composé d'un ensemble d'enregistrements de différents types, permet d'informer le tiers payant, d'une part, sur l'acceptation partielle ou totale de la facturation correspondante et, d'autre part, sur les enregistrements qui n'ont pas été acceptés à la suite d'une erreur éventuelle.

❖ Zone 310 – pourcentage d'erreur

Le pourcentage d'erreur n'a pas d'importance dans cette phase de traitement. Cette zone doit donc être mise à zéro (voir zone 311).

(☞ 9) **Aperçu schématique du traitement d'une facturation via Carenet/ MyCareNet.**



(☞ 20) **Aperçu des tests de facturation**

	Zone 107	Zone 202	Zone 304	Gateway	ET 10 Z 4
Envoi de production pour la facturation	PFAC	12	0001999	Gateway de production	0001999
Test brochure verte (sur le plan du contenu)	TFAC	92	9991999	Gateway de production	9991999
Test brochure jaune (Carenet)	TFAC	92	9991999	Gateway test	9991999

(☞ 9) **A.Planning de l'instauration de l'échange des données de facturation via CareNet**

Remarque :

Il est important de signaler que chaque hôpital pourra échanger des données de facturation par l'intermédiaire de CareNet, en observant le planning décrit ci-dessous, même si l'hôpital concerné ne se sert pas encore des messages relatifs à l'administration de l'hôpital.

L'instauration du transfert des données de facturation prévoit deux phases.

La phase 1 consiste en l'envoi, par l'établissement de soins, d'un fichier de facturation à destination de l'organisme assureur concerné.

Grace à un premier contrôle de validité rigoureux, cette phase donne lieu :

- soit à une réception globale du fichier de facturation (une réception ne signifie pas une acceptation) par le fichier 931000;
- soit à une communication d'erreurs constatées au niveau du premier contrôle du détail de la facture par le fichier 920098 ;
- soit à une communication de toutes les erreurs bloquantes ou celles dont le nombre excède 5 % par le fichier 920099 ;
- soit à un rejet total qui résulte d'erreurs constatées au niveau des enregistrements de synthèse (par le fichier 920999).

Période de mise en production :

1er semestre 2004 (février), en fonction du résultat des tests qui seront effectués entre les 3 hôpitaux pilote et l'ensemble des organismes assureurs.

La phase 2 implique, pour l'organisme assureur, le transfert de toutes les informations qui découlent des contrôles définitifs effectués sur les données détaillées des factures.

Le fichier prévu est :

- le fichier 920900 : communication des montants acceptés et des rejets constatés.

Période de mise en production :

La mise en production dépend des possibilités dont dispose chaque organisme assureur. Certains organismes assureurs ont annoncé la mise en production de cette deuxième phase à partir de la réception d'une facturation via CareNet, d'autres ultérieurement.

(☞ 9) **B. Planning de l'instauration de l'échange des données de facturation via MyCaret**

01/01/2009 : groupes pilote sélectionnés en PRODUCTION.

Après phase test : accessible pour tous les praticiens de l'art infirmier.

3. Spécifications techniques relatives à la transmission du fichier de facturation par support magnétique

3.1. Support magnétique : disquette ou CD-Rom.

- (☞ 7) La présence d'une étiquette externe (ou CD-label) est **obligatoire** (voir modèle en annexe 4). Dans le cas d'un CD-Rom, cette information peut éventuellement être inscrite directement sur le CD au marqueur indélébile.

Des dérogations sur les normes généralement admises décrites ci-dessous peuvent éventuellement être accordées avec l'assentiment de tous les organismes assureurs.

- (☞ 7) **Attention** : Dés qu'il sera possible de facturer via MyCarenet, l'utilisation des disquettes ne sera plus permise.

3.1.1. Les normes suivantes sont d'application pour les disquettes :

Seules les disquettes de type 3 1/2 inch (720KB ou 1,4 MB) sont encore acceptées.

Ces disquettes doivent correspondre aux normes suivantes :

- 3 1/2 inch, double densité, IBM-compatible, soft-sectored, MS/DOS, ASCII, maximum 1,4 Megabyte.
- 9 secteurs par piste
- enregistrement séquentiel de 350 caractères sans signe particulier entre chaque enregistrement
- nom = 8 caractères, point, extension 3 caractères
- pos 1 - 3 = numéro de l'union nationale (100, 200, 300, 400, 500, 600, 900).
- pos 4 - 6 = numéro d'envoi (tel qu'imprimé sur la facture récapitulative).
- pos 7 - 8 = usage libre 0 0.
- pos 9 = usage libre point.
- pos 10 - 12 = lorsque 1 fichier est reproduit sur 1 disquette = 000
lorsque 1 fichier est reproduit sur plusieurs disquettes =
- première disquette = 001
- deuxième disquette = 900.

- (☞ 7) Les multi-volumes 3 1/2 inch ne sont plus acceptés à partir du 1^{er} juillet 2008.

(☞ 7) 3.1.2. Les normes suivantes sont d'application pour le CD-Rom :

Format : 5.25 pouce

Capacité : 650 / 700 Mb

Protocole : ISO 9660 updatable - multisession

File system : MS-DOS (utilisable sous DOS, OS/2, WINDOWS).

Dénomination : 8 caractères, point, extension 3 caractères

- pos 1 - 3 = numéro de l'union nationale (100, 200, 300, 400, 500, 600, 900)
- pos 4 - 6 = numéro d'envoi (tel qu'imprimé sur la facture récapitulative)
- pos 7 - 8 = usage libre (valeur par défaut = 00)
 - pos 9 = point
 - pos 10 - 12 = 000

Contenu : ASCII

Remarque : 1 fichier de facturation par CD-Rom
les CD-Roms sont de type "non réinscriptible"

3.2. Dessin d'un support magnétique

Veillez trouver à l'annexe 3 tous les dessins de supports magnétiques possibles.

3.3. Dessin d'un fichier

Veillez trouver ci-après l'ordre des enregistrements dans le fichier de facturation :

- Identification de l'envoi (type 10)
- Identification de la première facture (type 20)
- Identification des dépenses pour :
 - journées d'entretien (type 30)
 - idem
 - produits pharmaceutiques (type 40)
 - idem
 - prestations ou fournitures (type 50)
 - idem
- Montant total de la première facture (type 80)
- Identification de la deuxième facture (type 20)
- Identification des dépenses (type 30, 40 et/ou 50)
- Montant total de la deuxième facture (type 80)
- Idem
- Montant total de la dernière facture (type 80)
- Montant total de l'envoi (type 90).

Sur le fichier de facturation, les factures sont triées selon les séquences suivantes :

- Année et mois facturés
- Numéro matricule tiers payant
- Numéro matricule institution
- Numéro de la mutualité de destination en ordre croissant
- Numéro d'admission pour les patients hospitalisés ou numéro d'ordre de la facture individuelle pour les patients ambulants.

(☞ 18,34) Pour l'ANMC, où, dans le cadre de REFAC, la mutualité de destination est différente de la mutualité d'affiliation, les tiers peuvent également trier selon le numéro de mutualité d'affiliation.

(☞ 3) Dans le cas de réintroduction d'une facture créditée, la note de crédit (type de facturation 3) doit précéder la refacturation (type de facturation 1).

3.4. Dessin d'enregistrement

Le dessin d'enregistrement et la dénomination des éléments qui figurent dans les différents types d'enregistrements sont donnés en annexe 6.

3.5. Signification et codification des éléments

L'annexe 7 comporte la description et la codification de chaque élément qui figure dans le dessin d'enregistrement.

4. Identification du patient. Données provenant du document "Notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement" (modèle 721 bis), du carnet de membre ou de la vignette et dans la carte d'identité sociale.

Afin de permettre aux organismes assureurs d'effectuer leurs ventilations comptables et statistiques en matière de dépenses en soins de santé, certaines données d'identification du patient sont nécessaires.

Les organismes assureurs communiqueront ces données sur le document "notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement". Ces données figurent aussi sur les carnets de membres ou sur les vignettes d'identification et dans la carte d'identité sociale.

Il s'agit des éléments suivants :

1) Le numéro de la mutualité

(☞ 21) Sur le fichier de facturation électronique, une distinction est faite entre la mutualité d'affiliation (ET 20/80 Z 7) et la mutualité de destination (ET 20/80 Z 18).

La manière de remplir ces zones est différente suivant l'organisme assureur auquel le fichier de facturation est destiné.

La tableau ci-dessous fournit un aperçu des procédures par OA.

	Mut. d'affiliation (Z7)	Mut. de destination (Z18)
(☞ 34)	OA100 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 • Certaines conventions de rééducation : 100 • Hôpitaux 710/720 et praticiens de l'art infirmier (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation) (*)
	OA200 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA300 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines conventions de rééducation : 300
	OA400 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA500 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)

(☞ 18)(*) A la Mutualité Chrétienne, dans le cadre de notre projet REFAC, les factures ne seront plus adressées à la mutualité d'affiliation, mais à la mutualité associée au point unique de contact. Cela veut dire qu'à partir d'un certain moment, la zone 18 de l'enregistrement de type 20 et 80 aura toujours la même valeur.

(☞ 34) Cette modification est valable pour les hôpitaux (710/720) et les praticiens de l'art infirmier. L'entrée des hôpitaux dans le projet REFAC s'est effectuée progressivement entre le 21/6/2010 et le 31/12/2010. L'entrée des praticiens de l'art infirmier dans REFAC se fera du 1/10/2012 au 31/3/2013 (date de réception de l'envoi). La date d'entrée exacte dans le nouveau système sera fixée de commun accord entre le point unique de contact et le tiers.

A partir de l'entrée dans REFAC, le numéro de la mutualité de destination (ET 20 et 80 Zone 18) est toujours le Point Unique de Contact quel que soit la mutualité d'affiliation et même s'il s'agit de psychiatrie ou de rééducation.

(☞ 30) A la Mutualité Socialiste, l'ET 20 Z18 (mutualité de destination) doit reprendre le numéro de la mutualité d'affiliation sauf pour certaines conventions de rééducation où il faut indiquer le numéro 300.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau récapitulatif des conventions pour lesquelles le numéro 300 doit être mentionné comme numéro de la mutualité de destination :

TYPE	LIBELLE
7.20	Postcure – hôpitaux psychiatriques
7.70	Rééducation professionnelle
7.71	Rééducation motrice
7.72	Rééducation psychosociale
7.73	Alcooliques et toxicomanes
7.74	Psychotiques – scolarisés
7.74.5	Troubles interactifs précoces et graves enfants/parents
7.74.6	Centres de référence autisme
7.76.0	Rééducation médico psychosociale – VIH - SIDA.
7.76.5	Rééducation pour patients mucoviscidose (problèmes respiratoires)
7.76.6	Enfants atteints de maladies chroniques
7.76.7	Unités de répit
7.78.1	Clinique de la mémoire
7.79	Rééducation fonctionnelle malentendants
7.81.5	Affections respiratoires chroniques graves.
7.82.5	Rééducation médico psychosocial (grossesse non désirée)
7.84	Paralysés cérébraux
7.84.5	Neuropsychiatrie infantile
7.85	Assistance ventilatoire apnées obstructives du sommeil (nCPAP)
7.85.2	Assistance ventilatoire à domicile (AVD)
7.85.3	Assistance ventilatoire syndrome d'obésité hypoventilation (SOH)
7.86.5	Insulinothérapie par perfusion continue à domicile
7.86.7	Autogestion du diabète (circ. 370/568) chez les enfants et les adolescents
7.87	Défibrillateurs cardiaques implantables
7.89.0	Maladie métabolique monogénique héréditaire rare
7.89.1	Centres de référence mucoviscidose
7.89.2	Maladies neuromusculaires
7.89.3	Epilepsie rebelle
7.89.4	Syndrome de Fatigue Chronique « SFC »
7.89.5	Bénéficiaires atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC)
7.89.55	SPINA BIFIDA
7.89.6	Rééducation de la douleur chronique
7.89.7	Néphrologie pédiatrique
9.50	Réadaptation et médecine physique
9.51	Rééducation fonctionnelle R 30 / R 60
9.69	Rééducation fonctionnelle en raison d'un handicap visuel

(☞ 33) Attention : un certain nombre de centres de rééducation (<http://www.inami.fgov.be/care/all/revalidatie/general-information/contacts/pdf/790.pdf>) sont autorisés à utiliser les pseudo-codes liés à la rédaction du rapport de fonctionnement multidisciplinaire dans le cadre des aides à la mobilité (770276, 770280, 770291, 770302, 770313, 770324, 770335, 770346, 770350, 770361, 770372, 770383). Pour la facturation de ces pseudo-codes, l'ET 20 Z18 doit reprendre le numéro de la mutualité d'affiliation.

2) Identification du bénéficiaire

(☞) A partir du mois facturé 01/2006, l'utilisation du numéro NISS est obligatoire, sauf pour les nouveau-nés et pour les conventions internationales.

a) à l'**ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES**, il y a lieu de prendre à cet effet le numéro pseudo-national du patient qui est inscrit dans le carnet de membre et sur la carte d'assurabilité.

Sa forme est :

- positions 1 à 6 : Date de naissance inversée (AA MM JJ)
- position 7 : blanc ou *
* signifie que le bénéficiaire est né dans le courant du 19ème siècle (18xx)
blanc signifie que le bénéficiaire est né dans le courant du 20ème siècle (19xx) ou du 21ème siècle (20xx)
- positions 8 à 10 : numéro de suite dans la date de naissance
- position 11 : blanc ou M
M signifie qu'il ne s'agit pas du véritable numéro national mais d'un numéro formé par l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
- positions 12 à 13 : nombre de contrôle que l'on obtient comme suit :
former un nombre en juxtaposant le numéro de suite (8 à 10) à la date de naissance inversée (1 à 6). Si la lettre M est indiquée dans la position 11, le nombre est augmenté de 1. Ce nombre est divisé par 97. La différence entre 97 et le reste de la division donne le nombre de contrôle.

Si le nombre de contrôle trouvé ne correspond pas à celui du numéro, réitérer le calcul avec le nombre 2aammjnnn (+1, si M en position 11).
Si cette fois le nombre de contrôle est correct, cela signifie que le bénéficiaire est né après le 31-12-1999.

N.B. : ce 2ème calcul n'a de sens que lorsque la date de naissance (6 premiers chiffres) est comprise entre 000101 et la date actuelle.

Remarque :

(☞ 3) Dissolution mutualité MRB (107)

Le 01-01-2007, la mutualité MRB (**OA n° 107**), sera dissoute. Selon leur rôle linguistique, les membres de la mutualité MRB seront transférés vers l'une des mutualités suivantes:

OA n° 135 (FR)	Mutualité Saint-Michel, Boulevard Anspach 111-115	1000 BRUXELLES
OA n° 126 (NL)	CM Sint-Michielsbond, Haachtsesteenweg 1805	1130 BRUSSEL

Les cartes-SIS de tous les assurés de la mutualité 107 seront adaptées, avant le 01-01-2007, en fonction de leur nouvelle mutualité d'affiliation, et les affiliés recevront des nouvelles vignettes jaunes.

Tous les accords administratifs ou médicaux en cours resteront valables et seront automatiquement repris par les mutualités respectives ; aucune démarche à ce sujet n'est requise.

Concrètement : à qui devrez-vous envoyer vos factures-papier?

S'il s'agit de soins dispensés en 2006, vous devrez encore les facturer à la mutualité 107 et vous devrez envoyer vos factures :

- jusqu'au 31-12-2006, à l'adresse suivante : Boulevard Saint-Lazare, 2 bte 2, 1210 BRUXELLES;
- après le 31-12-2006, à l'adresse suivante : Haachtsesteenweg 1805, 1130 BRUSSEL.

S'il s'agit de soins dispensés en 2007, vous devrez les facturer à la mutualité à laquelle votre patient sera affilié à ce moment-là (selon le membre concerné, l'OA n° 135 ou l'OA n°126).

(☞ 29) **Fusion de la mutualité 104 avec la mutualité 105 au 1^{er} janvier 2012.**

Le 1^{er} janvier 2012, la MC de Mechelen (104) fusionnera avec la MC de Turnhout (105). La nouvelle entité existera sous le nom de MC région Mechelen – Turnhout avec le numéro 105 et l'adresse suivante : Korte Begijnenstraat 22, 2300 TURNHOUT.

Les membres gardent leur numéro d'identification mutualiste.

A partir du 1^{er} janvier 2012, toutes les factures (1^{ère} facturation ou réintroduction) concernant les prestations exécutées avant le 1^{er} janvier 2012 ainsi que les différents documents médicaux et administratifs pour la mutualité 104 doivent obligatoirement être envoyés à la mutualité 105 avec les données d'identification de la mutualité 104.

Les fichiers de facturation électroniques seront toujours transmis à l'ANMC avec l'identification des assurés de la mutualité 104 actuelle en fonction de la date de prestation, à savoir :

- Prestations exécutées avant le 01.01.2012 = mutualité 104
- Prestations exécutées à partir du 01.01.2012 = mutualité 105

Pour des informations pratiques complémentaires concernant la facturation ou concernant les aspects comptables dans le cadre de ce projet de fusion des mutualités, nous nous renvoyons au courrier spécifique qui a été envoyé par les mutualités concernées aux institutions et aux dispensateurs de soins.

b) La structure normalisée du numéro d'identification en vigueur à l'**UNION NATIONALE DES MUTUALITES NEUTRES**.

ZONE 8 et 8bis des enregistrements (13 caractères).

numéro du bénéficiaire											check-digit modulo 97	

$$\frac{\text{Numéro du bénéficiaire}}{97} = \text{quotient} + \text{reste}$$

Reste = check-digit; sauf si reste = 0, alors le check-digit = 97.

Exemple :

Numéro du bénéficiaire = 12345678901; check-digit = 21

$$\frac{12345678901}{97} = 127.275.040 + 21$$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	1
numéro du bénéficiaire											check-digit	

Ce numéro de 13 caractères est repris sur la vignette d'identification en bas à droite.

IDENTITE MUTUALITE	2XX
NOM PRENOM	
ADRESSE	1.10
LOCALITE	
110/110	1234567890121

Numéro d'identification

Ce numéro de 13 caractères est repris sur le badge magnétique.

UNION NATIONALE DES MUTUALITES NEUTRES	2XX
NOM PRENOM	
1234567890121	DATE DE NAISSANCE
110/110	VALIDITE 07.95/06.96
CODES A BARRES	

Numéro d'identification.

ZONE 18 : Reprend le numéro de la mutualité à laquelle est affilié le bénéficiaire.

ZONE 7 : Toujours égale à 000 pour l'U.N.M.N..

Remarque :

(☞) Au 1^{er} janvier 2006, les mutualités 203 et 236 fusionneront pour devenir la mutualité **203**, aussi bien en assurance obligatoire, libre et complémentaire.

203 : Vlaams & Neutraal Ziekenfonds
Antwerpesestraat 145
2500 LIER

Les numéros de mutualités, numéros d'inscriptions des membres ne doivent pas être modifiés. Notre système informatique effectuera lui-même toutes les conversions et adaptations nécessaires.
Toutes les factures (sauf celles de Pharmanet Assurance Obligatoire à transmettre au Secrétariat National) doivent être envoyées au siège administratif de LIER.

Les cartes SIS des membres et les vignettes seront adaptées progressivement à la nouvelle numérotation.

La personne de contact à LIER est madame Lut COOLS :
e-mail lut.cools@vnz.be
tél. 03 – 491 09 71

Une information sera communiquée, en décembre, par le secrétariat national, à tous les tiers qui nous enverront des données de facturation.

(☞ 4) Le 01 janvier 2007, les mutualités 228 et 230 sont fusionnées et sont devenues la mutualité **228**, aussi bien en assurance obligatoire, libre et complémentaire.

228 : Mutualia - Mutualité Neutre
Place Verte 41
4800 VERVIERS

Les numéros de mutualités ne doivent pas être modifiés. Toutes les factures doivent être envoyées au siège administratif de VERVIERS (adresse ci-dessus).

Les cartes SIS des membres et les vignettes seront adaptées progressivement à la nouvelle numérotation.

La personne de contact à VERVIERS est Madame WENDY LIEGEOIS :
e-mail WLIEGEOIS@mutualia.be
tel. 087 – 31 34 45

c) A l'**UNION NATIONALE DES MUTUALITES SOCIALISTES**, le numéro d'identification des bénéficiaires est structuré de la façon suivante :

13 caractères numériques :

- 1 à 7 : numéro d'identification du titulaire
- 8 à 13 : date de naissance (JJ,MM,AA) du bénéficiaire

Règle de calcul du chiffre de contrôle du numéro d'identification du titulaire :

- 3ème chiffre (dix mille) X 2;
- 5ème chiffre (centaine) X 2;
- 7ème chiffre (unité) X 2.

Si le résultat de la multiplication est plus grand que "9", retrancher "9" de ce résultat.

Additionner ces résultats au :

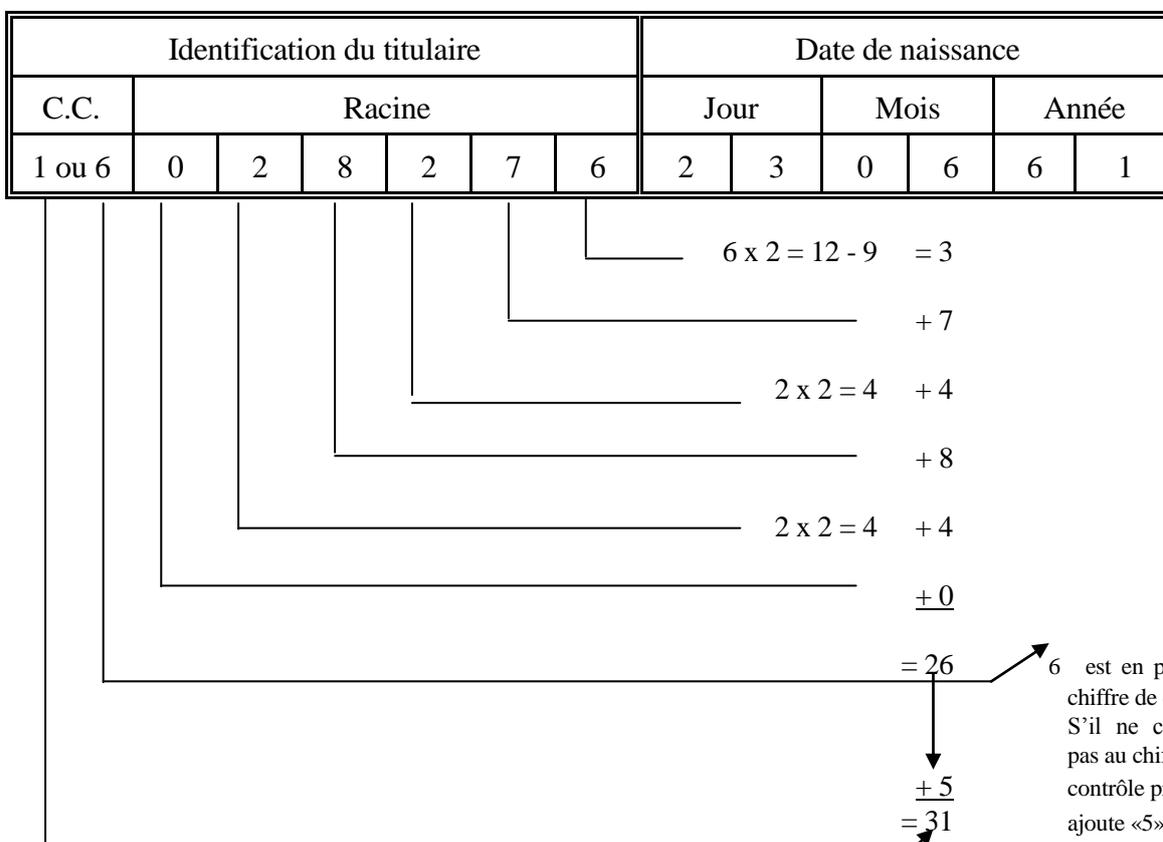
- 2ème chiffre (cent mille);
- 4ème chiffre (mille);
- 6ème chiffre (dizaine).

L'unité du résultat de l'addition représente le chiffre contrôle que se place en première position.

Si le chiffre de contrôle calculé ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute «5» au chiffre de contrôle calculé.

Si le chiffre de contrôle correspond au chiffre de contrôle présent, le numéro d'identification du bénéficiaire est exact pour le calcul du chiffre de contrôle.

S'il ne correspond pas, le numéro d'identification est erroné.



C.C. = chiffres de contrôle

(☞) **6) Cessation des activités de la mutualité 307**

Au 01.01.2008, notre mutualité 307 « Mutualité du Transport et des Communications » cessera ses activités. Les assurés de cette mutualité sont transférés vers les mutualités suivantes : 306, 311, 317, 319 et 325. La facturation des *prestations de santé dispensées à partir du 01.01.2008* devra exclusivement être facturée à ces mutualités.

Toutefois, à partir du 01.01.2008, toutes les facturations (1^{ère} facturation ou facturation de rejets) concernant des *prestations antérieures au 01.01.2008*, ainsi que les différents documents administratifs et médicaux pour des affiliés de la mutualité 307, devront impérativement être envoyés au siège de la mutualité 306 (FMSB – rue du Midi, 111 à 1000 Bruxelles), avec l'identification à la mutualité 307.

Le support magnétique ou le fichier électronique de facturation est toujours transmis à l'U.N.M.S., avec l'identification des assurés en fonction de la **date des prestations**, à savoir :

- *prestations antérieures au 01.01.2008 = mutualité 307.*
- *prestations à partir du 01.01.2008 = mutualités 306, 311, 317, 319 et 325.*

Toutes les dispositions nécessaires sont prises pour procéder à la mise jour des cartes SIS et à la remise de nouvelles vignettes (roses) d'identification.

A défaut d'une identification correcte, notre site www.mutsoc.be/fusions vous renseignera sur la conversion des anciennes données d'identification vers les nouvelles données d'affiliation.

Pour de plus amples informations vous pouvez contacter Monique Duchêne (Fr) au numéro 02/515 04 21 ou Christine Decrick (NL) au numéro 02/515 04 20.

(☞ 8) Fusions au 1-1-2009

1. Fusion de la mutualité 321 avec la mutualité 319.

Au 01.01.2009, la mutualité 321 (Mutualité Socialiste de Verviers) fusionnera avec la mutualité 319. Les assurés de cette mutualité sont transférés vers la mutualité 319.

La facturation des **prestations de santé dispensées à partir du 01.01.2009** devra exclusivement être effectuée avec l'identification à la mutualité 319.

Toutefois, à partir du 01.01.2009, toutes les facturations (1^{ère} facturation ou facturation de rejets) **concernant des prestations antérieures au 01.01.2009**, ainsi que les différents documents administratifs et médicaux pour des affiliés de la mutualité 321, devront impérativement être envoyés au siège de la mutualité 319 (Mutualité Solidaris – Mutualité Socialiste et Syndicale de la Province de Liège, rue Douffet 36 à 4020 Liège), avec l'identification des affiliés à la mutualité 321.

Le support magnétique ou le fichier électronique de facturation est toujours transmis à l'U.N.M.S., avec l'identification des assurés en fonction de la **date des prestations**, à savoir :

- **prestations antérieures au 01.01.2009 = mutualité 321 ;**
- **prestations à partir du 01.01.2009 = mutualité 319.**

Toutes les dispositions nécessaires sont prises pour procéder à la mise à jour des cartes SIS et à la remise de nouvelles vignettes (roses) d'identification.

Pour la facturation, le n° NISS reste l'identifiant prioritaire, ce qui signifie que seul le numéro d'identification de la mutualité change.

2. Fusion de la mutualité 324 avec la mutualité 325.

Au 01.01.2009, la mutualité 324 (Mutualité Socialiste de Dinant-Philippeville) fusionnera avec la mutualité 325. Les assurés de cette mutualité sont transférés vers la mutualité 325.

La facturation des **prestations de santé dispensées** à partir du 01.01.2009 devra exclusivement être effectuée avec l'identification à la mutualité 325 (siège à Namur – Mutualité Socialiste de la Province de Namur, chaussée de Waterloo 182 – 5002 Namur).

Toutefois, **à partir du 01.01.2009**, toutes les facturations **concernant des prestations antérieures ou postérieures au 01.01.2009** devront impérativement être envoyées **au siège de Philippeville** (Mutualité Socialiste de la Province de Namur, rue de France 35 à 5600 Philippeville).

Le support magnétique ou le fichier électronique de facturation est toujours transmis à l'U.N.M.S., avec l'identification des assurés en fonction de la date des délivrances, à savoir :

- **prestations antérieures au 01.01.2009 = mutualité 324 ;**
- **prestations à partir du 01.01.2009 = mutualité 325.**

Attention : en ce qui concerne les demandes d'accords adressées au Médecin-Conseil et les flux électroniques (messages relatifs aux admissions), ceux-ci seront gérés au siège de Namur.

Toutes les dispositions nécessaires sont prises pour procéder à la mise à jour des cartes SIS et à la remise de nouvelles vignettes (roses) d'identification.

Pour la facturation, le numéro NISS reste l'identifiant prioritaire, ce qui signifie que seul le numéro d'identification de la mutualité change.

3. info pour les deux fusions

A défaut d'une identification correcte, notre site www.mutsoc.be/fusions vous renseignera sur la conversion des anciennes données d'identification vers les nouvelles données d'affiliation.

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter Monique Duchêne (Fr) au numéro ☎02/515 04 21 ou Christine Decrick (NL) au numéro ☎02/515 04 20.

(☞ 12)

4. Erreur bloquante à partir du 1/9/2009

A partir du 2^e semestre 2009, toutes les prestations dont la date est inférieure ou égale au 01.01.2009 pourront uniquement être facturées avec l'identification des mutualités **319 et 325**.

A partir du 01.09.2009, la facturation via l'identification des mutualités 321 et 324 sera, en effet, interdite et provoquera une **erreur bloquante**.

(☞ 29) **Fusions au 1-1-2012**

1. Fusion de la mutualité 314 avec la mutualité 315

Au 01/01/2012, la mutualité 314 (Mutualité Socialiste du Hainaut Occidental) fusionnera avec la mutualité 315 (Mutualité Socialiste de Mons Borinage). Les assurés de la mutualité 314 seront transférés vers la mutualité 315.

Identité de la nouvelle entité : **Solidaris Mons-Wallonie picarde**
Rue du Fort, 48
7800 Ath

Concrètement, cela signifie que :

- Pour les prestations effectuées et les médicaments délivrés **avant le 01/01/2012** pour des assurés de la mutualité 314 et facturés à partir du 01/01/2012 :
 - ET 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 314
 - ET 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 314
 - Les factures papier correspondantes ainsi que les différents documents administratifs et médicaux doivent être envoyés à la mutualité 315.
- Pour les prestations effectuées et les médicaments délivrés **à partir du 01/01/2012** pour des assurés de l'ancienne mutualité 314 et facturés à partir du 01/01/2012 :
 - ET 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 315
 - ET 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 315
 - Les factures papier correspondantes ainsi que les différents documents administratifs et médicaux doivent être envoyés à la mutualité 315.

Le support magnétique ou le fichier électronique de facturation est toujours transmis à l'U.N.M.S., avec l'identification des assurés en fonction de la **date des prestations**, à savoir :

- prestations **antérieures** au 01/01/2012 = mutualité 314
- prestations **à partir** du 01/01/2012 = mutualité 315

Cependant, à partir du 01/07/2012, toutes les prestations dont la date est antérieure au 01/01/2012, devront être facturées avec l'identification de la mutualité 315.

2. Fusion de la mutualité 316 avec la mutualité 317

Au 01/01/2012, la mutualité 316 (Mutualité Socialiste du Centre et de Soignies) fusionnera avec la mutualité 317 (Mutualité Socialiste de Charleroi). Les assurés de la mutualité 316 seront transférés vers la mutualité 317.

Identité de la nouvelle entité : **Solidaris Mutualité Socialiste du Centre, Charleroi et Soignies**
Avenue des Alliés, 2
6000 Charleroi

Concrètement, cela signifie que :

- Pour les prestations effectuées et les médicaments délivrés **avant le 01/01/2012** pour des assurés de la mutualité 316 et facturés à partir du 01/01/2012 :
 - ET 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 316
 - ET 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 316
 - Les factures papier correspondantes ainsi que les différents documents administratifs et médicaux doivent être envoyés à la mutualité 317
- Pour les prestations effectuées et les médicaments délivrés **à partir du 01/01/2012** pour des assurés de l'ancienne mutualité 316 et facturés à partir du 01/01/2012 :
 - ET 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 317
 - ET 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 317
 - Les factures papier correspondantes ainsi que les différents documents administratifs et médicaux doivent être envoyés à la mutualité 317

Le support magnétique ou le fichier électronique de facturation est toujours transmis à l'U.N.M.S., avec l'identification des assurés en fonction de la **date des prestations**, à savoir :

- prestations **antérieures** au 01.01.2012 = mutualité 316
- prestations **à partir** du 01.01.2012 = mutualité 317

Cependant, à partir du 01/07/2012, toutes les prestations dont la date est antérieure au 01/01/2012, devront être facturées avec l'identification de la mutualité 317.

3. Info pour les deux fusions

Toutes les dispositions nécessaires sont prises pour procéder à la mise à jour des cartes SIS et à la remise de nouvelles vignettes (roses) d'identification.

Pour la facturation, le n° NISS reste l'identifiant prioritaire, ce qui signifie que seul le numéro d'identification de la mutualité change.

- 18 septies -

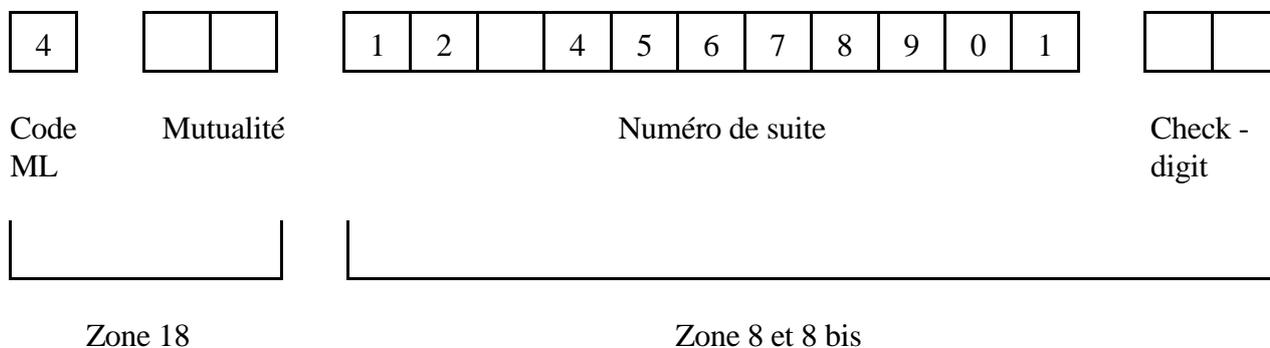
A défaut d'une identification correcte, notre site www.mutsoc.be/fusions vous renseignera sur la conversion des anciennes données d'identification vers les nouvelles données d'affiliation.

Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser à notre Helpdesk au 02/515 17 00 ou via l'adresse helpdesk.carenet@mutsoc.be

4. Erreur bloquante à partir du 01/09/2012

A partir du 01/09/2012, la facturation via l'identification des mutualités 314 et 316 sera interdite et provoquera une **erreur bloquante**.

d) Structure du numéro d'identification à l'**UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBERALES**.



Calcul Check-digit (modulo 97)

$$\frac{\text{Numéro de suite (11 positions)}}{97} = \text{Quotient} + \text{reste}$$

Le reste = Check-digit; si le reste = 0, le check-digit = 97.

Remarque :

- (☞) A compter du 1^{er} janvier 2006, les mutualités 409 et 416 fusionneront pour devenir la mutualité **409**, tant dans le cadre de l'assurance obligatoire, que de l'assurance libre et complémentaire.

409 : Mutualité Libérale Hainaut - Namur
Rue Anatole France, 12-14
7100 LA LOUVIERE

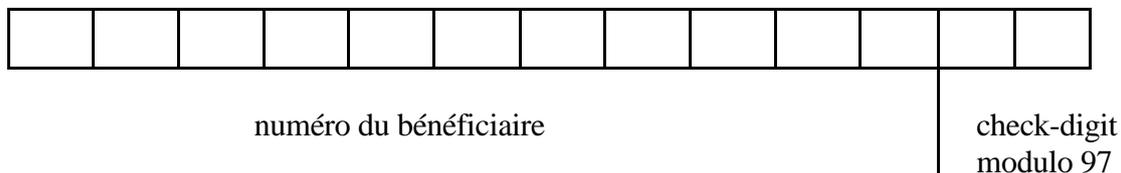
Les numéros des mutualités, les numéros d'inscription des membres et les destinataires des factures ne doivent pas être modifiés. Toutes les conversions et adaptations nécessaires seront réalisées par notre système informatique. Toutefois, nous demandons aux tiers d'utiliser le registre national.

Les cartes SIS des membres et les vignettes seront adaptées à la nouvelle numérotation.

A partir du 7 novembre 2005, le secrétariat national transmettra les informations relatives à la fusion aux tiers qui enverront des données de facturation.

e) La structure normalisée du numéro d'identification en vigueur à l'**UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES**.

ZONE 8 et 8 BIS des enregistrements (13 caractères).



$$\frac{\text{Numéro du bénéficiaire}}{97} = \text{Quotient} + \text{reste}$$

Reste = check-digit; sauf si reste = 0, alors le check-digit = 97.

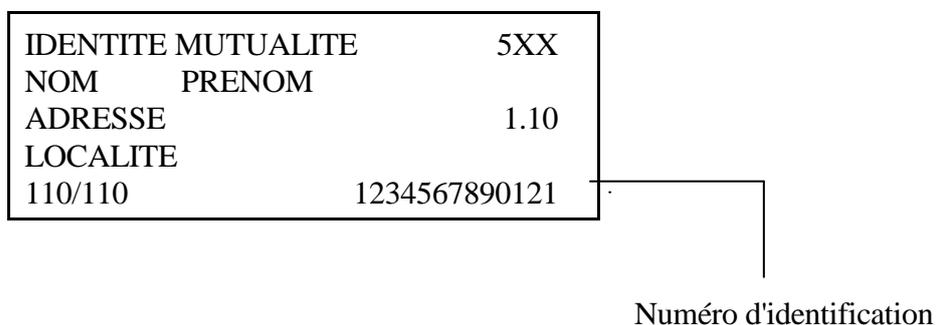
Exemple :

Numéro du bénéficiaire = 12345678901; check-digit = 21

$$\frac{12345678901}{97} = 127.275.040 + 21$$

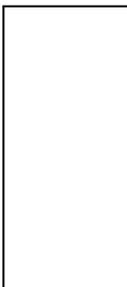


Ce numéro de 13 caractères est repris sur la vignette d'identification en bas à droite.



Ce numéro de 13 caractères est repris sur le badge magnétique.

MUTUALITES LIBRES		5XX
NOM	PRENOM	
1234567890121		DATE DE NAISSANCE
110/110		VALIDITE 07.95/06.96
CODES A BARRES		

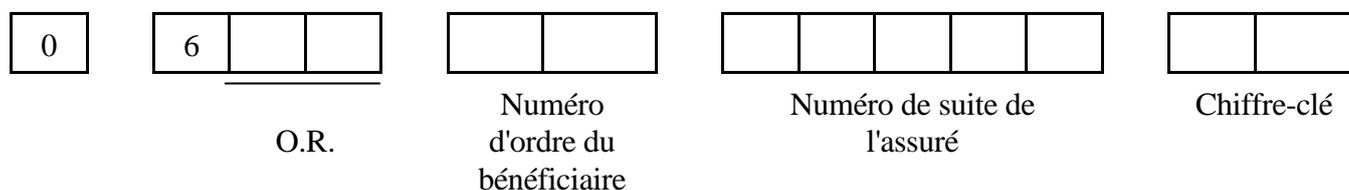


Numéro d'identification

ZONE 18 : Reprend le numéro de la mutualité à laquelle est affilié le bénéficiaire.

ZONE 7 : Toujours égale à 000 pour la M.L.O.Z.

f) La structure du numéro d'identification à la **CAISSE AUXILIAIRE D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE**.



Numéro d'identification :

1) **Le premier chiffre est un 0** - 1 position numérique

2) **Organisme assureur - office régional** - 3 positions numériques

- Le deuxième chiffre est un 6 (O.A. = Caisse auxiliaire)
- Les deux chiffres suivants identifient le bureau local au sein de l'office régional ou l'office régional au sein de l'O.A.

Les deux chiffres peuvent uniquement être les suivants :

01 : office régional d'Anvers

02 : office régional du Brabant

03 : office régional de la Flandre Occidentale

04 : office régional de la Flandre Orientale

05 : office régional du Hainaut - bureau de Mons

15 : office régional du Hainaut - bureau de Charleroi

06 : office régional de Liège

07 : office régional du Limbourg

08 : office régional du Luxembourg

09 : office régional de Namur

10 : office régional d'Eupen - Malmédy - bureau d'Eupen

20 : office régional d'Eupen - Malmédy - bureau de Malmédy.

3) **Numéro d'ordre du bénéficiaire** - 2 positions numériques

00	titulaire
01 à 04	conjoint
05 à 09	personne non rétribuée s'occupant du ménage (homme ou femme)
10 à 89	descendants
90 à 98	ascendants

4) **Numéro de suite de l'assuré et de ses personnes à charge** - 5 positions numériques

Ce numéro identifie le titulaire et ses personnes à charge dans le cadre de l'office régional ou du bureau local de l'office régional.

Le numéro de suite de l'assuré et de ses personnes à charge est le même.

Les personnes à charge sont identifiées au moyen de leur numéro d'ordre (voir ci-avant point 3).

Remarque : Les 0 à gauche sont indiqués.

Conventions Internationales : Le premier chiffre du numéro de suite est toujours 9.

Ce chiffre indique qu'il s'agit du numéro d'identification d'un assuré social étranger séjournant temporairement en Belgique.
(formulaires E.111, E.112 ou documents bilatéraux équivalents des conventions internationales).

5) **Chiffre - clé** - 2 positions numériques

Formule : modulo 97

Le chiffre-clé est calculé sur les 11 positions numériques précédentes, à savoir :

- le code organisme assureur + office régional;
- le numéro d'ordre du bénéficiaire;
- le numéro de suite de l'assuré.

Il est égal au reste de la division de ces 11 chiffres par 97.

Si le reste est égal à 0, le chiffre-clé est 97.

Régime général

Titulaire : Exemple 06020057220/55 : $97 = 06020057220$ reste 55 = check-digit

0	6	0	2	0	0	5	7	2	2	0	5	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Personne à charge : Exemple 06021057220/82 : $97 = 06021057220$ reste 82 = check-digit

0	6	0	2	1	0	5	7	2	2	0	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

10 = descendant

Conventions Internationales

Titulaire : Exemple 06020091234/22 : $97 = 06020091234$ reste 22 = check-digit

0	6	0	2	0	0	9	1	2	3	4	2	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Personne à charge : Exemple 06020191234/15 : $97 = 06020191234$ reste 15 = check-digit

0	6	0	2	0	1	9	1	2	3	4	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

01 = conjoint

(☞ 3) g) Numéro d'affiliation à la **CAISSE DES SOINS DE SANTE DE LA S.N.C.B-HOLDING**

Exemple :

0	4	5	0	4	9	4	4	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1	2	3	4	5	6
Code Catégorie	Identification du titulaire	Année de naissance du titulaire	Numéro de suite	AC	Numéro de Rang

Numéro d'identification de la S.N.C.B.

Numéro d'affiliation à la C.S.S. = 13 N

1	Code Catégorie C.S.S.	pos. 1/2	2 N	
2	Identification du titulaire	pos. 3/6	4 N] rubriques 2 à 5 =
3	Année de naissance du titulaire	pos. 7/8	2 N] Numéro
4	Numéro de suite	pos. 9/10	2 N] d'identification
5	Chiffre auto-contrôle	pos. 11	1 N] de la S.N.C.B.
6	Numéro de Rang	pos. 12/13	2 N	

Signification des rubriques :

1 Code Catégorie :

- 03 Titulaire VIPO et ses personnes à charge (intervention majorée)
- 04 Titulaire en activité de service
- 05 Personne à charge du titulaire en activité de service
- 06 Titulaire pensionné et ses personnes à charge (pas d'intervention majorée)
- 07 Titulaire en pré-retraite et ses personnes à charge (pas d'intervention majorée)

2 Identification du titulaire :

Numéro de code basé sur l'ordre alphabétique du nom de famille du titulaire et sur le jour de naissance du titulaire

3 Année de naissance du titulaire

Ceci n'est pas une donnée de contrôle. Des exceptions sont possibles.

4 Numéro de suite :

- le titulaire en activité et pensionné de retraite = 00, 01, 02, ...
- le pré-pensionné = 70, 71, ...
- le pensionné de survie = 90, 91, ...

5 Chiffre auto-contrôle :

Ce chiffre auto-contrôle porte sur les **rubriques de 2 à 4**.

Exemple pour les rubriques 2 à 4 = 5 0 4 9 4 4 0 0
Position = 1 2 3 4 5 6 7 8

- a) résultat 1 = somme des valeurs des chiffres en positions impaires :
(pos. 1 + pos. 3 + pos.5 + pos.7) :

$$5 + 4 + 4 + 0 = 13$$

- b) résultat 2 = multiplier par 2 le chiffre en position 2 et additionner successivement le chiffre dizaine et le chiffre unité avec le contenu du résultat 1 :

$$0 \times 2 = 00$$
$$0 + 0 + 13 = 13$$

- c) résultat 3 = multiplier par 2 le chiffre en position 4 et additionner successivement le chiffre dizaine et le chiffre unité avec le contenu du résultat 2 :

$$9 \times 2 = 18$$
$$1 + 8 + 13 = 22$$

- d) résultat 4 = multiplier par 2 le chiffre en position 6 et additionner successivement le chiffre dizaine et le chiffre unité avec le contenu du résultat 3 :

$$4 \times 2 = 08$$
$$0 + 8 + 22 = 30$$

- e) résultat 5 = multiplier par 2 le chiffre en position 8 et additionner successivement le chiffre dizaine et le chiffre unité avec le contenu du résultat 4 :

$$0 \times 2 = 00$$
$$0 + 0 + 30 = 30$$

- f) on obtient le chiffre auto-contrôle en déduisant le chiffre des unités du résultat 5 de la valeur 10 et en prenant le chiffre de l'unité du résultat obtenu :

$$10 - 0 = 10$$

6 Numéro de Rang :

Numéro de Rang attribué à la personne dans la famille C.S.S. :

00 = titulaire
> 00 = personne à charge du titulaire

Aperçu des annexes

- Annexe 1** : Liste des adresses des centres de calcul auxquels les supports magnétiques doivent être envoyés.
- Annexe 1.1** : Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.
- Annexe 2 A** : Bordereau d'expédition pour supports magnétiques
- Annexe 2 B** : Etat pour la facturation dans le système du tiers payant, de prestations ne figurant pas sur une note d'hospitalisation.
- Annexe 3** : Dessin support magnétique.
- Annexe 4** : Etiquette externe.
- Annexe 5.1** : Description de la codification des erreurs.
- (☞ 21) **Annexe 5.2** : Cette annexe a été remplacée par la liste Excel « Codes erreur ».
- Annexe 5.3** : Lay-out de la liste des contrôles.
- Annexe 5.4** : Bande de décompte.
- Annexe 6** : Dessin d'enregistrement.
- Annexe 7** : Libellé des zones.
- Annexe 8** : Remplissage des différentes zones en fonction de l'identité de l'institution qui facture.
- Annexe 9** : Utilisation de la zone "intervention personnelle" et zone "supplément".
- Annexe 10** : Transferts les plus fréquents des nouveau-nés.
- Annexe 11** : Transmission des données de facturation par support magnétique ou électronique des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP.
Application de l'art. 6, § 16, 3° du Règlement du 28/7/2003.
- Annexe 12** : Facturation sur support magnétique par les Maisons Médicales.
- Annexe 13** : Facturation sur support magnétique par les Maisons de Soins Psychiatriques.
- Annexe 14** : Règles d'arrondis pour les médicaments.
- (☞) **Annexe 15** : Facturation de la nutrition parentérale au domicile du patient.
- (☞ 1) **Annexe 16** : Structure des numéros d'identification INAMI.
- (☞ 1) **Annexe 17** : Forfaitarisation des médicaments en hôpital.
- (☞ 8) **Annexe 18** : Facturation sur support magnétique par les MRPA/MRS/CSJ.
- (☞ 20) **Annexe 19** : Facturation à 100% dans le cadre du MAF.

Liste des adresses des centres de calculauxquels les supports magnétiques doivent être envoyés.

<u>Organismes assureurs</u>	<u>Mutualités à grouper</u>	<u>Adresses des centres de calcul</u>
A.N.M.C.	Toutes les mutualités	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes Service Statistiques - Exploitation - Traitements des supports magnétiques AEROPOLIS Chaussée de HAECHE, 579 - boîte 49 1031 BRUXELLES
(☞ 7) U.N.M.N.	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Neutres Cellule supports magnétiques Chaussée de Charleroi, 147 1060 BRUXELLES
U.N.M.S.	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Socialistes Rue Saint-Jean, 32 1000 BRUXELLES
(☞ 7) U.N.M.L.	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Libérales Rue de Livourne, 19 1050 BRUXELLES
(☞ 7) M.L.O.Z. (☞ 8)	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Libres Service Support et Logistique Allée de la Minerva, 8 1150 BRUXELLES
C.A.A.M.I.	Tous les offices régionaux	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité Rue du Trône, 30 1000 BRUXELLES
S.N.C.B. (☞ 3)	Tous les centres régionaux médicaux	Caisse des Soins de Santé de la S.N.C.B.- Holding Section 72 Rue de France, 85 1060 BRUXELLES

Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.**O.A.****Nom****Numéro Tél.****Numéro Fax****Compétence****A.N.M.C.**

M. ROSE Ph.	02/246.43.74	02/243.20.95	Analyse et problèmes généraux
Mme THOMAS A-M.	02/246.40.55	02/243.20.71	Infirmières
Mme. PLATTIAU E.	02/246.45.02	02/243.20.71	Hôpitaux + laboratoires

(☞ 6) E-mail adresse : facturation.b2b.sds@mc.be

(☞ 9) U.N.M.N.

Numéro de fax général : 02/537.33.69

Cellule support :

Celle-ci concerne le traitement des supports magnétiques : rejets au pré-contrôle, erreur de destinataire, ...

Helpdesk :

De préférence utiliser l'adresse mail suivante : supports@lnz.be

M. WAEGEMANS Alain

téléphone: 02/300.11.01

Cellule contrôle de qualité :

Celle-ci concerne la tarification : rejets de prestations, décomptes papier, accords médecins-conseils manquants, ...

Helpdesk :

De préférence utiliser l'adresse mail suivante: ccq@lnz.be

M. GEERTS Jean-Louis (FR)

téléphone : 02/533.06.60

M. ALDERWEIRELD Eddy (NL)

téléphone : 02/535.98.59

Cellule Carenet :

Celle-ci concerne l'aspect technique du transport des flux électroniques de facturation.

Helpdesk :

De préférence utiliser l'adresse mail suivante: modcare@UNMN-LNZ.BE

M. ADRIAENS Yves

téléphone : 02/535.73.42

Mme STERCKX Geneviève

téléphone : 02/300.11.08

(☞ 1) U.N.M.S.

(☞ 17) M. SCHÜMMER	02/515.04.21	02/515.17.42
Mme DECRICK	02/515.04.20	02/515.17.42

(☞ 9)	<u>Nom</u>	<u>Numéro Tél.</u>	<u>Numéro Fax</u>	<u>Compétence</u>
(☞ 6)	<u>U.N.M.L.</u>			
	Mme PATERNOTTE (NL)	02/542.86.38		Résultats et questions tarification prestataires
	Mme MAGNET (FR)	02/542.86.37		Résultats et questions tarification prestataires
	Mme SENABRE	02/542.86.36		Analyse et problèmes généraux

(☞ 7) M.L.O.Z.

02/778.95.55

Vous suivez les instructions demandées et vous êtes dirigé vers la bonne personne de contact.
 Accessible tous les jours ouvrables entre 9h et 12h et entre 14h et 16h.

Numéro de fax : 02/778.94.06

Adresses E-mail :

- Operprodlog@mloz.be

Pour vos questions concernant les factures papier et les fichiers électroniques.

- Operconfac@mloz.be

Pour vos questions concernant la tarification, le paiement et le remboursement de votre envoi.

(☞ 7,19) C.A.A.M.I.

Helpdesk facturation électronique (NL) : 02 229 34 34

Helpdesk facturation électronique (FR) : 02 229 34 33

Accessible tous les jours ouvrables entre 9h et 12h et entre 14h et 16h.

Adresse E-mail : elecfac@caami-hziv.fgov.be

Numéro de fax : 02 229 34 38

(☞ 8) C.S.S. de la S.N.C.B.-Holding

Mme LECOMTE

02/525.35.56

02/525.35.61

Adresse E-mail: 900-factura@b-holding.be

BORDEREAU D'EXPEDITION POUR SUPPORTS MAGNETIQUES

- Mode de facturation : 1) 1 fichier - 1 compte bancaire
 (1) 2) 1 fichier - 2 comptes bancaires (Ets, Conseil médical)
 3) 2 fichiers avec 1 cpte bancaire chacun (Ets & Conseil médical)
 4) 2 fichiers : 1 avec 2 cptes bancaires et 1 avec 1 cpte bancaire (qui doit être identique au second cpte du fichier correspondant)

Identification établissement :

Dénomination :
 Adresse :
 Code postal - Commune :
 N° d'agrération :
 N° compte de l'Ets. :
 (☞ 7) IBAN de l'Ets. :
 (☞ 7) BIC de l'Ets. :
 N° compte Conseil méd :
 (☞ 7) IBAN du Conseil méd :
 (☞ 7) BIC du Conseil méd :

Identification Conseil médical (2) :

Dénomination :
 Adresse :
 Code postal - Commune :
 N° I.N.A.M.I. :
 N° compte du Conseil méd :
 (☞ 7) IBAN du Conseil méd :
 (☞ 7) BIC du Conseil méd :

Identification organisme assureur :

Dénomination :
 Adresse :
 Code postal - Commune :

Facturation AMBULANT - HOSPITALISE - MIXTE (1)

Version fichier (zone 4) : ...
 N° envoi (zone 7) : ...
 Identification supports magnétiques : N° ...
 Année et mois facturés (zones 22-23) : .../...
 Date de création (zone 25-26) :
 Responsable : Nom - Prénom : ...

N° mutualité	Nombre d'enre- gistrements (a)	N° de contrôle par mutualité (b)	Montants à charge de l'O.A.		
			cpte Ets. (c)	cpte Cons méd. (d)	Total (e)
000					
001					
002					
.					
.					
099					

Totaux Somme des nombres
repris ci-dessus + 2

Visa établissement (hospitalier) :

Date :
 Nom :
 Fonction :
 Signature

Visa Conseil médical :

Date :
 Nom :
 Fonction :
 Signature

Réservé à l'organisme assureur :

Date de réception :
 Nom :
 Signature

(1) Biffer la mention inutile.
 (2) A mentionner si nécessaire

Calcul du numéro de contrôle par mutualité (colonne (b))

- Les valeurs des zones 4 des types d'enregistrement 30, 40 et 50 de toutes les factures individuelles destinées à la fédération en question sont additionnées. A cette somme on ajoute encore la somme des valeurs des zones 17-18 et des zones 40-41 des types d'enregistrement 40 des mêmes factures. Le modulo 97 est appliqué sur ce résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97).
- Sur la ligne "Totaux", on indiquera le numéro de contrôle de l'envoi (cf. type d'enregistrement 90 zone 98).

Directives concernant l'utilisation du bordereau d'expédition

- Dans le cas du système de facturation 1) il y a lieu de compléter les colonnes (a), (b) et (e), la colonne (c) étant facultative; seul le visa de l'établissement (hospitalier) est apposé.
- Dans le cas du système de facturation 2) il y a lieu de compléter les colonnes (a), (b), (c), (d) et (e); le visa du Conseil médical doit être apposé en regard du visa de l'établissement (hospitalier).
- Dans le cas du système de facturation 3) il y a lieu de compléter toutes les colonnes. Dans ce cas, le bordereau d'expédition peut être composé de deux volets; une première partie où les colonnes (a), (b) et (c) sont complétées, et une deuxième partie où les colonnes (a), (b) et (d) sont complétées. Avant expédition, il faut cependant fixer ensemble les deux volets, et sur chacun doivent figurer les visas des deux parties (établissement (hospitalier) & Conseil médical).
- Dans le cas du système de facturation 4) il y a lieu de compléter toutes les colonnes. Dans ce cas, le bordereau d'expédition doit être composé de deux volets; une première partie où les colonnes (a), (b), (c) et (d) sont complétées, et une deuxième partie où les colonnes (a), (b) et (d) sont complétées. Avant expédition, il faut cependant fixer ensemble les deux volets, et sur chacun doivent figurer les visas des deux parties (établissement (hospitalier) & Conseil médical).

Ordre séquentiel

Lorsque les données de facturation sont transmises sur deux fichiers séparés (c'est-à-dire les systèmes de facturation 3 et 4) les deux fichiers doivent être établis selon un ordre séquentiel identique.

L'ordre séquentiel imposé est le suivant :

- année et mois facturés;
- numéro tiers payant;
- numéro matricule établissement;
- numéro mutualité de destination dans un ordre croissant;
- pour les patients hospitalisés, le numéro d'admission dans un ordre croissant;
ou pour les patients ambulants, le numéro de la facture individuelle dans un ordre croissant.

(☞ 9)**N.B.** : En cas de facturation via (My)CareNet, les données de ce bordereau d'expédition sont intégrées dans le message électronique même.

**ETAT POUR LA FACTURATION DANS LE SYSTEME DU TIERS PAYANT, DE PRESTATIONS NE FIGURANT PAS
SUR UNE NOTE D'HOSPITALISATION.**

Identification de l'établissement (1)	Identification du dispensateur (3)	Identification de la mutualité de destination	Référence au support magnétique ou électronique (2)
Nom Adresse N° I.N.A.M.I. Tiers payant n° Tél.	Nom Adresse N° I.N.A.M.I. Tél.	N° Nom Adresse	Envoi n° Tiers payant n° Année et mois facturés

ETAT RECAPITULATIF N° POUR LES PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LA PERIODE DU AU

N° de l'attestation de soins donnés ou N° de facture (ET 20 Z 24-25)	Nom du bénéficiaire	N° NISS ou d'inscription du bénéficiaire	Montant à charge de l'O.A.	Case réservée à l'O.A.

TOTAL

A payer au compte (dénomination + IBAN et BIC):
avec la référence :

Date :
Nom :
Signature :

(1) A remplir si le montant de l'intervention de l'assurance est versé sur le compte de l'établissement.

(2) A remplir le cas échéant.

(3) A remplir lorsqu'il s'agit du décompte pour 1 seul dispensateur.

Le contenu de ce document reste fixe mais sa forme n'est pas imposée.

Ce document doit être, entre autres, utilisé par les praticiens de l'art infirmier comme état récapitulatif accompagnant la facture papier.

Dessin support magnétique.

A partir du 1^{er} juillet 2008, un support magnétique ne peut plus contenir qu'un seul fichier de facturation logique (envoi).

Un envoi forme un fichier logique qui commence par un ET 10 et finit par un ET 90.

Un bordereau d'envoi est exigé par envoi (en triple exemplaires).

1 fichier physique avec 1 fichier logique.

La zone 1 de l'enregistrement de type 10 du fichier logique se trouve dans les deux premières positions du fichier physique.

Les enregistrements sont inscrits consécutivement sans signe séparateur distinct (comme par ex. "CR").

La zone 99 de l'enregistrement de type 90 du fichier logique se trouve dans les deux dernières positions du fichier physique.

ET 10	ET 20	ET 30 ET 40 ET 50	ET 30 ET 40 ET 50	ET 30 ET 40 ET 50	ET 80	...	ET 90	
		Ensemble des E.T. 30/40/50 dans 1 bloc 20-80 = facture							
		1 bloc avec les E.T. 20-30/40/50-80 par facture							

Etiquette externe

A	B	C	D	E	F	G
XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXX	XXX	XXXXXX	XXX	XXX

L'étiquette

Cette étiquette peut être lue comme suit :

- A : X X X X X X X : La version du fichier
- B : X X X X X X X X X X X X : Le numéro du tiers payant (ET 10 Z 14).
- (☞ 7) C : X X X : Le numéro de l'envoi (ET 10 Z 7).
- D : X X X : Le numéro de l'organisme assureur (100, 200, 300, 400, 500, 600 ou 900).
- E : X X X X X X : Les quatre premières positions donnent l'année : 1998, 1999, 2000, 2001, ... (ET 10 Z 22) et les deux suivantes donnent le mois : 01 ... 12 (ET 10 Z 23).
- F : X X X : Le numéro d'ordre de la bande magnétique.
 (000 : dans le cas où le fichier se trouve sur un seul support magnétique
 ou
 001, 002, ... : dans le cas où le fichier se trouve sur plusieurs supports magnétiques, les différents supports successifs doivent être numérotés)
 (☞ 7) Pour les disquettes, cette valeur est toujours égale à 000 (Multi-volumes plus autorisés)
- (☞ 7) G : X X X : Valeur standard = 001 (un seul fichier de facturation par support).

Structure de la codification des anomalies

(☞ 3) Toute anomalie détectée est identifiée par un code de 6 chiffres (RRZZNN) (les 4 premières positions sont numériques, les 2 dernières sont alphanumériques) dont la signification est la suivante :

RR = type d'enregistrement.

ZZ = numéro de la zone dans le type d'enregistrement.

NN = numéro d'ordre attribué à l'anomalie.

(☞ 3) La partie "NN" donne les possibilités suivantes:

00 jusque et y compris 99

a0 jusque et y compris a9

...

z0 jusque et y compris z9

0a jusque et y compris 0z

...

9a jusque et y compris 9z

Accords:

La zone (111b, 112b ou 113b) peut uniquement contenir des caractères de « 0 » jusque et y compris « 9 » et de « a » jusque et compris « z ».

Si la zone ne comporte pas de code erreur, elle est remplie par des zéros (0)

Un certain nombre de valeurs "NN" sont réservés aux contrôles standard :

01 = donnée non numérique.

02 = chiffre de contrôle (check-digit) erroné.

03 = donnée non autorisée.

09 = caractères interdits.

20 = donnée inconnue au fichier de l'O.A.

Les codes d'erreur RRZZ01, RRZZ02, RRZZ03, RRZZ09 et RRZZ20 sont prévus de façon standard.

Ensuite, la partie "NN" est subdivisée en 3 catégories :

a) NN = 0X erreur technique pour une zone.

NN = 1X erreur technique pour une zone dont l'origine est tributaire de la valeur d'une autre zone.

b) NN = 2X, 3X : erreur de tarification d'une zone.

NN = 4X, 5X : erreur de tarification d'une zone dont l'origine est tributaire de la valeur d'une autre zone.

c) NN = 6X, 7X : code d'erreur réservé à l'usage interne de l'O.A. pour une zone.

NN = 8X, 9X : code d'erreur réservé à l'usage interne de l'O.A. pour une anomalie qui résulte du rapport entre zones.

(☞ 3) Cette répartition ne pourra plus être garantie lorsque les nouveaux codes erreur seront définis avec une partie alphanumérique.

Nature des erreurs

Les anomalies peuvent être de diverses natures.

B : erreur bloquante.

F : erreur entraînant le rejet d'une facture entière;
dans ce cas, le nombre d'enregistrements erronés est égal au nombre d'enregistrements de cette facture.

R : erreur entraînant un rejet.

S : erreur susceptible d'être corrigée par l'O.A. et qui ne fait donc pas nécessairement l'objet d'un rejet.

E : erreur qui n'est pas prise en compte pour la fixation de pourcentage d'erreur.

Les erreurs de type NN = 20 sont examinées une par une par l'O.A..

Principes

Les mêmes codes d'erreurs sont utilisés tant pour le calcul de pourcentage d'erreur que pour la communication des rejets après vérification.

Pour les zones "montant", quatre erreurs bloquantes ont été systématiquement prévues :

B RRZZ01 : Montant non numérique

B RRZZ05 : Première position du montant différente de + ou -

B RRZZ06 : Partie numérique de la zone contient un montant signé

Les zones ou positions de réserve doivent aussi strictement être respectées, sinon, les codes suivants apparaîtront :

B RRZZ01 : Contenu zone différent de zéro

B RRZZ04 : X premier(s) (dernier) chiffre(s) de la zone différent(s) de zéro

Règles des contrôles**a) Anomalies bloquantes et non-bloquantes**

Il y a deux types d'erreurs bloquantes :

Type "B" : Ces erreurs bloquent la procédure de contrôle.

Le fichier de facturation entier est rejeté et renvoyé à l'établissement de facturation.

Toutes les communications d'erreurs dans les enregistrements de type 10 et 90 sont bloquantes, ainsi qu'un nombre restreint d'erreurs dans les enregistrements de type 20, 30, 40, 50 et 80.

Type "F" : Ces erreurs bloquent la procédure de contrôle sur la facture individuelle. La facture concernée est rejetée et la procédure se poursuit pour la facture individuelle suivante.

Toutes les communications d'erreurs dans les enregistrements de type 20 et 80 qui ne sont pas bloquantes pour le fichier, le sont pour la facture individuelle.

Les erreurs de type R, S et E ne sont bloquantes, ni pour le fichier, ni pour la facture individuelle.

b) Seuils de tolérance**I. Processus de calcul du seuil de tolérance**

Le processus prévoit une comparaison entre le nombre d'enregistrements corrects et le nombre total d'enregistrements.

Les seuils de tolérance sont calculés selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Total enregistrements rejetés}}{\text{Nombre total d'enregistrements}}$$

- (☞ 21) Pour ce calcul, seuls entrent en ligne de compte les codes erreurs, repris dans la liste Excel « Codes erreur » et différents du type E.

Un rejet au niveau de la facture (type d'erreur F) implique que tous les enregistrements figurant dans la facture rejetée, doivent être considérés comme des enregistrements rejetés.

II. Seuil de tolérance pour l'acceptation du fichier de facturation

Lors d'une erreur bloquante (type d'erreur B) le processus de contrôle s'arrête et le fichier de facturation rejeté est renvoyé à l'établissement.

A partir du 1er janvier 1999, le seuil de tolérance est fixé à 5 %.

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME ASSUREUR

REMARQUE PENDANT LA LECTURE DU SUPPORT DE FACTURATION 9999999999 ANNEE ET MOIS : 999999 BANQUE : 999999999999 PAGE : 999

ETABLISSEMENT : XXX

N° FACTURE	C	N° ENREG	N° PRESTATION	CONTENU ZONE ERRONE	REMARQUE	ENREGISTREMENTS NON ACCEPTES	VOS REFERENCES
XXXXXXXXXXXX	X	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXX		XXXXXXXXXXXX

TOT MUT : XXX ZZZ.ZZZ.ZZ9,99

TOT GEN : ZZZ.ZZZ.ZZ9,99 TOT OA : ZZZ.ZZZ.ZZ9,99 DIFFERENCE : ZZZ.ZZZ.ZZ9,99

LISTE DES ERREURS TROUVEES

REMARQUE	QUANTITE	DESCRIPTION
XXXXXX	ZZZ9	XX

TOTAL : ZZZ.ZZZ.ZZ9

NOMBRE DES ENREGISTREMENTS LUS 20 :	ZZZ.ZZ9	NOMBRES DES ENREGISTREMENTS ERRONES :	ZZZ.ZZ9
NOMBRE DES ENREGISTREMENTS LUS 30 :	ZZZ.ZZ9	NOMBRES DES ENREGISTREMENTS ERRONES :	ZZZ.ZZ9
NOMBRE DES ENREGISTREMENTS LUS 40 :	ZZZ.ZZ9	NOMBRES DES ENREGISTREMENTS ERRONES :	ZZZ.ZZ9
NOMBRE DES ENREGISTREMENTS LUS 50 :	ZZZ.ZZ9	NOMBRES DES ENREGISTREMENTS ERRONES :	ZZZ.ZZ9

FICHER DE DECOMPTE

Quelques concepts :

“fichier de facturation” : le fichier envoyé par un tiers payant facturant à l’organisme assureur, et qui contient les données de facturation initiales.

"fichier de décompte" : le fichier envoyé par l’organisme assureur au tiers payant facturant et qui contient les prestations / factures rejetées et les données relatives au décompte.

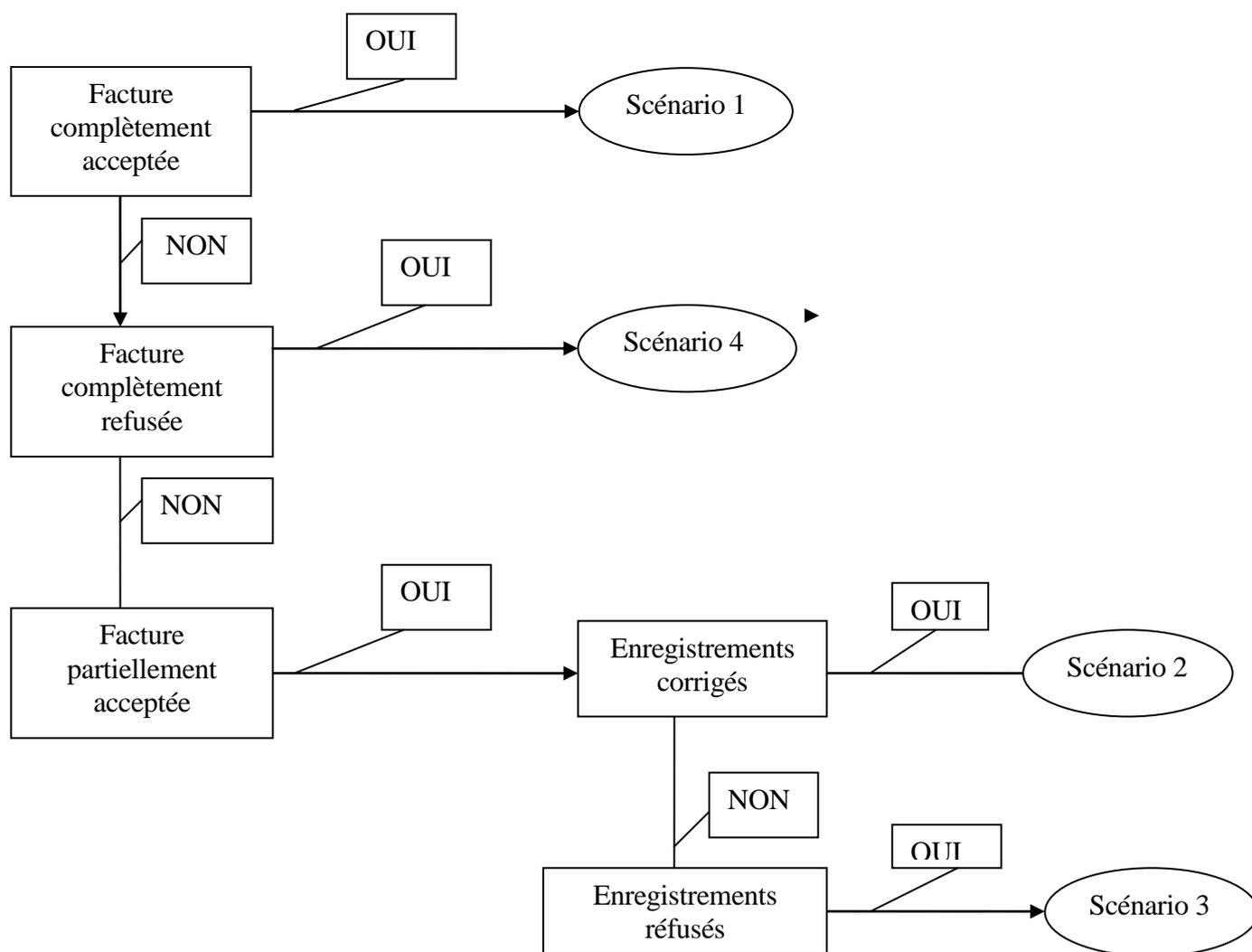
Dessin d’enregistrement pour le fichier de décompte

			10	20	30	40	50	80	90	
	1 à 99	350	1	Enregistrement initial						
	100	3N	351	Identification envoi (= ET 10 Z 7)						
	101	8N	354	Date création O.A.	Date création envoi (= ET 10 Z 25-26)				9	
	102	6N	362	1	Mois et année de facturation (= ET 10 Z 22-23)				9	
	103	3N	368	1	Mutualité (= ET 20 Z 18)				9	
(☞ 11)	104	12N	371	1	0	0	0	0	9	
(☞ 11)	105	12N	383	1	0	0	0	0	9	
	106	12N	395	9						
	107	3N	407	1	CT1 ou 0	CT1	CT1	CT1	0	9
	108	3N	410	1	CT2 ou 0	CT2	CT2	CT2	0	9
(☞ 6)	109	22A	413	1	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	9
(☞ 6)	110	22A	435	1	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	9
	111a	1A	457	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1
(☞ 3)	111b	4N+2A	458	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1
	112a	1A	464	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2
(☞ 3)	112b	4N+2A	465	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2
	113a	1A	471	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3
(☞ 3)	113b	4N+2A	472	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3
	114	1A+11N	478	1	0	Montant tarifé Compte A	Montant tarifé Compte A	Montant tarifé Compte A	Montant tarifé Compte. A	9
	115	1A+11N	490	1	0	Montant tarifé Compte B	Montant tarifé Compte B	Montant tarifé Compte B	Montant tarifé Compte B	9
	116	1A+11N	502	1	0	Montant tarifé patient	Montant tarifé patient	Montant tarifé patient	Montant tarifé patient	9
	117	7N	514	1	0	Code nomenclature corrigé	Code nomenclature corrigé	Code nomenclature corrigé	0	9
	118	1N	521	1	0				9	
(☞ 3)	119	1A+11N	522	1	0	Résultat OA	Résultat OA	Résultat OA	0	9
(☞ 11)	149	200A	534	1	Commentaire du code erreur				9	
(☞ 11)	150	61A	734	1	Réserve				9	
(☞ 11)	151	6N	795	1	Index				9	

PRINCIPES RELATIFS A LA DELIVRANCE D'UN FICHER DE DECOMPTE

1. La délivrance d'un fichier de décompte est liée à la transmission du fichier de facturation par le système (My)CareNet.
2. Les fichiers de décompte sont établis par les 7 organismes assureurs au niveau national.
3. Un fichier de décompte est transmis par paiement (un ou plusieurs par envoi) par l'OA.
En cas de paiement sur 2 comptes bancaires différents, un seul fichier de décompte est transmis.
- (☞ 28) Le paiement s'effectue pour tous les organismes assureurs via un paiement central par UNION à l'exception de l'UNMS (paiement séparé et fichier de décompte distinct pour mutualité 306).
4. Les traitements d'un fichier de facturation peuvent être répartis dans plusieurs fichiers de décomptes, avec la restriction que l'ensemble des traitements par une mutualité ne peut être divisé.
5. Toutes les factures d'un fichier de facturation seront finalement reprises dans un fichier de décompte
 - s'il s'agit d'une facture entièrement acceptée, seuls les enregistrements de type 20 et 80 doivent être repris;
 - s'il s'agit d'une facture partiellement acceptée, en plus des enregistrements de type 20 et 80, les enregistrements erronés intermédiaires doivent être repris;
 - s'il s'agit d'une facture entièrement rejetée, tous les enregistrements de la facture concernée doivent être repris.
6. Trois codes rejets sont, au maximum, mentionnés par enregistrement rejeté.
7. En cas de correction automatique par les organismes assureurs, le montant tarifé (et donc effectivement payé) est mentionné dans la zone 114 et/ou 115. Il n'y a aucun code de rejet mentionné dans la zone 111, 112 ou 113.
8. Le fichier est encadré par un enregistrement de début et de fin, dans lequel chaque position de chaque zone est complétée par des données non significatives,
 - «1» dans l'ET 10, à l'exception des zones 1 à 101 incluse et 111 à 113 incluse,
 - «9» dans l'ET 90, à l'exception des zones 1 à 100 incluse et 111 à 113 incluse.
9. Les zones 114/115 du fichier de décompte doivent être complétées comme suit :
 - S'il s'agit d'un ET 20: toujours 0
 - S'il s'agit d'un ET 30, 40 ou 50:
Refus de l'enregistrement = 0
Adaptation du montant facturé en – ou + = montant du remboursement (= montant tarifé)
Acceptation de l'enregistrement = enregistrement ne figure pas sur le support de décompte
 - S'il s'agit d'un ET 80: montant effectivement payé (la différence entre les zones 19/15 et 114 / 115 correspond à la différence entre les zones 19 et 114 / 115 des ET 30, 40 et 50) (= montant tarifé).
- (☞ 3) 10. La zone 119 (résultat OA) est complétée si les zones 111b, 112b ou 113b contiennent un code erreur XX1940. Elle est remplie avec le montant tarifé par l'OA
11. Les codes erreur de l'ET 20 doivent être prévus dans les ET 30, 40, 50 et 80. Les codes erreur de l'ET 20 doivent être mentionnés en premier lieu, puis ceux des ET 30, 40, 50 et 80.
Ou
Pour une facture rejetée suite à une erreur dans l'ET 20, les enregistrements de type 30, 40 et 50 correspondants sont mentionnés avec le code erreur respectif RR0119 (si aucune autre erreur ne peut être attribuée).
12. Les zones non définies sont complétées par des zéros.
13. Le fichier de facturation est trié de la façon suivante :
 1. numéro d'envoi;
 2. année et mois facturés;
 3. mutualité;
 4. numéro de suite de l'enregistrement original.

Fichier de décompte: Algorithme pour le remplissage des zones montant



Scénario 1 : ET 20 + 80 sur le fichier de décompte (ET 80 Z 114 = ET 80 Z 19)

(☞ 28) **Scénario 2 :** ET 20 + 80 sur le fichier de décompte (ET 80 Z 114 = ET 80 Z 19 - \sum des différences (Z 19 - Z 114) des ET 30, 40, 50)
ET 30 - 40 - 50 corrigé sur le fichier de décompte (ET 30 - 40 - 50 Z 114 = montant corrigé)

(☞ 28) **Scénario 3 :** ET 20 + 80 sur le fichier de décompte (ET 80 Z 114 = ET 80 Z 19 - \sum des différences (Z 19 - Z 114) des ET 30, 40, 50)
ET 30 - 40 - 50 refusé sur le fichier de décompte (ET 30 - 40 - 50 Z 114 = 0)

Scénario 4 : ET 20 + 80 sur le fichier de décompte (ET 80 Z 114 = 0)
ET 30 - 40 - 50 refusé sur le fichier de décompte (ET 30 - 40 - 50 Z 114 = 0)

Lorsqu' il s'agit des prestations payables au compte B, la zone 115 doit être utilisée (au lieu de la zone 114).

**Fichier de décompte: remplissage des zones montant - Compte A**

			ET 30/40/50 Z 19	ET 80 Z 19	ET 30/40/50 Z 114	ET 80 Z 114	Contrôle	Différence	
Facture 1	Acceptée	ET 20	0,00			0,00			
	A	ET 50	25,00				Pas sur fichier de décompte		
	A	ET 50	50,00				Pas sur fichier de décompte		
	A	ET 50	25,00				Pas sur fichier de décompte		
		ET 80		100,00		100,00		Différence facture	0
Facture 2	Partiellement acceptée	ET 20	0,00						
	A	ET 50	25,00				Pas sur fichier de décompte		
	C	ET 50	50,00		40,00		Z 19 - Z 114	10	
	R	ET 50	25,00		0,00		Z 19 - Z 114	25	
		ET 80		100,00		65,00		Différence facture	35
Facture 3	Refusée	ET 20	0,00						
	R	ET 50	25,00		0,00		Z 19 - Z 114	25	
	R	ET 50	50,00		0,00		Z 19 - Z 114	50	
	R	ET 50	25,00		0,00		Z 19 - Z 114	25	
		ET 80		100,00		0,00		Différence facture	100
Facture 4	modification code nomenclature	ET 20	0,00						
	A	ET 50	25,00				Pas sur fichier de décompte		
	montant identique	ET 50	50,00		50,00		ET 30/40/50 Z 117 rempli	Z 19 - Z 114	0
	A	ET 50	25,00				Pas sur fichier de décompte		
		ET 80		100,00		100,00		Différence facture	0
								Différence envoi	135,00

Introduit	Facture 1 - Z 19	100,00	
	Facture 2 - Z 19	100,00	
	Facture 3 - Z 19	100,00	
	Facture 4 - Z 19	100,00	
		400,00	
Paiement	Facture 1 - Z 114	100,00	Différence 400,00 - 265,00 = 135,00
	Facture 2 - Z 114	65,00	
	Facture 3 - Z 114	0,00	
	Facture 4 - Z 114	100,00	
		265,00	

Fichier de décompte: remplissage des zones montant - Compte A et B

		ET 30/40/50		ET 80	ET 80	ET 30/40/50	ET 30/40/50	ET 80	ET 80	Contrôle	Différence	
		Z 11	Z 19	Z 15 (B)	Z 19(A)	Z 114 (A)	Z 115 (B)	Z 114 (A)	Z 115 (B)			
Facture 1	Acceptée	ET 20	0,00					0,00	0,00			
	A	ET 30	0	25,00						Pas sur fichier de décompte		
	A	ET 30	0	30,00						Pas sur fichier de décompte		
	A	ET 50	1	50,00						Pas sur fichier de décompte		
	A	ET 50	1	25,00						Pas sur fichier de décompte		
		ET 80		75,00	55,00			55,00	75,00	Différence facture	0,00	
Facture 2	Partiellement acceptée	ET 20	0,00									
	A	ET 30	0	25,00						Pas sur fichier de décompte		
	R	ET 30	0	30,00		0,00				Z 19 - Z 114	30,00	
	C	ET 50	1	50,00			40,00			Z 19 - Z 115	10,00	
	R	ET 50	1	25,00			0,00			Z 19 - Z 115	25,00	
		ET 80		75,00	55,00			25,00	40,00	Différence facture	65,00	
Facture 3	Refusée	ET 20	0,00									
	R	ET 30	0	25,00		0,00				Z 19 - Z 114	25,00	
	R	ET 30	0	30,00		0,00				Z 19 - Z 114	30,00	
	R	ET 50	1	50,00		0,00				Z 19 - Z 115	50,00	
	R	ET 50	1	25,00		0,00				Z 19 - Z 115	25,00	
		ET 80		75,00	55,00			0,00	0,00	Différence facture	130,00	
Facture 4	modification code nomenclature	ET 20	0,00									
	A	ET 30	0	25,00						Pas sur fichier de décompte		
	montant identique	ET 30	0	30,00			30,00			ET 30 Z 117 rempli	Z 19 - Z 114	0,00
	montant identique	ET 50	1	50,00		50,00				ET 40/50 Z 117 rempli	Z 19 - Z 115	0,00
	A	ET 50	1	25,00						Pas sur fichier de décompte		
		ET 80		75,00	55,00			55,00	75,00	Différence facture	0	
											Différence envoi	195,00

		<u>A</u>	<u>B</u>	<u>Tot.</u>	
Introduit	Facture 1 - Z 19	55,00	75,00	130,00	
	Facture 2 - Z 19	55,00	75,00	130,00	
	Facture 3 - Z 19	55,00	75,00	130,00	
	Facture 4 - Z 19	55,00	75,00	130,00	
				520,00	
Paiement	Facture 1 - Z 114/115	55,00	75,00	130,00	
	Facture 2 - Z 114/115	25,00	40,00	65,00	
	Facture 3 - Z 114/115	0,00	0,00	0,00	
	Facture 4 - Z 114/115	55,00	75,00	130,00	
				325,00	
					Différence 520,00 - 325,00 = 195,00

Annexe 6

TYPE D'ENREGISTREMENT			10	20	30	40	50	80	90
ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	DEBUT D'ENVOI	DEBUT DE FACTURE	JOURNEES D'ENTRETIEN	PRODUITS PHARMACEUT.	PRESTATIONS OU FOURNITURES	FIN DE FACTURE	FIN D'ENVOI
1	2 N	1-2	ENREGIST. DE TYPE 10	ENREGIST. DE TYPE 20	ENREGIST. DE TYPE 30	ENREGIST. DE TYPE 40	ENREGIST. DE TYPE 50	ENREGIST. DE TYPE 80	ENREGIST. DE TYPE 90
2	6 N	3-8	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.
3	1 N	9-9	CODE INDICE	AUTORISATION T.P.	NORME JOURN. ENTRET.	NORME PRESTATION	NORME PREST. (%)	0	0
4	7 N	10-16	VERSION FICHIER	HEURE ADMISSION	PSEUDO.CODE JOUR. ENT. FOR	PSEUDO.CODE CAT. MEDICAM	PSEUDO.-CODE NOMENCL.	HEURE D'ADMISSION	0
5	8 N	17-24	N° COMPTE FINANCIER A	DATE D'ADMISSION	DATE 1er JOUR FACTURE	DATE 1er JOUR FACTURE	DATE 1er PREST. EFFECT.	DATE D'ADMISSION	N° COMPTE FINANCIER A
6a	4 N	25-28	0	DATE DE	DATE DERNIER JOUR	DATE DERNIER JOUR	DATE DERNIERE	DATE DE	0
6b	4 N	29-32	0	SORTIE	FACTURE	FACTURE	PRESTATION EFFECTUEE	SORTIE	0
7	3 N	33-35	NUMERO DE L'ENVOI	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	NUMERO D'ENVOI
8a	12 N	36-47	N° COMPTE FINANCIER B	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	N° CPTÉ FINANCIER B
8b	1 N	48-48	0	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	0
9	1 N	49-49	CODE S.F.P.	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	0
10	1 N	50-50	CODE FICHIER DE DECOMPTE	TYPE FACTURE	ACCOUCHEMENT	ACCOUCHEMENT	ACCOUCHEMENT	TYPE FACTURE	0
11	1 N	51-51	0	TYPE FACTURATION	REF. N° CPTÉ FINANCIER	REF. N° CPTÉ FINANCIER	REF. N° CPTÉ FINANCIER	0	0
12	1 N	52-52	0	0	0	0	NUIT, W.E. OU JOUR FERIE	0	0
13	3 N	53-55	CONTENU FACTURATION	SERVICE 721 bis	CODE SERVICE	CODE SERVICE	CODE SERVICE	SERVICE 721 bis	0
14	12 N	56-67	N° TIERS PAYANT	N° ETS, QUI FACTURE	LIEU DE PRESTATION	LIEU DE PRESTATION	LIEU DE PRESTATION	N° ETS, QUI FACTURE	N° TIERS PAYANT
15	12 N	68-79	N° ACCREDITATION CIN	N° ETS, DE SEJOUR	IDENT. CONV./ETS, SEJOUR	IDENT. CONV./ETS, SEJOUR	IDENT. DISPENSATEUR	SIGNE + MONT. CPTÉ FINANCIER B	SIGNE + MONT. TOTAL CPTÉ FIN. B
16	1 N	80-80	0	CODE LEVEE DELAI PRESCR	0	MEDICAMENTS GRATUITS	NORME DISPENSATEUR	0	0
17	4 N	81-84	0	CAUSES TRAITEMENT	PRESTATION	PRESTATION	PRESTATION	CAUSES TRAITEMENT	0
18	3 N	85-87	0	N° MUTUALITE DESTINATION	RELATIVE	RELATIVE	RELATIVE	N° MUTUALITE DESTINATION	0
19	12 N	88-99	0	N° ADMISSION	SIGNE + MONTANT O.A.	SIGNE + MONTANT O.A.	SIGNE + MONTANT O.A.	SIGNE + MONT. CPTÉ FINANCIER A	SIGNE + MONT. TOTAL CPTÉ FIN. A
20	7 N	100-106	0	DATE DE L'ACCORD	0	R DATE DE LA	DATE DE LA	DATE DE LA FACTURE	0
21	1 N	107-107	0	TRAITEMENT	0	PRESCRIPTION	PRESCRIPTION	0	0
22	5 N	108-112	ANNEE FACTUREE	HEURE DE SORTIE	SIGNE + Nb. JOURS OU FORF	SIGNE + NOMBRE D'UNITES	SIGNE + NOMBRE D'UNITES	HEURE DE SORTIE	ANNEE FACTUREE
23	2 N	113-114	MOIS FACTURE	0	0	F UNITE	NOMBRE DE COUPES	0	MOIS FACTURE
24	5 N	115-119	0	N° DE FACTURE	SIGNE + ORDRE DE GRANDEUR	IDENTIFICATION DU	IDENTIFICATION DU	N° DE FACTURE	0
25	7 N	120-126	DATE DE	INDIVIDUELLE	FRAIS DE SEJOUR	PRESCRIPTEUR	PRESCRIPTEUR	INDIVIDUELLE	0
26	1 N	127-127	DATE CREATION	APPLICAT. FRANCH. SOC.	0	0	NORME PRESCRIPT	0	0
27	10 N	128-137	0	C.T.1 + C.T.2	SIGNE + INTERV PERS PAT	SIGNE + INTERV PERS PAT	SIGNE + INTERV PERS PAT	SIGNE + INTERV PERS PAT	0
28	25 A	138-162	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT
29	2 N	163-164	0	NUMERO DE	0	0	DENT TRAITEE	0	0
30	2 N	165-166	0	FACTURE	SIGNE + MONTANT	SIGNE + MONTANT	SIGNE + MONTANT	SIGNE + MONTANT	0
31	8 N	167-174	0	PRECEDENTE	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	0
32	1 N	175-175	BIC - COMPTE FINANCIER A	FLAG IDENTIF. BENEF.	EXCEP. TIERS PAYANT	EXCEP. TIERS PAYANT	EXCEP. TIERS PAYANT	FLAG IDENTIF. BENEF.	BIC - COMPTE FINANCIER A
33	1 N	176-176	0	0	CODE FACT. I.P. ou SUPPL.	CODE FACT. I.P. ou SUPPL.	CODE FACT. I.P. ou SUPPL.	0	0
34	1 N	177-177	0	NUMERO DE	0	CODE EXCEPTION	MEMBRE TRAITE	0	0
35	1 N	178-178	0	L'ENVOI	0	PROPHYLAXIE	PRESTATAIRE CONV. ENT.	0	0
36	1 N	179-179	0	PRECEDENT	0	FLAG DCI	HEURE	0	0
37	3 N	180-182	0	N° MUT. FACT. PRECED.	0	F FORME GALENIQUE	DE PRESTATION	0	0
38	12 N	183-194	IBAN - COMPTE FINANCIER A	REFERENCE MUTUALITE	0	N° OFFICE DE TARIFICATION	IDENT. ADMINIST. SANG	SIGNE + ACOMPTE CPTÉ FIN.	IBAN - COMPTE FINANCIER A
39	10 N	195-204	0	N° COMPTE FINANCIER A	0	SIGNE + INT. PERS. PAT. THEOR	N° ATTESTATION	0	0
40	2 N	205-206	0	0	0	NUMERO DU	D'ADMINISTRATION	0	0
41	6 N	207-212	0	ANNEE - MOIS FACT. PREC.	0	PRODUIT	NUMERO BON DE	0	0
42	6 N	213-218	0	0	0	0	DELIVRANCE OU SAC	0	0
43a	11 N	219-229	BIC - COMPTE FINANCIER B	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS	0	LIBELLE DU PRODUIT	CODE IMPLANT	0	BIC - COMPTE FINANCIER B
43b	1 N	230-230	0	0	0	0	0	0	0
44	4 N	231-234	0	0	0	0	LIBELLE	0	0
45	26 N	235-260	0	0	0	0	DU PRODUIT	0	0
46	1 N	261-261	0	0	0	0	NORME PLAFOND	0	0
47	8 N	262-269	0	DATE DE FACTURATION	DATE ACCORD PRESTATION	DATE ACCORD PRESTATION	DATE ACCORD PRESTATION	0	0
48	1 N	270-270	0	0	TRANSPLANTATION	TRANSPLANTATION	TRANSPLANTATION	0	0
49	12 N	271-282	0	REFERENCE MUTUALITE	0	NUMERO PHARMACIEN	R IDENT. AIDE SOIGNANT	0	0
50	4 N	283 - 286	IBAN - COMPTE FINANCIER B	NUMERO DE COMPTE	0	F ANNEE DE NAISSANCE	0	0	IBAN - COMPTE FINANCIER B
51	6 N	287 - 292	0	FINANCIER B	SITE HOSPITALIER	SITE HOSPITALIER	SITE HOSPITALIER	0	0
52	12 N	293-304	0	0	IDENTIF. ASSOCIATION BASSIN DE SOINS	IDENTIF. ASSOCIATION BASSIN DE SOINS	IDENTIF. ASSOCIATION BASSIN DE SOINS	0	0
53	8 N	305-312	0	DATE DEBUT ASSURABILITE	0	0	F NUMERO DE COURSE	0	0
54a	3 N	313-315	0	DATE FIN ASSURABILITE	0	0	0	0	0
54b	5 N	316-320	0	0	0	0	0	0	0
55	8 N	321-328	0	DATE COMMUNIC. INFO	0	0	CODE NOTIFICATION IMPLANT	0	0
56	4 N	329-332	0	MAF ANNEE EN COURS	0	0	0	0	0
57	4 N	333-336	0	MAF ANNEE EN COURS - 1	0	0	0	0	0
58	4 N	337-340	0	MAF ANNEE EN COURS - 2	0	0	0	0	0
59	6 N	341-346	0	0	0	0	0	0	0
98	2 N	347-348	0	0	0	0	0	C.C. DE LA FACTURE	C.C. DE L'ENVOI
99	2 N	349-350	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST

Annexe 6.1

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 10
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	NOMBRE NUMEROS COMPTES FINANCIERS (CODE INDICE)
4	7 N	10 - 16	VERSION FICHIER
5	8 N	17 - 24	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
6 a	4 N	25 - 28	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
6 b	4 N	29 - 32	RESERVE
7	3 N	33 - 35	NUMERO DE L'ENVOI
8 a	12 N	36 - 47	NUMERO COMPTE FINANCIER B
8 b	1 N	48 - 48	RESERVE
9	1 N	49 - 49	CODE SUPPRESSION FACTURE PAPIER
10	1 N	50 - 50	CODE FICHIER DE DECOMPTE
11	1 N	51 - 51	RESERVE
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	CONTENU DE LA FACTURATION
14	12 N	56 - 67	NUMERO TIERS PAYANT
15	12 N	68 - 79	NUMERO D'ACCREDITATION CIN
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	RESERVE
18	3 N	85 - 87	RESERVE
19	12 N	88 - 99	RESERVE
20	7 N	100 - 106	RESERVE
21	1 N	107 - 107	RESERVE
22	5 N	108 - 112	ANNEE FACTUREE
23	2 N	113 - 114	MOIS FACTURE
24	5 N	115 - 119	RESERVE
25	7 N	120 - 126	DATE DE CREATION (PARTIE 1) AAAAMMJ
26	1 N	127 - 127	DATE DE CREATION (PARTIE 2) J
27	10 N	128 - 137	RESERVE
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	2 N	165 - 166	RESERVE
31	8 A	167 - 174	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
32	1 A	175 - 175	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
33	1 A	176 - 176	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
34	1 A	177 - 177	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 A	179 - 179	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
37	3 A	180 - 182	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
38	12 A	183 - 194	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
39	10 A	195 - 204	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
40	2 A	205 - 206	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 5)
41	6 A	207 - 212	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 6)
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 A	219 - 229	BIC - COMPTE FINANCIER B
43 b	1 N	230 - 230	RESERVE
44	4 N	231 - 234	RESERVE
45	26 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)
50	4 A	283 - 286	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)
51	6 A	287-292	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)
52	12 A	293-304	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 4)
53	8 N	305-312	RESERVE
54a	3 N	313-315	RESERVE
54b	5 N	316-320	RESERVE
55	8 N	321-328	RESERVE
56	4 N	329-332	RESERVE
57	4 N	333-336	RESERVE
58	4 N	337-340	RESERVE
59	6 N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	RESERVE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

Annexe 6.2

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 20
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	AUTORISATION TIERS PAYANT
4	7 N	10 - 16	HEURE D'ADMISSION
5	8 N	17 - 24	DATE D'ADMISSION
6 a	4 N	25 - 28	DATE DE SORTIE (PARTIE 1)
6 b	4 N	29 - 32	DATE DE SORTIE (PARTIE 2)
7	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION
8 a	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)
8 b	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)
9	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE
10	1 N	50 - 50	TYPE FACTURE
11	1 N	51 - 51	TYPE DE FACTURATION
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	SERVICE 721 bis
14	12 N	56 - 67	NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE
15	12 N	68 - 79	ETABLISSEMENT DE SEJOUR
16	1 N	80 - 80	CODE LEVEE DELAI DE PRESCRIPTION
17	4 N	81 - 84	CAUSES DU TRAITEMENT
18	3 N	85 - 87	NUMERO MUTUALITE DE DESTINATION
19	12 N	88 - 99	NUMERO D'ADMISSION
20	7 N	100 - 106	DATE ACCORD TRAITEMENT (PARTIE 1)
21	1 N	107 - 107	DATE ACCORD TRAITEMENT (PARTIE 2)
22	5 N	108 - 112	HEURE DE SORTIE
23	2 N	113 - 114	RESERVE
24	5 N	115 - 119	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 1)
25	7 N	120 - 126	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 2)
26	1 N	127 - 127	APPLICATION FRANCHISE SOCIALE
27	10 N	128 - 137	CT 1 + CT 2
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 1)
30	2 N	165 - 166	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 2)
31	8 N	167 - 174	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 3)
32	1 N	175 - 175	FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE
33	1 N	176 - 176	RESERVE
34	1 N	177 - 177	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 1)
35	1 N	178 - 178	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 2)
36	1 N	179 - 179	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 3)
37	3 N	180 - 182	NUMERO MUTUALITE FACTURATION PRECEDENTE
38	12 A	183 - 194	REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
39	10 A	195 - 204	REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
40	2 N	205 - 206	RESERVE
41	6 N	207 - 212	ANNEE ET MOIS DE FACTURATION PRECEDENTE
42	6 A	213 - 218	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 1)
43 a	11 A	219 - 229	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 2)
43 b	1 A	230-230	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 3)
44	4 A	231 - 234	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 4)
45	26 A	235 - 260	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 5)
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	DATE DE FACTURATION
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)
50	4 A	283 - 286	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)
51	6 A	287-292	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)
52	12 N	293-304	RESERVE
53	8 N	305-312	DATE DEBUT ASSURABILITE
54a	3N	313-315	DATE FIN ASSURABILITE (PARTIE 1)
54b	5N	316-320	DATE FIN ASSURABILITE (PARTIE 2)
55	8 N	321-328	DATE COMMUNICATION INFORMATION
56	4 N	329-332	MAF ANNEE EN COURS
57	4 N	333-336	MAF ANNEE EN COURS - 1
58	4 N	337-340	MAF ANNEE EN COURS - 2
59	6 N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	RESERVE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

Annexe 6.3

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 30
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	NORME JOURNEE D'ENTRETIEN
4	7 N	10 - 16	PSEUDO-CODE JOURNEE D'ENTRETIEN ET FORFAIT
5	8 N	17 - 24	DATE PREMIER JOUR FACTURE
6 a	4 N	25 - 28	DATE DERNIER JOUR FACTURE (PARTIE 1)
6 b	4 N	29 - 32	DATE DERNIER JOUR FACTURE (PARTIE 2)
7	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION
8 a	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)
8 b	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)
9	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE
10	1 N	50 - 50	ACCOUCHEMENT
11	1 N	51 - 51	REFERENCE NUMERO DE COMPTE FINANCIER
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	CODE SERVICE
14	12 N	56 - 67	LIEU DE PRESTATION
15	12 N	68 - 79	IDENTIFICATION CONVENTION/ETABLISSEMENT DE SEJOUR
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 1)
18	3 N	85 - 87	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE
20	7 N	100 - 106	RESERVE
21	1 N	107 - 107	RESERVE
22	1 A + 4 N	108 - 112	SIGNE + NOMBRE DE JOURS OU FORFAITS
23	2 N	113 - 114	RESERVE
24	1 A + 4 N	115 - 119	SIGNE + MONTANT INDICATIF ORDRE DE GRANDEUR FRAIS DE SEJOUR (PARTIE 1)
25	7 N	120 - 126	MONTANT INDICATIF ORDRE DE GRANDEUR FRAIS DE SEJOUR (PARTIE 2)
26	1 N	127 - 127	RESERVE
27	1 A + 9 N	128 - 137	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	1 A + 1 N	165 - 166	SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 1)
31	8 N	167 - 174	MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 2)
32	1 N	175 - 175	EXCEPTION TIERS PAYANT
33	1 N	176 - 176	CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT
34	1 N	177 - 177	RESERVE
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 N	179 - 179	RESERVE
37	3 N	180 - 182	RESERVE
38	12 N	183 - 194	RESERVE
39	10 N	195 - 204	RESERVE
40	2 N	205 - 206	RESERVE
41	6 N	207 - 212	RESERVE
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 N	219 - 229	RESERVE
43 b	1 N	230-230	RESERVE
44	4 N	231 - 234	RESERVE
45	26 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	DATE ACCORD PRESTATION
48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATION
49	12 N	271 - 282	RESERVE
50	4 N	283 - 286	RESERVE
51	6N	287-292	SITE HOSPITALIER
52	12N	293-304	IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS
53	8N	305-312	RESERVE
54a	3N	313-315	RESERVE
54b	5N	316-320	RESERVE
55	8N	321-328	RESERVE
56	4N	329-332	RESERVE
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	RESERVE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

Annexe 6.4

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 40
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	NORME PRESTATION
4	7 N	10 - 16	PSEUDO-CODES CATEGORIE MEDICAMENT
5	8 N	17 - 24	DATE PREMIER JOUR FACTURE
6 a	4 N	25 - 28	DATE DERNIER JOUR FACTURE (PARTIE 1)
6 b	4 N	29 - 32	DATE DERNIER JOUR FACTURE (PARTIE 2)
7	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION
8 a	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)
8 b	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)
9	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE
10	1 N	50 - 50	ACCOUCHEMENT
11	1 N	51 - 51	REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	CODE SERVICE
14	12 N	56 - 67	LIEU DE PRESTATION
15	12 N	68 - 79	IDENTIFICATION CONVENTION/ETABLISSEMENT DE SEJOUR
16	1 N	80 - 80	MEDICAMENTS GRATUITS
17	4 N	81 - 84	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 1)
18	3 N	85 - 87	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE
20	7 N	100 - 106	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 1)
21	1 N	107 - 107	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	SIGNE + NOMBRE D'UNITES
23	2 N	113 - 114	UNITE
24	5 N	115 - 119	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 1)
25	7 N	120 - 126	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 2)
26	1 N	127 - 127	RESERVE
27	1 A + 9 N	128 - 137	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	1 A + 1 N	165 - 166	SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 1)
31	8 N	167 - 174	MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 2)
32	1 N	175 - 175	EXCEPTION TIERS PAYANT
33	1 N	176 - 176	CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT
34	1 N	177 - 177	CODE EXCEPTION PROPHYLAXIE (PARTIE 1)
35	1 N	178 - 178	CODE EXCEPTION PROPHYLAXIE (PARTIE 2)
36	1 N	179 - 179	FLAG DCI
37	3 N	180 - 182	FORME GALENIQUE
38	12 N	183 - 194	NUMERO OFFICE DE TARIFICATION
39	1 A + 9 N	195 - 204	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT THEORIQUE
40	2 N	205 - 206	NUMERO DU PRODUIT (PARTIE 1)
41	6 N	207 - 212	NUMERO DU PRODUIT (PARTIE 2)
42	6 A	213 - 218	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 1)
43 a	11 A	219 - 229	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 2)
43 b	1 A	230-230	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 3)
44	4 A	231 - 234	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 4)
45	26 A	235 - 260	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 5)
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	DATE ACCORD PRESTATION
48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATION
49	12 N	271 - 282	NUMERO DU PHARMACIEN TITULAIRE
50	4 N	283 - 286	ANNEE DE NAISSANCE
51	6N	287-292	SITE HOSPITALIER
52	12N	293-304	IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS
53	8N	305-312	RESERVE
54a	3N	313-315	RESERVE
54b	5N	316-320	RESERVE
55	8N	321-328	RESERVE
56	4N	329-332	RESERVE
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	RESERVE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

Annexe 6.5

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 50
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	NORME PRESTATION (POURCENTAGE)
4	7 N	10 - 16	CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE
5	8 N	17 - 24	DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE
6 a	4 N	25 - 28	DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE (PARTIE 1)
6 b	4 N	29 - 32	DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE (PARTIE 2)
7	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION
8 a	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)
8 b	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)
9	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE
10	1 N	50 - 50	ACCOUCHEMENT
11	1 N	51 - 51	REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER
12	1 N	52 - 52	NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE
13	3 N	53 - 55	CODE SERVICE
14	12 N	56 - 67	LIEU DE PRESTATION
15	12 N	68 - 79	IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR
16	1 N	80 - 80	NORME DISPENSATEUR
17	4 N	81 - 84	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 1)
18	3 N	85 - 87	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE
20	7 N	100 - 106	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 1)
21	1 N	107 - 107	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	SIGNE + NOMBRE D'UNITES
23	2 N	113 - 114	NOMBRE DE COUPES
24	5 N	115 - 119	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 1)
25	7 N	120 - 126	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 2)
26	1 N	127 - 127	NORME PRESCRIPTEUR
27	1 A + 9 N	128 - 137	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	DENT TRAITEE
30	1 A + 1 N	165 - 166	SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 1)
31	8 N	167 - 174	MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 2)
32	1 N	175 - 175	EXCEPTION TIERS PAYANT
33	1 N	176 - 176	CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT
34	1 N	177 - 177	MEMBRE TRAITE
35	1 N	178 - 178	PRESTATAIRE CONVENTIONNE
36	1 N	179 - 179	HEURE DE PRESTATION (PARTIE 1)
37	3 N	180 - 182	HEURE DE PRESTATION (PARTIE 2)
38	12 N	183 - 194	IDENTIFICATION ADMINISTRATEUR DU SANG
39	10 N	195 - 204	NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION (PARTIE 1)
40	2 N	205 - 206	NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION (PARTIE 2)
41	6 A	207 - 212	NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC (PARTIE 1)
42	6 A	213 - 218	NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC (PARTIE 2)
43 a	11 N	219 - 229	CODE IMPLANT (PARTIE 1)
43 b	1 N	230-230	CODE IMPLANT (PARTIE 2)
44	4 A	231 - 234	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 1)
45	26 A	235 - 260	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 2)
46	1 N	261 - 261	NORME PLAFOND
47	8 N	262 - 269	DATE ACCORD PRESTATION
48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATION
49	12 N	271 - 282	IDENTIFICATION DE L'AIDE SOIGNANT (ZONE RESERVEE)
50	4 N	283 - 286	RESERVE
51	6N	287-292	SITE HOSPITALIER
52	12N	293-304	IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS
53	8A	305-312	NUMERO DE COURSE (PARTIE 1)
54a	3A	313-315	NUMERO DE COURSE (PARTIE 2)
54b	5N	316-320	RESERVE
55	8N	321-328	CODE NOTIFICATION IMPLANT (PARTIE 1)
56	4N	329-332	CODE NOTIFICATION IMPLANT (PARTIE 2)
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	RESERVE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

Annexe 6.6

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 80
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	RESERVE
4	7 N	10 - 16	HEURE D'ADMISSION
5	8 N	17 - 24	DATE D'ADMISSION
6 a	4 N	25 - 28	DATE DE SORTIE (PARTIE 1)
6 b	4 N	29 - 32	DATE DE SORTIE (PARTIE 2)
7	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION
8 a	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)
8 b	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)
9	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE
10	1 N	50 - 50	TYPE FACTURE
11	1 N	51 - 51	RESERVE
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	SERVICE 721 bis
14	12 N	56 - 67	NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE
15	1 A + 11 N	68 - 79	SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER B
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	CAUSES DU TRAITEMENT
18	3 N	85 - 87	NUMERO MUTUALITE DE DESTINATION
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER A
20	7 N	100 - 106	DATE DE LA FACTURE (PARTIE 1)
21	1 N	107 - 107	DATE DE LA FACTURE (PARTIE 2)
22	5 N	108 - 112	HEURE DE SORTIE
23	2 N	113 - 114	RESERVE
24	5 N	115 - 119	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 1)
25	7 N	120 - 126	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 2)
26	1 N	127 - 127	RESERVE
27	1 A + 9 N	128 - 137	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	1 A + 1 N	165 - 166	SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 1)
31	8 N	167 - 174	MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 2)
32	1 N	175 - 175	FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE
33	1 N	176 - 176	RESERVE
34	1 N	177 - 177	RESERVE
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 N	179 - 179	RESERVE
37	3 N	180 - 182	RESERVE
38	1 A + 11 N	183 - 194	SIGNE + ACOMPTE NUMERO COMPTE FINANCIER A
39	10 N	195 - 204	RESERVE
40	2 N	205 - 206	RESERVE
41	6 N	207 - 212	RESERVE
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 N	219 - 229	RESERVE
43 b	1 N	230-230	RESERVE
44	4 N	231 - 234	RESERVE
45	26 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 N	271 - 282	RESERVE
50	4 N	283 - 286	RESERVE
51	6N	287-292	RESERVE
52	12N	293-304	RESERVE
53	8N	305-312	RESERVE
54a	3N	313-315	RESERVE
54b	5N	316-320	RESERVE
55	8N	321-328	RESERVE
56	4N	329-332	RESERVE
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	CHIFFRES DE CONTROLE DE LA FACTURE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

Annexe 6.7

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 90
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	RESERVE
4	7 N	10 - 16	RESERVE
5	8 N	17 - 24	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
6 a	4 N	25 - 28	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
6 b	4 N	29 - 32	RESERVE
7	3 N	33 - 35	NUMERO D'ENVOI
8 a	12 N	36 - 47	NUMERO COMPTE FINANCIER B
8 b	1 N	48 - 48	RESERVE
9	1 N	49 - 49	RESERVE
10	1 N	50 - 50	RESERVE
11	1 N	51 - 51	RESERVE
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	RESERVE
14	12 N	56 - 67	NUMERO TIERS PAYANT
15	1 A + 11 N	68 - 79	SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER B
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	RESERVE
18	3 N	85 - 87	RESERVE
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER A
20	7 N	100 - 106	RESERVE
21	1 N	107 - 107	RESERVE
22	5 N	108 - 112	ANNEE FACTUREE
23	2 N	113 - 114	MOIS FACTURE
24	5 N	115 - 119	RESERVE
25	7 N	120 - 126	RESERVE
26	1 N	127 - 127	RESERVE
27	10 N	128 - 137	RESERVE
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	2 N	165 - 166	RESERVE
31	8 A	167 - 174	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
32	1 A	175 - 175	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
33	1 A	176 - 176	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
34	1 A	177 - 177	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 A	179 - 179	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
37	3 A	180 - 182	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
38	12 A	183 - 194	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
39	10 A	195 - 204	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
40	2 A	205 - 206	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 5)
41	6 A	207 - 212	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 6)
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 A	219 - 229	BIC - COMPTE FINANCIER B
43 b	1 N	230 - 230	RESERVE
44	4 N	231 - 234	RESERVE
45	26 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)
50	4 A	283 - 286	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)
51	6 A	287-292	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)
52	12 A	293-304	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 4)
53	8N	305-312	RESERVE
54a	3N	313-315	RESERVE
54b	5N	316-320	RESERVE
55	8N	321-328	RESERVE
56	4N	329-332	RESERVE
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENVOI
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE DES ZONES**Généralités****1. Date.**

La date est codifiée numériquement en 8 positions dans l'ordre suivant :

AAAA MM JJ

AAAA : le numéro de l'année

MM : le numéro du mois dans l'année

JJ : le numéro du jour dans le mois

2. Description des zones.**a. En général.**

Lorsque la valeur à introduire dans une zone numérique est plus petite que la zone réceptrice, la valeur est alignée à droite de la zone réceptrice et les positions non utilisées sont remplies de zéros.

Lorsqu'une zone alphanumérique n'est pas complète, le contenu est aligné à gauche et les positions non utilisées sont remplies de blanc.

Les zones numériques non définies doivent être remplies par des zéros et les zones alphanumériques non définies doivent être remplies par des blancs.

De ce principe général, il y a dérogation dans les situations mentionnées sous les points b., c., d. et e. ci-dessous.

- (☞ 7) Toutes les zones sont considérées comme numériques à l'exception de la zone 8a-8b des enregistrements de type 20 jusque et y compris 80, zone 28 de tous les enregistrements, zone 42 jusque et y compris zone 45 des enregistrements de type 20 et 40, zones 38-39 et zones 49-51 de
- (☞ 33) l'enregistrement de type 20, les zones 41-42, 44-45 et 53-54a de l'enregistrement de type 50 et les zones 31-32-33-34, 36-37-38-39-40-41, 43a et 49-50-51-52 des enregistrements de type 10 et 90.

Dans les zones alphanumériques tous les caractères sont en principe autorisés; cependant l'emploi de "(", "%" et autres caractères rares sont à éviter dans la mesure du possible.

b. Zones montant.

Nous attirons votre attention sur le fait que les zones « supplément » et « intervention personnelle » doivent être remplies correctement. Voir aussi l'annexe 9

ET 30 Z 19, Z 27, Z 30-31

ET 40 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39

ET 50 Z 19, Z 27, Z 30-31

ET 80 Z 15, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 38

ET 90 Z 15, Z 19

Dans toutes les zones montant, la première position à gauche est alphanumérique et réservée pour le signe algébrique + ou -.

Les deux premières positions à droite sont considérées comme décimales.

Le montant ne peut dès lors plus contenir de signe dans la dernière position.

c. Zones avec nombre ou quantité.

ET 30 Z 22
 ET 40 Z 22
 ET 50 Z 22

Dans toutes ces zones, la première position à gauche est alphanumérique et réservée pour le signe algébrique + ou -.

Le nombre ou la quantité ne peut dès lors plus contenir de signe dans la dernière position.

- (☞ 25) Dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones (partout + ou partout -); excepté lorsqu'il s'agit d'un enregistrement de type 30 avec interventions personnelles ou s'il s'agit d'un enregistrement avec une intervention pour le matériel d'incontinence en MRPA-MRS (pseudo-code 763593) ou s'il s'agit d'un enregistrement de type 50 avec la prestation 0700000 (quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales).

Si un montant ou un nombre est égal à zéro, il faut alors indiquer que le signe algébrique est égal à celui des autres zones des enregistrements comportant un signe.

d. Zones avec une position de réserve.

Les zones utilisées pour la mention d'une prestation ou d'un produit (Z 4, Z 17-18 et Z 40-41), d'un code service (Z 13), d'un numéro d'identification d'une institution ou d'un prestataire de soins (Z 14, Z 15, Z 24-25 et Z 38) ont été étendues d'une position de réserve; de manière à prévoir une éventuelle recodification.

La position de réserve doit être complétée par un zéro, qui se trouve dans la première position à gauche pour les zones 4, 14, 15, 17-18, 24-25, 38 et 40-41 et dans la première position à droite pour la zone 13.

Aucune recodification n'est encore prévue à ce jour.

e. Zone avec les données de référence carte SIS.

Dans cette zone, alphanumériquement définie, les positions non utilisées (3 au total) sont alignées à droite et remplies de zéros, ceci constitue une exception aux principes généraux (voir point a).

Si cette zone n'est pas remplie, elle doit alors être complètement remplie de zéro.

(☞ 33) f. Zone avec le numéro de course (ET 50 Z 53-54a).

Si cette zone, alphanumériquement définie, n'est pas remplie, elle doit alors être complètement remplie de zéro, ceci constitue une exception aux principes généraux (voir point a).

FACTURATION PAR HOPITAUX		ET 10 Z 14	ET 20 Z 10	ET 20 Z 14	ET 20 Z 15	ET 30 Z 13	ET 30 Z 14	ET 30 Z 15	ET 40 Z 13	ET 40 Z 14	ET 40 Z 15	ET 40 Z 38	ET 50 Z 13	ET 50 Z 14	ET 80 Z 14 (idem 20)	ET 90 Z 14 (idem 10)
1	* journées d'ent. + médicaments + prestations aux hospitalisés, autres qu'au point 7	H	1	H	H	service H	H	0	service H ou 0	H	0	O.T. agréé	service H	H	H	H
2	* médicaments + prestations aux ambulants autres qu'au point 7	H	3	H	0	-	-	-	990 ou 0	H	0	O.T. agréé	990	H	H	H
3	* journée d'ent. forfaitaire en H pour patients ambulants (0761036 -> 0761222) (+ médicaments + prestations autres qu'au point 7) avec exception de la dialyse rénale (0761272)	H	9	H	0	710->760 800->830	H	0	710->760 ou 0 800->830 ou 0	H	0	O.T. agréé	710->760 800->830	H	H	H
4	* journée d'ent. forfaitaire pour patients hospit. dans un autre établis. (0761040 -> 0761246) (+ médicaments + prestations autres qu'au point 7) avec exception de la dialyse rénale (0761283)	H de séjour H prest	1 1	H de séjour H prest	H de séjour H de séjour	serv H séjour 002	H prest H prest	0 0	- 002	- H prest	- 0	- O.T. agréé	serv H séjour 002	H prest H prest	H de séjour H prest	H de séjour H prest
(= 22)	- facturation par H de séjour - facturation par H de prestation	H de séjour H prest	1 1	H de séjour H prest	H de séjour H de séjour	serv H séjour 002	H prest H prest	0 0	- 002	- H prest	- 0	- O.T. agréé	serv H séjour 002	H prest H prest	H de séjour H prest	H de séjour H prest
5	* dialyse - forfait dialyse ambulants dans ET 30 Z 4, point 8) (prestations autres qu'au point 7)	H	3 ou 9	H	0	990 ou 750	centre dialyse	0	-	-	-	-	990 ou 750	centre dialyse	H	H
(= 22)	- journée d'ent. forfaitaire dialyse rénale (+ médicaments + prestations autres qu'au point 7) - ambulants (0761272) - hospitalisés (0761283) - facturation par l'hôpital de séjour - facturation par l'hôpital de prestation	H H H séjour H prest	9 1 1 1	H H H H	0 H H de séjour	750 serv H séjour 002	centre dialyse centre dialyse	0 0	750 ou 0 002	centre dialyse centre dialyse	0 0	- 0	750 serv H séjour 002	centre dialyse centre dialyse	H H H séjour H prest	H H H séjour H prest
(= 22)	- prestations de dialyse hors nomenclature - ambulants - hospitalisés	H H H	3 1 1	H H H	0 H H	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	- - -	990 serv H séjour	centre dialyse centre dialyse	H H H	H H H
6	* postcure revalidation 0762134, 0762156, 0762171 + journée forfaitaire en psychiatrie (0761073)	H	9	H	0	760	H	0	-	-	-	-	-	-	H	H
7	* prestations spéciales - ambulants (ou séjours en MRS, MRPA, MSP, HP) - biologie clinique pour laquelle un labo agréé est exigé effectuée dans laboratoire agréé effectuée dans un établissement de soins patient séjourne dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P patient subit un traitement de rééducation - imagerie médicale - tissus	H	3 (ou 4)	H	0 (ou INS (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	labo	H	H
(= 22)	- hospitalisés - biologie clinique pour laquelle un labo agréé est exigé pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé - imagerie médicale - tissus	H H H H H	3 3 4 6 3 (ou 4) 3 (ou 4)	H H H H H	0 (ou INS (*)) 0 (ou INS (*)) INS (*) 0 (ou INS (*)) 0 (ou INS (*)) 0 (ou INS (*))	- - - - - -	- - - - - -	- - - - - -	- - - - - -	- - - - - -	- - - - - -	- - - - - -	990 990 990 990 990 990	labo labo H INS (**) centre réeduc. imag. méd. banque tissus	H H H H H H	H H H H H H
(= 22)	- hospitalisés - biologie clinique pour laquelle un labo agréé est exigé pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé - imagerie médicale - tissus	H H H H H	1 1 1 1 1	H H H H H	H H H H H	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	serv H séjour serv H séjour serv H séjour serv H séjour	labo labo H imag. méd. banque tissus	H H H H	H H H H
(= 22)	- pendant journée forfaitaire pour patients ambulants - biologie clinique pour laquelle un labo agréé est exigé pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé - imagerie médicale - tissus	H H H H H	9 9 9 9 9	H H H H H	0 0 0 0 0	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	- - - - -	7X0 (**), 840 7X0 (**), 840 7X0 (**), 840 7X0 (**), 840	labo labo ou H imag. méd. banque tissus	H H H H	H H H H
8	* hôpital chirurgical de jour - admission normale - admission d'un patient hospitalisé dans un autre établis. (0768040,0768062)	H	9	H	-	320	H	0	320 ou 0	H	0	OT agréé	320	H		
(= 22)	- facturation par l'hôpital de séjour - facturation par l'hôpital de prestation	H séjour H prest	1 1	H séjour H prest	H séjour H séjour	serv H séjour 002	H prest H prest	0 0	- 002	- H prest	- 0	- OT agréé	serv H séjour 002	H prest H prest		

(*) avec INS on indique l'institution de séjour (MRS, MRPA, MSP, HP).

(**) 7X0 = 710-760

	ET 10 Z 14	ET 20 Z 10	ET 20 Z 14	ET 20 Z 15	ET 30 Z 13	ET 30 Z 14	ET 30 Z 15	ET 40 Z 13	ET 40 Z 14	ET 40 Z 15	ET 40 Z 38	ET 50 Z 13	ET 50 Z 14	ET 80 Z 14	ET 90 Z 14
FACTURATION PAR HOPITAUX															
1 * soins à domicile	H	3	H	0	-	-	-	-	-	-	-	990	0	H	H
2 * séjours en MRS, MRPA, MSP ou HP	H	4	H	MRS	990	H	MRS	990 ou 0	H	MRS	O.T. agréé	990	MRS	H	H
(forfait + médicaments + prestations autres que celles reprises sous le point	H	4	H	MRPA	990	H	MRPA	990 ou 0	H	MRPA	O.T. agréé	990	MRPA	H	H
delivrés par officine hospitalière, facturés par l'hôpital	H	4	H	MSP	990	H	MSP	990 ou 0	H	MSP	O.T. agréé	990	MSP	H	H
seulement possible quand l'INS à la même gestion que l'hôpital	H	4	H	HP	990	H	HP	990 ou 0	H	HP	O.T. agréé	990	HP	H	H
3 * Prestations de rééducation (sans conv.) dans ET 50 Z 4, point 5.															
- ambulants	H	3	H	0	-	-	-	-	-	-	-	990	H	H	H
- hospitalisés	H	1	H	H	-	-	-	-	-	-	-	service en H	H	H	H
		pas 5 ou 6!										pas 770!			
4 * Forfait de rééducation (fixé par convention)															
+ médicaments éventuels (3) ou prestations qui ne sont pas remboursés via															
le forfait, mais qui sont octroyés dans le cadre d'un traitement de															
rééducation															
A. Conventions de type (= contrat type signé par 1 ou plusieurs															
hôpitaux) (1)															
traitement de rééducation réalisé															
soit externe (ambulatoire à l'H ou à domicile)	H	6	H	n° convent	770	H	n° convent	-	-	-	-	-	-	H	H
soit interne (hospitalisé dans un service quelconque de l'H) (0772380)	H	5	H	n° convent	770	H	n° convent	-	-	-	-	-	-	H	H
B. Conventions spécifiques															
a) Centre de rééducation fait partie de l'H															
* Conventions - INAMI															
Reva externe	H	6	H	n° convent	770	H	n° convent	770 ou 0	H	n° convent.	OT agg.	770	n° convent	H	H
Reva interne	H	5	H	n° convent	770	H	n° convent	770 ou 0	H	n° convent.	OT agg.	770	n° convent	H	H
* Conventions - ex-FNRSH (2)															
Reva externe	H	6	H	n° convent	770	H	n° convent	-	-	-	-	770	n° convent	H	H
Reva interne	H	5	H	n° convent	770	H	n° convent	-	-	-	-	770	n° convent	H	H
b) Centre de rééducation est indépendant de l'H															
càd. H peut uniquement facturer des prestations et médicaments															
aux patients ambulants qui suivent soit la rééducation externe,															
soit interne dans un centre															
en cas d'hospitalisation, la rééducation a été suspendue															
reva externe & amb H (= nomenclature amb)	H	6	H	n° convent	-	-	-	770 ou 0	H	n° convent.	OT agg.	770	n° convent	H	H
reva interne & amb H (= nomenclature hosp)	H	5	H	n° convent	-	-	-	770 ou 0	H	n° convent.	OT agg.	770	n° convent	H	H
H peut facturer des prest labo dans le cadre des conv de reva															
externe	H	6	H	n° convent	-	-	-	-	-	-	-	770	labo	H	H
interne	H	5	H	n° convent	-	-	-	-	-	-	-	770	labo	H	H
souvent, il s'agit cependant de traitements en dehors															
de la convention de rééducation															

(1) Ici, il s'agit toujours d'une facture de rééducation externe (type 6) avec un pseudo-code nomenclature ambulatoire, puisqu'une éventuelle hospitalisation est indépendante d traitement de rééducation et il n'existe donc pas de rapport entre la période d'admission à l'hôpital et la période à laquelle le forfait de rééducation se rapporte.

La seule exception à ceci est le forfait pour défibrillateurs cardiaques implantables puisqu'une admission à l'hôpital y est toujours associée. Ce forfait doit donc être facturé via facture de rééducation interne avec un code hospitalisé.

(2) Dans le cas de conventions - ex-FNRSH, seules les prestations de kinésithérapie de l'art 7 1 F de la nomenclature des prestations de santé (code nomenclature 0513XX) peuvent être facturées sous le type de facture 5 ou 6 dans l'ET 50.

(3) Médicaments peuvent seulement être remboursés pour autant qu'ils sont délivrés par l'office de tarification de l'hôpital et qu'ils ne sont pas prévus dans le forfait de rééducation.

FACTURATION PAR CENTRE DE REVALIDATION (1)	ET 1/1 Z 14	ET 2/1 Z 10	ET 2/1 Z 14	ET 2/1 Z 15	ET 3/1 Z 13	ET 3/1 Z 14	ET 3/1 Z 15	ET 4/1 Z 13	ET 4/1 Z 14	ET 4/1 Z 15	ET 40 Z 38	ET 5/1 Z 13	ET 5/1 Z 14	ET 8/1 Z 14	ET 9/1 Z 14
* forfait rééducation + médicaments éventuels ou prestations qui ne sont pas remboursés via forfait mais qui sont octroyés dans le cadre d'un traitement de rééducation.															
- Conventions de type															
Externe (= code ambulatoire)	n° convent	6	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	-	-	n° convent	n° convent
Interne (= code hospitalisé)	n° convent	5	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	-	-	n° convent	n° convent
- Conventions spécifiques (ex FNRSH y compris)															
Centre de rééducation fait partie de l'H															
Externe (= code ambulatoire)	n° convent	6	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	770	n° convent	n° convent	n° convent
Interne (= code hospitalisé)	n° convent	5	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	770	n° convent	n° convent	n° convent
Centre de rééducation est indépendant de l'H															
Externe (= code ambulatoire)	n° convent	6	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	770	lieu prest (2)	n° convent	n° convent
Interne (= code hospitalisé)	n° convent	5	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	770	lieu prest (2)	n° convent	n° convent

(1) En cas de forfaits de rééducation, associés à diverses conventions de rééducation et facturés via le numéro d'une convention précise, alors le numéro de la convention sous laquelle on facture dans la zone 14 de l'ET 10 et l'ET 20, et celui de la convention associée au forfait facturé se trouve dans la zone 15 des ET 20 et 30 comme dans la zone 14 de l'ET 30.

(2) Certains centres sont obligés (par leur convention) de facturer, via la facture de rééducation, toutes les prestations effectuées pour des patients du centre (donc, également celles qui sont effectuées hors du cadre de la corion de rééducation). Dans ce cas, le lieu de prestation doit être mentionné dans cette zone. La hiérarchie suivante doit être respectée :

- 1) laboratoires, service pour imagerie médicale, banque de tissus ou centre de dialyse rénale
- 2) n° de l'hôpital
- 3) n° de la convention de rééducation

FACTURATION PAR MRS, MRPA, MSP, HP		ET 10 Z 14	ET 20 Z 10	ET 20 Z 14	ET 20 Z 15	ET 30 Z 13	ET 30 Z 14	ET 30 Z 15	ET 40 Z 13	ET 40 Z 14	ET 40 Z 15	ET 40 Z 38	ET 50 Z 13	ET 50 Z 14	ET 80 Z 14	ET 90 Z 14
1	* Forfait MRS ou prestations effectuées durant le séjour (excepté les prestations sous le point 2)	MRS	4	MRS	MRS	990	MRS	MRS	-	-	-	-	990	MRS	MRS	MRS
	* Forfait MRPA + éventuellement prestations effectuées durant le séjour (excepté les prestations sous le point 2)	MRPA	4	MRPA	MRPA	990	MRPA	MRPA	-	-	-	-	990	MRPA	MRPA	MRPA
	* Forfait MSP + éventuellement médicaments administrés ou prestations effectuées durant le séjour (excepté les prestations sous le point 2)	MSP	4	MSP	MSP	990	MSP	MSP	990	MSP	MSP	OT agg.	990	MSP	MSP	MSP
	* Forfait HP + éventuellement prestations effectuées durant le séjour (excepté les prestations sous le point 2)	HP	4	HP	HP	990	HP	HP	-	-	-	-	990	HP	HP	HP
2	Prestations spéciales pour patient dans MRS, MRPA, MSP ou HP															
	- biologie clinique	INS	4	INS	INS	-	-	-	-	-	-	-	990	labo	INS	INS
	pour laquelle un labo agréé est exigé	INS	4	INS	INS	-	-	-	-	-	-	-	990	labo ou H	INS	INS
	pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé	INS	4	INS	INS	-	-	-	-	-	-	-	990	imag. méd.	INS	INS
	- imagerie médicale	INS	4	INS	INS	-	-	-	-	-	-	-	990	banque tissus	INS	INS
	- tissus	INS	4	INS	INS	-	-	-	-	-	-	-	990			

1. Utilisation de la zone "intervention personnelle" et zone "supplément".

Annexe 9.1

(☞ 5) Attention : cette annexe ne tient pas compte de la facturation à 100% (voir valeurs 2 et 3 et leurs exemples correspondants dans ET 30, 50 Z 33)

1.1 Coûts de séjour.

1.1.1. Hospitalisation à l'exception de l'hôpital chirurgical de jour

	Enregistrement montant par admission (si d'application)	Enregistrement montant par jour	Enregistrement intervention personnelle		Enregistrement supplément	Forfait € 0,62/ € 0,70
E.T. 30 Z 4	code forfait par admission	code forfait par jour	code I.P.	code I.P.	code chambre 1 ou 2 personne(s)	0750002
E.T. 30 Z 19	valeur forfait	valeur forfait	- I.P.	- I.P.	0	0
E.T. 30 Z 27	0	0	+ I.P.	+ partie I.P. ou 0	0	0,62 / 0,70
(☞ 4) E.T. 30 Z 30-31	0	0	0	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0
(☞ 5) E.T. 30 Z 33	0	0	0	1	0 ou 1	0
E.T. 30 Z 24-25	0	prix à 100%	0	0	0	0

1.1.2. Hôpital chirurgical de jour et journée d'entretien forfaitaire

(☞ 6)	Enregistrement montant par admission (si d'application)	Enregistrement montant par jour ou journée forfaitaire	Enregistrement supplément	Petits risques indépendants sans assurance libre (prestations effectuées avant le 1/1/2008)
E.T. 30 Z 4	code forfait par admission	code forfait par jour	code chambre 1 ou 2 personne(s)	code forfait
E.T. 30 Z 19	valeur forfait	valeur forfait	0	0
E.T. 30 Z 27	0	0	0	0
(☞ 4) E.T. 30 Z 30-31	0	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)
E.T. 30 Z 33	0	0	0 ou 1	0 ou 1
E.T. 30 Z 24-25	0	prix à 100%	0	0

1.2 Coûts prestations pharmaceutiques.

(☞1) 1.2.1. Hospitalisation.

(☞36)	Délivrances remboursables dans le cadre de la forfaitarisation	Délivrances remboursables hors forfaitarisation	Délivrances remboursables hors forfaitarisation	Spécialités non remboursables		Spéc. non remboursées et autres délivrances
				Hôp. généraux	Hôp. Psych.	
(☞38) E.T. 40 Z 4	Cat. SA, SA _g , SA _r , SB, SB _g , SB _r , SC, SC _g , SC _r , SCs, SCs _g , SCs _r , SCx, SCx _g , SCx _r , SFa, SFb, moyens de contraste	Cat. SA, SA _g , SA _r , SFa DA, MA	Cat. SB, SB _g , SB _r , SC, SC _g , SC _r , SCs, SCs _g , SCs _r , SCx, SCx _g , SCx _r , SFb DB, DC, DCx, DCx, MB, MC, MCs, MCx, moyens de contraste	0750820	0750820	0960385 0960400
(☞38) E.T. 40 Z 19	25% de la base de remboursement (*)	base de remboursement	base de remboursement - I.P. théorique (*)	0	0	0
E.T. 40 Z 27	0	0	0	0	0	0
(☞4) E.T. 40 Z 30-31	0	0	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)
E.T. 40 Z 33	0	0	0	0 ou 1	0	0 ou 1
E.T. 40 Z 39	0	0	I.P. théorique	0	I.P. théorique	0
E.T. 40 Z 47	0	si existe	si existe	0	0	0

(☞ 38) (*) Pour les moyens de contraste (classe ATC V08), l'intervention est diminuée de 10 % (à partir du 1/1/2013).

1.2.2. Hôpital chirurgical de jour, journée d'entretien forfaitaire et soin ambulatoire.

(36) (36)

(6)	E.T. 40 Z 4	Cat. SA, SA _g , SA _r , DA, MA prép. mag. catég. 2	Cat. SFa	Cat. SB, SB _g , SB _r , SC, SC _g , SC _r , SCs, SCs _g , SCs _r , SCx, SCx _g , SCx _r , DB, DC, DCx, DCx, MB, MC, MCs, MCx + prép. mag. cat. 1 et 4 +oxygène : 0751030, 0751052 + moyens de contraste : 0757912	Cat. SFb	Non remboursables - spécialités. : 0751015 - prép. magist : 0750116 - pansements actifs : 0757271 - autres : 0960374, 0960396
(38)	E.T. 40 Z 19	montant O.A. = base rembours.	montant O.A. = base rembours.	montant O.A. = base remboursement - I.P. (**)	montant O.A. = base remboursement - I.P.	0
(28)	E.T. 40 Z 27	prix – base rembours * ou partie portée en compte (1)	0	(prix – base remboursement)* + I.P. ou partie portée en compte (1)	I.P. ou partie portée en compte (1)	0
(4)	E.T. 40 Z 30-31	0	0	0	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)
(5)	E.T. 40 Z 33	0 ou 1	0	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
(28)	E.T. 40 Z 39	0 (1)	0	0 (1)	0	0
	E.T. 40 Z 47	si existe	si existe	si existe	si existe	0

* en cas de spécialités de référence

(1) Pour les M.S.P. et l'alimentation parentérale, la zone 27 = 0 et la zone 39 = intervention personnelle théorique

(38) (**) Pour les moyens de contraste (classe ATC V08), l'intervention est diminuée de 10 % (à partir du 1/1/2013)

1.3 Honoraires.

	Prestations entièrement remboursées	Prestations partiellement remboursées	Prestations partiellement remboursées où I.P. n'a pas été portée en compte par le prestataire	Prestations non remboursables ou services (codes 960...)
	≠ 6,7 ou 9	≠ 6, 7 ou 9	≠ 6, 7 ou 9	0
	montant O.A.	montant O.A.	montant O.A.	0
	0	I.P. ou partie portée en compte	0	0
(☞4)	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)
(☞5)	0 ou 1	0 ou 1	1	0 ou 1

	Petits risques pour indépendants avec assurance libre (prestations effectuées avant le 1/1/2008)	Petits risques pour indépendants sans assurance libre (prestations effectuées avant le 1/1/2008)	Prestations hors réglementation tiers payant et il y a une facture O.A. en paiement comptant	Enr. stat. radio-thérapie, soins infirmiers, tuteurs coronaires
	≠ 6, 7 ou 9	0	7	9
	montant O.A. (payé par l'assurance libre)	0	0	0
	I.P. réglementaire ou partie portée en compte	0	honoraires (I.P. incluse)	0
(☞4)	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0
(☞5)	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0

(☞27)

(☞14)

	Implants art. 28, § 1	Implants art. 35 et 35bis	Marge de sécurité implants	Marge de délivrance implants
	0 ou 6	0 ou 6	0	0
	montant remboursé ou montant facturé si < montant remboursé	montant remboursé ou montant facturé si < montant remboursé	0	0
(☞1)	0	intervention personnelle réglementaire éventuelle	montant marge de sécurité	montant marge de délivrance
	différence entre prix porté en compte et montant remboursé ou 0	0	0	0
(☞1)	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1

Ces tableaux reprennent les transferts les plus fréquents des nouveau-nés.

Ces tableaux ont été rédigés en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique.

Libellé	Est-ce possible ?	Prix de journée d'entretien	
		oui/non	Service
La mère séjourne dans le service M	oui	0768025 pour la mère	M
1. et l'enfant séjourne aussi dans le service M	oui	non pour l'enfant	-
2. et l'enfant est dans le service N* ('n')	oui	non pour l'enfant	-
3. et l'enfant est transféré vers le service E du même hôpital	non	-	-
4. et l'enfant sort du service E du même hôpital et revient auprès de la mère	non	-	-
5. et l'enfant sort du service E du même hôpital et revient dans le service N*	non	-	-
6. et l'enfant est transféré vers le service E d'un autre hôpital	non	-	-
7. et l'enfant sort du service E d'un autre hôpital et revient auprès de la mère	non	-	-
8. et l'enfant sort du service E d'un autre hôpital et entre dans le service N*	non	-	-
9. et l'enfant entre dans le service NIC (N) du même hôpital	oui	0768025 pour l'enfant	NIC
10. et l'enfant sort du service NIC du même hôpital et revient auprès de la mère	oui	non pour l'enfant	-
11. et l'enfant sort du service NIC du même hôpital et entre dans le service N*	oui	non pour l'enfant	-
12. et l'enfant entre dans le service NIC d'un autre hôpital	oui	0768025 pour l'enfant	NIC
13. et l'enfant sort du service NIC d'un autre hôpital et revient auprès de la mère dans le service M	oui	non pour l'enfant	-
14. et l'enfant sort du service NIC d'un autre hôpital et entre dans le service N*	oui	non pour l'enfant	-

Annexe 10.2

Libellé	Est-ce possible ?	Prix de journée d'entretien	
		oui/non	Service
La mère <u>ne séjourne plus à l'hôpital</u>			
1.et l'enfant reste en service N*	oui	0790020 (valeur : 0 bef)	N*
2.et l'enfant reste en service E	non	-	-
3.et l'enfant reste en service NIC	oui	0768025	NIC
4.et l'enfant reste en service C	non	-	-
5.et l'enfant est transféré du service N* vers le service NIC ou E	NIC : oui E : non	0768025 -	NIC -
6.et l'enfant sort du service E, NIC ou C et entre dans le service N*	E→N* : non C→N* : non NIC→N* : oui	- - 0790020 (valeur : 0 bef)	- - N*
7.et l'enfant sort du service NIC et entre dans le service E	non	-	-

Libellé	Est-ce possible ?	Prix de journée d'entretien	
		oui/non	Service
La mère et l'enfant ont quitté l'hôpital			
1.et l'enfant revient en service N* après 3 jours	oui	0790020 (valeur : 0 bef)	N*
2.et l'enfant revient en service NIC, E après 3 jours	oui, tant dans NIC que dans E	0768025	E ou NIC
3.et l'enfant revient en service C après 3 jours	oui	0768025	C
4.et la mère revient en service M après 3 jours	oui	0768025	M (enfant absent)
5.et la mère revient en service C après 3 jours	oui	0768025	C
6.et la mère revient en service C après 3 jours, accompagné de l'enfant : - quid mère : si les deux - quid enfant :] sont malades	oui	2 X 0768025	2 x prix journée entretien C
7.et la mère revient en service M après 3 jours, accompagné de l'enfant : - quid mère : si les deux - quid enfant :] sont malades	oui	2 X 0768025	2 x prix journée entretien M
8.et l'enfant revient en service C après 3 jours, accompagné de la mère : - quid mère : si les deux - quid enfant :] sont malades	oui	2 X 0768025	2 x prix journée entretien C
9.et l'enfant revient en service M après 3 jours, accompagné de la mère : - quid mère : si les deux - quid enfant :] sont malades	non	-	-
<p><u>Note</u> : Si seule la mère est malade (points 6 jusque 9), seule une journée d'entretien est portée en compte. Le séjour social ne joue ici aucun rôle.</p>			

Remarque : Tant qu'il n'est pas directement spécifié dans les textes de loi, un enfant est considéré comme nourrisson jusqu'à 28 jours.

Ce qui veut dire que l'enfant ne peut que séjourner auprès de la mère (M) dans les services N*(n) ou NIC pour autant que l'enfant n'ait pas quitté l'hôpital. Lors d'un séjour dans le service M ou N*, on ne peut pas porter en compte de journée d'entretien pour le nouveau-né.

Concerne : Transmission des données de facturation par support magnétique ou électronique des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. ou I.H.P..

(☞ 4)

Application de l'art. 6, § 16, 3° du Règlement du 28/7/2003.

L'art.6, §16 du règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités détermine que les prestations pharmaceutiques, délivrées par l'officine ou le dépôt des médicaments de l'hôpital aux bénéficiaires qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. ou I.H.P., doivent être facturées avec délivrance des données de facturation par support magnétique ou électronique. Cette obligation débute pour la facturation des prestations pharmaceutiques délivrées durant le mois de janvier 2000.

Les médicaments délivrés par l'officine hospitalière doivent être tarifés par l'office de tarification agréé de l'hôpital, qu'il s'agisse de médicaments délivrés aux patients hospitalisés, ou aux patients ambulants ou aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. ou I.H.P..

La facturation doit s'effectuer sous le numéro de tiers payant de l'hôpital ou, dans les cas exceptionnels, sous le numéro tiers payant de l'office de tarification.

(☞ 12) La facturation est, de préférence, une partie de la facturation ambulatoire (ou facturation mixte) de l'hôpital; c'est à dire un seul fichier logique peut être établi.

Il est permis d'établir un fichier de facturation exceptionnel avec comme numéro de tiers payant le numéro d'identification de l'office de tarification agréé.

Cette option autorise le paiement sur un autre numéro de compte que celui de l'hôpital.

Les établissements psychiatriques peuvent établir une facture mensuelle qui se rapporte à leurs prestations ambulatoires. Dès lors, les médicaments délivrés aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. ou I.H.P. peuvent être facturés mensuellement. Ce circuit de facturation mensuelle doit être indépendant de la facturation trimestrielle pour les patients hospitalisés.

La manière de remplir les différents enregistrements est présentée en annexe.

Enregistrement de type 10

Z 1	: Enregistrement de type 10
Z 2	: Numéro d'ordre d'enregistrement
Z 3	: Nombre numéros comptes financiers (code indice)
Z 4	: Version fichier Valeur constante 0001999.
Z 5-6a	: Numéro de compte financier A
(☞ 15)	Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 \geq 0201101).
(☞ 12)Z 7	: Numéro d'envoi
Z 8a	: Numéro de compte financier B
(☞ 15)	Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 \geq 0201101).
(☞ 11)Z 9	: Code "suppression facture papier" Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 1, 2 ou 3 Si ET 10 Z 22-23 \geq 0201001 : valeur 0
(☞ 11)Z 10	: Code fichier de décompte Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 0 ou 1 Si ET 10 Z 22-23 \geq 0201001 : valeur 0
(☞ 9)Z 13	: Contenu de la facturation
Z 14	: Numéro tiers payant Numéro d'identification de l'hôpital ou numéro d'identification de l'office de tarification agréé.
(☞ 9)Z 15	: Numéro d'accréditation CIN Toujours 0.
Z 22	: Année facturée
Z 23	: Mois facturé
Z 25-26	: Date de création
Z 28	: Référence de l'établissement
(☞ 9)Z 31-34	: BIC compte financier A
(☞ 9)Z 36-41	: IBAN compte financier A
(☞ 9)Z 43a	: BIC compte financier B
(☞ 9)Z 49-52	: IBAN compte financier B
Z 99	: Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Enregistrement de type 20

- Z 1 : **Enregistrement de type 20**
- Z 2 : **Numéro d'ordre de l'enregistrement**
- Z 3 : **Autorisation tiers payant**
0 ou 1 à lire sur la carte SIS ou par Carenet
- Z 4 : **Heure d'admission**
0 (heure peut être mentionnée mais n'est pas exigée)
- Z 5 : **Date d'admission**
0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée)
- Z 6a-6b : **Date de sortie**
0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée)
- Z 7 : **Numéro de la mutualité d'affiliation**
- Z 8a-8b : **Identification du bénéficiaire**
- Z 9 : **Sexe bénéficiaire**
- Z 10 : **Type de facture** : Type de facture 4
- Z 11 : **Type de facturation**
- Z 13 : **Service 721 bis** : 0
- Z 14 : **Numéro de l'établissement qui facture**
Numéro de l'hôpital (ou numéro de l'office de tarification agréé) correspondant à celui mentionné dans l'E.T. 10 Z 14.
- Z 15 : **Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)**
Numéro de l'établissement concerné M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P..
- Z 16 : **Code levée délai de prescription** : 0 ou 1
- Z 17 : **Causes du traitement** : Toujours 0
- Z 18 : **Numéro de la mutualité de destination**
- Z 19 : **Numéro d'admission** : Toujours 0
- Z 20-21 : **Date de l'accord traitement de rééducation** : Toujours 0
- Z 22 : **Heure de sortie**
0 (heure peut être mentionnée mais n'est pas exigée)
- Z 24-25 : **Numéro de la facture individuelle** : pour autant qu'une facture individuelle par patient ait été établie, le numéro de la facture doit ici être mentionné; dans tous les autres cas, le contenu de cette zone = 0
- Z 26 : **Application de la franchise sociale** : 0
- Z 27 : **Code titulaire 1 + 2**
- Z 28 : **Référence de l'établissement**
- Z 29-30-31 : **Numéro de la facture précédente** : 0
- (☞ 9)Z 32 : **FLAG identification du bénéficiaire**
- Z 34-35-36 : **Numéro de l'envoi précédent**
- Z 37 : **Numéro de la mutualité de la facturation précédente**
- Z 38-39 : **Référence mutualité numéro de compte financier A**
- Z 41 : **Année et mois précédemment facturés**
- (☞ 9)Z 42-43-44-45 : **Données de référence réseau ou carte SIS**
- (☞ 36)Z 47 : **Date de facturation**
- (☞ 9)Z 49-51 : **Référence mutualité numéro de compte financier B**
- (☞ 9)Z 53 : **Date début assurabilité**
- (☞ 33)Z 54a-54b : **Date fin assurabilité**
- (☞ 9)Z 55 : **Date communication information**
- (☞ 9)Z 56 : **MAF année en cours**
- (☞ 9)Z 57 : **MAF année en cours -1**
- (☞ 9)Z 58 : **MAF année en cours -2**
- Z 99 : **Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Enregistrement de type 40

Z 1	:	Enregistrement de type 40
Z 2	:	Numéro d'ordre de l'enregistrement
Z 3	:	Norme prestation : 0
Z 4	:	Pseudo-code catégorie médicament
Z 5	:	Date premier jour facturé Date début de la période de délivrance ou date de délivrance
Z 6a-6b	:	Date dernier jour facturé Date de fin de la période de délivrance ou date de délivrance
Z 7	:	Numéro de la mutualité d'affiliation
Z 8a-8b	:	Identification du bénéficiaire
Z 9	:	Sexe bénéficiaire
Z 10	:	Accouchement : 0
Z 11	:	Référence numéro de compte financier
Z 13	:	Code service : 990 ou 0 (uniquement en cas des codes 0960293 – 0960304)
Z 14	:	Lieu de prestation Numéro de l'hôpital ou numéro de l'office de tarification agréé lorsqu'il n'y a pas d'hôpital
Z 15	:	Identification convention / établissement de séjour Numéro M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P..
(☞ 9)Z 16	:	Médicaments gratuits
Z 17-18	:	Prestation relative : 0
Z 19	:	Signe + montant intervention de l'assurance Voir art. 95, § 2, b) de l'A.R. du 21 décembre 2001.
(☞ 9)Z 20-21	:	Date prescription (zone réservée)
Z 22	:	Signe + nombre d'unités Le nombre d'unités pharmaceutiques délivrées. (voir unité à côté du code produit indiqué par "*" dans A.R. 21/12/2001)
(☞ 9)Z 23	:	Unité
Z 24-25	:	Identification du prescripteur Le prescripteur doit être mentionné.
Z 27	:	Signe + intervention personnelle patient Voir art. 2. a) de l'A.R. du 7 mai 1991.
Z 28	:	Référence de l'établissement
Z 30-31	:	Signe + montant supplément Si d'application.
Z 32	:	Exception tiers payant : 0
Z 33	:	Code facturation intervention personnelle ou supplément
Z 34-35	:	Code exception prophylaxie : 0
Z 36	:	Flag DCI Peut éventuellement être égal à 1, lorsque la prescription est rédigée par un médecin étranger à l'hôpital
(☞ 9)Z 37	:	Forme galénique
Z 38	:	Numéro office de tarification Numéro de l'office de tarification agréé.
Z 39	:	Signe + intervention personnelle patient théorique : 0
Z 40-41	:	Numéro du produit Voir tarif pharmaceutique, (A.R. 21/12/2001), codes signalés par "*".
Z 42-43-44-45	:	Libellé du produit Si besoin est.
Z 47	:	Date de l'accord prestation Si l'accord existe.
Z 48	:	Transplantation : 0
(☞ 9)Z 49	:	Numéro de pharmacien titulaire
(☞ 9)Z 50	:	Année de naissance (facultatif)
(☞ 9)Z 51	:	Site hospitalier
(☞ 9)Z 52	:	Identification association bassin de soins
Z 99	:	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Enregistrement de type 80

Z 1	:	Enregistrement de type 80
Z 2	:	Numéro d'ordre de l'enregistrement
Z 4	:	Heure d'admission 0 (heure peut être mentionnée mais n'est pas exigée).
Z 5	:	Date d'admission 0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée).
Z 6a-6b	:	Date de sortie 0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée).
Z 7	:	Numéro de la mutualité d'affiliation
Z 8a-8b	:	Identification du bénéficiaire
Z 9	:	Sexe bénéficiaire
Z 10	:	Type de facture Type de facture 4.
Z 13	:	Service 721 bis : 0
Z 14	:	Numéro de l'établissement qui facture Numéro de l'hôpital (ou numéro de l'office de tarification agréé) correspondant à celui mentionné dans l'E.T. 20 Z 14.
Z 15	:	Signe + montant numéro de compte financier B
Z 17	:	Causes du traitement Toujours 0.
Z 18	:	Numéro de la mutualité de destination
Z 19	:	Signe + montant numéro de compte financier A
(☞ 9)Z 20-21	:	Date de la facture
Z 22	:	Heure de sortie 0 (date peut être mentionné mais n'est pas exigée).
Z 24-25	:	Numéro de la facture individuelle : 0
Z 27	:	Signe + intervention personnelle patient Voir art. 2. a) de l'A.R. du 7 mai 1991.
Z 28	:	Référence de l'établissement
Z 30-31	:	Signe + montant supplément Si d'application
(☞ 9)Z 32	:	FLAG identification du bénéficiaire
Z 38	:	Signe + acompte numéro de compte financier A
Z 98	:	Chiffres de contrôle de la facture
Z 99	:	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Enregistrement de type 90

Z 1	:	Enregistrement de type 90
Z 2	:	Numéro d'ordre de l'enregistrement
Z 5-6a	:	Numéro de compte financier A
(☞ 15)		Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	Numéro de l'envoi S'il s'agit d'un fichier logique exceptionnel, établi sur le numéro d'identification de l'hôpital, la distinction avec des autres fichiers logiques de cet hôpital est alors faite sur base du numéro d'envoi.
Z 8a	:	Numéro de compte financier B Uniquement autorisé s'il s'agit du numéro tiers payant de l'hôpital.
(☞ 15)		Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 14	:	Numéro tiers payant Numéro d'identification de l'hôpital ou numéro d'identification de l'office de tarification agréé.
Z 15	:	Signe + montant total numéro de compte financier B
Z 19	:	Signe + montant total numéro de compte financier A
Z 22	:	Année facturée
Z 23	:	Mois facturé
Z 28	:	Référence de l'établissement
(☞ 9)Z 31-34	:	BIC compte financier A
(☞ 9)Z 36-41	:	IBAN compte financier A
(☞ 9)Z 43a	:	BIC compte financier B
(☞ 9)Z 49-52	:	IBAN compte financier B
Z 98	:	Chiffres de contrôle de l'envoi
Z 99	:	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

DELIVRANCE DES DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE PAR LES MAISONS MEDICALES

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION	
	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 10	Toujours 10
	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT	Séquentiel à partir de 1
	1 N	9 - 9	NOMBRE NUMEROS COMPTES FINANCIERS (CODE INDICE)	Zéro
	7 N	10 - 16	VERSION FICHER	0001999 (9991999 pour un test)
(⁹ 15)	8 N	17 - 24	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)	Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101)
(⁹ 15)	4 N	25 - 28	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)	Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101)
	4 N	29 - 32	RESERVE	
	3 N	33 - 35	NUMERO DE L'ENVOI	Séquentiel, unique par année, <=0
	12 N	36 - 47	NUMERO COMPTE FINANCIER B	Zéro
	1 N	48 - 48	RESERVE	
(⁹ 11)	1 N	49 - 49	CODE SUPPRESSION FACTURE PAPIER	1 si ET 10 Z 22-23 < 0201001 0 si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001
(⁹ 11)	1 N	50 - 50	CODE FICHER DE DECOMPTE	0 ou 1 si ET 10 Z 22-23 < 0201001 0 si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001
	1 N	51 - 51	RESERVE	
	1 N	52 - 52	RESERVE	
(⁹ 9)	3 N	53 - 55	CONTENU DE LA FACTURATION	
	12 N	56 - 67	NUMERO TIERS PAYANT	N° agrégation INAMI de la maison médicale
(⁹ 9)	12 N	68 - 79	NUMERO D'ACCREDITATION CIN	Zéro
	1 N	80 - 80	RESERVE	
	4 N	81 - 84	RESERVE	
	3 N	85 - 87	RESERVE	
	12 N	88 - 99	RESERVE	
	7 N	100 - 106	RESERVE	
	1 N	107 - 107	RESERVE	
	5 N	108 - 112	ANNEE DE FACTURATION	Année de facturation 0AAAA
	2 N	113 - 114	MOIS DE FACTURATION	Mois de facturation MM
	5 N	115 - 119	RESERVE	
	7 N	120 - 126	DATE DE CREATION (PARTIE 1) AAAAMMJ	Date de création du fichier de facturation
	1 N	127 - 127	DATE DE CREATION (PARTIE 2) J	AAAAMMJ
	10 N	128 - 137	RESERVE	
	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT	Réservé pour l'établissement qui facture
	2 N	163 - 164	RESERVE	
	2 N	165 - 166	RESERVE	
(⁹ 9)	8 A	167 - 174	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)	
(⁹ 9)	1 A	175 - 175	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)	
(⁹ 9)	1 A	176 - 176	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)	
(⁹ 9)	1 A	177 - 177	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)	
	1 N	178 - 178	RESERVE	
(⁹ 9)	1 A	179 - 179	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)	
(⁹ 9)	3 A	180 - 182	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)	
(⁹ 9)	12 A	183 - 194	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)	
(⁹ 9)	10 A	195 - 204	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)	
(⁹ 9)	2 A	205 - 206	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 5)	
(⁹ 9)	6 A	207 - 212	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 6)	
	6 N	213 - 218	RESERVE	
(⁹ 9)	11 A	219 - 229	BIC - COMPTE FINANCIER B	Blanc
(⁹ 9)	1N	230-230	RESERVE	
	4 N	231 - 234	RESERVE	
	26 N	235 - 260	RESERVE	
	1 N	261 - 261	RESERVE	
	8 N	262 - 269	RESERVE	
	1 N	270 - 270	RESERVE	
(⁹ 9)	12 A	271 - 282	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)	Blanc
(⁹ 9)	4 A	283 - 286	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)	Blanc
(⁹ 9)	6 A	287-292	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)	Blanc
(⁹ 9)	12 A	293-304	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 4)	Blanc
(⁹ 9)	8N	305-312	RESERVE	
(⁹ 33)	3N	313-315	RESERVE	
(⁹ 33)	5N	316-320	RESERVE	
(⁹ 9)	8N	321-328	RESERVE	
(⁹ 9)	4N	329-332	RESERVE	
(⁹ 9)	4N	333-336	RESERVE	
(⁹ 9)	4N	337-340	RESERVE	
(⁹ 9)	6N	341-346	RESERVE	
	2 N	347 - 348	RESERVE	
	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Annexe 12.2

	ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION	
	1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 20	Toujours 20
	2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT	Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10
(° 7)	3	1 N	9 - 9	AUTORISATION TIERS PAYANT	0 (pas d'application)
	4	7 N	10 - 16	HEURE D'ADMISSION	Zéro
	5	8 N	17 - 24	DATE D'ADMISSION	Zéro
	6 a	4 N	25 - 28	DATE DE SORTIE (PARTIE 1)	Zéro
	6 b	4 N	29 - 32	DATE DE SORTIE (PARTIE 2)	
	7	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION	Mutualité d'affiliation du patient
(° 7)	8 a	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)	NISS du patient
	8 b	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)	
	9	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE	M = 1, F = 2
	10	1 N	50 - 50	TYPE FACTURE	Fact. individuelle pour patients ambulants = 3
	11	1 N	51 - 51	TYPE DE FACTURATION	= 0 sauf si refacturation
	12	1 N	52 - 52	RESERVE	
	13	3 N	53 - 55	SERVICE 721 bis	Zéro
	14	12 N	56 - 67	NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE	N° agrégation INAMI de la maison médicale
	15	12 N	68 - 79	ETABLISSEMENT DE SEJOUR	Zéro
	16	1 N	80 - 80	CODE LEVEE DELAI DE PRESCRIPTION	= 0 (sauf exception)
	17	4 N	81 - 84	CAUSES DU TRAITEMENT	
	18	3 N	85 - 87	NUMERO MUTUALITE DE DESTINATION	Mutualité affiliation
	19	12 N	88 - 99	NUMERO D'ADMISSION	Zéro
	20	7 N	100 - 106	DATE ACCORD TRAITEMENT (PARTIE 1)	Date d'inscription au forfait
	21	1 N	107 - 107	DATE ACCORD TRAITEMENT (PARTIE 2)	AAAAMMJ
	22	5 N	108 - 112	HEURE DE SORTIE	Zéro
	23	2 N	113 - 114	RESERVE	
	24	5 N	115 - 119	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 1)	Numéro de la facture
	25	7 N	120 - 126	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 2)	
	26	1 N	127 - 127	APPLICATION FRANCHISE SOCIALE	
	27	10 N	128 - 137	CT 1 + CT 2	Codes titulaires du patient
	28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT	Réservé pour l'établissement qui facture
	29	2 N	163 - 164	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 1)	Uniquement en cas de refacturation
	30	2 N	165 - 166	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 2)	Sinon = 0
	31	8 N	167 - 174	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 3)	
(° 9)	32	1 N	175 - 175	FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE	
	33	1 N	176 - 176	RESERVE	
	34	1 N	177 - 177	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 1)	Uniquement en cas de refacturation
	35	1 N	178 - 178	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 2)	Sinon = 0
	36	1 N	179 - 179	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 3)	
	37	3 N	180 - 182	NUMERO MUTUALITE FACTURATION PRECEDENTE	Uniquement en cas de refacturation, sinon = 0
(° 9)	38	12 A	183 - 194	REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)	Uniquement en cas de refacturation
(° 9)	39	10 A	195 - 204	REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)	Sinon = blanc
	40	2 N	205 - 206	RESERVE	
	41	6 N	207 - 212	ANNEE ET MOIS DE FACTURATION PRECEDENTE	Uniquement en cas de refacturation, sinon = 0
(° 7)	42	6 A	213 - 218	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 1)	=0 car pas d'application
(° 9)	43a	11 A	219 - 229	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 2)	
(° 9)	43b	1A	230-230	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 3)	
(° 9)	44	4 A	231 - 234	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 4)	
(° 9)	45	26 A	235 - 260	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 5)	
	46	1 N	261 - 261	RESERVE	
(° 36)	47	8 N	262 - 269	DATE DE FACTURATION	
	48	1 N	270 - 270	RESERVE	
(° 9)	49	12 A	271 - 282	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)	Blanc
(° 9)	50	4 A	283 - 286	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)	
(° 9)	51	6 A	287 - 292	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)	
(° 9)	52	12 N	293-304	RESERVE	
(° 9)	53	8 N	305-312	DATE DEBUT ASSURABILITE	
(° 33)	54a	3N	313-315	DATE FIN ASSURABILITE (PARTIE 1)	
(° 33)	54b	5N	316-320	DATE FIN ASSURABILITE (PARTIE 2)	
(° 9)	55	8 N	321-328	DATE COMMUNICATION INFORMATION	
(° 9)	56	4 N	329-332	MAF ANNEE EN COURS	
(° 9)	57	4 N	333-336	MAF ANNEE EN COURS - 1	
(° 9)	58	4 N	337-340	MAF ANNEE EN COURS - 2	
(° 9)	59	6 N	341-346	RESERVE	
	98	2 N	347 - 348	RESERVE	
	99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Annexe 12.3

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION		
	1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 50	Toujours 50
	2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT	Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10
	3	1 N	9 - 9	NORME PRESTATION (POURCENTAGE)	Zéro
(° 7)	4	7 N	10 - 16	CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	M = 0109616; K = 0509611; I = 0409614; DMG = 0102771; ptdiab = 0102852
(° 7)	5	8 N	17 - 24	DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE	voir zone
(° 7)	6 a	4 N	25 - 28	DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE (PARTIE 1)	voir zone
	6 b	4 N	29 - 32	DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE (PARTIE 2)	AAAAMMJJ
	7	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION	Mutualité d'affiliation du patient
(° 7)	8 a	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)	NISS du patient
	8 b	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)	
	9	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE	M = 1, F = 2
	10	1 N	50 - 50	ACCOUCHEMENT	Zéro
	11	1 N	51 - 51	REFERENCE NUMERO DE COMPTE FINANCIER	Zéro
	12	1 N	52 - 52	NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE	
	13	3 N	53 - 55	CODE SERVICE	990
	14	12 N	56 - 67	LIEU DE PRESTATION	N° agrégation INAMI de la maison médicale
(° 7)	15	12 N	68 - 79	IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR	voir zone
	16	1 N	80 - 80	NORME DISPENSATEUR	
	17	4 N	81 - 84	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 1)	
	18	3 N	85 - 87	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 2)	
	19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE	Montant intervention O.A. pour la prestation
	20	7 N	100 - 106	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 1)	
	21	1 N	107 - 107	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 2)	
	22	1 A + 4 N	108 - 112	SIGNE + NOMBRE D'UNITES	+0001
	23	2 N	113 - 114	NOMBRE DE COUPES	
	24	5 N	115 - 119	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 1)	
	25	7 N	120 - 126	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 2)	
	26	1 N	127 - 127	NORME PRESCRIPTEUR	
	27	1 A + 9 N	128 - 137	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT	+000000000
	28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT	Réservé pour l'établissement qui facture
	29	2 N	163 - 164	DENT TRAITEE	
	30	1 A + 1 N	165 - 166	SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 1)	+000000000
	31	8 N	167 - 174	MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 2)	
	32	1 N	175 - 175	EXCEPTION TIERS PAYANT	
(° 9)	33	1 N	176 - 176	CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT	
	34	1 N	177 - 177	MEMBRE TRAITE	
	35	1 N	178 - 178	PRESTATAIRE CONVENTIONNE	
	36	1 N	179 - 179	HEURE DE PRESTATION (PARTIE 1)	
	37	3 N	180 - 182	HEURE DE PRESTATION (PARTIE 2)	
	38	12 N	183 - 194	IDENTIFICATION ADMINISTRATEUR DU SANG	
	39	10 N	195 - 204	NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION (PARTIE 1)	
	40	2 N	205 - 206	NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION (PARTIE 2)	
	41	6 A	207 - 212	NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC (PARTIE 1)	
	42	6 A	213 - 218	NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC (PARTIE 2)	
(° 9)	43a	11 N	219 - 229	CODE IMPLANT (PARTIE 1)	
(° 9)	43b	1 N	230-230	CODE IMPLANT (PARTIE 2)	
	44	4 A	231 - 234	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 1)	
	45	26 A	235 - 260	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 2)	
	46	1 N	261 - 261	NORME PLAFOND	
	47	8 N	262 - 269	DATE ACCORD PRESTATION	
	48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATION	
(° 9)	49	12 N	271 - 282	IDENTIFICATION DE L'AIDE SOIGNANT (ZONE RESERVEE)	
	50	4 N	283 - 286	RESERVE	
(° 9)	51	6N	287-292	SITE HOSPITALIER	
(° 9)	52	12N	293-304	IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS	
(° 33)	53	8A	305-312	NUMERO DE COURSE (PARTIE 1)	
(° 33)	54a	3A	313-315	NUMERO DE COURSE (PARTIE 2)	
(° 33)	54b	5N	316-320	RESERVE	
(° 13)	55	8N	321-328	CODE NOTIFICATION IMPLANT (PARTIE 1)	
(° 13)	56	4N	329-332	CODE NOTIFICATION IMPLANT (PARTIE 2)	
(° 9)	57	4N	333-336	RESERVE	
(° 9)	58	4N	337-340	RESERVE	
(° 9)	59	6N	341-346	RESERVE	
	98	2 N	347 - 348	RESERVE	
	99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Annexe 12.4

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION	
	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 80	Toujours 80
	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT	Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10
	1 N	9 - 9	RESERVE	
	7 N	10 - 16	HEURE D'ADMISSION	Zéro
	8 N	17 - 24	DATE D'ADMISSION	Zéro
	4 N	25 - 28	DATE DE SORTIE (PARTIE 1)	Zéro
	4 N	29 - 32	DATE DE SORTIE (PARTIE 2)	
	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION	Mutualité d'affiliation du patient
(⁹)	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)	NISS du patient
	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)	
	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE	M = 1, F = 2
	1 N	50 - 50	TYPE FACTURE	Fact. individuelle pour patients ambulants = 3
	1 N	51 - 51	RESERVE	
	1 N	52 - 52	RESERVE	
(⁹)	3 N	53 - 55	SERVICE 721 bis	Zéro
	12 N	56 - 67	NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE	N° agrégation INAMI de la maison médicale
	1 A + 11 N	68 - 79	SIGNE + MONTANT DE COMPTE FINANCIER B	Zéro
	1 N	80 - 80	RESERVE	
	4 N	81 - 84	CAUSES DU TRAITEMENT	
	3 N	85 - 87	NUMERO MUTUALITE DE DESTINATION	Mutualité affiliation
	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT DE COMPTE FINANCIER A	Montant total de la facture pour ce patient
(⁹)	7 N	100 - 106	DATE DE LA FACTURE (PARTIE 1)	
(⁹)	1 N	107 - 107	DATE DE LA FACTURE (PARTIE 2)	
	5 N	108 - 112	HEURE DE SORTIE	Zéro
	2 N	113 - 114	RESERVE	
	5 N	115 - 119	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 1)	Numéro de la facture
	7 N	120 - 126	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 2)	
	1 N	127 - 127	RESERVE	
	1 A + 9 N	128 - 137	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT	+000000000
	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT	Réservé pour l'établissement qui facture
	2 N	163 - 164	RESERVE	
	1 A + 1 N	165 - 166	SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 1)	+000000000
	8 N	167 - 174	MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 2)	
(⁹)	1 N	175 - 175	FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE	
	1 N	176 - 176	RESERVE	
	1 N	177 - 177	RESERVE	
	1 N	178 - 178	RESERVE	
	1 N	179 - 179	RESERVE	
	3 N	180 - 182	RESERVE	
	1 A + 11 N	183 - 194	SIGNE + ACOMPTE NUMERO COMPTE FINANCIER A	
	10 N	195 - 204	RESERVE	
	2 N	205 - 206	RESERVE	
	6 N	207 - 212	RESERVE	
	6 N	213 - 218	RESERVE	
(⁹)	11 N	219 - 229	RESERVE	
(⁹)	1N	230-230	RESERVE	
	4 N	231 - 234	RESERVE	
	26 N	235 - 260	RESERVE	
	1 N	261 - 261	RESERVE	
	8 N	262 - 269	RESERVE	
	1 N	270 - 270	RESERVE	
	12 N	271 - 282	RESERVE	
	4 N	283 - 286	RESERVE	
	6 N	287 - 292	RESERVE	
(⁹)	12N	293-304	RESERVE	
(⁹)	8N	305-312	RESERVE	
(⁹ 33)	3N	313-315	RESERVE	
(⁹ 33)	5N	316-320	RESERVE	
(⁹)	8N	321-328	RESERVE	
(⁹)	4N	329-332	RESERVE	
(⁹)	4N	333-336	RESERVE	
(⁹)	4N	337-340	RESERVE	
(⁹)	6N	341-346	RESERVE	
	2 N	347 - 348	CHIFFRES DE CONTROLE DE LA FACTURE	Chiffres de contrôle de la facture (20-50-80)
	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

	ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION	
	1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 90	Toujours 90
	2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT	Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10
	3	1 N	9 - 9	RESERVE	
	4	7 N	10 - 16	RESERVE	
(° 15)	5	8 N	17 - 24	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)	Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101)
(° 15)	6 a	4 N	25 - 28	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)	Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101)
	6 b	4 N	29 - 32	RESERVE	
	7	3 N	33 - 35	NUMERO D'ENVOI	Séquentiel, unique par année, <=0
	8 a	12 N	36 - 47	NUMERO COMPTE FINANCIER B	Zéro
	8 b	1 N	48 - 48	RESERVE	
	9	1 N	49 - 49	RESERVE	
	10	1 N	50 - 50	RESERVE	
	11	1 N	51 - 51	RESERVE	
	12	1 N	52 - 52	RESERVE	
	13	3 N	53 - 55	RESERVE	
	14	12 N	56 - 67	NUMERO TIERS PAYANT	N° agrégation INAMI de la maison médicale
	15	1 A + 11 N	68 - 79	SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER B	Zéro
	16	1 N	80 - 80	RESERVE	
	17	4 N	81 - 84	RESERVE	
	18	3 N	85 - 87	RESERVE	
	19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER A	Montant total de l'envoi
	20	7 N	100 - 106	RESERVE	
	21	1 N	107 - 107	RESERVE	
	22	5 N	108 - 112	ANNEE DE FACTURATION	Année de facturation 0AAAA
	23	2 N	113 - 114	MOIS DE FACTURATION	Mois de facturation MM
	24	5 N	115 - 119	RESERVE	
	25	7 N	120 - 126	RESERVE	
	26	1 N	127 - 127	RESERVE	
	27	10 N	128 - 137	RESERVE	
	28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT	Réservé pour l'établissement qui facture
	29	2 N	163 - 164	RESERVE	
	30	2 N	165 - 166	RESERVE	
(° 9)	31	8 A	167 - 174	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)	
(° 9)	32	1 A	175 - 175	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)	
(° 9)	33	1 A	176 - 176	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)	
(° 9)	34	1 A	177 - 177	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)	
	35	1 N	178 - 178	RESERVE	
(° 9)	36	1 A	179 - 179	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)	
(° 9)	37	3 A	180 - 182	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)	
(° 9)	38	12 A	183 - 194	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)	
(° 9)	39	10 A	195 - 204	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)	
(° 9)	40	2 A	205 - 206	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 5)	
(° 9)	41	6 A	207 - 212	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 6)	
	42	6 N	213 - 218	RESERVE	
(° 9)	43a	11 A	219 - 229	BIC - COMPTE FINANCIER B	Blanc
(° 9)	43b	1N	230-230	RESERVE	
	44	4 N	231 - 234	RESERVE	
	45	26 N	235 - 260	RESERVE	
	46	1 N	261 - 261	RESERVE	
	47	8 N	262 - 269	RESERVE	
	48	1 N	270 - 270	RESERVE	
(° 9)	49	12 A	271 - 282	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)	Blanc
(° 9)	50	4 A	283 - 286	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)	Blanc
(° 9)	51	6 A	287-292	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)	Blanc
(° 9)	52	12 A	293-304	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 4)	Blanc
(° 9)	53	8N	305-312	RESERVE	
(° 33)	54a	3N	313-315	RESERVE	
(° 33)	54b	5N	316-320	RESERVE	
(° 9)	55	8N	321-328	RESERVE	
(° 9)	56	4N	329-332	RESERVE	
(° 9)	57	4N	333-336	RESERVE	
(° 9)	58	4N	337-340	RESERVE	
(° 9)	59	6N	341-346	RESERVE	
	98	2 N	347 - 348	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENVOI	Chiffres de contrôle de l'envoi (10 à 90)
	99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE PAR LES MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES.

Enregistrement de type 10

Z 1	:	Enregistrement de type 10
Z 2	:	Numéro d'ordre d'enregistrement
Z 3	:	Nombre numéros comptes financiers (code indice) En cas de facturation par les MSP, un seul numéro de compte est autorisé.
Z 4	:	Version fichier Valeur constante 0001999.
Z 5-6a	:	Numéro de compte financier A
(☞ 15)		Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	Numéro d'envoi
Z 8a	:	Numéro de compte financier B Est réservé au pool des médecins.
(☞ 15)		Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
(☞ 11)Z 9	:	Code "suppression facture papier" Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 1 Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0
(☞ 11)Z 10	:	Code fichier de décompte Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 0 ou 1 Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0
(☞ 9)Z 13	:	Contenu de la facturation
Z 14	:	Numéro tiers payant Numéro d'identification MSP.
(☞ 9)Z 15	:	Numéro d'accréditation CIN Toujours 0.
Z 22	:	Année facturée
Z 23	:	Mois facturé Valeur 03, 06, 09 ou 12 en fonction de la période facturée.
Z 25-26	:	Date de création
Z 28	:	Référence de l'établissement
(☞ 9)Z 31-34	:	BIC compte financier A
(☞ 9)Z 36-41	:	IBAN compte financier A
(☞ 9)Z 43a	:	BIC compte financier B
(☞ 9)Z 49-52	:	IBAN compte financier B
Z 99	:	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Enregistrement de type 20

- Z 1 : **Enregistrement de type 20**
- Z 2 : **Numéro d'ordre de l'enregistrement**
- Z 3 : **Autorisation tiers payant**
0 ou 1 à lire sur la carte SIS.
- Z 4 : **Heure d'admission**
Mention de l'heure.
- Z 5 : **Date d'admission**
Mention de la date.
- Z 6a-6b : **Date de sortie**
A mentionner si la période de séjour est terminée.
- Z 7 : **Numéro de la mutualité d'affiliation**
- Z 8a-8b : **Identification du bénéficiaire**
- Z 9 : **Sexe bénéficiaire**
- Z 10 : **Type de facture**
Type de facture 4
- Z 11 : **Type de facturation**
- Z 13 : **Service 721 bis : 0**
- Z 14 : **Numéro de l'établissement qui facture**
Numéro MSP correspondant à celui mentionné dans l'E.T. 10 Z 14.
- Z 15 : **Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)**
Numéro M.S.P..
- Z 16 : **Code levée délai de prescription : 0 ou 1**
- Z 17 : **Causes du traitement : Toujours 0**
- Z 18 : **Numéro de la mutualité de destination**
- Z 19 : **Numéro d'admission : Toujours 0**
- Z 20-21 : **Date de l'accord traitement de rééducation : Toujours 0**
- Z 22 : **Heure de sortie**
A mentionner si date de sortie est complétée.
- Z 24-25 : **Numéro de la facture individuelle**
Mention du numéro
- Z 26 : **Application de la franchise sociale : 0**
- Z 27 : **Code titulaire 1 + 2**
- Z 28 : **Référence de l'établissement**
- Z 29-30-31 : **Numéro de la facture précédente : 0**
- (☞ 9) Z 32 : **FLAG identification du bénéficiaire**
- Z 34-35-36 : **Numéro de l'envoi précédent**
- Z 37 : **Numéro de la mutualité de la facturation précédente**
- Z 38-39 : **Référence mutualité numéro de compte financier A**
- Z 41 : **Année et mois précédemment facturés**
- (☞ 9) Z 42-43-44-45 : **Données de référence réseau ou carte SIS**
- (☞ 36) Z 47 : **Date de facturation**
- (☞ 9) Z 49-51 : **Référence mutualité numéro de compte financier B**
- (☞ 9) Z 53 : **Date début assurabilité**
- (☞ 33) Z 54a-54b : **Date fin assurabilité**
- (☞ 9) Z 55 : **Date communication information**
- (☞ 9) Z 56 : **MAF année en cours**
- (☞ 9) Z 57 : **MAF année en cours -1**
- (☞ 9) Z 58 : **MAF année en cours -2**
- Z 99 : **Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Enregistrement de type 30

Z 1	:	Enregistrement de type 30
Z 2	:	Numéro d'ordre de l'enregistrement
Z 3	:	Norme journée d'entretien Toujours 0
Z 4	:	Pseudo-code journée d'entretien et forfait Point 2E, 3bis et 13
Z 5	:	Date premier jour facturé A mentionner
Z 6a-6b	:	Date dernier jour facturé A mentionner
Z 7	:	Numéro mutualité d'affiliation
Z 8a-8b	:	Identification bénéficiaire
Z 9	:	Sexe bénéficiaire
Z 10	:	Accouchement Toujours 0
Z 11	:	Référence numéro de compte financier
Z 13	:	Code service: 990
Z 14	:	Lieu de prestation Numéro MSP en concordance avec ET 10 Z 14.
Z 15	:	Identification convention / Etablissement de séjour Numéro MSP
Z 17-18	:	Prestation relative Toujours 0
Z 19	:	Signe + montant intervention de l'assurance
Z 22	:	Signe + nombre de jour forfaits
(☞ 9)Z 24-25	:	Signe + montant indicatif, ordre de grandeur frais de séjour Toujours 0.
Z 27	:	Signe + intervention personnelle patient
Z 28	:	Référence établissement
Z 30-31	:	Signe + montant supplément
Z 32	:	Exception tiers-payant
(☞ 9)Z 33	:	Code facturation intervention personnelle ou supplément
Z 47	:	Date accord prestation
Z 48	:	Transplantation Toujours 0
(☞ 9)Z 51	:	Site hospitalier
(☞ 9)Z 52	:	Identification association bassin de soins
Z 99	:	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Enregistrement de type 40

Z 1	:	Enregistrement de type 40
Z 2	:	Numéro d'ordre de l'enregistrement
Z 3	:	Norme prestation : 0
Z 4	:	Pseudo-code catégorie médicament Codes sous points 2, 3, 4 et 5.
Z 5	:	Date premier jour facturé Date début de la période de délivrance ou date de délivrance
Z 6a-6b	:	Date dernier jour facturé Date de fin de la période de délivrance ou date de délivrance
Z 7	:	Numéro de la mutualité d'affiliation
Z 8a-8b	:	Identification du bénéficiaire
Z 9	:	Sexe bénéficiaire
Z 10	:	Accouchement : 0
Z 11	:	Référence numéro de compte financier
Z 13	:	Code service : 990 ou 0 (uniquement en cas des codes 0960293 – 0960304)
Z 14	:	Lieu de prestation Numéro MSP
Z 15	:	Identification convention / établissement de séjour Numéro M.S.P.
(☞ 9)Z 16	:	Médicaments gratuits
Z 17-18	:	Prestation relative : 0
Z 19	:	Signe + montant intervention de l'assurance Voir art. 95, § 2 de l'A.R. du 21 décembre 2001.
(☞ 9)Z 20-21	:	Date prescription (zone réservée)
Z 22	:	Signe + nombre d'unités Le nombre d'unités pharmaceutiques délivrées. (voir unité à côté du code produit indiqué par "*" dans A.R. 21/12/2001)
Z 23	:	Unité
Z 24-25	:	Identification du prescripteur Le prescripteur doit être mentionné.
Z 27	:	Signe + intervention personnelle patient Toujours 0.
Z 28	:	Référence de l'établissement
Z 30-31	:	Signe + montant supplément Uniquement 960293 ou 960304 possible.
Z 32	:	Exception tiers payant
(☞ 9)Z 33	:	Code facturation intervention personnelle ou supplément : 0
Z 34-35	:	Code exception prophylaxie : 0
Z 36	:	Flag DCI
(☞ 9)Z 37	:	Forme galénique
Z 38	:	Numéro office de tarification Numéro de l'office de tarification agréé.
Z 39	:	Signe + intervention personnelle patient théorique : A mentionner
Z 40-41	:	Numéro du produit Voir tarif pharmaceutique, (A.R. 21/12/2001), codes signalés par "*".
Z 42-43-44-45	:	Libellé du produit Si besoin est.
Z 47	:	Date de l'accord prestation Si l'accord existe.
Z 48	:	Transplantation : 0
(☞ 9)Z 49	:	Numéro du pharmacien titulaire
(☞ 9)Z 50	:	Année de naissance (facultatif)
(☞ 9)Z 51	:	Site hospitalier
(☞ 9)Z 52	:	Identification association bassin de soins
Z 99	:	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Enregistrement de type 50

Z 1	:	Enregistrement de type 50
Z 2	:	Numéro d'ordre de l'enregistrement
Z 3	:	Norme prestation (pourcentage)
Z 4	:	Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature Code Ambulatoire
Z 5	:	Date première prestation effectuée Date prestation
Z 6a-6b	:	Date dernière prestation effectuée Date prestation
Z 7	:	Numéro mutualité d'affiliation
Z 8a-8b	:	Identification bénéficiaire
Z 9	:	Sexe bénéficiaire
Z 10	:	Accouchement Toujours 0
Z 11	:	Référence numéro de compte financier
Z 12	:	Nuit, week-end, jour férié
Z 13	:	Code service: 990
Z 14	:	Lieu de prestation Numéro M.S.P., excepté en cas de prestations effectuées dans un laboratoire de biologie clinique, un service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de rééducation ou établissement hospitalier. Voir priorités ET 50 Z 14 S 2.
Z 15	:	Identification du dispensateur
Z 16	:	Norme dispensateur
Z 17-18	:	Prestation relative
Z 19	:	Signe + montant intervention de l'assurance
Z 20-21	:	Date prescription
Z 22	:	Signe + nombre d'unités
Z 23	:	Nombre de coupes
Z 24-25	:	Identification prescripteur
Z 26	:	Norme prescripteur
Z 27	:	Signe + intervention personnelle patient
Z 28	:	Référence établissement
Z 29	:	Dent traitée
Z 30-31	:	Signe + montant supplément
Z 32	:	Exception régime tiers-payant
(☞ 9) Z 33	:	Code facturation intervention personnelle ou supplément
Z 34	:	Membre traité
Z 35	:	Prestataire conventionné
Z 36-37	:	Heure de prestation
Z 38	:	Identification administrateur du sang
Z 39-40	:	Numéro attestation d'administration
Z 41-42	:	Numéro bon de délivrance ou sac
(☞ 9) Z 43a-43b	:	Code implant
Z 44-45	:	Libellé du produit
Z 46	:	Norme plafond
Z 47	:	Date accord prestation
Z 48	:	Transplantation
(☞ 9) Z 49	:	Identification de l'aide soignant (zone réservée)
(☞ 9) Z 51	:	Site hospitalier
(☞ 9) Z 52	:	Identification association bassin de soins
(☞ 33) Z 53-54a	:	Numéro de course
(☞ 13) Z 55-56	:	Code notification implant
Z 99	:	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Enregistrement de type 80

Z 1	:	Enregistrement de type 80
Z 2	:	Numéro d'ordre de l'enregistrement
Z 4	:	Heure d'admission Mention de l'heure.
Z 5	:	Date d'admission Mention de la date.
Z 6a-6b	:	Date de sortie A mentionner si la période de séjour est terminée.
Z 7	:	Numéro de la mutualité d'affiliation
Z 8a-8b	:	Identification du bénéficiaire
Z 9	:	Sexe bénéficiaire
Z 10	:	Type de facture Type de facture 4.
Z 13	:	Service 721 bis : 0
Z 14	:	Numéro de l'établissement qui facture Numéro MSP correspondant à celui mentionné dans l'ET 20 Z 14.
Z 15	:	Signe + montant numéro de compte financier B
Z 17	:	Causes du traitement Toujours 0.
Z 18	:	Numéro de la mutualité de destination
Z 19	:	Signe + montant numéro de compte financier A
(☞ 9)Z 20-21	:	Date de la facture
Z 22	:	Heure de sortie A mentionner si date de sortie est complétée.
Z 24-25	:	Numéro de la facture individuelle : Mention du numéro.
Z 27	:	Signe + intervention personnelle patient
Z 28	:	Référence de l'établissement
Z 30-31	:	Signe + montant supplément
(☞ 9)Z 32	:	FLAG identification du bénéficiaire
Z 38	:	Signe + acompte numéro de compte financier A
Z 98	:	Chiffres de contrôle de la facture
Z 99	:	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Enregistrement de type 90

Z 1	:	Enregistrement de type 90
Z 2	:	Numéro d'ordre de l'enregistrement
Z 5-6a	:	Numéro de compte financier A
(☞ 15)		Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	Numéro de l'envoi
Z 8a	:	Numéro de compte financier B
(☞ 15)		Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 14	:	Numéro tiers payant Numéro d'identification MSP.
Z 15	:	Signe + montant total numéro de compte financier B
Z 19	:	Signe + montant total numéro de compte financier A
Z 22	:	Année facturée
Z 23	:	Mois facturé
Z 28	:	Référence de l'établissement
(☞ 9)Z 31-34	:	BIC compte financier A
(☞ 9)Z 36-41	:	IBAN compte financier A
(☞ 9)Z 43a	:	BIC compte financier B
(☞ 9)Z 49-52	:	IBAN compte financier B
Z 98	:	Chiffres de contrôle de l'envoi
Z 99	:	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

RÈGLES DE CALCUL ET D'ARRONDI POUR LES MEDICAMENTS

Remarque générale préalable

La règle d'arrondi est appliquée sur 3 décimales, c'ad pour arrondir à 2 décimales, on ne tient compte que de la 3^{ème} décimale.

A. Délivrance à des bénéficiaires HOSPITALISÉS

1. En cas de forfaitarisation (facturation à 25%)**Règle générale** (voir exemple 1)

Base de remboursement x nombre d'unités: A

Intervention de l'AMI:

$$B = A * 0,25$$

B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

(☞ 38) **Produits de contraste** (voir exemple 15 BIS)

A partir du 1/1/2013, l'intervention de l'assurance pour les produits de contraste (classe ATC V08) délivrés par une officine hospitalière est diminuée de 10 %. Cette diminution ne peut pas être facturée au patient.

Intervention de l'AMI:

$$B = A * 0,25 * 0,90$$

B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

2. Hors forfaitarisation

Il s'agit des médicaments non forfaitarisés ou des médicaments forfaitarisés délivrés par des hôpitaux qui tombent en dehors de la forfaitarisation.

(☞ 36) **Médicaments de la catégorie A ou Fa** (voir exemple 2)

Base de remboursement x nombre d'unité : A

A' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Intervention de l'AMI (Z 19) :

A'

(☞ 36) **Médicament de la catégorie B ou Fb** (voir exemples 3 à 14 inclus)

Par tranche entamée, une intervention personnelle théorique de 0,37 EUR doit être décomptée, Dans les cas suivants, l'intervention personnelle théorique est toutefois limitée à la base de remboursement * le nombre d'unités :

- Nombre d'unités délivrées <= tranche et base de remboursement * nombre d'unités < 0,37 EUR
- Nombre d'unités délivrées > tranche et base de remboursement * nombre d'unités < x * 0,37 EUR (avec x = nombre de tranches entamées).

Lors du transfert du patient dans un autre service ou lors du début d'une nouvelle hospitalisation, une nouvelle tranche sera de toute façon commencée.

Définition « tranche » :

- S'il s'agit d'un produit remboursable en officine publique:
tranche = le plus grand conditionnement public
- Si le produit est uniquement remboursé en milieu hospitalier:
tranche = le libellé qui est mentionné dans la liste, dans la colonne « conditionnements » à coté du code avec * et **, à moins qu'une autre unité de tarification soit explicitement définie dans la liste via l'intitulé « (conformément...) »

Attention:

Si le produit est seulement remboursé en milieu hospitalier, la base de calcul pour la détermination des prix * et ** est mentionnée, depuis le 01.04.2010, en italique et en gras dans la liste (c'est le plus petit conditionnement hospitalier remboursable dont il est question à l'article 95 § 1, premier (dernière phrase) et deuxième paragraphe) ; ce conditionnement ne doit pas être confondu avec le concept d'unité de tarification et de tranche de tarification.

Depuis le 01.04.2010, une information supplémentaire figure dans la liste (une description claire du plus petit conditionnement hospitalier qui sert de base de calcul pour * et **), sans que la logique n'ait été modifiée.

Exemples de détermination de la « tranche »

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)									
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemoeftk Base de remb.	I	II	
		CO-AMILORIDE TEVA 5/50 mg					TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: C03EA01
B-28	1488-774	80 tabletten, 5 mg / 50 mg	80 comprimés, 5 mg / 50 mg	G	5,94	5,94	0,34	0,57	
	1488-774				1,2900	1,2900			
B-28	1488-782	120 tabletten, 5 mg / 50 mg	120 comprimés, 5 mg / 50 mg	G	7,42	7,42	0,68	1,14	
	1488-782				2,5700	2,5700			
B-28 *	0762-401	1 tablet, 5 mg / 50 mg	1 comprimé, 5 mg / 50 mg	G	0,0277	0,0277			
B-28 **	0762-401	1 tablet, 5 mg / 50 mg	1 comprimé, 5 mg / 50 mg	G	0,0227	0,0227			

⇒ « tranche » = 120

		ROACTEMRA 20 mg/ml				ROCHE		ATC: L04AC07	
	0794-834	4 injectieflacons 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	4 flacons injectables 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml		577,5000	577,5000			
B-305 *	0794-834	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml		154,8150	154,8150			
B-305 **	0794-834	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml		153,0375	153,0375			

⇒ « tranche » = 1

		BOTOX				ALLERGAN		ATC: M03AX01	
	0748-319	1 injectieflacon 100 IU poeder voor oplossing voor injectie, 100 IU	1 flacon injectable 100 IU poeder pour solution injectable, 100 IU		197,6000	197,6000			
B-233 *	0748-319	1 IU (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	1 IU (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)		2,1657	2,1657			
B-233 **	0748-319	1 IU (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	1 IU (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)		2,0946	2,0946			

⇒ « tranche » = 10

Concrètement, le calcul s'effectue comme suit :

Base de remboursement x nombre d'unités: A
 A' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Intervention personnelle théorique (Z 39):

Si le nombre d'unités <= tranche : B = 0,37 EUR ou B = A' (si A' < 0,37 EUR)

Si le nombre d'unités > tranche : B = x * 0,37 EUR ou B = A' (si A' < x * 0,37)

Intervention de l'AMI (Z 19): A' - B

(38) Pour les produits de contraste (classe ATC V08), l'intervention est diminuée de 10% à partir du 1/1/2013 (voir exemple 15TER):

Intervention de l'AMI (Z 19): (A' - B) * 0,90 **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Particularité : utilisation de la norme 1 ou 2 dans l'ET 40 Z 3

Si le ticket modérateur théorique a déjà été décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service, la norme 1 est utilisée pour indiquer que le ticket modérateur (théorique) n'est plus soustrait.

La norme 2 est utilisée lorsque le ticket modérateur théorique est plus élevé que zéro mais plus bas que le montant attendu.

Accord

Si les 0,37 EUR ont déjà été décomptés précédemment pour le même patient et au sein du même service mais que pour des raisons techniques/pratiques, ils ont de nouveau été décomptés (par ex : pour le fractionnement de la facturation au début d'une nouvelle année, pour une modification de mutualité ou de CT1/CT2,...), ça ne peut être rejeté.

Médicaments de la catégorie C, Cs, Cx (voir exemple 15)

Base de remboursement x nombre d'unités: A
 A' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Pourcentage ticket modérateur (calculé sur A) B
 (respectivement 50%, 60% , 80%) B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.

Intervention personnelle théorique (Z 39): B'

Intervention de l'AMI (Z 19): A' - B'

A. Délivrance à des bénéficiaires AMBULANTS
--

Règle générale (voir exemples 16 et 17)

Prix x nombre d'unités:

A

A' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Base de remboursement x nombre d'unités:

B

B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

A – B =

C

C' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.

Pourcentage ticket modérateur (calculé sur B) : D

D'

ARRONDI au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.

Intervention personnelle (Z 27):

C' + D'

Intervention de l'AMI (Z 19):

B' – D'

Attention:

La différence entre le prix et la base de remboursement (montant C') est intégralement à charge du patient et doit être comptée en plus du ticket modérateur calculé (et éventuellement plafonné), à moins que l'hôpital ne prenne lui-même en charge ce montant (Z 33 = 1).

- (☞ 36) **Exception** : Catégories Fa et Fb : La différence entre le prix et la base de remboursement (montant C') est intégralement à charge de l'hôpital. Ce montant ne peut donc pas être facturé au patient.

- (☞ 38) **Produits de contraste** (voir exemple 29)

A partir du 1/1/2013, l'intervention de l'assurance pour les produits de contraste (classe ATC V08) délivrés par une officine hospitalière est diminuée de 10 %. Cette diminution ne peut pas être facturée au patient.

Intervention de l'AMI (Z 19):

(B' – D') * 0,90**ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

- (☞ 36) **Règles spécifiques pour les médicaments de la catégorie B, Fb et C** (voir exemples 18 à 27 inclus)

Le ticket modérateur (montant D') est plafonné par « tranche » (voir définition « tranche » ci-dessus).

Le calcul et l'arrondi du ticket modérateur doivent, en ce sens, s'effectuer par « tranche ».

La base de remboursement est calculée sur le nombre total d'unités délivrées, également si ce nombre est plus grand que la tranche.

Pour info: pourcentages et plafonds ticket modérateurPourcentages ticket modérateur par catégorie

	Catégorie	bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance	autres bénéficiaires
(€ 36)	A, Fa	0 %	0%
(€ 36)	B, Fb	15%	25%
	C	50%	50%
	Cs	60%	60%
	Cx	80%	80%

(€ 36) Plafonds ticket modérateur (d'application à partir du 1 janvier 2012) :

Catégorie	bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance	autres bénéficiaires
B, Fb	7,50	11,30
B, Fb (grand conditionnement)	9,30	14,10
C	9,30	14,10

grand conditionnement = un conditionnement public d'une spécialité pharmaceutique qui contient plus de 60 unités d'utilisation ; dans une officine hospitalière, la délivrance de plus de 60 unités d'utilisation est assimilée à la délivrance d'un grand conditionnement (voir AR du 7 mai 1991, art. 1, 5°)

B. Exemples détaillés

Les exemples servent simplement pour l'illustration des règles d'arrondi et de calcul.

Les prix et les plafonds ticket modérateur de ces exemples ne sont pas systématiquement actualisés.

Les prix et les plafonds ticket modérateur à la date de délivrance doivent être utilisés.

Extraits de la liste de l'AR du 21/12/2001 (version 1/8/2010)

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix <i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	Basis v tegemeotk Base de remb. <i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	I	II
CAPOTEN 50 mg (Impexeco)			IMPEXECO				ATC: C09AA01	
B-21	2675-718	50 tabletten, 50 mg	50 comprimés, 50 mg	R	27,95	22,36	9,36	11,88
	2675-718				19,0100	14,2200		
B-21 *	0795-997	1 tablet, 50 mg	1 comprimé, 50 mg	R	0,4088	0,3058	+0,1030	+0,1030
B-21 **	0795-997	1 tablet, 50 mg	1 comprimé, 50 mg	R	0,3358	0,2512		
CELLTOP 100 mg			BAXTER				ATC: L01CB01	
A-28	1524-214	10 capsules, hard, 100 mg	10 gélules, 100 mg	R	86,49	75,69	10,80	10,80
	1524-214				71,0600	61,1700		
A-28 *	0762-229	1 capsule, hard, 100 mg	1 gélule, 100 mg	R	8,2430	7,1950	+1,0480	+1,0480
A-28 **	0762-229	1 capsule, hard, 100 mg	1 gélule, 100 mg	R	7,5320	6,4840		
INDERAL			ASTRAZENECA				ATC: C07AA05	
B-9	0115-808	50 tabletten, 10 mg	50 comprimés, 10 mg	R	5,94	5,43	0,73	0,88
	0115-808				1,2900	0,8400		
B-9 *	0709-188	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	R	0,0332	0,0216	+0,0116	+0,0116
B-9 **	0709-188	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	R	0,0274	0,0178		

FRAXIPARINE		GLAXO SMITHKLINE		ATC: B01AB06				
B-33	0321-596	10 voorgevulde spuiten 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	10 seringues préremplies 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		31,92	31,92	5,10	8,58
	0321-596				22,5100	22,5100		
B-33 *	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 séringue prérempli 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		2,9050	2,9050		
B-33 **	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 séringue prérempli 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		2,3860	2,3860		
DOCACETYL 600		DOCPHARMA		ATC: R05CB01				
C-27	1583-590	30 bruistabletten, 600 mg	30 comprimés effervescents, 600 mg	G	7,05	7,05	2,02	2,02
	1583-590				2,2800	2,2800		
C-27 *	0767-590	1 bruistablet, 600 mg	1 comprimé effervescent, 600 mg	G	0,0980	0,0980		
C-27 **	0767-590	1 bruistablet, 600 mg	1 comprimé effervescent, 600 mg	G	0,0807	0,0807		
MEBEVERINE EG		EUROGENERICS		ATC: A03AA04				
Cx-10	1402-569	40 filmomhulde tabletten, 135 mg	40 comprimés pelliculés, 135 mg	G	6,77	6,77	2,89	2,89
	1402-569				2,0400	2,0400		
Cx-10	1464-114	120 filmomhulde tabletten, 135 mg	120 comprimés pelliculés, 135 mg	G	9,57	9,57	6,01	6,01
	1464-114				4,2500	4,2500		
Cx-10 *	0748-350	1 filmomhulde tablet, 135 mg	1 comprimé pelliculé, 135 mg	G	0,0457	0,0457		
Cx-10 **	0748-350	1 filmomhulde tablet, 135 mg	1 comprimé pelliculé, 135 mg	G	0,0376	0,0376		
DIFLUCAN (PI-Pharma)		PI-PHARMA		(zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV) ATC: J02AC01				
B-134	2195-642	10 capsules, hard, 200 mg	10 gélules, 200 mg	R	64,59	61,85	9,94	13,54
	2195-642				51,3300	48,9200		
B-134 *	0779-025	1 capsule, hard, 200 mg	1 gélule, 200 mg	R	6,1520	5,8970	+0,2550	+0,2550
B-134 **	0779-025	1 capsule, hard, 200 mg	1 gélule, 200 mg	R	5,4410	5,1860		
BONEFOS		BAYER		ATC: M05BA02				
B-88	1327-576	50 tabletten, 800 mg	50 comprimés, 800 mg		161,19	161,19	7,20	10,80
	1327-576				139,5500	139,5500		
B-88 *	0748-517	1 tablet, 800 mg	1 comprimé, 800 mg		3,1006	3,1006		
B-88 **	0748-517	1 tablet, 800 mg	1 comprimé, 800 mg		2,9584	2,9584		
ENTOCORT		ASTRAZENECA		ATC: A07EA06				
B-55	1344-365	100 capsules met verlengde afgifte, hard, 3 mg	100 gélules à libération prolongée, 3 mg		89,05	89,05	8,90	13,50
	1344-365				73,4200	73,4200		
B-55 *	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,8494	0,8494		
B-55 **	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,7783	0,7783		
BOTOX		ALLERGAN		ATC: M03AX01				
B-233 *	0748-319	1 injectieflacon 100 IU poeder voor oplossing voor injectie, 100 IU	1 flacon injectable 100 IU poudre pour solution injectable, 100 IU		197,6000	197,6000		
	0748-319	1 IU (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	1 IU (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)		2,1657	2,1657		
B-233 **	0748-319	1 IU (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	1 IU (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)		2,0946	2,0946		
AMOXICILLINE SANDOZ 250		SANDOZ		ATC: J01CA04				
B-107	2114-346	1 fles 100 ml poeder voor orale suspensie, 50 mg/ml	1 flacon 100 ml poudre pour suspension buvable, 50 mg/ml	G	7,21	7,21	0,64	1,07
	2114-346				2,4100	2,4100		
B-107 *	0778-068	5 ml suspensie voor oraal gebruik, 50 mg/ml	5 ml suspension buvable, 50 mg/ml	G	0,1555	0,1555		
B-107 **	0778-068	5 ml suspensie voor oraal gebruik, 50 mg/ml	5 ml suspension buvable, 50 mg/ml	G	0,1275	0,1275		
LIPITOR 40		PFIZER		(zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV) ATC: C10AA05				
B-41	1641-018	84 filmomhulde tabletten, 40 mg	84 comprimés pelliculés, 40 mg		189,49	189,49	8,90	13,50
	1641-018				165,5000	165,5000		
B-41 *	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,1731	2,1731		
B-41 **	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,0885	2,0885		

Exemples bénéficiaires hospitalisés**Exemple 1** (en cas de forfaitarisation)

Délivrance de 14 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital aigu.

Base de remboursement * nombre d'unités : $0,2512 * 14 = 3,5168$

Intervention de l'AMI : $3,5168 * 0,25 = 0,8792$
 $\approx 0,88$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0756125	0,88	14	0

Exemple 2 (catégorie A hors forfaitarisation)

Délivrance de 12 unités de Celltop 100 mg 0762-229** (tranche = 10) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

Base de remboursement * nombre d'unités : $6,4840 * 12 = 77,8080$
 $\approx 77,81$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753723	77,81	12	0

Exemple 3 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche »)

Délivrance de 14 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

Base de remboursement * nombre d'unités : $0,2512 * 14 = 3,5168$
 $\approx 3,52$

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,37

Intervention de l'AMI (Z 19): $3,52 - 0,37 = 3,15$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	3,15	14	0,37

Exemple 4 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche »)
(intervention personnelle théorique limitée à la base de remboursement * nombre d'unités).

Délivrance de 2 unités d'Amoxicilline Sandoz 0778-068** (tranche = 20) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,1275 * 2 = 0,2550 \\ \approx 0,26$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,26 \text{ (limitée)}$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 0,26 - 0,26 = 0,00$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0750864	0,00	2	0,26

Exemple 5 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)

Délivrance de 80 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 80 = 20,0960 \\ \approx 20,10$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 2 * 0,37 = 0,74$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 20,10 - 0,74 = 19,36$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	19,36	80	0,74

Exemple 6 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)

Délivrance de 61 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 61 = 15,3232 \\ \approx 15,32$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 2 * 0,37 = 0,74$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 15,32 - 0,74 = 14,58$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
0	0753745	14,58	61	0,74

Exemple 7 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche ») (facturation dispersée sur 2 fichiers de facturation distincts)

Délivrance de 10 unités de Amoxicilline Sandoz 0778-068** (tranche = 20) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

2 unités sont facturées sur le 1^{er} fichier de facturation, les 8 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,1275 * 2 = 0,2550 \\ \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 0,26 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39): } \quad 0,26 \text{ (limité)} \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19): } \quad \quad \quad 0,26 - 0,26 = 0,00 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,1275 * 8 = 1,0200 \\ \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 1,02 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39): } \quad 0,11 (= 0,37 - 0,26) \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19): } \quad \quad \quad 1,02 - 0,11 = 0,91 \end{array} \right.$$

1^{er} fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
0	0750864	0,00	2	0,26

2^e fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
2	0750864	0,91	8	0,11

Exemple 8 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)

Délivrance de 101 unités de Nivaquine ** 0712-984 (tranche = 20) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,0067 * 101 = 0,6767 \\ \approx 0,68$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39): } \quad 0,68 \text{ (limité car base de remboursement * nombre d'unités } < 6 * 0,37)$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19): } \quad \quad \quad 0,68 - 0,68 = 0,00$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
0	0750746	0,00	101	0,68

Exemple 9 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche ») (facturation dispersée sur 2 fichiers de facturation distincts)

Délivrance de 40 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

30 unités sont facturées sur le 1^{er} fichier de facturation, les 10 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 30 = 7,5360 \\ \quad \approx 7,54 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 0,37 \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 7,54 - 0,37 = 7,17 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 10 = 2,5120 \\ \quad \approx 2,51 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 0,00 \text{ (car 0,37 déjà décomptés précédemment} \\ \quad \text{pour cette tranche)} \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 2,51 - 0,00 = 2,51 \end{array} \right.$$

1^{er} fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	7,17	30	0,37

2^e fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
1	0753745	2,51	10	0

Exemple 10 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche »)
(facturation via différents enregistrements à cause de prescripteurs différents)

Délivrance de 40 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

30 unités ont été prescrites par le prescripteur X, les 10 unités restantes par le prescripteur Y.

{	Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,2512 * 30 = 7,5360$ $\approx 7,54$
	Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,37
	Intervention de l'AMI (Z 19):	$7,54 - 0,37 = 7,17$
{	Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,2512 * 10 = 2,5120$ $\approx 2,51$
	Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,00 (car 0,37 déjà décomptés précédemment pour cette tranche)
	Intervention de l'AMI (Z 19):	$2,51 - 0,00 = 2,51$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	7,17	30	0,37
1	0753745	2,51	10	0

Attention:

Vu que pour les médicaments délivrés aux bénéficiaires hospitalisés, aucun prescripteur ne doit être mentionné, il n'est pas obligatoire de fractionner la facturation en différents enregistrements. Le calcul et la facturation peuvent, donc, également s'effectuer comme suit :

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités} : \quad 0,2512 * 40 = 10,0480 \\ \approx 10,05$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,37$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 10,05 - 0,37 = 9,68$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	9,68	40	0,37

Exemple 11 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)
(facturation dispersée sur 2 fichiers de facturation distincts).

Délivrance de 85 unités d'Inderal 10 mg 0709-188** (tranche = 50) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

63 unités sont facturées sur un 1^{er} fichier de facturation, les 22 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,0178 * 63 = 1,1214$ $\approx 1,12$
Intervention personnelle théorique (Z 39):	$2 * 0,37 = 0,74$
Intervention de l'AMI (Z 19):	$1,12 - 0,74 = 0,38$
Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,0178 * 22 = 0,3916$ $\approx 0,39$
Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,00 (car 0,37 déjà décomptés précédemment pour cette tranche)
Intervention de l'AMI (Z 19):	$0,39 - 0,00 = 0,39$

1^{er} fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	0,38	63	0,74

2^e fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
1	0753745	0,39	22	0,00

Exemple 12 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)

Délivrance de 85 unités de Inderal 10 mg 0709-188** (tranche = 50) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

5 unités sont facturées sur un 1^{er} fichier de facturation, les 80 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

$$\left\{ \begin{array}{l}
 \text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,0178 * 5 = 0,089 \\
 \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 0,09 \\
 \\
 \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,09 \\
 \\
 \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 0,09 - 0,09 = 0,00
 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l}
 \text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,0178 * 80 = 1,424 \\
 \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 1,42 \\
 \\
 \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,28 + 0,37 = 0,65 \text{ (car 0,09 EUR déjà décompté} \\
 \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \text{pour la 1}^{\text{ère}} \text{ tranche)} \\
 \\
 \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 1,42 - 0,65 = 0,77
 \end{array} \right.$$

1^{er} fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
0	0753745	0,00	5	0,09

2^e fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
2	0753745	0,77	80	0,65

Exemple 13 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)
(facturation via différents enregistrements à cause d'une modification de prix)

Délivrance de 26 unités de Fraxiparine 0739-714** (tranche = 10) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

5 unités ont été délivrées en août, les 21 unités restantes en septembre.

Supposons que la base de remboursement est modifiée le 1/9 et vaut alors 2,4356 (exemple fictif).

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 2,3860 * 5 = 11,9300 \\ \quad \approx 11,93 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 0,37 \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad \quad \quad \quad 11,93 - 0,37 = 11,56 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 2,4356 * 21 = 51,1476 \\ \quad \approx 51,15 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 2 * 0,37 = 0,74 \text{ (les 0,37 EUR doivent} \\ \quad \text{seulement être décomptés 2x, à savoir pour la 2}^\text{e} \\ \quad \text{et 3}^\text{e} \text{ tranche car pour la 1}^\text{er} \text{ tranche, les 0,37} \\ \quad \text{EUR ont déjà été décomptés précédemment)} \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad \quad \quad \quad 51,15 - 0,74 = 50,41 \end{array} \right.$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0750746	11,56	5	0,37
2	0750746	50,41	21	0,74

Exemple 14 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche »)
(facturation via différents enregistrements à cause d'un changement de service)

Délivrance de 40 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

30 unités ont été délivrées dans le service X, les 10 unités restantes dans le service Y.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 30 = 7,5360 \\ \quad \approx 7,54 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 0,37 \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 7,54 - 0,37 = 7,17 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 10 = 2,5120 \\ \quad \approx 2,51 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 0,37 \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 2,51 - 0,37 = 2,14 \end{array} \right.$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	7,17	30	0,37
0	0753745	2,14	10	0,37

Exemple 15 (catégorie C hors forfaitarisation)

Délivrance de 32 unités de Docacetyl 600 mg 0767-590** (tranche = 30) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,0807 * 32 = 2,5824 \\ \quad \approx 2,58$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 2,5824 * 0,50 = 1,2912 \\ \quad \approx 1,29$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 2,58 - 1,29 = 1,29$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0750886	1,29	32	1,29

Exemple 15 BIS (Produit de contraste - forfaitarisation) (sur base des prix au 1/1/2013)

Délivrance de 2 unités de Telebrix 0730-481** à un patient hospitalisé dans un hôpital aigu.

Base de remboursement * nombre d'unités : $14,99 * 2 = 29,98$

Intervention de l'AMI : $29,98 * 0,25 * 0,90 = 6,7455$
 $\approx 6,75$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0757864	6,75	2	0

Exemple 15 TER (Produit de contraste – hors forfaitarisation) (sur base des prix au 1/1/2013)

Délivrance de 2 unités de Telebrix 0730-481** à un patient hospitalisé dans un hôpital psychiatrique.

Base de remboursement * nombre d'unités : $14,99 * 2 = 29,98$

Intervention personnelle théorique : $0,37 * 2 = 0,74$

Intervention de l'AMI : $(29,98 - 0,74) * 0,90 = 26,316$
 $\approx 26,32$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0757945	26,32	2	0,74

Exemples bénéficiaires ambulants**Exemple 16** (catégorie A)

Délivrance de 22 unités de Celltop 100 mg 0762-229* (tranche = 10) à un patient ambulant

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & \quad 8,2430 * 22 = 181,3460 \\ & \quad \approx 181,35 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 7,1950 * 22 = 158,2900 \\ & \quad \approx 158,29 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 181,3460 - 158,2900 & \quad = 23,0560 \\ & \quad \approx 23,06 \end{aligned}$$

Intervention personnelle (Z 27): 23,06

Intervention de l'AMI (Z 19): 158,29

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0753911	158,29	22	23,06

Exemple 17 (catégorie Cx)

Délivrance de 150 unités de Mebeverine 135 mg 0748-350* (tranche = 120) à un patient ambulant

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & \quad 0,0457 * 150 = 6,8550 \\ & \quad \approx 6,86 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 0,0457 * 150 = 6,8550 \\ & \quad \approx 6,86 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 6,8550 - 6,8550 & \quad = 0,0000 \\ & \quad \approx 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & \quad 0,80 * 6,8550 = 5,4840 \\ & \quad \approx 5,48 \end{aligned}$$

Intervention personnelle (Z 27): $0,00 + 5,48 = 5,48$

Intervention de l'AMI (Z 19): $6,86 - 5,48 = 1,38$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750816	1,38	150	5,48

Annexe 18 (catégorie B; nombre d'unités < tranche ; pas de plafonnement du ticket modérateur)

Délivrance de 30 unités de Capoten 50 mg 0795-997* (tranche = 60) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & \quad 0,4088 * 30 = 12,2640 \\ & \quad \approx 12,26 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 0,3058 * 30 = 9,1740 \\ & \quad \approx 9,17 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 12,2640 - 9,1740 & \quad = 3,0900 \\ & \quad \approx 3,09 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & \quad 0,25 * 9,1740 = 2,2935 \\ & \quad \approx 2,29 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 3,09 + 2,29 = 5,38$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 9,17 - 2,29 = 6,88$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0753933	6,88	30	5,38

Exemple 19 (catégorie B; nombre d'unités > tranche ; pas de plafonnement du ticket modérateur)

Délivrance de 80 unités de Capoten 50 mg 0795-997* (tranche = 60) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & \quad 0,4088 * 80 = 32,7040 \\ & \quad \approx 32,70 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 0,3058 * 80 = 24,4640 \\ & \quad \approx 24,46 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 32,7040 - 24,4640 & = 8,2400 \\ & \approx 8,24 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 1^{er} tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,3058 * 60 = 18,3480$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & \quad 0,25 * 18,3480 = 4,5870 \\ & \quad \approx 4,59 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 2^e tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,3058 * 20 = 6,1160$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & \quad 0,25 * 6,1160 = 1,5290 \\ & \quad \approx 1,53 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 8,24 + 4,59 + 1,53 = 14,36$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 24,46 - 4,59 - 1,53 = 18,34$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0753933	18,34	80	14,36

Exemple 20 (catégorie B; nombre d'unités < tranche ; avec plafonnement du ticket modérateur)

Délivrance de 9 unités de Diflucan 200 mg 0779-025* (tranche = 10) à un patient ambulant avec régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & & 6,1520 * 9 & = 55,3680 \\ & & & \approx 55,37 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 5,8970 * 9 & = 53,0730 \\ & & & \approx 53,07 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 55,3680 - 53,0730 & = 2,2950 \\ & \approx 2,29 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,15 * 53,0730 & = 7,96095 \\ & & & \approx 7,96 \\ \text{plafond} & & & = 7,20 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27): } 2,29 + 7,20 = 9,49$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19): } 53,07 - 7,20 = 45,87$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0753933	45,87	9	9,49

Exemple 21 (catégorie B; nombre d'unités < tranche ; plafond ticket modérateur « grand conditionnement »)

Délivrance de 99 unités d'Entocort 3 mg 0762-831 (tranche = 100) à un patient ambulant avec régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & & 0,8494 * 99 & = 84,0906 \\ & & & \approx 84,09 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 0,8494 * 99 & = 84,0906 \\ & & & \approx 84,09 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 84,0906 - 84,0906 & = 0,0000 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,15 * 84,0906 & = 12,61359 \\ & & & \approx 12,61 \\ \text{plafond} & & & = 8,90 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27): } 0,00 + 8,90 = 8,90$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19): } 84,09 - 8,90 = 75,19$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	75,19	99	8,90

Exemple 22 (catégorie B; nombre d'unités > tranche ; plafond ticket modérateur « grand conditionnement »)

Délivrance de 110 unités d'Entocort 3 mg 0762-831* (tranche = 100) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & & 0,8494 * 110 & = & 93,4340 \\ & & & & \approx 93,43 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 0,8494 * 110 & = & 93,4340 \\ & & & & \approx 93,43 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 93,4340 - 93,4340 & = & 0,0000 \\ & \approx & 0,00 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 1^{er} tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,8494 * 100 = 84,9400$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,25 * 84,9400 & = & 21,2350 \\ & & & & \approx 21,23 \\ \text{plafond} & & & = & 13,50 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 2^e tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,8494 * 10 = 8,4940$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,25 * 8,4940 & = & 2,1235 \\ & & & & \approx 2,12 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27): } 0,00 + 13,50 + 2,12 = 15,62$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19): } 93,43 - 13,50 - 2,12 = 77,81$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	77,81	110	15,62

Exemple 23 (catégorie B; nombre d'unités < tranche ; avec plafonnement du ticket modérateur)

Délivrance de 59 unités d'Entocort 3 mg 0762-831* (tranche = 100) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\text{Prix * nombre d'unités:} \quad 0,8494 * 59 = 50,1146 \\ \approx 50,11$$

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,8494 * 59 = 50,1146 \\ \approx 50,11$$

$$50,1146 - 50,1146 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,25 * 50,1146 = 12,52865 \\ \approx 12,53 \\ \text{plafond} \quad = 10,80 \text{ (plafond ordinaire car délivrance } \leq 60)$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 10,80 = 10,80$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 50,11 - 10,80 = 39,31$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	39,31	59	10,80

Exemple 24 (catégorie B; nombre d'unités > tranche)

Délivrance de 30 unités de Botox 0748-319* (tranche = 10) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\text{Prix * nombre d'unités:} \quad 2,1657 * 30 = 64,9710 \\ \approx 64,97$$

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 2,1657 * 30 = 64,9710 \\ \approx 64,97$$

$$64,9710 - 64,9710 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

Calcul ticket modérateur par tranche

$$3x \left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 2,1657 * 10 = 21,6570 \\ \text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,25 * 21,6570 = 5,41425 \\ \approx 5,41 \end{array} \right.$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 3 * 5,41 = 16,23$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 64,97 - 16,23 = 48,74$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	48,74	30	16,23

Exemple 25 (catégorie B; nombre d'unités > tranche; plafond « grand conditionnement » pour la 1^{ère} tranche, plafond « conditionnement normal » pour la 2^{ème} tranche)

Délivrance de 140 unités de Lipitor 40 comp 0768-788* (tranche = 84) à un patient ambulant avec régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités :} & & 2,1731 * 140 & = & 304,2340 \\ & & & & \approx 304,23 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 2,1731 * 140 & = & 304,2340 \\ & & & & \approx 304,23 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 304,2340 - 304,2340 & = & 0,0000 \\ & \approx & 0,00 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 1^{ère} tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 2,1731 * 84 = 182,5404$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,15 * 182,5404 & = & 27,38106 \\ & & & & \approx 27,38 \\ \text{plafond} & & & = & 8,90 \text{ (car délivrance } > 60 \text{ unités)} \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 2^{ème} tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 2,1731 * 56 = 121,6936$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,15 * 121,6936 & = & 18,25404 \\ & & & & \approx 18,25 \\ \text{plafond} & & & = & 7,20 \text{ (car délivrance } \leq 60 \text{ unités)} \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27): } 0,00 + 8,90 + 7,20 = 16,10$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19): } 304,23 - 8,90 - 7,20 = 288,13$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	288,13	140	16,10

Exemple 26 (catégorie B; nombre d'unités < tranche; plafond « grand conditionnement »)

Délivrance de 80 unités de Lipitor 40 comp 0768-788* (tranche = 84) à un patient ambulant avec régime préférentiel.

$$\text{Prix * nombre d'unités :} \quad 2,1731 * 80 = 173,8480 \\ \approx 173,85$$

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités :} \quad 2,1731 * 80 = 173,8480 \\ \approx 173,85$$

$$173,8480 - 173,8480 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,15 * 173,8480 = 26,0772 \\ \approx 26,08 \\ \text{plafond} \quad = 8,90 \text{ (car délivrance} > 60 \text{ unités)}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 8,90 = 8,90$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19):} \quad 173,85 - 8,90 = 164,95$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	164,95	80	8,90

Exemple 27 (catégorie B; nombre d'unités < tranche; plafond « conditionnement normal »)

Délivrance de 28 unités de Lipitor 40 comp 0768-788* (tranche = 84) à un patient ambulant avec régime préférentiel.

$$\text{Prix} * \text{nombre d'unités} : \quad 2,1731 * 28 = 60,8468 \\ \approx 60,85$$

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités} : 2,1731 * 28 = 60,8468 \\ \approx 60,85$$

$$60,8468 - 60,8468 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur} : \quad 0,15 * 60,8468 = 9,12702 \\ \approx 9,13 \\ \text{plafond} \quad = 7,20 \text{ (car délivrance} \leq 60 \text{ unités)}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27)} : \quad 0,00 + 7,20 = 7,20$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19)} : \quad 60,85 - 7,20 = 53,65$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	53,65	28	7,20

(☞ 36) **Exemple 28** (catégorie Fa) (sur base des prix au 1/9/2012)

Délivrance de 3 unités de Neorecormon 0761-882 (tranche = 6) à un patient ambulant.

$$\text{Prix} * \text{nombre d'unités} : \quad 18,9950 * 3 = 56,9850 \\ \approx 56,99$$

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités} : 18,4300 * 3 = 55,2900 \\ \approx 55,29$$

$$18,9950 - 18,4300 = 0,5650 \\ \approx 0,56$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27)} : \quad 0,00$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19)} : \quad 55,29$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0757632	55,29	3	0,00

Exemple 29 (Produit de contraste - catégorie B ; nombre d'unités > tranche ; pas de plafonnement du ticket modérateur) (sur base des prix au 1/1/2013)

Délivrance de 2 unités de Telebrix 0730-481* (tranche = 1) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & \quad 18,25 * 2 & = 36,50 \\ & & \approx 36,50 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 18,25 * 2 & = 36,50 \\ & & \approx 36,50 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 36,5 - 36,5 & = 0,00 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 1^{er} tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 18,25 * 1 = 18,25$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & \quad 0,25 * 18,25 = 4,5625 \\ & \approx 4,56 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 2^e tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 18,25 * 1 = 18,25$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & \quad 0,25 * 18,25 = 4,5625 \\ & \approx 4,56 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 4,56 + 4,56 = 9,12$$

$$\begin{aligned} \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} & \quad (36,5 - 9,12) * \underline{0,90} = 24,6420 \\ & \approx 24,64 \end{aligned}$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0757912	24,64	2	9,12

Facturation de la nutrition parentérale au domicile du patient

(☞ 6) 1. Base réglementaire: AR du 20/7/2007 (MB du 14/8/2007)

Le forfait « nutrition parentérale au domicile du patient » couvre :

- spécialités pharmaceutiques intervenant dans la composition qui ne sont pas repris dans la nomenclature
- les coûts relatifs au matériel de préparation utilisé et à la préparation elle-même
- les coûts relatifs au matériel nécessaire à l'administration (à l'exclusion de la pompe et du pied à perfusion)

Aucun supplément ne peut être facturé au bénéficiaire.

(☞ 6) Les spécialités pharmaceutiques remboursables incorporées dans la solution sont remboursées séparément dans les conditions fixées dans l'AR du 21 décembre 2001, étant entendu que les liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 sont remboursés à 100 % de la base de remboursement.

La quote-part du bénéficiaire est forfaitaire, soit 0,62 EUR par jour.

2. Traduction aux instructions de facturation

Forfait « nutrition parentérale au domicile du patient » : ET 50

- (☞ 6) Z 4: pseudo-code 0754714 (prestations avant le 1/9/2007) ou 0751354, 0751376, 0751391, 0751413 (prestations à partir du 1/9/2007)
- Z 19: montant du forfait
- Z 27: zéro

Spécialités pharmaceutiques remboursables : ET 40

- Z 4: pseudo-code catégorie selon les règles normales
- Z 19: intervention AMI calculée selon les règles normales pour les patients ambulatoires
- Z 27: zéro (puisque l'I.P. est un montant forfaitaire de 0,62 EUR par jour qui est facturé dans l'ET 30)
- Z 39: intervention personnelle théorique

Intervention personnelle des spécialités pharmaceutiques remboursables: ET 30

- Z 4: pseudo-code 750175
- Z 19: zéro
- Z 27: montant forfaitaire par jour

3. Exemples concrets de facturation

3.1. Ambulant

Exemple 1:

Le patient reçoit de la nutrition parentérale au domicile pendant 1 journée (1 poche à la carte pour enfants)

Dans cette poche, 1 unité (flacon 500ml) de la spécialité Aminoplasmal (B-184) est utilisée.

Calcul de l'intervention AMI de cette spécialité:

$$\text{base de remboursement} * \text{nombre d'unités} = 12,8900 * 1 = 12,8900$$

$$\text{arrondi} \quad \quad \quad 12,89$$

intervention personnelle théorique = zéro (les liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 sont remboursés à 100 % de la base de remboursement)

$$\text{intervention AMI} = 12,89$$

ET		30	40	50
ZONE				
4	PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0750175	0750912	0751376
5	DATE DE DEBUT	20071001	20071001	20071001
6	DATE DE FIN	20071001	20071001	20071001
15	IDENTIFICATION CONVENTION / ETS DE SEJOUR/ DISPENSATEUR	0	0	0
17-18	PRESTATION RELATIVE	0	0751376	0
19	MONTANT O.A.	0	12,89	83,00
22	NOMBRE	1	1	1
27	INTERVENTION PERSONNELLE	0,62	0	0
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	0	0	0
39	INTERVENTION PERSONNELLE THEORIQUE		0	
40-41	NUMERO PRODUIT	0	0723-049	0

Exemple 2 :

Le patient reçoit de la nutrition parentérale au domicile pendant 3 journées (3 poches à la carte pour enfants)

3 unités de la spécialité Aminoplasma (B-184) sont utilisées.

Calcul de l'intervention AMI de cette spécialité :

$$\begin{array}{r} \text{base de remboursement} * \text{nombre d'unités} = 12,8900 * 3 = 38,6700 \\ \text{arrondi} \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad 38,67 \end{array}$$

intervention personnelle théorique = zéro (les liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 sont remboursés à 100 % de la base de remboursement)

intervention AMI = 38,67

ET		30	40	50	50	50
ZONE						
4	PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0750175	0750912	0751376	0751376	0751376
5	DATE DE DEBUT	20071001	20071001	20071001	20071002	20071003
6	DATE DE FIN	20071003	20071003	20071001	20071002	20071003
15	IDENTIFICATION CONVENTION / ETS. DE SEJOUR/ DISPENSATEUR	0	0	0	0	0
17-18	PRESTATION RELATIVE	0	0751376	0	0	0
19	MONTANT O.A.	0	38,67	83,00	83,00	83,00
22	NOMBRE	3	3	1	1	1
27	INTERVENTION PERSONNELLE	1,86	0	0	0	0
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	0	0	0	0	0
39	INTERVENTION PERSONNELLE THEORIQUE		0			
40-41	NUMERO PRODUIT	0	0723-049	0	0	0

3.2. Hospitalisé

Les forfaits « nutrition parentérale au domicile du patient » ne peuvent PAS être comptés.
Les spécialités pharmaceutiques remboursables, utilisées dans la nutrition parentérale, sont prises en compte selon les règles normales pour les patients hospitalisés : intervention AMI normale, intervention personnelle = forfait pharmaceutique normal de 0,62 EUR par jour (pseudo-code 0750002)

Exemple :

Un patient hospitalisé reçoit de la nutrition parentérale pendant 3 journées (3 sacs).
3 unités de la spécialité Aminoplasmal (B-184) sont utilisées dans la nutrition parentérale.

Calcul de l'intervention AMI de cette spécialité :

base de remboursement * nombre d'unités = 10,5900 * 3 = 31,7700

$$\begin{array}{rcl} \text{(7)} & 31,7700 * 0,25 & = & 7,9425 \\ & & \text{arrondi} & 7,94 \end{array}$$

intervention personnelle théorique = 0

$$\text{(7)} \text{ intervention AMI} = 7,94$$

(pour les liquides de perfusion délivrés aux bénéficiaires hospitalisés, l'intervention AMI est égale à la base de remboursement, voir art.95, §1 de l'AR du 21/12/2001)

ET		30	40
ZONE			
4	PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0750002	0756022
5	DATE DE DEBUT	20071001	20071001
6	DATE DE FIN	20071003	20071003
17-18	PRESTATION RELATIVE	0	0
19	MONTANT O.A.	0	7,94
22	NOMBRE	3	3
27	INTERVENTION PERSONNELLE	1,86	0
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	0	0
39	INTERVENTION PERSONNELLE THEORIQUE		0
40-41	NUMERO PRODUIT	0	0723-049

Structure des numéros d'identification INAMI

Remarque : Il est possible qu'une personne (personne physique ou personne juridique) ait plusieurs numéros.

1. Dispensateurs de soins.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Positions dans la zone
0												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Positions dans n°identification
Profession		Numéro d'ordre				Check-digit		Qualification				

A. Profession (1er et 2ème chiffre du numéro d'identification).

	10 à 19	médecins
	20 à 29	pharmaciens
	30 à 39	praticiens de l'art dentaire
	40	accoucheuses
	41 à 49	praticiens de l'art infirmier
	50 à 55	kinésithérapeutes
	56	diététiciens
	57	podologues
	58	logopèdes
	59	orthoptistes
	60	logopèdes
	61	orthopédistes
	62	bandagistes
	63	dispensateurs d'implants
	64	bandagistes
(16)	65	ergothérapeutes
	66	opticiens
	67	audiciens
	68	pharmaciens-biologistes
(11)	69	fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.
(4,6,16,24)	80 à 94	personnel soignant et aides soignants
	95 à 97	infirmières MR
(6)	98 à 99	personnel soignant et aides soignants

B. Numéro d'ordre (3ème au 6ème chiffre inclus du numéro d'identification).**1) Médecins.**

Numéro d'identification, attribué par l'Ordre provincial des médecins.

2) Pharmaciens.

Numéro attribué par l'INAMI.

3) Praticiens de l'art dentaire.

2ème et 3ème chiffres : les deux derniers chiffres de l'année au cours de laquelle a été obtenu le diplôme permettant l'exercice de l'art dentaire;

4ème, 5ème et 6ème chiffres : le numéro d'ordre dans l'année visée, attribué par l'INAMI.

4) Accoucheuses.

Un numéro d'ordre allant de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.

5) Praticiens de l'art infirmier

Un numéro d'ordre allant de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.

6) Kinésithérapeutes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.

7) Diététiciens.

Un numéro d'ordre de 0001 et 9999, attribué par l'INAMI.

8) Podologues.

Un numéro d'ordre de 0001 et 9999, attribué par l'INAMI.

9) Logopèdes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

10) Orthoptistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

11) Orthopédistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

12) Bandagistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

13) Dispensateurs délivrant des implants et prothèses et des appareillages divers.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

(☞ 16) 14) Ergothérapeutes

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

(☞ 3)

15) Opticiens.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

16) Audiciens.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

17) Pharmaciens-biologistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

(☞ 11) 18) Fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

(☞ 6) 19) Personnel soignant et aides soignants.

Les 4ème au 8ème chiffres constituent un numéro d'ordre entre 10.000 et 99.000, attribué par l'INAMI.

C. Check-digits (7ème et 8ème chiffres du numéro d'identification), à l'exception du numéro du personnel soignant

Le nombre inscrit en positions 7 et 8 est égal à la différence entre

1) 97, et

2) le reste de la division dont le dividende est formé par les chiffres des positions 1 à 6 inclus du numéro d'inscription, et le diviseur est égal à 97 (c.à.d. le nombre premier le plus élevé, inférieur à 100).

D. Qualification d'un dispensateur (9ème au 11ème chiffre inclus du numéro d'identification)

La qualification diffère de dispensateur à dispensateur.

Il est possible qu'un dispensateur ait plusieurs codes de compétence. Cela signifie que pour chaque qualification, les huit premiers chiffres sont toujours les mêmes et les chiffres 9 à 11 seront différents selon la qualification.

1. Médecins

(☞ 6) Voir liste officielle des codes compétence publiée sur le site de l'INAMI sous la rubrique « Dispensateurs de soins – Information générale – Codes compétence ».

Cette page a été supprimée et remplacée par la liste officielle des codes compétence des médecins, publiée sur le site de l'INAMI.

2. Pharmaciens

- titulaire d'une pharmacie : 001
- adjoint : 002
- remplaçant : 003

3. Praticiens de l'art dentaire

(☞ 6) Voir liste officielle des codes compétence publiée sur le site de l'INAMI sous la rubrique « Dispensateurs de soins – Information générale – Codes compétence ».

4. Accoucheuses autorisées à effectuer des prestations obstétricales : 0025. Praticiens de l'art infirmier inscrits sur la liste établie par le Service des soins de santé :

- infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s : 401
- accoucheuses : 402
- assistant(e) hospitalier(ère)s et assimilé(e)s : 407
- infirmier(ère)s breveté(e)s : 408
- soigneuses agréées avant le 1er janvier 1964 et ayant demandé le maintien de cet agrément : 404
- auxiliaires agréées temporairement avant le 1er janvier 1964 et ayant demandé le maintien de cet agrément : 405
- infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) : 411
- assistant(e) hospitalier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) : 417
- infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) : 418
- infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) : 421
- accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) : 422
- infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) : 428
- infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) : 431
- infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) : 438
- infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s+infirmier(ères)s relais en matière de diabète : 441
- accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de diabète : 442
- infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ères) relais en matière de diabète : 448
- infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète : 451
- infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète : 458
- infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s + infirmier(ères) relais en matière de diabète et de soins de plaie(s) : 461
- accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s) : 462
- infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s) : 468
- infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s) : 471
- infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s) : 478

Praticiens de l'art infirmier – trajet de soins « diabète »

	Compétence définitive	Compétence provisoire
(☞ 32) <u>Education au diabète (*)</u>		
- Infirmier(ère)s bachelor/gradué(e)s et assimilé(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète	501	601
- Accoucheur (ses) compétent(e)s pour l'éducation au diabète	502	602
- Infirmier(ère)s breveté(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète	508	608
- Infirmier(ère)s gradué(e)s/bachelor (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète	511	611
- Infirmier(ère)s agré(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète	518	618
(☞ 32) <u>Education au diabète + soins de plaies (*)</u>		
- Infirmier(ère)s bachelor/gradué(e)s et assimilé(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies	521	621
- Accoucheur (ses) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies	522	622
- Infirmier(ère)s breveté(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies	528	628
- Infirmier(ère)s gradué(e)s/bachelor (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies	531	631
- Infirmier(ère)s agré(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies	538	638
(☞ 32) <u>Education au diabète</u>		
- Infirmier(ère)s bachelor/gradué(e)s et assimilé(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	541	641
- Accoucheur (ses) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	542	642
- Infirmier(ère)s breveté(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	548	648
- Infirmier(ère)s gradué(e)s/bachelor (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	551	651
- Infirmier(ère)s agré(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	558	658
(☞ 32) <u>Education au diabète + soins de plaies</u>		
- Infirmier(ère)s bachelor/gradué(e)s et assimilé(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de soins de plaies	561	661
- Accoucheur (ses) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de soins de plaies	562	662
- Infirmier(ère)s breveté(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de soins de plaies	568	668
- Infirmier(ère)s gradué(e)s/bachelor (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de soins de plaies	571	671
- Infirmier(ère)s agré(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de plaies	578	678

(☞ 32) (*) cette série de codes compétence a été supprimée

6. Kinésithérapeutes• **Depuis le 1^{er} octobre 2002**

Les kinésithérapeutes agréés par le SPF Santé publique et qui ne sont pas autorisés à porter en compte les prestations au cabinet et au domicile des patients.

- gradués en kinésithérapie et assimilés (avant 1/1/1993) : 501
- licenciés en kinésithérapie (avant 1/1/1993) : 502
- licenciés en éducation physique dont le diplôme ou un certificat complémentaire atteste la connaissance de la kinésithérapie : 503
- personnes agréées avant le 1^{er} janvier 1964 et qui sont compétentes pour les seules prestations pour lesquelles elles avaient été agréées dans le cadre des tarifs des soins de santé applicables en décembre 1963 : 504
- gradués en kinésithérapie et assimilés (après 1/1/1993) : 511
- licenciés en kinésithérapie (après 1/1/1993) : 512

Les kinésithérapeutes agréés par le SPF Santé publique autorisés à porter en compte les prestations au cabinet et au domicile des patients.

- gradués en kinésithérapie et assimilés : 521
- licenciés en kinésithérapie : 522
- licenciés en éducation physique dont le diplôme ou un certificat complémentaire atteste la connaissance de la kinésithérapie : 523
- personnes agréées avant le 1^{er} janvier 1964 et qui sont compétentes pour les seules prestations pour lesquelles elles avaient été agréées dans le cadre des tarifs des soins de santé applicables en décembre 1963 : 524

• **Depuis le 15 juin 2005**

- Les kinésithérapeutes agréés par le SPF Santé publique en juin et en septembre de l'année concernée, et qui ne satisfont pas encore au concours de sélection les autorisant à attester des prestations au cabinet ou au domicile des patients : 526

• **A partir du 1^{er} janvier 2006**

Kinésithérapeutes qui ne peuvent attester les prestations au cabinet et au domicile du patient.

- les kinésithérapeutes diplômés après le 15 juin 2005 et agréés par le SPF Santé publique non inscrits au concours ou non retenus à l'issue de concours même s'ils ont déclarés sur l'honneur disposer d'un cabinet : 507
- les kinésithérapeutes diplômés après le 15 juin 2005, agréés par le SPF Santé publique et sélectionnés à l'issue du concours (ou valablement inscrits si le concours n'est pas organisé) et qui ne disposent pas d'un cabinet : 517

Kinésithérapeutes pouvant attester toutes les prestations de la nomenclature

- les kinésithérapeutes sélectionnés à l'issue du concours (ou valablement inscrits si le concours n'est pas organisé) et pour lesquels l'INAMI est en possession d'une déclaration sur l'honneur au sujet du cabinet dont ils disposent : 527

Kinésithérapeutes – trajet de soins « diabète »**• Depuis le 1er octobre 2002**

Les kinésithérapeutes agréés par le SPF Santé publique et ne sont pas autorisés à porter en compte les prestations au cabinet et au domicile des patients.

- Gradués en kinésithérapie et assimilés (avant 1/1/1993) : 701
- Licenciés en kinésithérapie (avant 1/1/1993) : 702
- Licenciés en éducation physique dont le diplôme ou un certificat complémentaire atteste la connaissance de la kinésithérapie : 703
- Personnes agréés avant le 1^{er} janvier 1964 et qui sont compétentes pour les seules prestations pour lesquelles elles avaient été agréés dans le cadre des tarifs des soins de santé applicables en décembre 1963 : 704
- Gradués en kinésithérapie et assimilés (après 1/1/1993) : 711
- Licenciés en kinésithérapie (après 1/1/1993) : 712

Les kinésithérapeutes agréés par le SPF Santé publique autorisés à porter en compte les prestations au cabinet et au domicile des patients.

- Gradués en kinésithérapie et assimilés : 721
- Licenciés en kinésithérapie : 722
- Licenciés en éducation physique dont le diplôme ou un certificat complémentaire atteste la connaissance de la kinésithérapie : 723
- Personnes agréés avant le 1^{er} janvier 1964 et qui sont compétentes pour les seules prestations pour lesquelles elles avaient été agréés dans le cadre des tarifs des soins de santé applicables en décembre 1963 : 724

• Depuis le 15 juin 2005

- Les kinésithérapeutes agréés par le SPF Santé publique en juin et en septembre de l'année concernée, et qui ne satisfont pas encore au concours de sélection les autorisant à attester des prestations au cabinet ou au domicile des patients. : 726

• A partir du 1^{er} janvier 2006

Kinésithérapeutes qui ne peuvent attester les prestations au cabinet et au domicile du patient.

- Les kinésithérapeutes diplômés après le 15 juin 2005 et agréés par le SPF Santé publique non inscrits au concours ou non retenus à l'issue de concours même s'ils ont déclarés sur l'honneur disposer d'un cabinet : 707
- Les kinésithérapeutes diplômés après le 15 juin 2005, agréés par le SPF Santé publique et sélectionnés à l'issue du concours (ou valablement inscrits si le concours n'est pas organisé) et qui ne disposent pas d'un cabinet : 717

Kinésithérapeutes pouvant attester toutes les prestations de la nomenclature.

- Les kinésithérapeutes sélectionnés à l'issue du concours (ou valablement inscrits si le concours n'est pas organisé) et pour lesquels l'INAMI est en possession d'une déclaration sur l'honneur au sujet du cabinet dont ils disposent : 727

7.	<u>Diététiciens</u>	
	Diététiciens	: 601
(☞ 11)	Diététiciens + trajet de soins « diabète »	: 701
8.	<u>Podologues</u>	
	Podologues	: 701
(☞ 11)	Podologues + trajet de soins « diabète »	: 801
9.	<u>Logopèdes</u>	
	- gradués en logopédie	: 801
	- licenciés en logopédie	: 802
10.	<u>Orthoptistes</u>	: 900
11.	<u>Orthopédistes</u> (100-199)	

Les intéressés peuvent être agréés pour un ou plusieurs des groupes ci-après :

groupe I	l'orthopédie;
groupe II	la prothèse;
groupe III	la chaussure orthopédique;
groupe IV	la semelle orthopédique.

Numéros de code à attribuer :

Compétence complète	: 100
groupe I	: 110
groupe I + II	: 111
groupe I + III	: 112
groupe I + IV	: 113
groupe I + II + III	: 114
groupe I + II + IV	: 115
groupe I + III + IV	: 116
groupe II	: 120
groupe II + III	: 121
groupe II + IV	: 122
groupe II + III + IV	: 123
groupe III	: 130
groupe III + IV	: 131
groupe IV	: 140
Semelles orthopédiques - appareils de nuit (agrégations avant le 1.1.64)	: 190

12. Bandagistes (200-299)

Ces personnes peuvent être agréées pour un ou plusieurs des groupes ci-après :

- Groupe 0 - Matériel de stomie et d'incontinence et canule trachéale;
- Groupe I - Bandages herniaires, sangles de Glénard et ceintures abdominales;
- Groupe II - Lombostat pour affection de la colonne lombo-sacrée en coutil et métal, sur mesure;
- Groupe III - Semelle orthopédique;
- Groupe IV - Prestations prévues à l'article 28, § 8, de la nomenclature (voiturettes, etc ...);
- Groupe V - Appareillage après mammectomie totale;
- Groupe VI - Matériel pour mucoviscidose.

Codes de compétence :Agrément complet :

Groupe O + I + II + III + V + VI (art. 27, § 1 ^{er})	: 200
IV (art. 28, § 8)	: 240
O + I + II + III + IV + V + VI (art. 27, § 1 ^{er} + art. 28, § 8)	: 241

Agrément partiel :

0	: 201	0 + I + II + IV + V	: 217
0 + IV	: 202	0 + I + III + IV + V	: 218

0 + V	: 203	0 + II	: 220
0 + IV + V	: 204	0 + II + III	: 221
0 + VI	: 205	0 + II + IV	: 222
0 + IV + VI	: 206	0 + II + V	: 223
0 + V + VI	: 207	0 + II + III + IV	: 224
0 + IV + V + VI	: 208	0 + II + III + V	: 225
0 + I	: 210	0 + II + IV + V	: 226
0 + I + II	: 211	0 + II + III + IV + V	: 227
0 + I + III	: 212	0 + III	: 230
0 + I + IV	: 243	0 + III + IV	: 231
0 + I + V	: 213	0 + III + V	: 232
0 + I + II + IV	: 244	0 + III + IV + V	: 233
0 + I + II + V	: 214	IV + V	: 249
0 + I + III + IV	: 245	V	: 250
0 + I + III + V	: 215	VI	: 260
0 + I + IV + V	: 216	IV + VI	: 242

Autres cas (agrées avant le 01.01.1964) :

Ceintures abdominales	: 290
Sangles de Glénard	: 291
Sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 292
O + II + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 293
Bandages herniaires	: 294
O + III + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 295
O + II + III + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 297
O + II + ceintures abdominales	: 298
O + III + ceintures abdominales	: 299
V + ceintures abdominales	: 280
V + sangles de Glénard	: 281
V + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 282
O + II + V + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 283
V + bandages herniaires	: 284
O + III + IV + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 285
O + II + III + V + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 286
O + II + V + ceintures abdominales	: 287
O + III + V + ceintures abdominales	: 288

13. Dispensateurs d'implants et de prothèses et d'appareillages divers (300-599)

Ces personnes peuvent être agréées pour un ou plusieurs des groupes ci-après :

Groupe A - orthopédie et traumatologie;

Groupe B - ophtalmologie;

Groupe C - neurochirurgie;

Groupe D - oto-rhino-laryngologie;

Groupe E - urologie et néphrologie;

Groupe F - chirurgie abdominale et pathologie digestive;

Groupe G - chirurgie thoracique et cardiologie;

Groupe H - chirurgie vasculaire;

(29) Groupe I - chirurgie plastique et reconstructive

(29) Groupe J - pneumologie et système respiratoire

Numéros de code à attribuer :

A + B + C + D + E + F + G + H + I + J = 300	A + C + G + I = 363
A = 310	A + D + F + G + H = 367
A + B = 311	A + E + F + G + H = 370
A + C = 312	A + E + G + I = 372
A + B + F + G + H = 313	A + F + G + H + I = 373
A + E = 314	A + B + C + F + G + H = 381
A + F + H = 315	A + B + D + F + G + H = 387
A + G = 316	A + B + D + F + H + I = 388
A + I = 317	A + C + E + F + G + H = 400
A + B + C = 318	A + C + E + G + I = 402
A + H = 319	A + C + F + G + H + I = 403
B + D = 320	A + D + E + F + G + H = 404
A + B + C + D + F + H + I + J = 321	A + B + C + D + E + F + H = 409
A + B + G = 322	A + C + D + E + F + G + H = 424
A + B + C + D + E = 323	A + B + C + D + E + F + G + H = 430
A + C + D + F + G + J = 324	B = 440
G + H = 325	B + C + D + F + G + H = 485
A + C + F + H = 326	B + C + E + F + G + H = 488
A + C + G = 327	C = 510
A + E + F + G + H + J = 328	C + F + H = 513
C + F + H + J = 329	C + G + I = 525
A + D + F + H = 330	D = 550
J = 331	E = 570
C + G = 332	E + F + H = 571
C + G + H + J = 333	E + G = 572
A + E + G = 334	E + I = 573
E + G + H = 335	E + F + G + H = 574
A + F + G + H = 336	E + H = 575
H = 337	F + H = 580
A + G + I = 338	F + G + H = 583
A + B + C + D = 339	G = 590
A + B + F + H = 352	I = 595

(16) 14. Ergothérapeutes : 650

15. Opticiens (600-699)

Opticiens : 600
Opticiens exerçant la profession de pharmacien : 610

16. Prothésistes-acousticiens (700-799)

Prothésistes-acousticiens : 700
Prothésistes-acousticiens exerçant la profession de pharmacien : 710

17. Pharmaciens-biologistes (800-899) ou (900-999)

Ces personnes peuvent être agréées pour un ou plusieurs des groupes ci-après.

Les codes des agrégations, attribués avant le 1er janvier 1983, sont les suivants :

Groupe A (est également compris dans les groupes B, C, D, E et F);

Groupe B;

Groupe C (le groupe B est également compris dans ce moment);

Groupe D;

Groupe E;

Groupe F;

Groupe G;

Groupe H;

Groupe SP = A + B + C + D + E + F;

Groupe RIA (ce groupe ne peut être obtenu séparément).

Numéros de code :

Groupe SP	= 800	Groupe C	= 830
Groupe SP + G	= 801	Groupe C + D	= 831
Groupe SP + H	= 802	Groupe C + E	= 832
Groupe SP + G + H	= 803	Groupe C + F	= 833
Groupe SP + RIA	= 804	Groupe C + D + E	= 834
Groupe SP + G + RIA	= 805	Groupe C + D + F	= 835
Groupe SP + H + RIA	= 806	Groupe C + F + E	= 836
Groupe SP + G + H + RIA	= 807	Groupe D	= 840
Groupe A	= 810	Groupe D + E	= 841
Groupe B	= 820	Groupe D + F	= 842
Groupe B + D	= 821	Groupe D + E + F	= 843

Groupe B + E	= 822	Groupe E	= 850
Groupe B + F	= 823	Groupe E + F	= 851
Groupe B + D + E	= 824	Groupe F	= 860
Groupe B + D + F	= 825	Groupe G	= 870
Groupe B + E + F	= 826	Groupe H	= 880
Groupe B + D + E + F	= 827		

Les codes pour les agrégations, attribuées à partir du 1er janvier 1983, sont les suivants :

Groupes : A, 1, 2, 3, SP, 4 et R.I.A.

Groupe SP : A, 1, 2, 3.

Groupe A est compris dans les groupes 1, 2, 3 et 4.

Groupe RIA (ce groupe ne peut être obtenu séparément).

Numéros de code :

Groupe SP	= 990	Groupe 1 + 2 + 4	= 914
Groupe SP + 4	= 991	Groupe 1 + 3 + 4	= 915
Groupe SP + RIA	= 992	Groupe 2	= 920
Groupe SP + 4 + RIA	= 993	Groupe 2 + 3	= 921
Groupe A	= 900	Groupe 2 + 4	= 922
Groupe 1	= 910	Groupe 2 + 3 + 4	= 923
Groupe 1 + 2	= 911	Groupe 3	= 930
Groupe 1 + 3	= 912	Groupe 3 + 4	= 931
Groupe 1 + 4	= 913	Groupe 4	= 940

(☞ 11) 18. Fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.

(☞ 13) - compétence générale pour la fourniture de matériel dans le cadre des trajets de soins : 004

(☞ 13) - compétence générale pour la fourniture de matériel dans le cadre de trajets de soins, sauf les lancettes : 005

(☞ 4,6) 19. Personnel soignant et aides soignants

a) Personnel soignant

Le 9^{ème} chiffre = 1 : Néerlandophone
2 : Francophone
3 : Germanophone

Le 10^{ème} chiffre = 1 : porteur d'un diplôme agréé
2 : assimilé en application d'une décision du Ministre communautaire ou régional compétent
3 : assimilé en fonction de l'âge et de l'ancienneté
4 : réussi la formation complémentaire (jusqu'au 31 octobre 1996)
9 : suit une formation complémentaire (jusqu'au 31 octobre 1996)
0 : non qualifié.

Le 11^{ème} chiffre = 1 : Communauté Flamande
2 : Communauté Française
3 : Communauté Germanophone
4 : Ministère de l'Education Nationale (diplôme francophone)
5 : Ministerie van Nationale Opvoeding (diplôme néerlandophone)
6 : Ministère de la Santé Publique
7 : Diplôme étranger
8 : Autres
0 : pas ou pas encore de qualification.

(6) b) Aides soignants

Une différence est faite entre les aides-soignants qui disposent déjà d'un numéro INAMI comme personnel soignant et les aides-soignants qui ne disposent pas d'un tel numéro.

A. Les aides-soignants qui disposent déjà d'un numéro d'identification comme personnel soignant :

Néerlandophones :	Francophones :	Germanophones :
111 → 143 ou 151 ou 161	211 → 241 ou 251 ou 261	313 → 343 ou 353 ou 363
112 → 172 ou 152 ou 162	212 → 242 ou 252 ou 262	314 → 344 ou 354 ou 364
114 → 144 ou 154 ou 164	214 → 244 ou 254 ou 264	316 → 346 ou 356 ou 366
115 → 145 ou 155 ou 165	215 → 245 ou 255 ou 265	318 → 348 ou 358 ou 368
116 → 146 ou 156 ou 166	216 → 246 ou 256 ou 266	330 → 341 ou 351 ou 361
117 → 147 ou 157 ou 167	217 → 247 ou 257 ou 267	340 → 342 ou 352 ou 362
118 → 148 ou 158 ou 168	218 → 248 ou 258 ou 268	
130 → 170 ou 150 ou 160	220 → 249 ou 259 ou 269	
141 → 149 ou 159 ou 169	230 → 243 ou 253 ou 263	
	240 → 270 ou 250 ou 260	

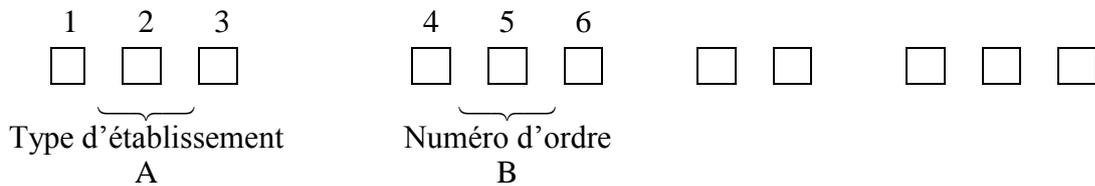
Pour chaque groupe linguistique, la première colonne mentionne le code de compétence comme personnel soignant. La deuxième colonne (2^{ème} chiffre = 4 ou 7) concerne la situation en cas d'un enregistrement définitif par le SPF Santé publique. La troisième colonne (2^{ème} chiffre = 5) concerne la situation en cas d'un enregistrement provisoire par le SPF Santé publique et la dernière colonne (2^{ème} chiffre = 6) concerne la situation où le prestataire n'a pas encore été enregistré comme aide-soignant par le SPF Santé publique mais dispose de la confirmation de la réception de la demande d'enregistrement par le SPF précité.

B. Les aides-soignants qui ne disposent pas d'un numéro d'identification comme personnel soignant :

- enregistrement définitif par le SPF Santé publique : 440
- enregistrement provisoire par le SPF Santé publique : 450
- demande d'enregistrement par le SPF Santé publique : 460

2. Etablissements

Le numéro d'identification attribué par l'INAMI est composé comme suit :



A. Type d'établissement (1er au 3ème chiffre)

Dans un certain nombre de cas (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789, 968), le type d'établissement est de nouveau divisé au niveau du 4ème au 6ème chiffre.

1. Hôpitaux, maisons de soins psychiatrique, initiatives d'habitations protégées

- Hôpitaux généraux : 710
- Agrément d'un service associé à un ou plusieurs hôpitaux : 715
- Hôpital Militaire – Neder-Over-Heembeek : 719
- Etablissements psychiatriques : 720
- Maisons de soins psychiatriques (MSP) : 725
- Initiatives d'habitations protégées (IHP) : 726

2. Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)

- Etablissements agréés qui dépendent de la Communauté française : 73Y
- Etablissements agréés qui dépendent de Bruxelles : 74Y
- Etablissements agréés qui dépendent de la Communauté flamande : 76Y
- Etablissements enregistrés non agréés qui dépendent des Communauté française et germanophone : 735
- Etablissements agréés qui dépendent de la Communauté germanophone : 737
- Etablissements enregistrés non agréés qui dépendent de Bruxelles : 745
- Etablissements enregistrés non agréés qui dépendent des Communauté flamande : 765

1. Maisons de repos et de soins (MRS)

- Etablissements qui dépendent de la Communauté flamande : 750
- Etablissements qui dépendent de la Communauté française : 751
- Etablissements qui dépendent de Bruxelles : 752
- Etablissements qui dépendent de la Communauté germanophone : 753

(4) A partir du 01/04/2007, chaque établissement (MRPA-MRS) a un numéro INAMI unique (indépendamment des différentes reconnaissances).
Les 8 premières positions sont reprises de l'ancien numéro MRPA ; si pas de MRPA, l'ancien numéro MRS.

2. Centres de soins de jour (CSJ)

- Etablissements qui dépendent de la Communauté flamande : 755
- Etablissements qui dépendent de la Communauté française : 756
- Etablissements qui dépendent de Bruxelles : 757
- Etablissements qui dépendent de la Communauté germanophone : 758

3. Rééducation

- Recyclage : 770
- Rééducation fonctionnelle motrice : 771
- Rééducation fonctionnelle psychosociale : 772
- Programme de rééducation fonctionnelle pour alcooliques et toxicomanes : 773
- Programme de rééducation fonctionnelle pour affections psychiques graves, troubles prématurés de l'interaction parents-enfant, troubles du spectre autistique : 774
 - entre 001 et 499 : rééducation fonctionnelle psychosociale d'enfants et d'adolescents souffrant d'affections psychiques graves
 - entre 501 et 599 : programme de rééducation fonctionnelle pour troubles prématurés de l'interaction parents-enfant
 - entre 601 et 999 : troubles du spectre autistique
- Programme de rééducation fonctionnelle pour enfants souffrant d'une pathologie médico-psychosociale grave : 775
- Rééducation fonctionnelle médico-psychosociale, affections respiratoires, centres de rééducation pédiatrique, unités de répit : 776
 - entre 001 et 499 : établissements de rééducation fonctionnelle pour épileptiques et établissements de rééducation fonctionnelle pour rééducation fonctionnelle médico-psychosociale
 - entre 501 et 599 : établissements pour enfants souffrant d'affections respiratoires
 - entre 601 et 699 : centres de révalidation pédiatrique
 - entre 701 et 999 : unités de répit

(26)

(28)

- Clinique de la mémoire : 778
- Programme de rééducation fonctionnelle pour malentendants : 779
- Oxygénothérapie à domicile : 781
 - entre 001 et 499 : services de pneumologie qui organisent l'oxygénothérapie à domicile
 - entre 501 et 999 : convention de rééducation fonctionnelle concernant les troubles respiratoires chroniques graves
- Services de rééducation fonctionnelle cardiaque
Accompagnement médico-psychosocial lors de grossesse non désirée : 782
 - entre 101 et 500 : services de rééducation fonctionnelle cardiaque qui répondent aux conditions prévues dans l'AR du 10/01/1991
 - entre 501 et 599 : accompagnement médico-psychosocial lors de grossesse non désirée

	- Surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile pour nourrissons présentant des risques de mort subite	: 783
	- Programme de rééducation fonctionnelle pour infirmes moteurs cérébraux	: 784
	• entre 001 et 499 : prog. rééducation fonction. pour infirmes moteurs cérébraux	
	• entre 500 et 999 : prog. Rééducation fonction. de neuropsychiatrie pédiatrique	
(☞ 21)	- Assistance respiratoire mécanique chronique à domicile	: 785
	• entre 001 et 199 : apnées obstructives du sommeil (convention nCPAP)	
	• entre 201 et 299 : ventilation assistée à domicile (AVD).	
	• entre 301 et 999 : ventilation assistée à domicile en cas de syndrome d'obésité-hypoventilation (SOH)	
(☞ 21)	- Convention diabète	: 786
	• entre 001 et 499 : autogestion des patients diabétiques	
	• entre 501 et 699 : thérapie d'injection d'insuline	
	• entre 701 et 799 : autorégulation du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	
	• entre 801 et 999 : cliniques du pied	
	- Défibrillateurs cardiaques	: 787
	- Maladies du métabolisme, mucoviscidose, maladies neuromusculaires, épilepsie réfractaire, syndrome de fatigue, IMOC, Spina Bifida, douleur chronique, néphrologie pédiatrique	: 789
	• entre 001 et 099 : rééducation fonctionnelle de bénéficiaires souffrant d'une maladie du métabolisme monogène héréditaire rare	
	• entre 101 et 199 : centres de référence pour patients souffrant de mucoviscidose	
	• entre 201 et 299 : centres de référence pour patients souffrant de maladies neuromusculaires	
	• entre 301 et 399 : centres de référence pour patients souffrant de d'épilepsie réfractaire	
	• entre 401 et 499 : centres de référence pour patients souffrant de syndrome de fatigue	
	• entre 501 et 549 : centres de référence IMOC	
	• entre 551 et 599 : centres de référence Spina Bifida	
	• entre 601 et 699 : centres de référence de la douleur chronique	
(☞ 12)	• entre 701 et 999 : centres de référence en néphrologie pédiatrique	
	- Conventions de rééducation fonctionnelle d'évaluation multidisciplinaire prévue dans la nomenclature des aides à la mobilité	: 790
	6. <u>Centres de transfusion sanguine</u>	: 795
	7. <u>Laboratoires</u>	: 8xx
	Les 2ème et 3ème chiffre constituent un numéro de code destiné à l'arrondissement administratif où est sis le siège du laboratoire. Le plan de codification habituellement utilisé est adapté pour l'arrondissement Bruxelles capitale.	
	8. <u>Maisons médicales</u>	: 8xx
	9. <u>Rééducation fonctionnelle</u>	: 9xx
	- Centres généraux de rééducation locomotrice	: 950
(☞ 21)	- Conventions R30-R60	: 951
	- Rééducation ORL	: 953
	- Rééducation PSY	: 965
	- Rééducation fonctionnelle en raison d'un handicap visuel	: 969
	10. <u>Centres pédiatriques médicaux</u>	: 967

11. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour : 968
- entre 001 et 499 : Equipes multidisciplinaires d'accompagnement pour les soins palliatifs.
 - entre 500 et 999 : Centres palliatifs de jour.
12. Numéros Services intégrés soins à domicile (art. 23, 13°) : 947
- (☞ 19) 13. Numéros services ambulanciers agréés : 796
- (☞ 22) 14. Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : 759
- (☞ 24) 15. Numéros tiers payant – groupement de dispensateurs : 940 jusqu'au 946 inclus

B. Numéro d'ordre (du 4^{ème} au 6^{ème} chiffre inclus du numéro d'identification)

Un numéro d'ordre allant de 001 à 999; attribué par l'INAMI.

Rééducation : Dans un certain nombre de cas (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789), le type d'établissement est de nouveau divisé au niveau du 4^{ème} au 6^{ème} chiffre (voir plus haut).

Laboratoires : Les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} chiffre constituent le numéro d'ordre de la demande d'agrément du laboratoire dans l'arrondissement (attribué par le SPF Santé Publique).

Maisons médicales : Le 4^{ème} chiffre est "5".

- (☞ 19) Services ambulanciers agréés : Les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} chiffre constituent le numéro d'ordre de l'agrément (attribué par le SPF Santé Publique).
- (☞ 22) Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : Les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} chiffre constituent un numéro d'ordre attribué par l'INAMI :
- 001 → 299: projets Flamands
 - 300 → 599: projets Bruxellois
 - 600 → 899: projets Wallons
 - 900 → 995: projets Germanophone

C. Check-digits (7^{ème} et 8^{ème} chiffre du numéro d'identification)

Voir plus haut.

D. Code compétence (du 9^{ème} au 11^{ème} chiffre inclus du numéro d'identification)

1. Hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques

- l'hôpital lui-même, sans code de compétence : 000
- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe transversal axial : 110
- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe à résonance magnétique nucléaire (RMN) : 111
- PETscan : 112
- service radiothérapie : 113

	- service pathologie cardiaque B	: 120
	- service pathologie cardiaque B1	: 121
(☞ 36)	- service pathologie cardiaque B1 +B2	: 127
(☞ 3)	- service pathologie cardiaque T	: 122
(☞ 4)	- service pathologie cardiaque C	: 123
(☞ 6,7)	- service pathologie cardiaque E + B 3	: 124
(☞ 7)	- service pathologie cardiaque E sans B 3	: 125
(☞ 27)	- service pathologie cardiaque P	: 126
(☞ 37)	- premier accueil des urgences	: 130
(☞ 6)	- soins urgents spécialisés	: 131
(☞ 12)	- programme de soins de médecine de la reproduction A	: 140
(☞ 12)	- programme de soins de médecine de la reproduction B	: 141
(☞ 12)	- centre de chirurgie robot-assistée	: 150
(☞ 13)	- centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3	: 151
(☞ 13)	- centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B3	: 152
(☞ 14)	- centre « moniteur cardiaque implantable »	: 153
(☞ 19)	- centre « stent valvulaire percutané implantable »	: 154
(☞ 28)	- centre d'expertise pour patients comateux	: 155
(☞ 26)	- centre « tuteur coronaire et drug eluting stent »	: 156
(☞ 29)	- centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire »	: 157
(☞ 30)	- centre « neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif (TOC) »	: 158
(☞ 31)	- centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches »	: 159
(☞ 18)	<u>Agrément banque de matériel corporel humain :</u>	
(☞ 14,18)	- pseudo-numéro d'agrément pour le matériel corporel humain étranger issu de l'UE	: 200
	- agrément valves cardiaques	: 210
(☞ 14)	- agrément tissus ophtalmiques	: 211
	- agrément épiderme	: 212
	- agrément système locomoteur	: 213
(☞ 14)	- agrément tissus tympano-ossiculaires	: 215
(☞ 14)	- agrément vaisseaux sanguins	: 216
(☞ 14)	- agrément autre matériel corporel humain destiné à des thérapies cellulaires	: 218
	- agrément kératinocytes	: 219
	- agrément membrane amniotique	: 220
(☞ 14)	- agrément cellules souches hématopoïétiques	: 221
(☞ 4, 14)	- agrément cellules souches provenant de sang ombilical	: 222
(☞ 14)	- agrément matériel corporel humain fœtal et/ou de l'appareil reproducteur	: 223
(☞ 6)	<u>Agrément centres de dialyse :</u>	
	- centre d'hémodialyse chronique	: 561
	- centre d'hémodialyse chronique pédiatrique	: 562
	- centre de dialyse à domicile	: 563
	- centre de dialyse péritonéale ambulatoire	: 564
	- centre d'autodialyse collective	: 565 à 569
(☞ 4)	2. <u>MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ</u>	
	Dans ces cas, le code de compétence = 000.	
(☞ 4)	3. <u>MRPA, MRS</u>	
	- 1 ^{ère} position (MRPA – court séjour – institution non agréée, enregistrée)	
	• Si pas MRPA, pas court séjour et non enregistrée :	0
	• Si MRPA sans court séjour :	1
	• Si MRPA avec court séjour :	2
	• Si pas MRPA, mais bien enregistrée :	5
	- 2 ^{ème} position (MRS – MRScoma)	
	• Si pas MRS :	0
	• Si MRS :	1
	• Si MRS avec lits coma :	2
	- 3 ^{ème} position	0

4. Laboratoires

Les codes de compétence pour les laboratoires sont basés sur une combinaison d'un ou de plusieurs groupes de prestations.

- (☞ 19) Ces groupes et la liste des codes qualification sont repris sur le site web de l'INAMI (www.inami.fgov.be , Dispensateurs de soins, Laboratoires).

5. Rééducation fonctionnelle

Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.

6. Maisons médicales

La maison médicale travaille avec une équipe de :

- médecins généralistes	: 100
- médecins généralistes et kinésithérapeutes	: 110
- médecins généralistes et praticiens de l'art infirmier	: 101
- médecins généralistes, kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier	: 111
- kinésithérapeutes	: 010
- kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier	: 011
- praticiens de l'art infirmier	: 001

(☞ 19) 7. Services ambulanciers agréés

Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.

(☞ 19) 8. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour

Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.

(☞ 22) 9. Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles

Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.

(☞ 24) 10. Numéros tiers payant – groupements de dispensateurs de soins

- médecine générale ou spécialisée, art dentaire	: 100
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie	: 110
(☞ 26) - médecine générale ou spécialisée, art dentaire + praticien de l'art infirmier, obstétrique	: 101
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie +	
(☞ 26) praticien de l'art infirmier, obstétrique	: 111
- kinésithérapie	: 010
(☞ 26) - kinésithérapie + praticien de l'art infirmier, obstétrique	: 011
(☞ 26) - praticien de l'art infirmier, obstétrique	: 001

Forfaitarisation des médicaments en hôpital.

Délivrance de médicaments aux patients hospitalisés pendant un examen ou une prestation spécifique dans un autre hôpital (aigu) (transfert temporaire de moins d'une journée).

Dans le cas de délivrance de médicaments aux patients hospitalisés dans un autre hôpital, la facture à l'OA est établie par l'hôpital de délivrance.

Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation), l'hôpital de prestation facture à l'OA 25% de la base de remboursement. Le solde (75%) est facturé à l'hôpital aigu de séjour.

Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital psychiatrique ou chronique (qui n'entre pas dans le cadre de la forfaitarisation), l'hôpital de prestation facture à l'OA à 100%.

(38) Attention : Pour les produits de contraste (classe ATC V08), l'intervention est à chaque fois diminuée de 10% (à partir du 1/1/2013).

2 exemples

a) Un patient est hospitalisé dans un hôpital aigu A.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital aigu B (qui entre dans le système de forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Le patient est soigné dans l'hôpital B:

- Soit dans le cadre d'une journée d'entretien forfaitaire (art 4 de la Convention avec les hôpitaux) ou de l'hôpital chirurgical de jour
- Soit hors du cadre d'une journée d'entretien forfaitaire ou de l'hôpital chirurgical de jour (par exemple pour une prestation RX).

Facturation:

L'hôpital aigu A facture à l'OA une fois (à savoir à la date d'admission dans cet hôpital) le forfait médicaments par admission (0756000), ainsi que les médicaments délivrés dans son propre hôpital comme suit:

- Médicaments forfaitarisés: facturation à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.2 (voir ET 40 Z 4 S 3 BIS)
- Médicaments non forfaitarisés: facturation selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 3 BIS)

Les médicaments délivrés dans l'hôpital aigu B, sont facturés par l'hôpital aigu B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.4 (voir ET 40 Z 4 S 3 TER)
+ facturation à l'hôpital aigu A du 75% qui reste
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 3 BIS)

b) Un patient est hospitalisé dans un hôpital psychiatrique A ou dans un hôpital uniquement agréé pour un service chronique (G, Sp) – c.à.d. dans un hôpital qui n'entre pas dans le cadre de la forfaitarisation des médicaments.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital aigu B (qui entre effectivement dans le système de la forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Le patient est soigné dans l'hôpital B:

- Soit dans le cadre d'une journée d'entretien forfaitaire (art 4 de la Convention avec les hôpitaux) ou de l'hôpital chirurgical de jour
- Soit hors du cadre d'une journée d'entretien forfaitaire ou de l'hôpital chirurgical de jour (par exemple pour une prestation RX).

Facturation:

L'hôpital psychiatrique ou chronique A facture les médicaments délivrés dans son propre hôpital selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 1 (voir ET 40 Z 4 S 1), puisqu'il s'agit d'une facture d'un hôpital hors du cadre de la forfaitarisation.

Les médicaments délivrés dans l'hôpital aigu B, sont facturés par l'hôpital aigu B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 100% sous les pseudo-codes du point 13.5 (voir ET 40 Z 4 S 3 TER)
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 3 BIS)

(24) Cas exceptionnel :

Délivrance de médicaments aux patients hospitalisés dans un hôpital aigu pendant un examen ou une prestation spécifique dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique (transfert temporaire de moins d'une journée).

Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation), l'hôpital psychiatrique ou chronique de prestation facture 100 % de la base de remboursement à l'hôpital de séjour. L'hôpital aigu de séjour facture 25 % à l'OA.

Exemple

Un patient est hospitalisé dans un hôpital aigu A.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique B (qui n'entre pas dans le système de forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Facturation:

L'hôpital aigu A facture à l'OA une fois (à savoir à la date d'admission dans cet hôpital) le forfait médicaments par admission (0756000).

Il facture les médicaments délivrés dans son propre hôpital comme suit:

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.2 (voir ET 40 Z 4 S 3 BIS)
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 3 BIS)

Il facture les médicaments forfaitarisés, délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.2 (voir ET 40 Z 4 S 3 BIS)

Les médicaments délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B, sont facturés par l'hôpital B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à 100 % de la base de remboursement à l'hôpital aigu de séjour A
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 3 BIS)

FACTURATION VIA SUPPORT MAGNETIQUE PAR LES MRPA/MRS/CSJ

Remarque : A chaque fois qu'il est question « du numéro d'identification MRPA/MRS » il s'agit du numéro INAMI unique, incluant le code qualification (les 3 dernières positions)

Enregistrement de type 10		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 10	<i>Valeur constante 10</i>
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	<i>Valeur constante 0 (en cas de facturation par les MRPA/MRS/CSJ, un seul numéro de compte autorisé)</i>
Z 4	Version du fichier	<i>Valeur constante : 0001999 Pour les tests : 9991999</i>
(15) Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Numéro de compte toujours mentionné dans cette zone Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).</i>
Z 7	Numéro d'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
(11) Z 9	Code "suppression facture papier"	<i>Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 1 Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0</i>
(11) Z 10	Code fichier de décompte	<i>Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 0 ou 1 Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0</i>
Z 13	Contenu facturation	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ</i>
Z 15	Numéro d'accréditation CIN	<i>Numéro d'accréditation attribué au logiciel</i>
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	<i>Valeur 03, 06, 09 ou 12 en fonction de la période facturée</i>
Z 25-26	Date de création	
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – Compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 36-41	IBAN – Compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 43a	BIC – Compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
Z 49-52	IBAN – Compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 20		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 20	<i>Valeur constante 20</i>
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	
Z 3	Autorisation tiers payant	<i>Toujours 0</i>
Z 4	Heure d'admission	<i>Mention de l'heure</i>
Z 5	Date d'admission	<i>Mention de la date</i>
Z 6a-6b	Date de sortie	<i>A mentionner si la période de séjour est terminée</i>
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification du bénéficiaire	<i>Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Type de facture	<i>Toujours 4</i>
Z 11	Type de facturation	
Z 13	Service 721 bis	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	<i>Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET10Z14)</i>
Z 15	Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)	<i>Numéro MRPA/MRS</i>
Z 16	Code levée délai de prescription	<i>0 ou 1</i>
Z 17	Causes du traitement	<i>Toujours 0</i>
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	
Z 19	Numéro d'admission	<i>Toujours 0</i>
Z 20-21	Date de l'accord traitement de rééducation	<i>Toujours 0</i>
Z 22	Heure de sortie	<i>A mentionner si la date de sortie a été complétée</i>
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	<i>Numéro de la note de frais individuelle</i>
Z 26	Application franchise sociale	<i>Toujours 0</i>
Z 27	Code titulaire 1 + 2	
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 29-31	Numéro de la facture précédente	
Z 32	Flag identification bénéficiaire	<i>Toujours 1, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 34-36	Numéro de l'envoi précédent	
Z 37	Numéro de la mutualité de la facturation précédente	
Z 38-39	Référence mutualité numéro de compte financier A	
Z 41	Année et mois précédemment facturés	
Z 42-45	Données de référence réseau ou SIS	<i>Toujours 0</i>
(36) Z 47	Date de facturation	<i>Mention de la date</i>
Z 49	Référence mutualité numéro de compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
Z 53	Date début période assurabilité	<i>Toujours 0</i>
(33) Z 54a-54b	Date fin période assurabilité	<i>Toujours 0</i>
Z 55	Date communication information	<i>Toujours 0</i>
Z 56	MAF année en cours	<i>Toujours 0</i>
Z 57	MAF année en cours -1	<i>Toujours 0</i>
Z 58	MAF année en cours -2	<i>Toujours 0</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

(25)

Enregistrement de type 30		
Zone	libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 30	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 3	Norme journée d'entretien	<i>Toujours 0</i>
Z 4	Pseudo-code journée d'entretien et forfait	<i>Voir ET30 Z4 S5 (point 10)</i>
Z 5	Date premier jour facturé	<i>A mentionner</i>
Z 6a-6b	Date dernier jour facturé	<i>A mentionner</i>
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Accouchement	<i>Toujours 0</i>
Z 11	Référence numéro de compte financier	<i>Toujours 0</i>
Z 13	Code service	<i>990</i>
Z 14	Lieu de prestation	<i>Numéro MRPA / MRS / CSJ (=ET 10 Z 14)</i>
Z 15	Identification convention/Etablissement de séjour	<i>Numéro MRPA / MRS / CSJ</i>
Z 17-18	Prestation relative	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant intervention de l'assurance	
Z 22	Signe + nombre de jour ou forfaits	
Z 24-25	Signe + Montant indicatif ordre de grandeur frais de séjour	<i>Toujours 0</i>
Z 27	Signe + Intervention personnelle patient	<i>Toujours 0</i>
Z 28	Référence établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	<i>Toujours 0(sauf en cas de pseudo-code 763593)</i>
Z 32	Exception tiers-payant	<i>Toujours 0</i>
Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	<i>Toujours 0</i>
Z 47	Date accord prestation	<i>Toujours 0</i>
Z 48	Transplantation	<i>Toujours 0</i>
Z 51	Site hospitalier	<i>Toujours 0</i>
Z 52	Identification association bassin de soins	<i>Toujours 0</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 50		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 50	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 3	Norme prestation (pourcentage)	<i>Toujours 0</i>
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	<i>Pseudo-code ambulancier de l'ET 50 Z 4 S 14, rubrique « suppléments MRPA-MRS-CSJ »</i>
(☞ 21) Z 5	Date de première prestation effectuée	<i>Date de début de la période à laquelle les frais se rapportent (*)</i>
(☞ 21) Z 6a-6b	Date de dernière prestation	<i>Date de fin de la période à laquelle les frais se rapportent (*)</i>
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Accouchement	<i>Toujours 0</i>
Z 11	Référence numéro de compte financier	<i>Toujours 0</i>
Z 12	Nuit, week-end, jour férié	<i>Toujours 0</i>
Z 13	Code service	<i>Toujours 990</i>
Z 14	Lieu de prestation	<i>Numéro MRPA/ MRS/ CSJ</i>
Z 15	Identification du dispensateur	<i>Toujours 0</i>
Z 16	Norme dispensateur	<i>Toujours 0</i>
Z 17-18	Prestation relative	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant de l'intervention de l'assurance	<i>Toujours 0</i>
Z 20-21	Date prescription	<i>Toujours 0</i>
(☞ 21,25) Z 22	Signe + nombre d'unités	<i>960551, 960573, 960595, 960610 : nombre de jours; 961111, 961133, 961155 : nombre de jours en négatif; 960632, 960654, 960676, 960735, 960750, 960875, 960956, 960971, 960993, 960094 : toujours 1; 960772 : toujours -1; autres : nombre d'unités ≥ 1</i>
Z 23	Nombre de coupes	<i>Toujours 0</i>
Z 24-25	Identification prescripteur	<i>Toujours 0</i>
Z 26	Norme prescripteur	<i>Toujours 0</i>
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	<i>Toujours 0</i>
Z 28	Référence établissement	
Z 29	Dent traitée	<i>Toujours 0</i>
(☞ 25) Z 30-31	Signe + montant supplément	<i>Obligation de compléter (dans le cas du 960772, 961111, 961133 ou 961155, le montant est négatif)</i>
Z 32	Exception tiers-payant	<i>Toujours 0</i>
Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	<i>Toujours 0</i>
Z 34	Membre traité	<i>Toujours 0</i>
Z 35	Prestataire conventionné	<i>Toujours 0</i>
Z 36-37	Heure de prestation	<i>Toujours 0</i>
Z 38	Identification administrateur du sang	<i>Toujours 0</i>
Z 39-40	Numéro attestation d'administration	<i>Toujours 0</i>
Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac	<i>Toujours 0</i>
Z 43	Code implant	<i>Toujours 0</i>
Z 44-45	Libellé du produit	<i>Libellé obligatoire pour les pseudo-codes 960691 et 960713</i>
Z 46	Norme plafond	<i>Toujours 0</i>
Z 47	Date accord prestation	<i>Toujours 0</i>
Z 48	Transplantation	<i>Toujours 0</i>
Z 49	Identification de l'aide soignant (réservée)	<i>Toujours 0</i>
Z 51	Site hospitalier	<i>Toujours 0</i>
Z 52	Identification association bassin de soins	<i>Toujours 0</i>
(☞ 33) Z 53-54a	Numéro de course	<i>Toujours 0</i>
Z 55-56	Code de notification implant	<i>Toujours 0</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

(☞ 21) (*) période doit correspondre à la période à laquelle les forfaits (qui sont facturés aux OA) se rapportent

Enregistrement de type 80		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 80	<i>Valeur constante 80</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 4	Heure d'admission	<i>Mention de l'heure</i>
Z 5	Date d'admission	<i>Mention de la date</i>
Z 6a-6b	Date de sortie	<i>A mentionner si la période de séjour est terminée</i>
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Type de facture	<i>Toujours 4</i>
Z 13	Service 721 bis	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	<i>Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET 20 Z 14)</i>
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 17	Causes du traitement	<i>Toujours 0</i>
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	<i>Montant Total pour le patient concerné</i>
Z 22	Heure de sortie	<i>A mentionner si la date de sortie est complétée</i>
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	<i>Numéro de la note de frais individuelle</i>
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	<i>Toujours 0</i>
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	
Z 32	Flag identification bénéficiaire	<i>Toujours 1, sauf en cas de conventions internationales</i>
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de la facture	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 90		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 90	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).</i>
Z 7	Numéro de l'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ</i>
Z 15	Signe + montant total numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant total numéro de compte financier A	
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 36-41	IBAN – compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 43a	BIC – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
Z 49-52	IBAN – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de l'envoi	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

FACTURATION Á 100% DANS LE CADRE DU MAF

CHAMP D'APPLICATION

1. À partir de quand s'applique la facturation à 100 % ?

La facturation à 100 % s'applique à partir de l' « année MAF 2008 ».

Autrement dit, elle doit être appliquée dès le moment où un organisme assureur signale à l'établissement hospitalier concerné qu'un droit MAF a été octroyé à un assuré pour l'année de prestation 2008.

Il s'écoule un certain temps entre le dépassement du plafond (individuel ou du ménage) et l'octroi à proprement parler d'un droit MAF. Ce n'est qu'une fois que le droit MAF enregistré dans le dossier de membres qu'il est également communiqué à l'hôpital (via les messages CareNet 721900 ou 730000).

Concrètement, les premières communications droit au MAF seront donc seulement effectuées aux environs de mai 2008.

2. La facturation MAF à 100 % s'applique-t-elle aussi aux polycliniques ?

AUCUNEMENT.

La facturation à 100 % s'applique exclusivement aux bénéficiaires hospitalisés (et donc pas aux soins en ambulatoire ni à l'hospitalisation de jour).

MODIFICATION DU DROIT AU MAF DANS LE COURANT D'UNE HOSPITALISATION OU D'UNE ANNÉE CIVILE

3. Un OA peut-il communiquer une situation MAF modifiée dans le courant d'une hospitalisation ?

Situation 1

Aucun droit au MAF au moment du 721.

Le droit au MAF est octroyé dans le courant de la période d'hospitalisation.

Cet octroi est communiqué par le message 730000 (qui peut être transmis jusqu'à la fin du 2^e mois suivant la fin de l'hospitalisation).

L'hôpital est tenu d'appliquer la facturation à 100 % (s'il a été tenu informé au plus tard le 10^e jour du mois qui suit la fin de la période à facturer, et à la condition que la facture n'ait pas encore été établie).

Situation 2

Le droit au MAF est communiqué via le 721.

Le droit au MAF est retiré dans le courant de la période d'hospitalisation.

Ceci peut se produire dans des cas exceptionnels.

Un message 730000 annulera alors le droit au MAF.

L'hôpital ne peut alors pas facturer à 100 % (s'il a été tenu informé au plus tard le 10^e jour du mois qui suit la fin de la période à facturer, et à la condition que la facture n'ait pas encore été établie).

4. Si, à un moment donné, une communication du droit au MAF est faite, s'applique-t-elle à toutes les hospitalisations qui suivent dans le courant de l'année concernée ?

Dans des cas exceptionnels, il se peut que le bénéficiaire ne jouisse plus d'un droit au MAF lors d'une nouvelle hospitalisation (dans le courant de la même année civile).

Exemple : majoration du plafond de ticket modérateur du bénéficiaire en question, grosse facture par laquelle le plafond de ticket modérateur a été atteint mais qui, après coup, s'est avéré erroné et crédité...

Toute nouvelle hospitalisation d'un même patient doit donc tenir compte d'une nouvelle situation MAF éventuelle.

Résultat : les droits MAF ne sont valables que pour la période d'hospitalisation pour laquelle ils ont été communiqués.

RECTIFIER UNE FACTURATION « ERRONÉE »

5. Que se passe-t-il s'il y a eu facturation à 100 % (parce qu'il y a eu communication d'un droit au MAF), mais qu'il s'est ensuite avéré que le bénéficiaire n'avait quand même pas droit au MAF ? (par exemple si le plafond de ticket modérateur du bénéficiaire est majoré en cours d'année, de sorte qu'il se trouve initialement au-dessus du plafond mais n'y est plus après majoration de ce même plafond)

C'est, en théorie, possible (à la suite d'une régularisation, d'une récupération, d'une modification des droits avec effet rétroactif).

S'il y a eu facturation à 100 % (parce qu'il y a eu communication d'un droit au MAF) mais qu'il s'est ensuite avéré que le bénéficiaire n'avait finalement pas droit au MAF, la régularisation est effectuée entre la mutualité et le bénéficiaire, et non pas vis-à-vis de l'hôpital.

6. Quid si le signalement/l'annulation d'un droit au MAF se fait « en retard » (dans le délai imparti dans l'AR mais quand la facture a déjà été établie) ?

L'AR du 8 juin 2007 sera modifié comme suit à l'article 3 : « pour autant que l'hôpital ait été au courant de cette information au plus tard le dixième jour du mois qui suit la fin de la période à facturer ».

Les OA sont priés de faire preuve de souplesse à cet égard.

Il est en effet imaginable, dans certains cas, que la facture ait déjà été établie avant le 10^e du mois.

Si la facture a déjà été établie au moment de la communication du droit au MAF, la valeur 4 peut être utilisée en Z 33 afin d'indiquer pourquoi la facturation à 100% n'a pas été appliquée.

FACTURATION TARDIVE DE CERTAINES PRESTATIONS, DE FACTURES DE CORRECTION, DE REFACTURATIONS ET DE RÉINTRODUCTIONS

7. Quid des prestations, des journées d'entretien, etc. qui sont (exceptionnellement) facturées plusieurs mois après?

Si un droit au MAF est connu au moment de cette facturation tardive, il faut facturer à 100 %.

8. Que faut-il faire par rapport aux factures de correction, aux refacturations ou aux réintroductions dont la facture originale a été établie sans la facturation à 100 % (aucune communication du droit au MAF), mais pour lesquelles un droit au MAF a entre-temps été communiqué?

Les factures de correction, les refacturations et les réintroductions doivent être facturées de la même façon que la facture originale, c'est-à-dire, si aucun droit au MAF n'avait été communiqué au moment de la facture originale (facturation ordinaire), la correction, refacturation ou réintroduction de cette facture doit être effectuée normalement (c.à.d. pas à 100 %), même si un droit au MAF venait à être communiqué entre-temps. Il en va de même pour la réintroduction d'une facture entièrement rejetée.

→ Prenons un **exemple concret** pour illustrer ce qui précède :

Hospitalisation du 25/3 au 7/4.

Le 25/3, l'hôpital reçoit le message 721900 sans mention du droit au MAF.

Situation 1

Il n'y a pas de message 730000 signalant une modification du droit au MAF

- a) La facture est établie, pour l'entièreté de la période, conformément aux règles ordinaires (donc pas de facturation à 100 %).
- b) La facture est ventilée sur deux périodes (du 25/3 au 31/3 et du 1/4 au 7/4). Les deux parties de la facture sont établies conformément aux règles ordinaires (donc pas de facturation à 100 %).

Situation 2

Le 20/4, l'hôpital reçoit un message 730000 signalant une modification d'assurabilité le 1/4 et une modification du droit au MAF.

- a) La facture doit être scindée le 1/4 vu le changement au niveau de l'assurabilité, mais est transmise en une seule période de facturation mensuelle. Les deux parties de la facture sont établies suivant les règles de la facturation à 100 %, donc en appliquant le droit au MAF.
- b) La facture est scindée en deux périodes (du 25/3 au 31/3 et du 1/4 au 7/4), et transmise en deux périodes de facturation mensuelles : 1^{re} partie de la facture sans application du droit au MAF (car le droit au MAF est communiqué après le 10^e jour qui suit la fin de la période à facturer), 2^e partie de la facture avec application du droit au MAF.
- c) Une facture supplémentaire est générée le 25/6. Cette facture tient compte de la dernière situation connue au niveau du MAF, même si elle se rapporte à une partie de la facture pour laquelle la situation du MAF n'était pas encore connue et par conséquent pas encore imputée.
- d) Il s'agit de la réintroduction d'une ligne rejetée de la facture d'hospitalisation du 25/3 au 7/4. L'état de l'introduction originale constitue ici la référence. S'il avait été question d'une ligne à 100 %, la réintroduction aurait été effectuée comme ligne à 100 %. Si tel n'est pas le cas, la réintroduction reste une ligne de facturation ordinaire.

- e) Il s'agit d'une facture de correction ou d'une note de crédit. L'état de l'introduction originale est également déterminant dans ces cas (cf. point d).

FACTURATION ORDINAIRE ET FACTURATION À 100 % SUR UNE SEULE ET MÊME FACTURE

- 9. Que faut-il faire d'une facture qui fait en sorte que le plafond de ticket modérateur est dépassé ? Doit-elle être scindée en une partie « facturation ordinaire » et une partie « facturation à 100 % » ?**

AUCUNEMENT!

La communication du droit au MAF sera effectuée si le droit au MAF a été octroyé. Le droit au MAF ne peut être octroyé que si le compteur de ticket modérateur au niveau de l'organisme assureur a dépassé le plafond de ticket modérateur.

La facture qui fait en sorte que le plafond est dépassé ne peut donc jamais faire l'objet d'une facturation à 100 %.

- 10. Que se passe-t-il si la facture est déjà envoyée au patient (ou éventuellement à un assureur privé) au moment de la communication du droit au MAF ? (par exemple dans le cas d'un hôpital psychiatrique : facturation trimestrielle à l'OA, facturation mensuelle au patient) ?**

La facture patient doit rester conforme à la note d'hospitalisation et à la facture électronique adressée à l'OA.

Par conséquent, si un ticket modérateur a déjà été facturé au patient au moment de la communication du droit au MAF, la facture adressée à l'OA doit en faire mention également. La facturation à 100 % à l'OA ne sera donc pas appliquée.

Le ticket modérateur déjà facturé sera compensé par le système actuel du maximum à facturer après que la facture OA aura été traitée : le patient/tuteur recevra un remboursement.

Dans pareil cas, l'hôpital peut utiliser la valeur 4 en Z 33.

Cette valeur signifie que la communication du droit au MAF a bien été reçue, mais que la facturation à 100 % n'a pas été appliquée parce que la facture patient avait déjà été envoyée (le ticket modérateur a donc déjà été attesté au patient).

Dans certains cas, il peut donc arriver qu'apparaissent sur une même facture à l'OA tant des prestations portant la valeur 3 que des prestations portant la valeur 4 en Z 33.

Exemple de l'hôpital psychiatrique: une première facture mensuelle a déjà été envoyée au patient au moment de la communication du droit au MAF. Sur la facture trimestrielle à l'OA, les prestations du premier mois sont facturées ordinairement (donc pas à 100 %), en mentionnant la valeur 4 en Z 33. Les autres prestations (pour lesquelles aucune facture patient n'a encore été envoyée) sont facturées à 100 % avec mention de la valeur 3 en Z 33.

- 11. Quid si la facturation de janvier contient encore plusieurs prestations (facturées en retard) de l'année précédente ? Cette facture doit-elle faire apparaître tant les prestations facturées normalement que les prestations facturées à 100 % ?**

OUI.

Exemple concret

- le patient est hospitalisé le 10 décembre 2008 et quitte l'établissement hospitalier le 28 janvier 2009
- via le message 721900, un droit au MAF est communiqué pour 2008 le 12 décembre 2008
- le mois facturé de décembre 2008 est établi le 15 janvier 2009 (facturation à 100 %)
- le mois facturé de janvier 2009 est établi le 15 février 2009 (facturation ordinaire, aucun droit au MAF n'ayant encore été communiqué pour 2009)

Situation 1

La facturation de janvier 2009 renferme encore quelques prestations (facturées en retard) de décembre 2008.

- Si plus aucune communication MAF n'a été faite par après, la facture du mois de janvier 2009 est établie comme suit :
 - prestations de décembre 2008 facturées en retard : facturation à 100 % (puisque le droit au MAF est connu)
 - prestations de janvier 2009 : facturation ordinaire (car aucun droit au MAF n'a encore été communiqué pour 2009)
- Si, le 30 janvier 2009, le droit au MAF pour 2008 a été annulé (via le message 730000), la facture du mois de janvier 2009 est établie comme suit :
 - prestations de décembre 2008 facturées en retard : facturation ordinaire (suite à l'annulation du droit au MAF 2008)
 - prestations de janvier 2009 : facturation ordinaire (aucun droit au MAF n'ayant encore été communiqué pour 2009)

Situation 2

La facturation de janvier 2009 renferme encore plusieurs prestations (facturées en retard) de décembre 2008 + une série de prestations réintroduites de décembre 2008 (prestations de la facture du mois facturé de décembre 2008 qui ont été rejetées par l'OA).

- Si plus aucune communication MAF n'a été faite, la facture du mois de janvier 2009 est établie comme suit :
 - prestations de décembre 2008 facturées en retard : facturation à 100 % (puisque le droit au MAF est connu)
 - prestations de janvier 2009 : facturation ordinaire (aucun droit MAF n'ayant encore été communiqué pour 2009)
 - prestations réintroduites de décembre 2008 : facturation à 100 % (même mode de facturation que la facture initiale de décembre 2008)
- Si, le 30 janvier 2009, le droit au MAF a été annulé pour 2008 (via le message 730000), la facture du mois de janvier 2009 est établie comme suit :
 - prestations de décembre 2008 facturées en retard : facturation ordinaire (suite à l'annulation du droit au MAF pour 2008)
 - prestations de janvier 2009 : facturation ordinaire (puisque aucun droit au MAF n'a encore été communiqué pour 2009)
 - prestations réintroduites de décembre 2008 : facturation à 100 % (même mode de facturation que la facture initiale de décembre 2008)

FACTURATION DES RADIO-ISOTOPES EN CAS DE MAF**12. Comment facturer des radio-isotopes en cas de MAF – facturation 100 % ?**

Depuis le 1/1/2009, les radio-isotopes sont repris dans le MAF.

En cas de MAF- facturation à 100 %, le ticket modérateur doit, donc, être facturé à l'AMI plutôt qu'au patient.

Exemple :a) Données :

- Catégorie « Molécules organiques ou inorganiques marquées par isotopes à courte vie produits par générateur » (pseudo-code 699112-699123) : base de remboursement = 37,18 EUR.
- Radio-isotopes utilisés à titre diagnostique → remboursés en catégorie B.
- La base sur laquelle l'intervention de l'assurance est calculée, est fixée de manière forfaitaire (différents groupes d'isotopes avec différents forfaits).
- Intervention personnelle théorique de 0,37 EUR (hospitalisé).

b) Calcul :Sans MAF à 100 %

I.P. Théorique = 0,37 EUR

AMI = 37,18 – 0,37 = 36,81 EUR

Le ticket modérateur qui est facturé au patient, est compris dans les 0,62 EUR par jour (facturé dans l'ET 30)

L'intervention personnelle théorique n'est pas mentionnée sur la facture, car la zone 39 n'existe pas dans l'enregistrement de type 50.

	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 27 (I.P.)
ET 30	750002	0	0,62
ET 50	699123	36,81	0

Facturation MAF à 100 %

Il y a seulement un ticket modérateur théorique (0,37 EUR). Le montant qui est réellement facturé au patient est le ticket modérateur forfaitaire par journée d'entretien (0,62 EUR) (Enregistrement de type 30).

Seul ce ticket modérateur forfaitaire doit être transféré de la Z 27 à la Z 19. L'intervention personnelle théorique ne peut pas être ajoutée dans la Z 19.

	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 27 (I.P.)	Z 33 (code I.P.)
ET 30	750002	0,62	0	3
ET 50	699123	36,81	0	3

AUTRES**13. Comment facturer si un patient change de mutualité en cours de séjour et que la première mutualité, et non la seconde, a communiqué un droit au MAF ?**

Sachant que deux factures sont établies pour cette période d'admission, l'établissement doit, pour la facture à chaque OA, tenir compte des toutes dernières informations qu'il a reçues de l'OA concerné.

14. Quid en cas de facturation des prestations pour les patients séjournant dans un autre établissement ?

Si l'hôpital qui facture ces prestations n'a reçu aucune communication du droit au MAF, il ne doit pas facturer à 100 %.

15. Si la valeur 3 est communiquée en Z 33 (afin d'indiquer que le ticket modérateur est supporté dans le cadre de la réglementation du MAF), il n'est pas possible d'indiquer (via la valeur 1) que le supplément a été pris en charge par le dispensateur/l'établissement même.

Dans ce cas exceptionnel, pour lequel les valeurs 3 et 1 peuvent en effet se chevaucher, c'est la valeur 3 qui prime.

16. Si un bénéficiaire suit un programme de rééducation fonctionnelle durant son hospitalisation, ces prestations de rééducation sont facturées via une facture à part (type de facture 5).

Une facturation à 100 % peut/doit aussi être appliquée pour ces factures de rééducation ?

La facturation MAF 100% peut aussi être appliquée pour des factures de rééducation fonctionnelle de type 5. Si l'hôpital est au courant du droit-MAF d'un patient hospitalisé, la facturation à 100 % doit être appliquée pour toutes les prestations que cet hôpital facture pour ces patients hospitalisés, donc, aussi pour les prestations de rééducation fonctionnelle qui sont facturées via une facture de type 5 séparée.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 10

LIBELLE :

Ce code définit la nature de l'enregistrement.

Cette zone reste valable pour tous les types d'enregistrement.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
10	Début d'envoi
20	Début facture
30	Journées d'entretien
40	Produits pharmaceutiques
50	Prestations ou fournitures
80	Fin facture
90	Fin envoi

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

Ce numéro d'ordre doit permettre de numérotter les enregistrements pour faciliter l'identification de chaque enregistrement individuel.

Cette zone reste valable pour tous les types d'enregistrement.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT: 6 N - 3

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Numérotation croissante, valable pour tous les enregistrements.

Le numéro d'ordre doit être progressif de raison 1 (le précédent + 1).

RUBRIQUE : NOMBRE NUMEROS COMPTES FINANCIERS (CODE INDICE)

LIBELLE :

Ce code est déterminant pour le nombre de comptes financiers auxquels les paiements doivent être effectués.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Le montant total de l'envoi doit être payé à un compte financier.
1	Le montant total de l'envoi est scindé en une partie à payer au compte financier A et une partie à payer au compte financier B.

Seul l'établissement hospitalier peut utiliser deux numéros de compte financier.

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

RUBRIQUE : VERSION FICHER

LIBELLE :

Cette zone sert à identifier la version utilisée et s'il s'agit d'un test ou non.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Si le support magnétique est composé suivant la "version 1999", et

- s'il s'agit d'une facturation effective, cette zone doit comporter la valeur "0001999";
- s'il s'agit d'un test, cette zone doit comporter la valeur "9991999".

(☞) La republication des instructions « Edition 2006 » ne modifie pas le remplissage de cette zone. La version reste « 1999 ».

RUBRIQUE : NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

- (☞ 13) Cette zone est égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011.
A partir de cette date, seuls l'IBAN et le BIC doivent être utilisés.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 17

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ENVOI

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Ce numéro est attribué par l'établissement.

Ce numéro doit être repris sur :

- le bordereau d'expédition accompagnant le support magnétique adressé aux unions nationales;
- le relevé récapitulatif accompagnant les factures adressées aux mutualités.

La numérotation peut être recommencée au début d'une nouvelle année facturée.

Le numéro doit être unique et différent de zéro.

RUBRIQUE : NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

- (☞ 13) Cette zone est égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011.
A partir de cette date, seuls l'IBAN et le BIC doivent être utilisés.

Il s'agit du numéro de compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 36

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire le numéro du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.

RUBRIQUE : CODE "SUPPRESSION FACTURE PAPIER"

LIBELLE :

Ce code définit la situation de l'établissement qui facture par rapport à la suppression de la facture papier.

(☞11)A partir du mois facturé janvier 2010, cette zone est obligatoirement égale à zéro.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞14)	0	A partir du mois facturé janvier 2010, seule la valeur 0 est possible.
	1	Il s'agit d'un établissement pour lequel aucune demande n'a encore été introduite.
	2	Il s'agit d'un établissement pour lequel une demande a été introduite.
	3	Il s'agit d'un établissement pour lequel la facture papier a été supprimée.

(☞) Les valeurs 2 et 3 ne peuvent être utilisées que par les établissements hospitaliers. Elles peuvent effectivement se présenter en combinaison avec **tous** les types de facture (1, 3, 4, 5, 6 ou 9).

RUBRIQUE : CODE FICHER DE DECOMPTE

LIBELLE :

Ce code détermine la situation de l'établissement par rapport à la communication du fichier de décompte.

(☞11) A partir du mois facturé janvier 2010, cette zone est obligatoirement égale à zéro.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 9) 1	L'établissement/ prestataire désire recevoir le fichier de décompte. Ce code n'implique aucune obligation pour les O.A..
0	Tous les autres cas.

RUBRIQUE : CONTENU DE LA FACTURATION

LIBELLE :

Dans cette zone, il est précisé sur quelle base une dérogation au nombre maximum de fichiers de facturation par mois est accordée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3N - 53

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
000	aucune dérogation au nombre mensuel prévu
010	facturation supplémentaire exceptionnelle pour le mois
020	dérogation systématique autorisée par le CIN

RUBRIQUE : NUMERO TIERS PAYANT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

C'est le numéro de l'établissement ou du dispensateur auquel le paiement doit être effectué.

- * s'il s'agit d'un dispensateur individuel, alors le numéro du tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. du dispensateur; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;
 - * s'il s'agit d'une institution qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I. (comme les établissements hospitaliers, maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées, laboratoires de biologie clinique agréés, maisons médicales, etc), alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I., la première position à gauche sera toujours égale à zéro, suivie par 8 chiffres significatifs identifiant l'établissement, les trois dernières positions indiquent le code qualification ou sont complétées par des zéros;
 - * s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins travaillant dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. de l'institution, dans lequel les 3 dernières positions sont complétées par "799"; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;
 - * s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins qui ne travaillent pas dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors le numéro tiers payant doit être attribué par le Service des soins de santé.
- (☞20,24) Les quatre premières positions sont toujours "0940, 0941, 0942, 0943, 0944, 0945 ou 0946"
Les trois dernières positions rendent compte de la qualification des prestataires du groupe.
- (☞ 20)Lors de la modification du numéro INAMI d'un(e) infirmier(ère) (ou de groupe) dans le courant d'un mois, le numéro I.N.A.M.I. (ou de groupe) à la date de création du fichier de facturation est mentionné dans cette zone.
La facturation ne peut pas être scindée.
Dans l'ET 50 Z 15, chaque prestation doit, bien, évidemment être accompagnée du n° INAMI correct à la date de prestation.

RUBRIQUE : NUMERO D'ACCREDITATION CIN

LIBELLE :

Le numéro d'accréditation est mentionné dans cette zone, comme décrit à l'art. 5, §4bis, 4° de la Convention entre les MRPA/MRS/CSJ et les organismes assureurs.
Ce numéro est attribué par le Collège Intermutualiste National.

Cette zone doit seulement être complétée par les MRPA-MRS-CSJ.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : ANNEE FACTUREE

LIBELLE :

Année facturée par l'établissement.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 5 N 0AAAA - 108

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le numéro de l'année.

RUBRIQUE : MOIS FACTURE

LIBELLE :

Mois facturé par l'établissement.

Dans cette zone, on mentionne le mois durant lequel la majeure partie des prestations facturées ont été effectuées. Ce mois peut être différent du mois durant lequel la facture a été établie.

Cette valeur reste inchangée lorsqu'un nouveau fichier est établi à partir d'un fichier rejeté.

Voir également la différence avec la date de création.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N MM - 113

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le numéro du mois dans l'année.

Dans cette zone, on mentionne le mois durant lequel la plupart des prestations, qui figurent dans cette facture, sont effectuées.

Cela ne pose aucun problème pour autant que la période à laquelle se rapporte la facture, corresponde à un mois calendrier : le contenu de la zone 23 = mois calendrier auquel se rapporte la facture.

Si la période à laquelle se rapporte la facture ne correspond pas à un mois calendrier, la date de fin de la période de facturation est déterminante pour la zone 23 :

- * la période de facturation se termine durant la première moitié du mois calendrier :
le contenu de la zone 23 = mois qui précède le mois calendrier concerné;
- * la période de facturation se termine durant la seconde moitié du mois calendrier :
le contenu de la zone 23 = mois calendrier concerné.

Le mois facturé, combiné à l'année facturée, ne peut pas être postérieur à la date mentionnée dans l'ET 10 zone 25-26 (date de création).

Pour les facturations trimestrielles des établissements psychiatriques, des M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. et I.H.P., il faut mentionner systématiquement 03, 06, 09 ou 12 selon la période facturée.

RUBRIQUE : DATE DE CREATION

LIBELLE :

Date de création du fichier de facturation par l'établissement.

Dans cette zone, on mentionne le mois durant lequel le fichier de facturation a été établi.

Exemple : Pour les prestations effectuées en janvier, facturées en février, la valeur AAAA02JJ est mentionnée dans cette zone.

Cette date est modifiée lorsqu'une nouvelle version d'un fichier rejeté est établie.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 120

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

La date de création ne peut être postérieure à la date du jour.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Le contenu de cette zone est réservé pour l'établissement qui facture.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir remarque générale relative à la description des zones (dernier alinéa du point 2.a. de l'annexe 7).

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Il s'agit du BIC du compte financier auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit se faire sur un seul compte financier, le BIC de ce compte doit toujours être repris dans cette zone.

Si le paiement se fait sur deux comptes financiers, il y a lieu de mentionner le BIC du premier compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 0 dans la zone 11 de l'enregistrement dans lequel ils figurent.

- (☞ 8) Cette zone peut seulement être complétée à partir du mois facturé janvier 2009. Jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008, cette zone est numérique et doit être remplie avec des zéros.
- (☞ 13) Exception : A partir de la date de création 1/11/2009 cette zone peut également être remplie pour des facturations arriérées antérieures au mois facturé janvier 2009.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 167

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le BIC (*Bank Identifier Code*), désigne la banque du bénéficiaire.

Il est composé d'un code bancaire (4 caractères), d'un code-pays (2 lettres), d'un code de lieu (2 caractères) et peut être complété pour certaines banques d'un code d'agence (3 caractères).

- (☞ 13) Durant les années transitoires 2009 et 2010, il n'est pas possible d'utiliser un numéro de compte étranger. Les positions 5 et 6 de cette zone sont, donc, toujours égales à « BE ».
A partir du mois facturé janvier 2011, il est possible d'utiliser un numéro de compte étranger.

- (☞ 9) Le BIC doit être rempli sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent le BIC.

La BNB publie la liste des codes (notamment les BIC) pour les banques établies en Belgique: www.bnb.be > Produits et services > Systèmes de paiement > Secrétariat des Protocoles > Codes d'identification des banques >>.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER A**LIBELLE :**

Il s'agit de l'IBAN du compte financier auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit se faire sur un seul compte financier, l'IBAN de ce compte doit toujours être repris dans cette zone.

Si le paiement se fait sur deux comptes financiers, il y a lieu de mentionner l'IBAN du premier compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 0 dans la zone 11 de l'enregistrement dans lequel ils figurent.

- (☞ 8) Cette zone peut seulement être complétée à partir du mois facturé janvier 2009. Jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008, cette zone est numérique et doit être remplie avec des zéros.
- (☞ 13) Exception : A partir de la date de création 1/11/2009, cette zone peut également être remplie pour des facturations arriérées antérieures au mois facturé janvier 2009.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A – 179**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

L'IBAN (*International Bank Account Number*) comprend au maximum 34 positions alphanumériques. Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national (complété pour certains pays).

S'il s'agit d'un compte belge, l'IBAN compte seulement 16 positions. Les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.

- (☞ 13) Durant les années transitoires 2009 et 2010, il n'est pas possible d'utiliser un numéro de compte étranger. Les positions 1 et 2 de cette zone sont, donc, toujours égales à « BE » et les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.
A partir du mois facturé janvier 2011, il est possible d'utiliser un numéro de compte étranger.
- (☞ 9) L'IBAN doit être rempli sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent l'IBAN.

Le format du numéro de compte IBAN est spécifié dans le standard ISO 13616-1 qui correspond au standard ECBS EBS 204.

IBAN check digits control

1. Si l'IBAN se présente sous un format visuel, barrez tous les caractères nonalphanumériques;
2. Déplacez les quatre premiers caractères vers l'extrême droite;
3. Convertissez les lettres en chiffres, A étant égal à 10, B à 11, ... et Z à 35;
4. Le modulo 97 (reste après la division par 97) doit être égal à 1.

Exemple de check digit control pour l'IBAN : BE62 5100 0754 7061

1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. Le modulo 97 (reste après division par 97) de 510007547061111462 par 97 = 1

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Il s'agit du BIC du compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire le BIC du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.

- (☞ 8) Si la zone n'est pas remplie, elle doit être remplie par des blancs.
- (☞ 8) Cette zone peut seulement être complétée à partir du mois facturé janvier 2009. Jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008, cette zone est numérique et doit être remplie avec des zéros.
- (☞ 13) Exception : A partir de la date de création 1/11/2009, cette zone peut également être remplie pour des facturations arriérées antérieures au mois facturé janvier 2009.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 219

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le BIC (*Bank Identifier Code*), désigne la banque du bénéficiaire.

Il est composé d'un code bancaire (4 caractères), d'un code-pays (2 lettres), d'un code de lieu (2 caractères) et peut être complété pour certaines banques d'un code d'agence (3 caractères).

- (☞ 13) Durant les années transitoires 2009 et 2010, il n'est pas possible d'utiliser un numéro de compte étranger. Les positions 5 et 6 de cette zone sont, donc, toujours égales à «BE».
A partir du mois facturé janvier 2011, il est possible d'utiliser un numéro de compte étranger.
- (☞ 9) Le BIC doit être rempli sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent le BIC.

La BNB publie la liste des codes (notamment les BIC) pour les banques établies en Belgique: www.bnb.be > Produits et services > Systèmes de paiement > Secrétariat des Protocoles > Codes d'identification des banques >>.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER B**LIBELLE :**

Il s'agit de l'IBAN de compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire l'IBAN du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.

- (☞ 8) Si la zone n'est pas remplie, elle doit être remplie par des blancs.
- (☞ 8) Cette zone peut seulement être complétée à partir du mois facturé janvier 2009. Jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008, cette zone est numérique et doit être remplie avec des zéros.
- (☞ 13) Exception : A partir de la date de création 1/11/2009, cette zone peut également être remplie pour des facturations arriérées antérieures au mois facturé janvier 2009.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 271**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

L'IBAN (*International Bank Account Number*) comprend au maximum 34 positions alphanumériques. Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national (complété pour certains pays).

S'il s'agit d'un compte belge, l'IBAN compte seulement 16 positions. Les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.

- (☞ 13) Durant les années transitoires 2009 et 2010, il n'est pas possible d'utiliser un numéro de compte étranger. Les positions 1 et 2 de cette zone sont, donc, toujours égales à « BE » et les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.
A partir du mois facturé janvier 2011, il est possible d'utiliser un numéro de compte étranger.
- (☞ 9) L'IBAN doit être rempli sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent l'IBAN.

Le format du numéro de compte IBAN est spécifié dans le standard ISO 13616-1 qui correspond au standard ECBS EBS 204.

IBAN check digits control

1. Si l'IBAN se présente sous un format visuel, barrez tous les caractères non-alphanumériques;
2. Déplacez les quatre premiers caractères vers l'extrême droite;
3. Convertissez les lettres en chiffres, A étant égal à 10, B à 11, ... et Z à 35;
4. Le modulo 97 (reste après la division par 97) doit être égal à 1.

Exemple de check digit control pour l'IBAN : BE62 5100 0754 7061

1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. Le modulo 97 (reste après division par 97) de 510007547061111462 par 97 = 1

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le contenu de toutes les positions 1 jusque et y compris 348 est additionné. Le module 97 est appliqué sur le résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est inscrit dans cette zone.

Si le contenu d'une zone est alphanumérique, les valeurs numériques suivantes sont attribuées :

blanc	=	10
a = A	=	11
b = B	=	12
c = C	=	13
.		
.		
.		
z = Z	=	36
tous les autres signes	=	37

Les chiffres (également dans les zones alphanumériques) gardent toujours leurs valeurs numériques de 0 à 9.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 20

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : AUTORISATION TIERS PAYANT

LIBELLE :

- S'il s'agit d'une exception à l'interdiction du régime tiers payant, lue dans la carte S.I.S. ou reçue par (☞ 9) (My)CareNet, cette zone doit alors être complétée; il en est de même lorsqu'il s'agit d'une facturation en tiers payant obligatoire.
- Si le contenu de cette zone est égal à 1,
 - * la valeur 0 doit être indiquée dans la zone 32 des enregistrements de type 30, 40 et 50;
 - * aucun document justificatif à l'exception ne doit être joint à la facture papier.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 9)	0	Pas de carte S.I.S. ou pas d'exception mentionnée sur la carte S.I.S. ou reçue par (My)CareNet
(☞ 9)	1	Exception reçue par (My)CareNet ou mentionnée sur la carte S.I.S.

RUBRIQUE : HEURE D'ADMISSION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N 000HHMM - 10

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

'000HHMM' valeurs entre '0000001' et '0002400'.

- L'heure doit être mentionnée pour tous les séjours pour lesquels l'heure d'admission et l'heure de sortie ont une influence sur la facturation (facture de type 1, 4 ou 5).
- (☞ 9) - La mention de l'heure d'admission, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington.
- Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.
- En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés, qui séjournent ailleurs, cette zone peut être égale à zéro (facture de type 1).

RUBRIQUE : DATE D'ADMISSION

LIBELLE :

En cas de facture d'hospitalisation, cette date figure sur l'engagement de paiement (721 bis).

(☞ 5) En cas de rééducation interne et de séjours dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP, il s'agit de la date à laquelle le bénéficiaire est admis dans l'établissement concerné.

En cas de réadmission après interruption, il y a lieu d'indiquer la date de réadmission.

(☞ 27) Si un patient suit un traitement de rééducation ambulatoire et est brusquement admis dans l'hôpital qui est lié au centre de rééducation, alors, 2 factures sont établies pour la période durant laquelle le patient est hospitalisé : une avec type de facture 1 et ET 20 Z 5 = date d'admission dans l'hôpital et une avec type de facture 5 et ET 20 Z 5 = date d'admission dans l'hôpital et ET 20 Z 20-21 = date de début de l'accord du traitement de rééducation.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- Cette zone doit être mentionnée lorsqu'il s'agit de dépenses liées à un patient interne hospitalisé ou séjournant dans un centre de rééducation, dans une maison de repos ou de soins, dans une maison de repos pour personnes âgées, dans une maison de soins psychiatriques ou dans un établissement pour habitations protégées.

Type de facture = 1, 4 ou 5.

(☞ 9) - La mention de la date d'admission, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington.

- Cette zone doit être égale à zéro lorsqu'il s'agit de dépenses pour des prestations ambulatoires, salles de plâtres, forfait journalier ambulatoire ou rééducation externe.

Type de facture = 3, 6 ou 9.

- En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type de facture 1), la date d'admission doit être mentionnée prioritairement; lorsque la date d'admission n'est pas connue (par ex. demande biologie clinique ou anatomopathologie), une date au choix dans la période d'admission peut être mentionnée dans cette zone.

RUBRIQUE : DATE DE SORTIE

LIBELLE :

Cette zone doit être complétée s'il s'agit d'une facture qui clôture un séjour dans un établissement hospitalier, MRS, MRPA, MSP, IHP ou un établissement de rééducation.

Cette zone doit être complétée lorsque la "norme journées d'entretien" (ET 30 Z 3) est égale à 2 ou 9 en cas d'admission dans un hôpital.

En cas de rééducation interne, la date de sortie ne peut dépasser la période pour laquelle un accord est accepté.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

En cas d'admission dans un hôpital, la date se trouve sur le document de fin d'hospitalisation (ex. 727).

Si cette date est mentionnée, celle-ci ne peut pas être antérieure à la date d'entrée.

(☞ 9) La mention de la date de sortie, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington et lorsque la période de séjour est terminée.

En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type de facture 1), cette zone peut être égale à zéro.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION**LIBELLE :**

Ce numéro se retrouve sur l'engagement de paiement, la vignette, le carnet de membre et la carte S.I.S.

Voir le répertoire des Unions nationales et des mutualités de Belgique, Bruxelles, INAMI ou l'aperçu sur le site web de l'INAMI sous Accueil> Organismes assureurs> Contactez les mutualités.

- (☞ 8) Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité à laquelle le patient était affilié à la date de début de la période à laquelle le forfait se rapporte.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

(☞ 21)	OA100	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA200	Toujours égale à « 000 »
	OA300	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA400	Toujours égale à « 000 »
	OA500	Toujours égale à « 000 »
	OA600	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA900	Numéro de Centre Médical Régional (*)

- (☞ 20) (*) Le CMR régional (réponse message Carenet, carte SIS, vignette, carte d'affiliation : 921, 922, 931, 941, 942, 951) doit être mentionné dans cette zone. Cependant, la facture ne sera pas rejetée lorsqu'on mentionne le CRM comptables (910, 920, 930, 940, 950) à la place puisque les factures sont traitées dans une comptabilité centrale.

Les factures papier des CMR régionaux ainsi que celles des CMR comptables sont uniquement traitées au niveau des CMR comptables et doivent, donc, être envoyées à ces adresses.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Dans cette zone, on indique le numéro d'inscription à la sécurité sociale du bénéficiaire (numéro NISS).

(☞) L'utilisation du numéro NISS est obligatoire à partir du mois facturé janvier 2006.

Ce numéro permet d'identifier les bénéficiaires au sein de la mutualité.

Dans des cas exceptionnels, le numéro d'affiliation à l'OA peut être utilisé :

-pour les nouveau-nés, pour lesquels le numéro d'inscription à la sécurité sociale n'est pas immédiatement connu

-pour les conventions internationales

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Dans cette zone, il faut toujours mentionner le numéro d'identification du bénéficiaire (= patient).

Si ET 20 Z 32 = 1, le numéro d'inscription à la sécurité sociale doit être mentionné dans cette zone.

Si ET 20 Z 32 = 0, le numéro d'affiliation du bénéficiaire à l'OA doit être mentionné dans cette zone.

Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est composé de 11 chiffres et doit être précédé de 2 zéros.

Ce numéro doit être aligné à droite.

Il n'y a pas de caractère spécial ou de blanc.

Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est mentionné sur la carte S.I.S.

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Le sexe de la personne identifiée dans la zone 8 de l'enregistrement de type 20, est mentionné dans cette zone.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Homme
2	Femme

RUBRIQUE : TYPE DE FACTURE**LIBELLE :**

Ce code fait la distinction entre les différents types de factures établies selon la qualification du patient et selon le genre de traitement.

Le décompte d'un patient doit nécessairement être divisé en fonction des différents types de facture à utiliser.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Facture individuelle hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour, salle de plâtre, journée d'entretien forfaitaire, dialyse rénale et journée d'entretien forfaitaire comme prévue dans l'art. 4 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs pour patients hospitalisés.
3	Facture individuelle pour patients ambulants <u>et</u> autres types que ceux prévus aux codes 4, 5,6 et 9.
4	Facture individuelle maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques ou maisons de repos pour personnes âgées ou initiatives d'habitations protégées.
5	Revalidation interne.
6	Revalidation externe.
9	Facture individuelle hôpital chirurgical de jour, forfait - salle de plâtre, mini- et maxiforfait,
(☞ 4,5)	forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou journées d'entretien
(☞ 24)	forfaitaire dialyse rénale pour patients ambulants, forfait manipulation cathéter à chambre, journée d'entretien forfaitaire service A dans les hôpitaux psychiatriques ou forfaits postcure de rééducation.

Facture individuelle : une facture est établie par patient, en d'autres termes, un enregistrement de type 20 par patient. Une facture individuelle peut comporter plusieurs attestations de soins, dès lors, toutes les attestations concernent un seul patient.

(☞ 20) Dialyse rénale

- la dialyse à domicile ou dans un centre (0761493, 0761456, 0761515, 0761526, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596) peut être facturée par le type 9 lorsque le code service mentionné = 750 (E.T. 30 Z 13). Si le code service renseigné = 990, le type de facture sera égal à 3;

Rééducation :

- les forfaits postcure de rééducation doivent être facturés par le type 9 avec le code service 760.
- Les prestations de rééducation effectuées dans un hôpital doivent être facturées via une facture individuelle (valeur 5 ou 6) séparément de celle faite pour l'hospitalisation.
- Pour les prestations de rééducation individuelle (ET 50 Z 4 S1 et S2), le type de facture doit être égal à 1 ou 3 selon qu'il s'agit des prestations effectuées à des patients hospitalisés ou ambulants.

- (☞ 4, 8,12) **Attention** : les prestations R30-R60 (voir ET 50 Z 4 S2), les défibrillateurs cardiaques implantés (voir ET 50 Z 4 S 5 BIS) et l'honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique (voir ET 50 Z 4 S 2) relèvent d'une convention de rééducation et doivent, dès lors, être facturés sous le type de facture 5 ou 6 et avec le code service 770.

Praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales :

- Pour les praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales, le type de facture sera toujours = 3.

M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., :

- (☞ 9) - Le type de facture 4 doit être utilisé pour la facturation de toutes les prestations et délivrances aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., donc également pour les montants qui sont, dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington, facturés par un hôpital pour les patients séjournant dans des « structures résidentielles ».

(☞ 20) Assistance médicale lors d'un transport avec accompagnement médical (art. 25 §3) et honoraires pour la prise en charge urgente (art. 25 §3bis).

- Pour les prestations 590435, 590472 (art. 25 §3) et les prestations de l'art.25 §3bis, les codes hospitalisés n'existent pas. Ces prestations doivent, donc, toujours être facturées via une facture de type 3 séparée. Cela vaut également si ces prestations sont suivies d'une admission hospitalière.

Exception :

Si ces prestations sont suivies d'une journée forfaitaire ambulatoire, elles peuvent être facturées ensemble avec la journée forfaitaire sous le type de facture 9, à condition que le code service de la journée forfaitaire concernée soit utilisé.

RUBRIQUE : TYPE DE FACTURATION

LIBELLE :

Cette zone contient une indication concernant le genre de facturation.

Si cette zone contient une valeur différente de 0, les zones 29 à 41 de l'enregistrement de type 20 doivent être complétées par des données relatives à la facture précédente.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
	0	Facture originale
(☞ 3)	1	Réintroduction d'une facture rejetée ou partiellement rejetée ou créditée
	2	Facture complémentaire
	3	Note de crédit (valeur -)
	4	Facture de correction en accord avec la mutualité (valeur + et -)

Une facture originale est une facture qui reprend un séjour ou une période de soins déterminé(e).

Une période de séjour ou de soins peut être répartie sur 2 ou plusieurs factures originales partielles.

Une facture partielle originale ou complémentaire peut contenir des montants négatifs.

Une facture complémentaire est une facture avec des prestations ou d'autres frais se rapportant à un séjour ou à une période de soins antérieurement facturé(e).

Une note de crédit et une facture de correction sont introduites sur l'initiative de l'établissement ou du prestataire qui facture et annulent ou corrigent une facture précédemment introduite.

(☞ 5) Voir également le point c de l'annexe 7 suite 1 (dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones).

Dans le cadre d'une première facturation et s'il s'agit d'un patient qui est hospitalisé dans un autre établissement, la valeur "0" (et non la valeur "2") doit être utilisée dans cette zone.

S'il s'agit d'une réintroduction d'une facture rejetée par un autre organisme assureur, la facture est alors considérée comme facture originale.

Exemples :

- Sur une facture originale E.T. 20 Z 11 = 0, avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 1, apparaissent des prestations de rééducation qui auraient dû être introduites par une facture séparée avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 5. La mutualité rejette les prestations de rééducation lors de la correction manuelle.

Le type de facturation qui doit être mentionné lors de la réintroduction est E.T. 20 Z 11 = 1.

- Sur une facture originale E.T. 20 Z 11 = 0, apparaissent des prestations qui sont rejetées par la mutualité lors d'une correction manuelle (ex. à cause d'une attestation non annexée ou d'un prix erroné, ...).

Si les prestations sont à nouveau introduites par support magnétique, l'institution doit mentionner comme type de facturation E.T. 20 Z 11 = 1.

- A cause d'un manque d'information, l'institution facture les prestations d'un patient hospitalisé dans une autre institution avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 3 et l'E.T. 20 Z 11 = 0. Cette

(☞ 3)

facture est rejetée par la mutualité.
Lors de réintroduction sur support magnétique, l'E.T. 20 Z 10 = 1 et l'E.T. 20 Z 11 = 1.

- Une intervention chirurgicale est mentionnée sur la facture et donne lieu à un forfait prophylactique Z. Sur une facture partielle suivante ou sur une facture complémentaire, il est mentionné, le même jour, une deuxième intervention chirurgicale qui donne lieu à un forfait prophylactique A1. Dès lors, sur cette facture partielle ou sur la facture complémentaire, le forfait prophylactique Z est facturé en négatif et le nouveau forfait prophylactique A1 est porté en compte. Le type de facture utilisé est, dans ce cas, 0 ou 2, car il ne s'agit pas ici d'une facture de correction mais d'une correction sur une facture partielle originale ou facture complémentaire.

Si, lors de la réintroduction de prestations rejetées, une modification a été apportée aux instructions entre le moment de l'introduction originale et celui de la réintroduction, la formulation de la date d'application de la modification est déterminante pour les règles à suivre lors de la réintroduction :

Si la date d'application était liée à une date de prestation, la réintroduction s'effectue selon les règles en vigueur lors de l'introduction originale;

Si la date d'application était liée à une date de facturation, la réintroduction s'effectue conformément à la réglementation modifiée.

RUBRIQUE : SERVICE 721 bis

LIBELLE :

- (☞ 13) Pour les patients hospitalisés, le code service indiqué sur le document 721 bis (zone 310 du message Carenet 721000), doit être mentionné dans cette zone (seulement en cas de type de facture 1).
- (☞ 22) S'il s'agit de prestations facturées à des patients hospitalisés dans un autre établissement, le pseudo-code service 002 doit être mentionné dans cette zone.

Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE

LIBELLE :

Ce numéro permet d'identifier l'établissement de soins qui effectue la facturation.

Le contenu de cette zone est, par définition, égal au contenu de la zone 14 de l'enregistrement de type 10.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Il existe une codification officielle des établissements hospitaliers, des centres de rééducation, des laboratoires de biologie clinique agréés, des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées, des maisons de soins psychiatriques et des initiatives d'habitations protégées, des maisons médicales (voir circulaires O.A. rubriques 170, 370, 165, 174, 175, 395).

Les établissements ou les associations ne possédant pas un numéro d'identification I.N.A.M.I. officiel sont codés d'une façon spéciale.

Voir enregistrement de type 10 zone 14 pour les différentes possibilités.

RUBRIQUE : NUMERO MATRICULE DE L'ETABLISSEMENT (HOSPITALIER) (OU DE REEDUCATION)
DANS LEQUEL LE BENEFICIAIRE EST HOSPITALISE (SEJOURNE)

LIBELLE :

Dans cette zone, le numéro d'identification de l'hôpital d'admission doit être mentionné s'il s'agit d'une facture relative à un patient hospitalisé.

S'il s'agit de factures se rapportant à une convention de rééducation (soit interne, soit externe), le numéro de la convention doit être repris.

S'il s'agit de factures des MRS, MRPA, MSP ou IHP, alors le numéro de l'institution concernée doit être mentionné.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 14.

Lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé pour lequel une salle de plâtre, une journée d'entretien pour dialyse rénale ou une journée d'entretien forfaitaire peut être facturée parallèlement à une journée d'hospitalisation, il y a lieu de reprendre le numéro de l'hôpital où le patient a été admis originellement.

Lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé qui suit un programme de rééducation simultanément, la facture doit obligatoirement être subdivisée en une facture hospitalisation individuelle et une facture rééducation individuelle.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 1, le numéro de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 5 ou 6, le numéro du centre de revalidation doit alors être mentionné dans cette zone.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 4, le numéro de l'institution concernée doit alors être mentionné dans cette zone.

Dans tous les autres cas, et donc également pour les praticiens de l'art infirmier, le contenu de cette zone doit être égal à zéro.

RUBRIQUE : CODE LEVEE DELAI DE PRESCRIPTION

LIBELLE :

Cette zone est remplie s'il s'agit d'une facturation tardive.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 80

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Le délai de prescription (facturation après 2 ans) pour le tiers qui facture est levé par lettre recommandée.
0	Tous les autres cas.

RUBRIQUE : CAUSES DU TRAITEMENT

LIBELLE :

Cette zone permet de donner une première orientation comptable.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N - 81

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0050	Traitement chimiothérapeutique ambulatant
0060	Maladies professionnelles
0070	Accidents de travail
0080	Accidents - droits communs (responsabilité de tiers)
0090	Autres accidents
(☞ 11) 0000	Autres ou non communiquées

Note : Les établissements hospitaliers disposent d'une ventilation plus large en matière d'accidents.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞21)	OA100	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 • Certaines conventions de rééducation : 100
(☞34)		<ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux 710/720 et praticiens de l'art infirmier (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation)
	OA200	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA300	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines conventions de rééducation : 300
	OA400	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA500	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900	= mutualité d'affiliation (Z7)

RUBRIQUE : NUMERO D'ADMISSION

LIBELLE :

Pour les patients hospitalisés (type facture E.T. 20 Z 10 = 1), il s'agit du numéro d'admission encrypté attribué par les établissements hospitaliers.

En cas d'hospitalisation de jour (E.T. 20 Z 10 = 9) pour laquelle la facture est scindée en une partie gestion de l'hôpital et une partie conseil médical, la liaison entre les deux parties de facture peut s'effectuer facilement si l'on mentionne un numéro unique dans la zone 19 de chaque partie de facture. La mention d'un même numéro est souhaitable mais n'est provisoirement pas obligatoire.

En cas de prestations facturées pour des patients qui séjournent ailleurs, le contenu de cette zone peut être égal à zéro.

Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 88

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Remarque : Si la facturation est effectuée par 2 parties (gestion de l'hôpital d'une part et conseil médical d'autre part), le même patient doit obligatoirement être identifié par un même numéro sur les 2 supports magnétiques.

En cas d'hospitalisation chirurgicale de jour (avec code ambulante ou hospitalisé et type de facture = 1 ou 9), il s'agit d'un numéro d'admission dans l'hôpital chirurgical de jour encrypté.

Ex. Pour les praticiens de l'art infirmier, le contenu de la zone est égal à zéro.

RUBRIQUE : DATE DE L'ACCORD TRAITEMENT DE REEDUCATION OU DATE D'INSCRIPTION AU FORFAIT

LIBELLE :

Il s'agit de la date de début de la période pour laquelle l'accord du Collège des Médecins-directeurs ou du Médecin-conseil est accordé pour le traitement de rééducation.

(☞ 5) Si la facture se rapporte à une période couverte par deux accords distincts, la date de début de l'accord qui précède directement ou qui correspond à la date de début de facturation doit alors être mentionnée.

Pour les maisons médicales, la date d'inscription au forfait doit être mentionnée dans cette zone

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 100

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Si la facture se rapporte aux prestations de rééducation interne ou externe (type de facture 5 ou 6), cette zone doit être complétée.

(☞ 4) Si l'établissement qui facture (ET 20 Z 14) est un laboratoire de biologie clinique, cette zone peut être égale à zéro.

RUBRIQUE : HEURE DE SORTIE

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 5 N 0HHMM - 108

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

'0HHMM' valeurs entre '00001' et '02400'.

- L'heure de sortie doit être mentionnée si la zone 6a-6b est complétée.
 - Dans tous les autres cas, cette zone doit être égale à zéro.
- (☞ 9) - La mention de l'heure de sortie, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington et lorsque la période de séjour est terminée.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE

LIBELLE :

La possibilité de facturation globale est supprimée, c.-à-d. que dorénavant, une facture individuelle doit être établie par patient.

Sur support magnétique, un enregistrement de type 20 et un enregistrement de type 80 doivent être établis par patient; les enregistrements de prestations intermédiaires (de type 30, 40 et/ou 50) ne se rapportent qu'au même patient.

Dans le circuit papier, une facture individuelle correspond soit à

- une facture individuelle de la note d'hospitalisation;
 - une ou plusieurs attestation(s) de soins qui se rapportent au même patient.
- (☞ 8) - une note de frais individuelle (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/ MRS/CSJ)

Dans cette zone, les factures individuelles sont numérotées.

Ce numéro doit également être mentionné soit sur

- la facture récapitulative de la note d'hospitalisation;
 - l'état récapitulatif de l'annexe 2 B si des attestations de soins sont utilisées.
- (☞ 8) - la note de frais récapitulative (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/ MRS/CSJ)

Ce qui signifie que sur la facture papier récapitulative (note d'hospitalisation) ou sur l'état

- (☞ 8) récapitulatif (annexe 2 B) ou sur la note de frais récapitulative, 1 ligne par patient doit être imprimée avec indication des données d'identification du patient et la somme des montants des prestations individuelles à charge des O.A. (voir enregistrement de type 80) et s'il s'agit d'une note d'hospitalisation, également les montants à charge du patient.

Pour compléter correctement cette zone, le lay-out de la facture récapitulative de la note d'hospitalisation ou de l'état récapitulatif de l'annexe 2 B ou de la note de frais

- (☞ 8) récapitulative doit être suivi.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le numéro doit être unique et différent de zéro.

- (☞ 30) Pour les établissements hospitaliers, le numéro est unique par année de facturation et différent de zéro (à l'exception de la remarque). La numérotation peut, donc, recommencer au début d'une nouvelle année facturée.

Le numéro d'une attestation de soins peut être utilisé comme numéro de facture (en supprimant les signes non numériques), mais ce dernier peut également être un numéro structuré par l'établissement. Dans ce dernier cas, ce numéro doit également être repris sur l'ensemble des attestations concernées.

Remarque : En cas de facturation de médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., le numéro de la facture doit être communiqué pour autant qu'une facture individuelle par patient ait été établie; sinon, cette zone est égale à zéro.

RUBRIQUE : APPLICATION FRANCHISE SOCIALE

LIBELLE :

Cette zone est provisoirement inutilisée, mais réservée pour une éventuelle application ultérieure.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 127

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : CODE TITULAIRE 1 + 2

LIBELLE :

Pour définir le statut social des assurés, les organismes assureurs utilisent une combinaison de deux numéros.

Ces numéros sont appelés les codes titulaire 1 et 2.

Les codes se trouvent, entre autres, sur la carte d'identité sociale, sur les vignettes et dans le carnet de membre et sur certains documents administratifs utilisés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

Chacun de ces codes est composé de trois positions.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 10 N - 128

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le C.T. 2 est mentionné dans les trois premières positions à droite et est précédé par le C.T. 1 dans les trois positions précédentes.

Les quatre positions à gauche sont égales à zéro.

(☞ 5) A partir du 1/1/2008, les travailleurs indépendants ont également droit aux petits risques via l'assurance obligatoire.

La signification du CT2, comme décrite ci-dessus, sera dès lors atténuée. Celui-ci n'aura de sens que dans le cadre des conventions internationales.

La tarification doit, à partir du 1/1/2008, s'effectuer sur base du 3^{ème} chiffre du CT1. Si ce chiffre est égal à 0, le régime non préférentiel est appliqué ; si ce chiffre est égal à 1, le régime préférentiel est appliqué.

Code Titulaire 1

Le code titulaire 1 est employé pour les situations suivantes :

- tous les risques du régime général;
- (☞ 5) - seulement les gros risques du régime des travailleurs indépendants (avant le 1/1/2008);
- (☞ 5) - tous les risques du régime des travailleurs indépendants (à partir du 1/1/2008) ;
- les conventions internationales (identification du type de remboursement auquel l'assuré peut prétendre).

Ce code est, entre autres, obtenu sur la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement (modèle 721 bis), sur le carnet de membre, dans la carte d'identité sociale ou sur la vignette.

1^{er} chiffre **Régime**

1	Régime général
4	Régime des travailleurs indépendants
0	Situation indéfinissable ou ne donnant pas lieu à l'ouverture du droit

2^{ème} chiffre **Catégorie**

0	Personnes non protégées
1	Actifs
(☞ 5) 2	Invalides et handicapés
3	Pensionnés
4	Veufs, veuves
5	Orphelins
7	Communautés religieuses
8	Conventions internationales

3^{ème} chiffre **Régime préférentiel ou non**

0	Régime non préférentiel
1	Régime préférentiel

Code Titulaire 2

Le code titulaire 2 est employé pour les situations suivantes :

- (☞ 5) - les petits risques de l'assurance libre (avant le 1/1/2008);
- (☞ 1,5) - les petits risques des travailleurs indépendants ayant droit au remboursement des petits risques par l'assurance obligatoire (avant le 1/1/2008);
- (☞ 5) - les petits risques des cas de double appartenance avec le régime des travailleurs indépendants (avant le 1/1/2008);
 - les conventions internationales : identification du type de convention.

Ce code est obtenu, entre autres, sur la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement (modèle 721 bis), sur le carnet de membre, dans la carte d'identité sociale ou sur la vignette.

a) Pour l'assurance libre

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
000	Pas d'assurance libre
901	Assuré libre à 100%, régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
900	Assuré libre à 75%, régime non préférentiel

- (☞ 5) A partir du 1/1/2008, l'assurance libre n'existe plus. Les CT2 000, 900 et 901 perdent leur signification.

b) Pour l'assurance obligatoire

Pour le régime général : voir C.T. 1.

Pour le régime des travailleurs indépendants :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 1) 460	Travailleurs indépendants ayant droit aux petits risques (régime non préférentiel)
(☞ 1) 461	Travailleurs indépendants ayant droit aux petits risques (régime préférentiel) (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)

- (☞ 6) Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008 la différence entre le régime général et le régime des travailleurs indépendants n'est plus pertinente pour la tarification.

c) Pour les conventions internationales : identification du type de convention.

Attention ! : Nouvelles codifications à partir du 1er janvier 2004.

- (☞) Dans le cas de conventions internationales, on peut déduire du CT2 s'il s'agit ou non d'un accident de travail (CT2 = 302, 304, 306, 308, 311, 313, 323, 325, 330, 332, 333, 606, 608 ou 611).

(☞ 5) Codifications possibles du Code Titulaire 1:**Régime général**

- 101 Personnes non protégées avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- 100 Personnes non protégées sans régime préférentiel
- 111 Titulaires indemnisables primaires avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- 110 Titulaires indemnisables primaires sans régime préférentiel
- 121 Invalides avec régime préférentiel (y compris les handicapés) (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- 120 Invalides sans régime préférentiel (y compris les handicapés)
- 131 Pensionnés avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- 130 Pensionnés sans régime préférentiel
- 141 Veuves, veufs avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- 140 Veuves, veufs sans régime préférentiel
- 151 Orphelins avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- 150 Orphelins sans régime préférentiel
- 181 Conventions internationales avec régime préférentiel
- 180 Conventions internationales sans régime préférentiel

Régime des travailleurs indépendants

- 411 Titulaires indemnisables primaires avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- 410 Titulaires indemnisables primaires sans régime préférentiel
- (☞ 5) 421 Invalides avec régime préférentiel (y compris les handicapés) (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- (☞ 5) 420 Invalides sans régime préférentiel (y compris les handicapés)
- 431 Pensionnés avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- 430 Pensionnés sans régime préférentiel
- 441 Veuves, veufs avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- 440 Veuves, veufs sans régime préférentiel
- 451 Orphelins avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
- 450 Orphelins sans régime préférentiel
- 471 Communautés religieuses avec régime préférentiel
- 470 Communautés religieuses sans régime préférentiel
- 481 Conventions internationales avec régime préférentiel
- 480 Conventions internationales sans régime préférentiel

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA FACTURE PRECEDENTE

LIBELLE :

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 163

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Ce numéro est identique au numéro de la facture correspondante (originale ou pas) de la zone 24-25 de l'enregistrement de type 20 de l'envoi, dont le numéro est mentionné dans la zone 34-35-36.

Le numéro de la nouvelle facture correspondante peut éventuellement être identique à celui de la facture précédente.

RUBRIQUE : FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Numéro d'affiliation à l'OA
1	Numéro d'inscription à la sécurité sociale

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ENVOI PRECEDENT

LIBELLE :

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 177

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Ce numéro est égal au numéro de la zone 7 de l'enregistrement de type 10 du dernier envoi dans lequel cette facture individuelle avait été envoyée antérieurement.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE LA FACTURATION PRECEDENTE

LIBELLE :

(☞ 30) Cette zone reprend le numéro de mutualité mentionné dans l'ET 20 Z 18 (numéro de la mutualité de destination) de la facture précédente.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 180

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

(☞ 6) Cette référence sera communiquée par l'organisme assureur en cas de rejet se rapportant au compte financier A.

Pour les établissements qui travaillent avec le fichier de décompte, la référence concernée se trouve dans la zone 109 des enregistrements de type 20, 30, 40, 50 ou 80 de ce fichier de décompte.

(☞ 7) Si la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 1, alors cette zone est remplie par des blancs.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 22 A - 183

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : ANNEE ET MOIS PRECEDEMMENT FACTURES

LIBELLE :

Cette zone reprend le mois et l'année mentionnés dans l'enregistrement de type 10 zones 22 et 23 du support magnétique précédent, sur lequel cette facture a été précédemment introduite.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N AAAAMM - 207

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE S.I.S.

LIBELLE :

- (☞ 6) Cette zone est réservée pour la mention des données de la consultation du réseau ou de la carte S.I.S..
- (☞ 9) La consultation des données d'assurabilité via un réseau est seulement possible pour les hôpitaux (affiliés à Carenet) et pour les infirmières à domicile (affiliés à MyCareNet).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 48 A=32A + 10N + 2N + 1N + 3N - 213

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- (☞ 6) Si ni la carte S.I.S., ni l'attestation de remplacement n'a été présentée et le réseau n'a pas été consulté, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Le contenu de cette zone est structuré comme suit :

RRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRNNNNNNNNNNVVVA000

- (☞ 6) soit R = 32 positions alphanumériques pour le numéro d'agrément de garantie de paiement (en cas de consultation du réseau) ou pour le certificat de lecture de la carte SIS
 N = 10 positions numériques pour le numéro de carte
 V = 2 positions numériques pour le numéro de version
 A = 1 position numérique
 A = 0 : lecture de la carte SIS
 A = 1 : attestation de remplacement
 A = 2 : consultation du réseau
 0 = 3 positions numériques de réserve, remplies de zéros.

Si la position A = 0, les positions R, N et V sont remplies lors de la lecture de la carte SIS. Le numéro de version peut, selon l'appareil de lecture, être lu en 2 ou en 3 positions; étant donné que la position à gauche est toujours égale à zéro (dans le cas des 3 positions), il suffit de retenir les 2 dernières positions.

Si la position A = 1, les valeurs N et V peuvent être complétées à partir de l'attestation, les positions R seront alors égales à zéro.

- (☞ 6) Si la position A = 2, les positions R sont complétées à partir de la zone 333, 344, 355, 366 ou 377 du message Carenet 801900. Les positions N et V sont égales à zéro.

RUBRIQUE : DATE DE FACTURATION

LIBELLE :

Cette zone contient la date à laquelle la facture concernée a été établie/finalisée (= date sur laquelle sont basés, les calculs de la facture concernée).

Sur base de cette date, l'organisme assureur détermine les messages (My)Carenet 730000 dont il doit tenir compte lors du contrôle de l'assurabilité et du MAF-facturation à 100%.

Cette date n'est pas modifiée lorsqu'une nouvelle version d'un fichier rejeté est établie.

Cette date est bien modifiée lorsqu'il s'agit d'une réintroduction d'une facture (partiellement) rejetée ou d'une facture créditée, mais à condition de tenir compte des règles reprises dans l'annexe 19 (MAF-facturation 100 %) et dans la Circ. Hôp 2012/6 (Psy 2012/5) (Circ. OA 2012/125) (engagement de paiement ambulatoire).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8N AAAAMMJJ- 262

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

La date de facturation ne peut pas être postérieure à la date actuelle.

RUBRIQUE : REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

(☞ 6) Cette référence sera communiquée par l'organisme assureur en cas de rejet se rapportant au compte financier B.

Pour les établissements qui travaillent avec le fichier de décompte, la référence concernée se trouve dans la zone 110 des enregistrements de type 20, 30, 40, 50 ou 80 de ce fichier de décompte.

(☞ 7) Si la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 1, alors cette zone est remplie par des blancs.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 22 A - 271

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : DATE DEBUT PERIODE ASSURABILITE

LIBELLE :

Cette zone est facultative.

(9) Elle ne peut provisoirement être remplie que par les hôpitaux et les infirmiers(ères) à domicile dans le cadre de la garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet.

Si l'hôpital ou l'infirmier(ère) à domicile veut faire valoir une garantie de paiement, cette zone doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans les zones 325, 336, 347, 358 ou 369 du message (My)Carenet 801900.

Cette zone est remplie si la position A de l'ET 20 Z 42-45 est égale à 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8N AAAAMMJJ - 305

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : DATE FIN PERIODE ASSURABILITE

LIBELLE :

Cette zone est facultative.

(☞ 9) Elle ne peut provisoirement être remplie que par les hôpitaux et les infirmiers(ères) à domicile dans le cadre de la garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet.

Si l'hôpital ou l'infirmier(ère) à domicile veut faire valoir une garantie de paiement, cette zone doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans les zones 326, 337, 348, 359 ou 370 du message (My)Carenet 801900.

Cette zone est remplie si la position A de l'ET 20 Z 42-45 est égale à 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8N AAAAMMJJ - 313

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : DATE COMMUNICATION INFORMATION

LIBELLE :

Cette zone est facultative.

(9) Elle ne peut provisoirement être remplie que par les hôpitaux et les infirmiers(ères) à domicile dans le cadre de la garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet.

Si l'hôpital ou l'infirmier(ère) à domicile veut faire valoir une garantie de paiement, cette zone doit être remplie avec la date à laquelle l'OA a communiqué les données (d'assurabilité) via le message (My)Carenet 801900. Cette date se trouve dans les zones 334, 345, 356, 367 ou 378 du message 801900.

Cette zone est remplie si la position A de l'ET 20 Z 42-45 est égale à 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8N AAAAMMJJ - 321

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : MAF ANNEE EN COURS

LIBELLE :

Cette zone est facultative.

(9) Elle ne peut provisoirement être remplie que par les hôpitaux et les infirmiers(ères) à domicile dans le cadre de la garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet.

Si l'hôpital ou l'infirmier(ère) à domicile veut faire valoir une garantie de paiement, cette zone doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans la zone 321 du message (My)Carenet 801900.

Cette zone est remplie si la position A de l'ET 20 Z 42-45 est égale à 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4N AAAA - 329

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : MAF ANNEE EN COURS - 1

LIBELLE :

Cette zone est facultative.

(☞ 9) Elle ne peut provisoirement être remplie que par les hôpitaux et les infirmiers(ères) à domicile dans le cadre de la garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet.

Si l'hôpital ou l'infirmier(ère) à domicile veut faire valoir une garantie de paiement, cette zone doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans la zone 322 du message (My)Carenet 801900.

Cette zone est remplie si la position A de l'ET 20 Z 42-45 est égale à 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4N AAAA - 333

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : MAF ANNEE EN COURS - 2

LIBELLE :

Cette zone est facultative.

(☞ 9) Elle ne peut provisoirement être remplie que par les hôpitaux et les infirmiers(ères) à domicile dans le cadre de la garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet.

Si l'hôpital ou l'infirmier(ère) à domicile veut faire valoir une garantie de paiement, cette zone doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans la zone 323 du message (My)Carenet 801900.

Cette zone est remplie si la position A de l'ET 20 Z 42-45 est égale à 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4N AAAA - 337

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 30

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : NORME JOURNEES D'ENTRETIEN

LIBELLE :

Les organismes assureurs doivent communiquer à l'I.N.A.M.I. le nombre d'hospitalisations.

La valeur norme ne doit être mentionnée que lorsqu'il s'agit d'une facture d'hospitalisation (ET 20 Z 10 = 1) contenant au moins un enregistrement de type 30 avec des journées d'entretien.

Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à zéro.

L'hospitalisation chirurgicale de jour suit les mêmes règles de facturation que celles des mini, maxi-forfait et forfaits A, B, C et D.

Dès lors, pour l'hôpital chirurgical de jour, tant dans l'enregistrement du forfait par jour que dans celui du forfait par admission, la zone 3 (norme journées d'entretien) est égale à «zéro», et cela qu'il s'agisse de codes hospitalisés ou ambulants.

La norme 2 est réservée pour la facturation d'un séjour hospitalier classique, limitée à un enregistrement (ex. code prestation 0768025).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	S'il s'agit du premier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.
2	S'il s'agit d'un décompte unique des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.
9	S'il s'agit du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.
0	S'il ne s'agit pas du premier, du seul ou du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.

RUBRIQUE : PSEUDO-CODE JOURNEE D'ENTRETIEN ET FORFAIT

LIBELLE :

Ce code permet d'effectuer la comptabilité selon les rubriques prévues par l'I.N.A.M.I.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Remarque : Chaque enregistrement "intervention personnelle" doit être précédé par un enregistrement "journée d'entretien" et le nombre des deux enregistrements doit être identique.

(☞ 7) Ces enregistrements « montant par jour » et « intervention personnelle » doivent toujours rester ensemble, même dans le cas d'une note de crédit, d'une facture de correction ou d'une réintroduction.

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 2

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Code
b)bis A partir du 2 ^{ème} jour et jusque et y compris le 90 ^{ème} jour du séjour dans une institution psychiatrique	
TIP - descendants	0799422
TIP – chômeurs assimilés + PAC	0799444
TIP avec PAC ou pension alimentaire	0799466
TIP sans PAC	0799481
VIPO+ PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0799503
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire	0799525
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC	0799540
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0799562
<i>Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.</i>	
c) A partir du 91 ^{ème} jour jusque et y compris le 365 ^{ème} jour du séjour dans une institution psychiatrique	
TIP - descendants	0799584
TIP – chômeurs assimilés + PAC	0799606
TIP avec PAC ou pension alimentaire	0799621
TIP sans PAC	0799643
VIPO+ PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0799665
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire	0799680
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC	0799702
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0799724
<i>Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.</i>	
d) A partir du 91 ^{ème} jour du séjour dans un hôpital général ou à partir du 366 ^{ème} jour jusqu'au dernier jour de la 5 ^{ème} année de séjour dans une institution psychiatrique	
TIP - descendants	0799820
TIP - chômeurs assimilés + PAC	0799842
TIP avec PAC ou pension alimentaire	0799746
TIP sans PAC	0799761
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0799886
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire	0799783
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC	0799805
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0799923
<i>Les tickets modérateurs pour les hôpitaux généraux doivent être repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF pour les prestations effectuées à partir du 01/01/04.</i>	
e) A partir du 1er jour de la 6 ^{ème} année du séjour dans une institution psychiatrique	
TIP - descendants	0766426
TIP - chômeurs assimilés avec PAC ou pension alimentaire + PAC	0766441
TIP - chômeurs assimilés sans PAC	0766765
TIP avec PAC ou pension alimentaire	0766382
TIP sans PAC	0766404
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0766485
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire	0766566
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC	0766581
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 % avec PAC ou pension alimentaire + PAC	0766522
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 % sans PAC	0766780
<i>Ces tickets modérateurs ne sont <u>PAS</u> repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.</i>	

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<u>Libellé</u>	<u>Code</u>
B. <u>En cas de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle</u>	
a) 1er jour	
TIP - descendants	0766625
TIP - chômeurs titulaires assimilés + PAC	0766640
TIP - autres	0766662
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0766684
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - autres	0766706
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0766721
b) A partir du 2e jour	
TIP - descendants	0766824
TIP - chômeurs titulaires assimilés + PAC	0766846
TIP - autres	0766861
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0766883
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - autres	0766905
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0766920
C. <u>En cas de certaines conventions avec les établissements de rééducation comme prévu dans l'arrêté royal du 29 avril 1996</u>	
Tickets modérateurs en cas de facturation ordinaire	0765973
Tickets modérateurs en cas de dépassement de la capacité normale de facturation	0765995
(☞ 3) Tickets modérateurs en cas de ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale (nCPAP) durant le sommeil	0765951
(☞ 4) Remarque : Ces pseudo-codes peuvent uniquement être utilisés pour le ticket modérateur pour bénéficiaires sans régime préférentiel (CT 1 – CT 2 = XX0). Pour les bénéficiaires avec régime préférentiel (CT 1 – CT 2 = XXI), aucun enregistrement ticket modérateur ne peut être mentionné.	
D. <u>En cas de séjour en maison de soins psychiatriques</u>	
Quote-part personnelle	
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790731 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790753 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790775 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790790 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790812 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790834 -
Remarque : pour les bénéficiaires qui sont dans le 2ème groupe dans l'ancien et le nouveau régime, le nouveau pseudo-code 0790812 doit être utilisé. Le régime de transition reste d'application tant que le séjour <u>sans interruption</u> est prolongé.	
Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel (diminuée de €6,20)	
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790856 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790871 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790893 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790915 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790930 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790952 -
Remarque : pour les bénéficiaires qui sont dans le 2ème groupe dans l'ancien et le nouveau régime, le nouveau pseudo-code 0790930 doit être utilisé. Le régime de transition reste d'application tant que le séjour <u>sans interruption</u> est prolongé.	

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 1) 3) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques</i>		0750002
(☞ 9) 3 bis) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pendant la période de nutrition parentérale au domicile du patient</i>	0750175	
(☞ 9) 3 ter) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pour les patients qui séjournent dans les MSP</i>	0751811	
4) <i>Frais de déplacements pour prématurés</i>		0773581
(☞ 7) 4 bis) <i>Frais de transport pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique.(art. 4 § 4 Convention Psy-OA)</i>		0761946
(☞ 15) <i>au départ d'un service isolé Sp ou G (art. 5 bis Convention Hôp-OA)</i>		0761961
5) <i>Honoraires forfaitaires de biologie clinique payable par journée d'hospitalisation</i>		0592001
6) <i>Hôpital militaire de Neder-Over-Heembeek</i>		
a) <i>Prix - tout - compris par journée d'hospitalisation dans le service pour des bénéficiaires atteints de graves brûlures</i>		0760524
b) <i>Prix de journée d'entretien pour traitement par oxygénothérapie hyperbare</i>		0760642
(☞ 28) c) <i>Forfait « hôpital de jour » (sous réserve de publication de l'AM)</i>	0760653	0760664
7) <i>Journée d'entretien forfaitaire</i>		
a) <i>Utilisation de la salle de plâtre</i>	0761036	0761040
Miniforfait	0761213	-
Maxiforfait	0761235	0761246
(☞ 4) Forfait groupe 1	0768176	0768180
(☞ 4) Forfait groupe 2	0768191	0768202
(☞ 4) Forfait groupe 3	0768213	0768224
(☞ 4) Forfait groupe 4	0768235	0768246
(☞ 4) Forfait groupe 5	0768250	0768261
(☞ 4) Forfait groupe 6	0768272	0768283
(☞ 4) Forfait groupe 7	0768294	0768305
(☞ 5) Forfait 1 douleur chronique	0768316	0768320
(☞ 5) Forfait 2 douleur chronique	0768331	0768342
(☞ 5) Forfait 3 douleur chronique	0768353	0768364
(☞ 24) Forfait manipulation cathéter à chambre	0768375	0768386
b) <i>Service A : prix de la journée d'entretien en application de l'art. 2, §4 de la convention nationale (50% du prix total de la journée d'entretien)</i>	0761073	-
c) <i>Journée d'entretien forfaitaire de dialyse rénale</i>	0761272	0761283

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
8) <i>Dialyse à domicile ou dans un centre</i>		
a) Hémodialyse à domicile	0761493	-
Hémodialyse à domicile avec ...infirmier ...	0761456	-
(☞) b) Dialyse dans un centre collectif d'autodialyse	0761515	0761526
c) Dialyse péritonéale à domicile	0761552	-
Dialyse péritonéale à domicile avec ...(CCPD)	0761530	-
Dialyse péritonéale à domicile avec ...infirmier ...	0761471	-
d) Dialyse péritonéale fractionnée à domicile	0761574	-
Dialyse péritonéale fractionnée à domicile avec ...(CCPD)	0761655	-
Dialyse péritonéale fractionnée à domicile avec ...infirmier ...	0761670	-
e) Frais de déplacement dialyse	0761596	-
9) <i>Postcure de rééducation</i>		
- pour des bénéficiaires qui ont séjourné pendant 3 mois au moins dans un établissement psychiatrique (art. 3, § 1 de la convention nationale établissements psychiatriques - O.A.)	0762134	-
- Thérapie individuelle (art. 3, § 2 de la convention nationale établissements psychiatriques - O.A.)	0762156	-
- Thérapie de groupe (art. 3, § 2 de la convention nationale établissements psychiatriques - O.A.)	0762171	-

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambu.	Hospi.
10) A. <i>Maisons de repos et de soins</i>		
- forfait pour catégorie B dans la MRS (intervention complète)	0763033	-
- forfait pour catégorie C dans la MRS (intervention complète)	0763055	-
- forfait pour catégorie Cdem dans la MRS (intervention complète)	0763070	-
- forfait pour catégorie Cc dans la MRS (intervention complète)	0763092	-
- forfait pour catégorie B dans la MRS (intervention partielle)	0763114	-
- forfait pour catégorie C dans la MRS (intervention partielle)	0763136	-
- forfait pour catégorie Cdem dans la MRS (intervention partielle)	0763151	-
- forfait pour catégorie Cc dans la MRS (intervention partielle)	0763173	-
B. <i>Maisons de repos pour personnes âgées</i>		
- établissement non-agréé, enregistré	0764411	-
- forfait pour catégorie O dans la MRPA (intervention complète)	0763195	-
- forfait pour catégorie A dans la MRPA (intervention complète)	0763210	-
- forfait pour catégorie B dans la MRPA (intervention complète)	0763232	-
- forfait pour catégorie C dans la MRPA (intervention complète)	0763254	-
- forfait pour catégorie Cdem dans la MRPA (intervention complète)	0763276	-
(☞ 38) - forfait pour catégorie D dans la MRPA (intervention complète)	0763696	-
- forfait pour catégorie O dans la MRPA (intervention partielle)	0763291	-
- forfait pour catégorie A dans la MRPA (intervention partielle)	0763313	-
- forfait pour catégorie B dans la MRPA (intervention partielle)	0763335	-
- forfait pour catégorie C dans la MRPA (intervention partielle)	0763350	-
- forfait pour catégorie Cdem dans la MRPA (intervention partielle)	0763372	-
(☞ 38) - forfait pour catégorie D dans la MRPA (intervention partielle)	0763711	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie O dans la MRPA (intervention complète) – court séjour	0763394	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie A dans la MRPA (intervention complète) - court séjour	0763416	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie B dans la MRPA (intervention complète) – court séjour	0763431	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie C dans la MRPA (intervention complète) – court séjour	0763453	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie Cdem dans la MRPA (intervention complète) – court séjour	0763475	-
(☞ 38) - forfait pour catégorie D dans la MRPA (intervention complète) – court séjour	0763733	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie O dans la MRPA (intervention partielle) – court séjour	0763490	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie A dans la MRPA (intervention partielle) – court séjour	0763512	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie B dans la MRPA (intervention partielle) – court séjour	0763534	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie C dans la MRPA (intervention partielle) - court séjour	0763556	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie Cdem dans la MRPA (intervention partielle) – court séjour	0763571	-
(☞ 38) - forfait pour catégorie D dans la MRPA (intervention partielle) – court séjour	0763755	-
C. <i>Centres de soins de jour</i>		
Forfait F	0764514	-
(☞ 33) Forfait Fp	0764912	-
(☞ 38) Forfait D	0764934	-
(☞ 38) Forfait Fd	0764956	-
(☞ 23) D. MRS-MRPA : Ristourne sur le coût solidarisé du matériel d'incontinence	0763593	-

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
11) <i>Initiatives d'habitations protégées</i>	0762576	-
(☞ 7)12) <i>Frais de séjour dans les centres médicaux pédiatriques (*)</i> :		
- journée de prise en charge ambulatoire	0773430	-
- journée de prise en charge interne	-	0773463
- journée de prise en charge ambulatoire - dépassement de la facturation normale	0773474	-
- journée de prise en charge interne - dépassement de la facturation normale	-	0773500
- 1er jour de prise en charge interne :		
• qualité «personne à charge»+PAS de régime préférentiel	-	0767325
• autres	-	0767340
- à partir du 2ème jour de prise en charge interne :		
• qualité «personne à charge»+PAS de régime préférentiel	-	0767362
• autres	-	0767384
- prise en charge ambulatoire	0767395	-
13) <i>Maisons de soins psychiatriques</i>		
a) Montant total de séjour pour		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0762510	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0762532	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0762554	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0762591	-
b) Jours de congé non payés	0791512	-
c) Jours de congé payés individuels		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0791814	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0791836	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0791851	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0791873	-
(☞) d) Séjour dans des camps de vacances collectifs		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0791711	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0791733	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0791755	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0791770	-
(☞ 11) e) Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP	0762775	-

Le montant de cette intervention doit être mentionné en positif dans l'ET 30 Z 19 et en négatif dans l'ET 30 Z 27.

(☞ 7)(*) jusqu'au 30/06/2007

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Code
14) <i>Hôpitaux et services psychiatriques</i>	
<u>Services A1 et T1</u> : séjour temporaire de jour	
dans l'hôpital général : montant par admission	0793026 (**)
montant par jour sans intervention personnelle	0793041 (**)
montant prix de journée 100%	0793380 (*)
dans l'hôpital psychiatrique : montant par jour sans intervention personnelle	0793063 (**)
montant prix de journée 100%	0793402 (*)
<u>Service K1</u> : séjour de jour	
dans l'hôpital général : montant par admission	0793085 (**)
montant par jour sans intervention personnelle	0793100 (**)
montant prix de journée 100%	0793424 (*)
dans l'hôpital psychiatrique : montant par jour sans intervention personnelle	0793122 (**)
montant prix de journée 100%	0793446 (*)
<u>Service K2</u> : séjour de nuit	
dans l'hôpital général : montant par admission	0793144 (**)
montant par jour sans intervention personnelle	0793166 (**)
montant prix de journée 100%	0793461 (*)
dans l'hôpital psychiatrique : montant par jour sans intervention personnelle	0793181 (**)
montant prix de journée 100%	0793483 (*)
(☞ 1) <u>Services A2 et T2</u> : Hospitalisation partielle de nuit	
dans l'hôpital général : montant par admission	0793203
dans l'hôpital général et dans l'hôpital psychiatrique : montant par jour	
a) Activité sans rémunération ou pas d'activité : sans intervention personnelle	0793225
b) Activité rémunérée, dans un atelier protégé : intervention personnelle du 2ème jour reste d'application pour la durée totale de l'hospitalisation	0793240
c) Activité autrement rémunérée : intervention personnelle, patient ordinaire	0793262
dans l'hôpital général et dans l'hôpital psychiatrique : montant prix de journée 100%	0793505 (***)

(☞) (*) à ne mentionner que dans la facture aux tiers (autre que 7 O.A.) ; supprimé à partir de la date de prestation 01/01/2006, dorénavant ces montants sont mentionnés sous les pseudo-codes normaux pour le prix de journée 100% (0768504 et 0768423).

(☞) (**) supprimé à partir de la date de prestation 01/01/2006, dorénavant ces montants sont facturés sous les pseudo-codes normaux pour le montant par jour et le montant par admission (0768003, 0768025 et 0768121).

(***) à ne mentionner que dans la facture aux tiers (autre que 7 O.A.).

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<u>Libellé</u>	<u>Ambulant</u>	<u>Hospitalisé</u>
----------------	-----------------	--------------------

Hospitalisation en cas de placement familial

uniquement en hôpital psychiatrique

<u>Service Tf</u> : prix en cas de placement familial dans l'hôpital		0793284 (**)
		0793520 (*)

<u>Service Tp</u> : prix en cas de placement familial à domicile		0793306
--	--	---------

Absence à visée thérapeutique d'un établissement hospitalier (non-payé)

(dans les hôpitaux généraux et psychiatriques)

Faire un enregistrement de type 30 séparé avec mention des dates de début et de fin de la période d'absence (art. 7, § 7 du règlement du 28/07/2003).

0791604

(☞ 8) <u>Congé non-payé</u>	0791490(***)	0791501
-----------------------------	--------------	---------

(☞ 3) <u>Congé non-payé durant une période de rééducation</u>		0792503
---	--	---------

Prix de journée d'entretien pour les séjours dans des camps de vacances collectifs

(art. 5 de la convention nationale entre les établissements psychiatriques et les organismes assureurs)

- Pour des patients hospitalisés en séjour complet en psychiatrie (jour et nuit)
 - tous les services, à l'exception du service Tp (placement familial à domicile) 0793321
 - service Tp 0793343
- Pour des patients hospitalisés en séjour partiel en psychiatrie (jour ou nuit)
 - tous les services en psychiatrie 0793365

(☞ 15) 15) *Les suppléments par type de chambre* doivent être mentionnés dans un enregistrement de type 30 séparé via l'un des pseudo-codes suivants :

chambre à deux personnes	0761611 (X)	0761622 (X)
chambre individuelle	0761633	0761644

(☞ 3) Si aucun supplément de chambre n'est porté en compte, aucun enregistrement « supplément de chambre » ne peut être établi. Dans la zone prestation relative de l'enregistrement « montant par jour », le type de chambre, dans laquelle le patient séjourne réellement, doit être indiqué.

(☞) (*) à ne mentionner que dans la facture aux tiers (autre que 7 O.A.) ; supprimé à partir de la date de prestation 01/01/2006, dorénavant cette prestation est facturée sous le pseudo-code 0768423

(☞) (**) supprimé à partir de la date de prestation 01/01/2006, dorénavant facturée sous le pseudo-code 0768121.

(☞ 8) (***) ce pseudo-code est utilisé pour les absences en MRPA-MRS

(☞ 15) (X) A partir du 1/1/2010, aucun supplément de chambre ne peut être facturé pour une chambre de deux personnes. Ces pseudo-codes ne peuvent plus être mentionnés dans la Z 4. Cependant, ils doivent bien être mentionnés comme prestation relative (Z 17-18) dans l'enregistrement « montant par jour ».

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
16) <i>Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions types</i>		
(€ 35) - Oxygénothérapie de longue durée à domicile (jusqu'au 30/6/2012 inclus)		
Oxygénothérapie à domicile au moyen d'un concentrateur d'oxygène	0772516	(*)
Oxygénothérapie à domicile par oxygène liquide	0772531	(*)
(€ 7) Oxygène gazeux médicinal (prévu dans §207 de la liste de l'A.R. 21/12/2001)	0775176	(*)
(€ 7) Oxygène gazeux médicinal (pas prévu dans §207 de la liste de l'A.R. 21/12/2001)	0775191	(*)
(€ 35) - Oxygénothérapie de longue durée à domicile (à partir du 1/7/2012) (***)		
Oxygénothérapie de longue durée avec un oxyconcentrateur fixe	0797252	
Oxygénothérapie de longue durée avec un oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur de recharge	0797274	
Oxygénothérapie de longue durée avec un oxyconcentrateur fixe et un oxyconcentrateur portable	0797296	
(€ 36) Oxygénothérapie de longue durée par oxygène liquide (**)	0797311	
Oxygénothérapie de longue durée avec un oxyconcentrateur fixe, complété de petites bouteilles d'oxygène	0797333	
- Surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile des nourrissons menacés de mort subite		
- surveillance respiratoire	0772833	
(€) - surveillance cardio-respiratoire	0775250	
(€) - surveillance cardio-respiratoire	0775272	
(€ 6)- Autopsie après le décès inopiné et médicalement inexpliqué d'un enfant de moins de 18 mois		
- Transport de l'enfant décédé en vue d'une autopsie	0775316	0775320
- Autopsie réalisée par un médecin anatomopathologiste selon un protocole standard	0775294	0775305
- Soutien psychologique des parents et de la famille	0775331	0775342
(€ 8) - Insuline continue, thérapie d'infusion à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable	0772450	0772461
(€ 8) - Autogestion de patients atteints de diabète sucré		
- Groupe 1A	0770033	
- Groupe 1B	0770055	
- Groupe 2	0773253	
- Groupe 3A (avec DMG)	0771573	
- Groupe 3A (sans DMG)	0773592	
- Groupe 3B	0771595	
- Renvoi vers une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne	0770070	
(€ 12) - Education ambulatoire d'un patient trajet de soins		
(€ 12) a) Forfait annuel ordinaire	0786015	
(€ 12) b) Forfait annuel majoré pour les patients qui commencent une autogestion	0786030	
(€ 12) - Education d'un patient trajet de soins hospitalisé		0786085
(€ 12) - Programme d'autogestion pour un patient hospitalisé qui commence une autogestion et qui a l'intention de conclure un contrat trajet de soins après son hospitalisation :		
(€ 12) a) forfait matériel (matériel pour une période de 6 mois) (une seule fois)		0786100
(€ 12) b) forfait éducation (une seule fois)		0786122
(€ 12) - Forfait annuel relatif au coaching général	0786052	
(€ 35) (*) supprimé à partir du 1/7/2012		
(€ 36) (***) La spécialité pharmaceutique "oxygène liquide" est facturée dans l'enregistrement de type 40 sous le pseudo-code 751052 et sous un code CNK repris dans la liste annexée à l'AR du 21/12/2001. Elle peut être reprise sur la même facture que le forfait (type de facture 6) ou sur une facture ambulatoire séparée (type de facture 3).		
(€ 36) (***) Si les forfaits sont facturés pour un bénéficiaire hospitalisé dans un autre hôpital (voir art.14 de la convention), la facturation doit, dans ce cas, s'effectuer sous les pseudo-codes ambulatoires et sur une facture de rééducation externe (type de facture 6) avec le pseudo-code service 770.		

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
- Convention diabète enfants		
- Autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	0773113	
- Programme pour "les patients très intensifs" et assimilés – enfants et adolescents	0774115	
- Programme pour diabétiques * 3 administrations d'insuline par jour * 4 courbes journalières de glycémie par semaine et assimilés – enfants et adolescents	0774130	
- Programme pour diabétiques * 2 administrations d'insuline par jour * 2 courbes journalières de glycémie par semaine et assimilés – enfants et adolescents	0774152	
(☞ 6) - Programme pour enfants et adolescents diabétiques traités à l'aide d'une pompe à insuline	0775456	
(☞ 6) - Programme pour insulinothérapie par perfusion pour diabétiques	0775471	
(☞ 6) - Frais de déplacement pour l'information et l'accompagnement dans le milieu de vie du bénéficiaire	0775493	
(☞ 8)- Convention cliniques curatives du pied diabétique		
- Consultation interdisciplinaire ambulatoire de la clinique du pied	0773393	
- Séance de soutien	0773496	
- Mucoviscidose :		
- Exécution du programme de rééducation fonctionnelle	0775913	0775924
- Réunion avec le médecin de famille ou le pédiatre de famille	0775935	0775946-
Maladies neuromusculaires : exécution du programme de rééducation fonctionnelle	0775950	0775961

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
- Troubles respiratoires chroniques graves:		
- Prestation réalisée par un(e) kinésithérapeute, un(e) ergothérapeute et/ou un(e) assistant(e) ou infirmier(ère) social(e) se déroulant au domicile du bénéficiaire en vue d'une adaptation de ce domicile en fonction de ses performances physiques (art. 11, § 1, 2ème alinéa)	0777512	0777523
- Prestation individuelle, exécutée par au moins 2 intervenants d'une discipline différente, avec une durée d'au moins deux heures qui peut être étalée au cours d'une journée (art. 12, § 1)	0777534	0777545
- Chaque prestation de rééducation avec une durée d'au moins 2 heures au cours de laquelle, pour toute sa durée, le nombre de bénéficiaires est égal au nombre de thérapeutes intervenant effectivement (art. 12, § 2)	0777556	077756
- Des prestations de minimum 2 heures, destinées exclusivement à l'éducation de bénéficiaires et de leurs familles adressées, simultanément, à un groupe de bénéficiaires plus nombreux que 5 (art.12, § 3)	0777571	0777582
- Honoraire pour la collaboration du médecin généraliste ou spécialiste assurant le traitement d'entretien (art.13, §4)	0777593	0777604
- Epilepsie réfractaire		
- Module d'évaluation pré-chirurgicale avec étude vidéo-E.E.G. non-invasive	0777711	0777722
- Module d'évaluation pré-chirurgicale complémentaire avec étude vidéo-E.E.G. invasive	0777733	0777744
- Module de rééducation fonctionnelle après chirurgie épileptique ou après implantation d'un stimulateur du nerf vague	0777755	0777766
- WADA test	0777770	0777781
- Discussions inter-équipes multidisciplinaires	0777792	0777803
(☞ 1) - Rédaction de rapports de fonctionnement multidisciplinaires dans le cadre de la nomenclature des aides à la mobilité :		
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les conventions 950	0770276	0770280
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement pour les conventions 950	0770291	0770302
(☞ 3) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les services de physiothérapie	0770313	0770324
(☞ 3) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement, pour les services de physiothérapie	0770335	0770346
(☞ 3) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les autres conventions	0770350	0770361
(☞ 3) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement, pour les autres conventions	0770372	0770383

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Ambulant****VENTILATION ASSISTEE CONTINUE A DOMICILE****Trachéotomie**

Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778094 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778116 (*)

Méthode non-invasive

Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778212 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778234 (*)

VENTILATION ASSISTEE DISCONTINUE A DOMICILE**Trachéotomie**

Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778330 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778352 (*)

Méthode non-invasive

Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778455 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778470 (*)

Pression positive continue à deux niveaux

Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778573 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778595 (*)

VENTILATION ASSISTEE NOCTURNE**Trachéotomie**

Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778691 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778713 (*)

Méthode non-invasive

Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778816 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778831 (*)

Pression positive continue à deux niveaux

Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778934 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778956 (*)

Pression négative périthoracique

Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0779052 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0779074 (*)

PERCUSSION INTRAPULMONAIRE

0779111 (*)

(☞ 7) (*) supprimés à partir du 1/1/2008

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Ambulant Gehosp

CONVENTION – SAOS

Pression positive continue par voie nasale pendant la nuit

0779096

0779100

CONVENTION - SOH

Convention SOH				Pseudo-codes	
				Ambulant	Hospitalisé
La prestation normale remboursable dans le cadre de la convention SOH est l'assistance ventilatoire (A.V.) nocturne par pression positive à 2 niveaux pour patients SOH				788012	788023
Autres traitements d'assistance ventilatoire, uniquement remboursables pour les patients déjà traités par cette méthode par le même établissement avant le 1/1/2008 et ce dans le cadre de la convention en vigueur à l'époque (mesure transitoire destinée à disparaître)					
A.V. continue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788034	788045
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788056	788060
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788071	788082
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788093	788104
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788115	788126
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788130	788141
	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788152	788163	
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788174	788185	
A.V. discontinue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788196	788200
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788211	788222
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788233	788244
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788255	788266
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788270	788281
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788292	788303
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788314	788325
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788336	788340
	pression positive à 2 niveaux (enfants < 5ans)	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788351	788362
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788373	788384
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788395	788406
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788410	788421
A.V. nocturne	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788432	788443
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788454	788465
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788476	788480
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788491	788502
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788513	788524
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788535	788546
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788550	788561
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788572	788583
	pression positive à 2 niveaux	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788594	788605
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788616	788620
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788631	788642
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788653	788664
pression négative périthoracique	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788675	788686	
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788690	788701	
percussion intra-pulmonaire		assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788712	788723	
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788734	788745	

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**CONVENTION - AVD**

Convention AVD				Pseudo-codes		
				Ambulant	Hospitalisé	
A.V. continue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789014	789025	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789036	789040	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789051	789062	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789073	789084	
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789095	789106	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789110	789121	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789132	789143	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789154	789165	
A.V. discontinue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789176	789180	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789191	789202	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789213	789224	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789235	789246	
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789250	789261	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789272	789283	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789294	789305	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789316	789320	
	pression positive à 2 niveaux (enfants < 5ans)	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789331	789342	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789353	789364	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789375	789386	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789390	789401	
	A.V. nocturne	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789412	789423
				sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789434	789445
			sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789456	789460
				sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789471	789482
méthode non invasive		percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789493	789504	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789515	789526	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789530	789541	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789552	789563	
pression positive à 2 niveaux		percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789574	789585	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789596	789600	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789611	789622	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789633	789644	
pression négative péithoracique	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789655	789666		
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789670	789681		
percussion intra-pulmonaire				assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789692	789703
Assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive				789714	789725	
				789736	789740	

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
- Conventions de rééducation médico-psycho-sociale spécialisées :		
- forfait de base	0772494	0772505
- forfait complémentaire	0774174	0774185
- Maladie métabolique		
- première séance de rééducation	0775832	0775843
- deuxième séance de rééducation	0775854	-
- présence médecin généraliste / pédiatre	0775876	0775880
- Accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée		
- premier forfait accompagnement grossesse non désirée	0775132	-
- second forfait accompagnement grossesse non désirée	0775154	-
- Rééducation fonctionnelle pour bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle (969)		
- Bilan initial	0771234	0771245
- Bilan intérimaire	0771256	0771260
- Séance in	0771271	0771282
- Séance out	0771293	0771304
- Séance de groupe	0771315	0771326
- Centres de références IMOC		
- Prestation art. 7, 1)	0783510	0783521
- Prestation art. 7, 2)	0783532	0783543
- Prestation art. 7, 3)	0783554	0783565
- Prestation art. 13, § 4, 1er alinéa	0783576	0783580
- Prestation art. 13, § 4, 2ème alinéa	0783591	0783602
- Spina Bifida - centres de références		
- Prestation art.12bis, §2, 1): forfait annuel pour un bénéficiaire < 3 ans	0783650	0783661
- Prestation art.12bis, §2, 2): forfait annuel pour un bénéficiaire de 3-18 ans	0783672	0783683
- Prestation art.12bis, §2, 3): forfait annuel pour un bénéficiaire de 19 ans ou plus	0783694	0783705
- Prestation art.13, § 4, 1 ^{er} alinéa: participation du médecin traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe	0783716	0783720
- Prestation art. 13, § 4, 2 ^{ème} alinéa: participation du kinésithérapeute traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe	0783731	0783742
- Centres de références pour les troubles du spectre autistique		
- module de diagnostic (8 heures)	0783613	0783624
- séance de coordination	0783635	0783646
- Centres de références multidisciplinaires de la douleur chronique		
- examen algologique multidisciplinaire	0783370	0783381
- séance de traitement	0783392	0783403
- honoraires de participation médecin généraliste	0783414 (*)	0783425 (*)
- honoraires de participation médecin spécialiste	0783436 (*)	0783440 (*)
(☞ 12) - Centres de référence en néphrologie pédiatrique		
- prestation annuelle	0787511	0787522
(☞ 28) - Clinique de la mémoire		
- Séance en clinique	0784512	0784523
- Séance à domicile (1ère séance)	0784534	-
- Séance à domicile (2e séance le même jour)	0784556	-

(☞ 12) (*) A partir du 1/11/2009, ces codes doivent être facturés dans l'enregistrement de type 50

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
<i>17) Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions spécifiques</i>		
<u>Facturation normale</u>		
Rééducation professionnelle	0772015	0772026
Rééducation motrice	0772030	0772041
Rééducation psychosociale	0772052	0772063
Alcooliques et toxicomanes	0772074	0772085
Psychotiques	0772096	0772100
Troubles précoces de l'interaction parents/enfants	0773371	0773382
Epileptiques	0772133	0772144
Malentendants	0772192	0772203
Rééducation enfants/adolescents ayant des troubles neurologiques	0775213	0775224
Paralysés cérébraux	0772295	0772306
Rééducation pour enfants maltraités	-	0772402
Rééducation pour des patients mucoviscidose	0772413	0772424
Refacturation de rééducation	0774012	0774023
(€ 26) Unités de répit	-	0776705
(€ 3) Enfants atteints de maladies chroniques		
- journée de rééducation ambulatoire non-intensive	0776893(*)	-
- journée de rééducation interne non-intensive	-	0776926(*)
- journée de rééducation ambulatoire intensive	0776930(*)	-
- journée de rééducation interne intensive	-	0776963(*)
(€ 12) Rééducation fonctionnelle pédiatrique	0777291	0777302
(€ 4) ASBL "La Porte Ouverte" – Blicquy – Journée de rééducation	-	0777685
Syndrome de fatigue chronique		
- programme de rééducation de bilan complet	0777836	0777840
- programme de rééducation de bilan incomplet	0777851	0777862
- forfait mensuel programme de rééducation interdisciplinaire spécifique	0777873	0777884
- rétribution médecin généraliste	0777954	0777965
- rétribution membres de l'équipe	0777976	0777980
<u>Dépassement de la "capacité normale de facturation" (facturation d'un prix réduit)</u>		
Rééducation professionnelle	0775596	0775600
Rééducation motrice	0775611	0775622
Rééducation psychosociale	0775633	0775644
Programmes de rééducation fonctionnelle pour alcooliques		
(€ 3) et toxicomanes	0775515	0775526
Programmes de rééducation fonctionnelle pour psychotiques	0775530	0775541
Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents/enfants	0776451	0776462
Programmes de rééducation fonctionnelle pour épileptiques	0775552	0775563
Programmes de rééducation fonctionnelle pour malentendants	0775670	0775681
Programmes de rééducation fonctionnelle pour paralysés cérébraux	0775574	0775585
Programmes de rééducation fonctionnelle pour enfants maltraités	-	0775740
Programmes de rééducation fonctionnelle pour mucoviscidose	0775751	0775762
(€ 26) Unités de répit	-	0776801
(€ 12) Rééducation fonctionnelle pédiatrique	0777313	0777324
(€ 4) ASBL "La Porte Ouverte" – Blicquy – Journée de rééducation	-	0777700
Syndrome de fatigue chronique		
- programme de rééducation de bilan complet	0777895	0777906
- programme de rééducation de bilan incomplet	0777910	0777921
- forfait mensuel programme de rééducation interdisciplinaire spécifique	0777932	0777943

(€ 8) **Remarque :** Les journées qui dépassent la capacité maximale ne doivent pas être mentionnées sur la facture.

(€ 12) (*)Supprimé pour les prestations à partir du 15/6/2009

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
Centres généraux (950)	0773614 0773673 0773732 0773754 0773776 0773791 0773813 0773872	0773625 0773684 0773743 0773765 0773780 0773802 0773824 0773883
Soins palliatifs		
- montant forfaitaire unique	0774056	-
- montant forfaitaire réduit	0774071	-
Jours de congé payés durant une période de rééducation	-	0772004
(☞ 3) Jours de congé payés durant une période de rééducation en cas de dépassement de la capacité normale de facturation	-	0771002

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Type de centre****Pseudo-numéro de code
de la nomenclature****Ambulant****Hospitalisé**Rééducation fonctionnelle de personnes présentant
des troubles de l'ouïe et du langage (953)*

Séances jusqu'à la capacité normale de facturation

- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782692	0782703
- 1,5 forfaits	0782714	0782725
- 1 forfait	0782736	0782740
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782751	0782762
- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782773	0782784
- 1,75 forfaits	0782795	0782806
- 1,66 forfaits	0782810	0782821
- 1,50 forfaits	0782832	0782843
- 1,33 forfaits	0782854	0782865
- 1,25 forfaits	0782876	0782880
- 1 forfait	0782891	0782902
- 0,75 forfait	0782913	0782924
- 0,66 forfait	0782935	0782946
- 0,50 forfait	0782950	0782961
- 0,33 forfait	0782972	0782983
- 0,25 forfait	0782994	0783005
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0783016	0783020

(☞ 15) (*) A partir du 1/1/2010, cette convention est remplacée par une nouvelle convention C.R.A. (voir nouveaux pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 S 20)

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Type de centre****Pseudo-numéro de code
de la nomenclature****Ambulant****Hospitalisé**

Séances au-delà de la capacité normale de facturation, jusqu'à la capacité maximale de facturation

- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0783031	0783042
- 1,5 forfaits	0783053	0783064
- 1 forfait	0783075	0783086
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0783090	0783101
- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0783112	0783123
- 1,75 forfaits	0783134	0783145
- 1,66 forfaits	0783156	0783160
- 1,50 forfaits	0783171	0783182
- 1,33 forfaits	0783193	0783204
- 1,25 forfaits	0783215	0783226
- 1 forfait	0783230	0783241
- 0,75 forfait	0783252	0783263
- 0,66 forfait	0783274	0783285
- 0,50 forfait	0783296	0783300
- 0,33 forfait	0783311	0783322
- 0,25 forfait	0783333	0783344
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0783355	0783366

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Type de centre****Pseudo-numéro de code
de la nomenclature****Ambulant Hospitalisé**Rééducation fonctionnelle des handicapés psychiques*

Séances jusqu'à la capacité normale de facturation

- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782014	0782025
- 1,5 forfaits	0782036	0782040
- 1 forfait	0782051	0782062
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782073	0782084
- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782095	0782106
- 1,75 forfaits	0782110	0782121
- 1,66 forfaits	0782132	0782143
- 1,50 forfaits	0782154	0782165
- 1,33 forfaits	0782176	0782180
- 1,25 forfaits	0782191	0782202
- 1 forfait	0782213	0782224
- 0,75 forfait	0782235	0782246
- 0,66 forfait	0782250	0782261
- 0,50 forfait	0782272	0782283
- 0,33 forfait	0782294	0782305
- 0,25 forfait	0782316	0782320
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782331	0782342

Séances au-delà de la capacité normale de facturation, jusqu'à la capacité maximale de facturation

- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782353	0782364
- 1,5 forfaits	0782375	0782386
- 1 forfait	0782390	0782401
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782412	0782423

(☞ 15) (*) A partir du 1/1/2010, cette convention est remplacée par une nouvelle convention C.R.A. (voir nouveaux pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 S 20)

(☞ 10)

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 20

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Type de centre**

**Pseudo-numéro de code
de la nomenclature**

Ambulant Hospitalisé

- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782434	0782445
- 1,75 forfaits	0782456	0782460
- 1,66 forfaits	0782471	0782482
- 1,50 forfaits	0782493	0782504
- 1,33 forfaits	0782515	0782526
- 1,25 forfaits	0782530	0782541
- 1 forfait	0782552	0782563
- 0,75 forfait	0782574	0782585
- 0,66 forfait	0782596	0782600
- 0,50 forfait	0782611	0782622
- 0,33 forfait	0782633	0782644
- 0,25 forfait	0782655	0782666
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782670	0782681

(☞ 15)

C.R.A. - convention secteur ORL-PSY			
<u>Groupes cibles (cf. art.3)</u>	<u>Séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 15)</u>	<u>Séances de rééducation ordinaires (cf. art. 19)</u>	<u>Séances de groupe pour enseignants (cf. art. 20)</u>
Groupe 1	796014-796025	796412-796423	796795-796806
Groupe 2	796036-796040	796434-796445	796810-796821
Groupe 3	796051-796062	796456-796460	796832-796843
Groupe 4	796073-796084	796471-796482	796854-796865
Groupe 5	796095-796106	796493-796504	796876-796880
Groupe 6	796110-796121	796515-796526	796891-796902
Groupe 7	796132-796143	796530-796541	796913-796924
Groupe 8	796154-796165	796552-796563	796935-796946
Groupe 9	796176-796180	796574-796585	796950-796961
Groupe 10	796191-796202	796596-796600	796972-796983
Groupe 11	796213-796224	796611-796622	796994-797005
Groupe 12	796235-796246	796633-796644	797016-797020
Groupe 13	796250-796261	796655-796666	797031-797042
Groupe 14	796272-796283	796670-796681	797053-797064
Groupe 15	796294-796305	796692-796703	797075-797086
Groupe 16	796316-796320	796714-796725	797090-797101
Groupe 17	796331-796342	796736-796740	797112-797123
Groupe 18	796353-796364	796751-796762	797134-797145
Groupe 19	796375-796386	796773-796784	797156-797160
Groupe 20	797193-797204	797215-797226	797230-797241
Nomenclature de logopédie (sans préjudice de l'art. 8, § 2, de la présente convention)	796390-796401	-	-
Groupe 1 bis	797171-797182		

(☞ 34)

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

	Pseudo-numéro de code de la nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 10) <u>Conventions de rééducation : forfaits de rattrapage</u>		
Etablissement de rééducation professionnelle (7.70)	0784114	0784125
Etablissement de rééducation motrice (7.71)	0784136	0784140
Etablissements de rééducation psycho-sociale pour adultes (7.72)	0783893	0783904
Etablissements de rééducation pour toxicomanes (7.73)	0783915	0783926
Etablissements de rééducation pour enfants et adolescents présentant des troubles mentaux graves (7.74)	0784151	0784162
Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents-enfants (7.745)	0784173	0784184
Etablissements de rééducation pour enfants présentant une pathologie médico-psycho-sociale grave (7.75)	0784195(*)	0784206(*)
Etablissements de rééducation pour enfants atteints d'affections respiratoires (7.765)	-	0777280
Centres de rééducation pédiatrique (7.766)	0777335	0777346
Etablissements de rééducation pour malentendants (7.79)	0784210	0784221
Etablissements de rééducation pour paralysés cérébraux (7.84)	0784232	0784243
Neuropsychiatrie infantile (7.845)	0784254	0784265
Centres de référence pour SFC (7.894)	0784276	0784280
Etablissements de rééducation psychique pour enfants (9.65)	0783871 (**)	0783882 (**)
Etablissements de réadaptation de l'ouïe et de la parole (9.53)	0783930 (**)	0783941 (**)
Équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs	0784092	-
Centres de référence pour patients atteints de mucoviscidose (789.1)	0784033	0784044
Centres de réf. pour patients atteints de maladies neuromusculaires (789.2)	0784055	0784066
Conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale spécialisées	0784011	0784022
Centres de référence Spina Bifida	0784070	0784081
Centres de références pour les troubles du spectre autistique	0785514	-
(☞ 11) Institution « Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle » à Fraiture	0785536	0785540
(☞ 21) Convention-C.R.A.	0784490	0784501
18) <i>Conventions Comité de l'Assurance</i>		
Sclérose en plaques (SEP)	0764551	0764562
Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	0764573	0764584
Huntington	0764595	0764606
(☞ 25CORR) Intervention art.10bis SEP	0764853	-
(☞ 25) Intervention art.10bis SLA	0764816	-
(☞ 25) Intervention art.10bis Huntington	0764831	-

(☞ 12) (*) Supprimé pour les prestations à partir du 15/6/2009

(☞ 21) (**) Supprimé pour les prestations à partir du 1/1/2010

RUBRIQUE : DATE PREMIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE

LIBELLE :

La date du premier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.

(☞ 8) (1^{er} jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

(☞ 8) Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité à laquelle le patient était affilié à la date mentionnée dans cette zone.

Les codes prestation 0762156 et 0762171 (postcure de rééducation à titre expérimental; art. 3, § 2 de la Convention Nationale) doivent être enregistrés jour par jour.

(☞ 21) Montant par admission (0768003, 0793203): date d'admission ou date de l'admission dans le 1^{er} service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : date valide

Si plusieurs enregistrements avec des frais de séjour se suivent (donc uniquement en cas de facturation des journées d'entretien ou remboursements journaliers forfaitaires), par ex. en cas de changement du tarif de remboursement, de chambre ou de service, la date de début de la deuxième période doit être égale à la date suivant la date de fin de la première période.

De cette règle, il peut être dérogé dans le cas de journées d'entretien pour les nouveaux-nés séjournant dans le service NIC (N) 270 ou dans le service N* (n) 190.

Exemple : nouveaux-nés jour 1	:	naissance
jours 2 et 3	:	vers service 270 NIC établir 721 facturation journée d'entretien 0768025
jours 4 et 5 et 6	:	retour auprès de la mère pas de journée d'entretien
jour 7	:	retour de la mère à la maison, enfant vers 190N* facturation journée d'entretien 0790020

En cas de changement de service, il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu avant 12 heures ou la date suivant la date de changement de service si le transfert a lieu à partir de 12 heures.

RUBRIQUE : DATE DERNIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE

LIBELLE :

La date du dernier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.

(☞ 8) (dernier jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

Remarque : Pendant une période faisant l'objet d'une facture (1 enregistrement de type 30), il ne peut être fait application que d'un seul prix pour la journée d'entretien ou intervention personnelle. Dans toute autre éventualité, il y a lieu de scinder cette période en 2 périodes ou plus.

Lorsqu'il s'agit d'un forfait par admission, la date d'admission doit être mentionnée dans cette zone.

La date de sortie doit être communiquée s'il y a une interruption effective du séjour.

En cas de prolongement de l'accord, aucune date de sortie ne doit être mentionnée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : date valide

Si plusieurs enregistrements avec des frais de séjour se suivent, par ex. en cas de changement du tarif de remboursement, de chambre ou de service, la date de fin de la première période doit être égale à la date qui précède la date du début de la deuxième période.

En cas de changement de service, il y a lieu de mentionner dans cette zone la date du changement si le transfert a lieu à partir de 12 heures ou la date suivant la date de changement de service si le transfert a lieu avant 12 heures.

(☞ 7) Cette date est toujours inférieure ou égale à la date actuelle et au mois facturé, sauf pour les forfaits de rééducation fonctionnelle suivants qui peuvent être facturés avant la fin de la période à laquelle ils se rapportent:

- conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale (7.76.0xx.xx)
- les centres de référence pour les maladies métaboliques (7.89.0xx.xx)
- les centres de référence de la mucoviscidose (7.89.1xx.xx)
- les centres de référence pour les maladies neuromusculaires (7.89.2xx.xx)
- les centres de référence en spina bifida (7.89.55x.xx)

(☞ 12) - les centres de référence en néphrologie pédiatrique (7.89.7xx.xx)

(☞ 12) - autogestion de patients atteints du diabète sucré : pseudo-codes 786015, 786030, 786052 et 786100

(☞ 18) Règles particulières concernant les forfaits mensuels dans le cadre de la convention diabète

La date de fin est toujours égale au « jour x-1 du mois suivant », sauf :

- si la date de début = 30/1/yyyy, alors la date de fin est 28/2/yyyy (dans une année bissextile 29/2/yyyy)
- si la date de début = 31/1/yyyy, alors la date de fin est 28/2/yyyy (dans une année bissextile 29/2/yyyy)
- si la date de début = 1/mm/yyyy, alors la date de fin est le dernier jour du mois

Exemple de facturation d'un séjour hospitalier normal.

Admission 26/03/2003 à 11.00 heures dans le service 210
 Sortie 10/04/2003 à 10.00 heures dans le service 210
 Transfert 28/03/2003 à 02.19 heures dans le service 490
 Transfert 30/03/2003 à 10.57 heures dans le service 210
 Congé 01/04/2003 à 00.01 heures jusqu'au 03/04/2003 08.00 heures
 Retour 03/04/2003 à 08.00 heures dans le service 210
 Sortie 10/04/2003 à 10.00 heures dans le service 210

Séjour dans le service 210 = chambre à 2 lits

Séjour dans le service 490 = chambre commune

Forfait par admission	=	77,85 EUR
Forfait par jour	=	9,58 EUR
Prix 100%	=	199,68 EUR
IP 1er jour	=	39,34 EUR
IP jours suivants	=	12,07 EUR
Supplément chambre	=	18,95 EUR
Forfait bio clinique	=	15,07 EUR
Forfait médicaments	=	0,62 EUR

ENREGISTREMENT DE TYPE			20	30	30	30	30	30	30	30	
ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	DEBUT	MONTANT	MONTANT	INTERVENTION	MONTANT	INTERVENTION	MONTANT	INTERVENTION	
			FACTURE	PAR ADMISSION	PAR JOUR	PERSONNELLE	PAR JOUR	PERSONNELLE	PAR JOUR	PERSONNELLE	
1	2 N	1-2	20	30	30	30	30	30	30	30	
2	6 N	3-8	NUMERO								
3	1 N	9-9	VALEUR	0	1	0	0	0	0	0	
4	7 N	10-16	0001100	768003	768025	766102	768025	766301	768025	766301	
5	8 N	17-24	20030326	20030326	20030326	20030326	20030327	20030327	20030328	20030328	
6 a	4 N	25-28	20030410	20030326	20030326	20030326	20030327	20030327	20030329	20030329	
6 b	4 N	29-32									
7	3 N	33-35	NUMERO								
8 a	12 N	36-47	NUMERO								
8 b	1 N	48-48									
9	1 N	49-49	VALEUR								
10	1 N	50-50	1	VALEUR							
11	1 N	51-51	VALEUR	REFERENCE							
12	1 N	52-52	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	3 N	53-55	210	210	210	210	210	210	490	490	
14	12 N	56-67	NUMERO								
15	12 N	68-79	NUMERO								
16	1 N	80-80	VALEUR	0	0	0	0	0	0	0	
17	4 N	81-84	VALEUR	0	0761622	0	0761622	0	0761600	0	
18	3 N	85-87	NUMERO								
19	12 N	88-99	NUMERO	+77,85	+9,58	-39,34	+9,58	-12,07	+19,16	-24,14	
20	7 N	100-106	0	0	0	0	0	0	0	0	
21	1 N	107-107		0	0	0	0	0	0	0	
22	5 N	108-112	01000	+1	+1	+1	+1	+1	+2	+2	
23	2 N	113-114	0	0	0	0	0	0	0	0	
24	5 N	115-119	NUMERO	+0	+199,68	+0	+199,68	+0	+399,36	+0	
25	7 N	120-126									
26	1 N	127-127	0	0	0	0	0	0	0	0	
27	10 N	128-137	CODE	+0	+0	+39,34	+0	+12,07	+0	+24,14	
28	25 A	138-162	REFER. ETABLISSEMENT								
29	2 N	163-164	0	0	0	0	0	0	0	0	
30	2 N	165-166		+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0	
31	8 N	167-174									
32	1 N	175-175	0	VALEUR							
33	1 N	176-176	0	0	0	VALEUR	0	VALEUR	0	VALEUR	
34	1 N	177-177	0	0	0	0	0	0	0	0	
35	1 N	178-178		0	0	0	0	0	0	0	
36	1 N	179-179		0	0	0	0	0	0	0	
37	3 N	180-182		0	0	0	0	0	0	0	
38	12 N	183-194		0	0	0	0	0	0	0	
39	10 N	195-204		0	0	0	0	0	0	0	
40	2 N	205-206		0	0	0	0	0	0	0	0
41	6 N	207-212	0	0	0	0	0	0	0	0	
42	6 N	213-218	DONNEES DE REFERENCE	0	0	0	0	0	0	0	
43	12 N	219-230		0	0	0	0	0	0	0	
44	4 N	231-234		CARTE S.I.S.	0	0	0	0	0	0	0
45	26 N	235-260		0	0	0	0	0	0	0	0
46	1 N	261-261		0	0	0	0	0	0	0	0
47	8 N	262-269	0	0	0	0	0	0	0	0	
48	1 N	270-270	0	VALEUR							
49	12 N	271-282	0	0	0	0	0	0	0	0	
50	4 N	283-286		0	0	0	0	0	0	0	
51	6 N	287-292		0	0	0	0	0	0	0	0
52	54 N	293-346		0	0	0	0	0	0	0	0
98	2 N	347-348		0	0	0	0	0	0	0	0
99	2 N	349-350	C.C. ENREGISTREMENT								

ENREGISTREMENT DE TYPE			30	30	30	30	30	30	30	30
ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	MONTANT	INTERVENTION	CONGE	MONTANT	INTERVENTION	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT
			PAR JOUR	PERSONNELLE	NON PAYE	PAR JOUR	PERSONNELLE	CHAMBRE	CHAMBRE	CHAMBRE
1	2 N	1-2	30	30	30	30	30	30	30	30
2	6 N	3-8	NUMERO							
3	1 N	9-9	0	0	0	9	0	0	0	0
4	7 N	10-16	768025	766301	791501	768025	766301	761622	761622	761622
5	8 N	17-24	20030330	20030330	20030401	20030403	20030403	20030326	20030330	20030403
6 a	4 N	25-28	20030331	20030331	20030402	20030409	20030409	20030327	20030331	20030409
6 b	4 N	29-32								
7	3 N	33-35	NUMERO							
8 a	12 N	36-47	NUMERO							
8 b	1 N	48-48								
9	1 N	49-49	VALEUR							
10	1 N	50-50	VALEUR							
11	1 N	51-51	REFERENCE							
12	1 N	52-52	0	0	0	0	0	0	0	0
13	3 N	53-55	210	210	0	210	210	0	0	0
14	12 N	56-67	NUMERO							
15	12 N	68-79	NUMERO							
16	1 N	80-80	0	0	0	0	0	0	0	0
17	4 N	81-84	0761622	0	0	0761622	0	0	0	0
18	3 N	85-87								
19	12 N	88-99	+19,16	-24,14	+0	+67,06	-84,49	+0	+0	+0
20	7 N	100-106	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1 N	107-107	0	0	0	0	0	0	0	0
22	5 N	108-112	+2	+2	+2	+7	+7	+2	+2	+7
23	2 N	113-114	0	0	0	0	0	0	0	0
24	5 N	115-119	+399,36	+0	+0	+1397,76	+0	+0	+0	+0
25	7 N	120-126								
26	1 N	127-127	0	0	0	0	0	0	0	0
27	10 N	128-137	+0	+24,14	+0	-0	-84,49	+0	+0	+0
28	25 A	138-162	REFER. ETABLISSEMENT							
29	2 N	163-164	0	0	0	0	0	0	0	0
30	2 N	165-166	+0	+0	+0	+0	+0	+37,90	+37,90	+132,65
31	8 N	167-174								
32	1 N	175-175	VALEUR							
33	1 N	176-176	0	VALEUR	0	0	VALEUR	0	0	0
34	1 N	177-177	0	0	0	0	0	0	0	0
35	1 N	178-178	0	0	0	0	0	0	0	0
36	1 N	179-179	0	0	0	0	0	0	0	0
37	3 N	180-182	0	0	0	0	0	0	0	0
38	12 N	183-194	0	0	0	0	0	0	0	0
39	10 N	195-204	0	0	0	0	0	0	0	0
40	2 N	205-206	0	0	0	0	0	0	0	0
41	6 N	207-212	0	0	0	0	0	0	0	0
42	6 N	213-218	0	0	0	0	0	0	0	0
43	12 N	219-230	0	0	0	0	0	0	0	0
44	4 N	231-234	0	0	0	0	0	0	0	0
45	26 N	235-260	0	0	0	0	0	0	0	0
46	1 N	261-261	0	0	0	0	0	0	0	0
47	8 N	262-269	0	0	0	0	0	0	0	0
48	1 N	270-270	VALEUR							
49	12 N	271-282	0	0	0	0	0	0	0	0
50	4 N	283-286	0	0	0	0	0	0	0	0
51	6 N	287-292	0	0	0	0	0	0	0	0
52	54 N	293-346	0	0	0	0	0	0	0	0
98	2 N	347-348	0	0	0	0	0	0	0	0
99	2 N	349-350	C.C. ENREGISTREMENT							

ENREGISTREMENT DE TYPE			30	30	30	30	30	30
ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	FORFAIT	FORFAIT	FORFAIT	FORFAIT	FORFAIT	FORFAIT
			BIO CLINIQUE	BIO CLINIQUE	BIO CLINIQUE	BIO CLINIQUE	MEDICAMENTS	MEDICAMENTS
1	2 N	1-2	30	30	30	30	30	30
2	6 N	3-8	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO
3	1 N	9-9	0	0	0	0	0	0
4	7 N	10-16	592001	592001	592001	592001	750002	750002
5	8 N	17-24	20030326	20030328	20030330	20030403	20030326	20030403
6 a	4 N	25-28	20030327	20030329	20030331	20030409	20030331	20030409
6 b	4 N	29-32						
7	3 N	33-35	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO
8 a	12 N	36-47	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO
8 b	1 N	48-48						
9	1 N	49-49	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR
10	1 N	50-50	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR
11	1 N	51-51	REFERENCE	REFERENCE	REFERENCE	REFERENCE	REFERENCE	REFERENCE
12	1 N	52-52	0	0	0	0	0	0
13	3 N	53-55	210	490	210	210	0	0
14	12 N	56-67	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO
15	12 N	68-79	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO	NUMERO
16	1 N	80-80	0	0	0	0	0	0
17	4 N	81-84	0	0	0	0	0	0
18	3 N	85-87						
19	12 N	88-99	+30,14	+30,14	+30,14	+105,49	+0	+0
20	7 N	100-106	0	0	0	0	0	0
21	1 N	107-107	0	0	0	0	0	0
22	5 N	108-112	+2	+2	+2	+7	+6	+7
23	2 N	113-114	0	0	0	0	0	0
24	5 N	115-119	+0	+0	+0	+0	+0	+0
25	7 N	120-126						
26	1 N	127-127	0	0	0	0	0	0
27	10 N	128-137	+0	+0	+0	+0	+3,72	+4,34
28	25 A	138-162	REFER. ETABLISSEMENT					
29	2 N	163-164	0	0	0	0	0	0
30	2 N	165-166	+0	+0	+0	+0	+0	+0
31	8 N	167-174						
32	1 N	175-175	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR
33	1 N	176-176	0	0	0	0	0	0
34	1 N	177-177	0	0	0	0	0	0
35	1 N	178-178	0	0	0	0	0	0
36	1 N	179-179	0	0	0	0	0	0
37	3 N	180-182	0	0	0	0	0	0
38	12 N	183-194	0	0	0	0	0	0
39	10 N	195-204	0	0	0	0	0	0
40	2 N	205-206	0	0	0	0	0	0
41	6 N	207-212	0	0	0	0	0	0
42	6 N	213-218	0	0	0	0	0	0
43	12 N	219-230	0	0	0	0	0	0
44	4 N	231-234	0	0	0	0	0	0
45	26 N	235-260	0	0	0	0	0	0
46	1 N	261-261	0	0	0	0	0	0
47	8 N	262-269	0	0	0	0	0	0
48	1 N	270-270	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR	VALEUR
49	12 N	271-282	0	0	0	0	0	0
50	4 N	283-286	0	0	0	0	0	0
51	6 N	287-292	0	0	0	0	0	0
52	54 N	293-346	0	0	0	0	0	0
98	2 N	347-348	0	0	0	0	0	0
99	2 N	349-350	C.C. ENREGISTREMENT					

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le numéro de la mutualité doit être repris dans cette zone, quel que soit le type de facture (codé dans la zone 10 de l'enregistrement de type 20).

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

RUBRIQUE : ACCOUCHEMENT

LIBELLE :

En cas d'hospitalisation, cette rubrique informe s'il y a eu accouchement ou non, afin de pouvoir déterminer exactement les gros risques pour les travailleurs indépendants.

(☞ 6) (la distinction entre gros risques et petits risques est seulement pertinente pour les prestations avant le 1/1/2008).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement.

Si le code service 190 est mentionné dans la zone 13, la valeur "0" doit alors être mentionnée.

RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO DE COMPTE FINANCIER

LIBELLE :

Il y a lieu d'indiquer au moyen d'un code à quel compte financier le montant de la zone 19 doit être transféré.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 7) 0	Le montant dû doit être transféré au compte financier A (voir ET 10 Z 5-6a, Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).
(☞ 7) 1	Le montant dû doit être transféré au compte financier B (voir ET 10 Z 8a, Z 43a, Z 49-50-51-52).

Seuls les établissements hospitaliers peuvent utiliser la valeur 1.

RUBRIQUE : CODE SERVICE**LIBELLE :**

(Ministère de la Santé publique et de la famille). (voir A.R. du 28/01/1965 imposant à certains établissements hospitaliers un plan comptable uniforme) (M.B. 04/02/1965).

- * Il s'agit du code service où séjourne le patient à la date mentionnée dans la zone 5 ou le pseudo-code service en cas d'utilisation de la salle de plâtre, de mini- ou maxiforfait, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulant), journée forfaitaire psychiatrie, revalidation (interne ou externe),
- (☞ 4,5) forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou autres prestations ambulatoires.
- (☞ 22) * Dans le cas de journées d'entretien forfaitaires et d'une hospitalisation chirurgicale de jour pour des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné.
- * S'il s'agit de prestations ambulatoires (autres que celles citées ci-dessus), alors le pseudo-code service 990 doit être mentionné.
- * Pour les patients qui séjournent en MRS, MRPA, MSP ou IHP, le pseudo-code service 990 doit également être mentionné.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Voir enregistrement de type 50 zone 13.

"Dans l'hypothèse où le jour d'entrée et le jour de sortie sont comptés ensemble pour une seule journée d'hospitalisation, et que les services d'entrée et de sortie sont différents, il y a lieu de comptabiliser cette journée :

- dans le service de sortie lorsque l'entrée a eu lieu dès 12 heures;
- dans le service d'entrée lorsque l'entrée a eu lieu avant 12 heures."

(☞ 29) Lorsque l'enregistrement concerne des suppléments pour le type de chambre, forfait pharmaceutique (750002), jours de congé non-payés ou jours d'absence à visée thérapeutique, cette zone est mise à zéro.

(☞ 25) Forfaits pharmaceutiques 750175 et 751811 : code service 990.

(☞ 21) Montant par admission (0768003, 0793203): service d'admission ou 1er service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.

Frais de déplacement prématurés : code service 270.

Journée d'entretien en service N* (n): code service 190.

Unité de traitement de grands brûlés : code service 290.

Dialyse rénale à domicile ou dans un centre (0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596) : code service 750 ou 990 selon le type de facture mentionné dans l'E.T. 20 Z 10.

Journées d'entretien forfaitaires dans le service A (0761073) et forfaits de postcure de rééducation (0762134, 0762156, 0762171) : code service 760.

Hôpital chirurgical de jour avec codes ambulants : code service 320.

(☞ 21) Journée d'entretien camp de vacances collectif (793321, 793343 et 793365) : code service du service où le patient séjournait avant son départ en camp de vacances collectif.

(☞ 29) Hôpital militaire (0760524, 0760642, 0760653 et 0760664) : code service = 000

Exemples de facturation de journées d'entretien (montant par admission et montant par jour).Exemple 1

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 23/09 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 2

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 11h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 3

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 15h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 4

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 16h ; transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025) (1^{er} jour facturable = 23/9)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 5

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 16h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025) (1^{er} jour facturable = 23/9)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 6

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 8h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h

Facturation du montant par jour (0768106):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 610

Facturation du montant par admission(0768003):

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 14.

En cas de journée forfaitaire pour dialyse rénale (tant pour les codes ambulatoires qu'hospitalisés), d'hémodialyse à domicile, de dialyse péritonéale à domicile ou de dialyse dans un centre collectif, le numéro d'identification du centre de dialyse doit être mentionné dans cette zone.

- (☞ 6) - s'il s'agit d'une journée forfaitaire pour dialyse rénale = numéro de l'hôpital + 561 ou 562;
- s'il s'agit d'un forfait pour hémodialyse à domicile = numéro de l'hôpital + 563 ;
- s'il s'agit d'un forfait pour dialyse péritonéale à domicile = numéro de l'hôpital + 564 ;
- s'il s'agit d'un forfait pour autodialyse collective = numéro de l'hôpital + 565 jusque 569 y compris.

Le numéro du centre de dialyse sera mentionné prioritairement aux autres numéros d'identification.

En cas de journées d'entretien forfaitaires dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour, le numéro d'identification de l'hôpital de prestation doit être mentionné dans cette zone, à l'exception d'une journée d'entretien forfaitaire pour dialyse rénale pour laquelle le numéro du centre de dialyse doit être mentionné.

En cas de prestation de rééducation (type de facture 5 ou 6) facturée par l'hôpital qui a conclu la convention, le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Si la facture a été établie sous le numéro d'identification de la convention, le numéro de la convention est alors mentionné dans cette zone.

Pour les factures établies par les MRS, MRPA, MSP et IHP, le numéro d'identification de ces institutions est alors repris dans cette zone.

Pour les factures établies par un hôpital pour les patients qui résident en MRS, MRPA, MSP ou IHP, le numéro de l'hôpital doit être indiqué dans cette zone.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION CONVENTION / ETABLISSEMENT DE SEJOUR

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

En cas de prestation effectuée dans le cadre d'une convention de rééducation (type de facture = 5 ou 6), il y a lieu de renseigner le numéro d'identification de la convention.

S'il s'agit d'un traitement dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP (type de facture = 4), le numéro de l'établissement concerné doit être mentionné.

- (☞ 31) S'il s'agit des prestations (pseudo-codes 764562 ,764584 ou 764606) issues d'une convention SEP/SLA/Huntington (type de facture 1), le numéro de l'hôpital doit être mentionné dans cette zone.

Dans les autres cas, cette zone est mise à zéro.

RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).

Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

LIBELLE :

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

- (☞ 5) Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel
- (☞ 7) Forfaits de rééducation fonctionnelle
S'il s'agit d'un remboursement forfaitaire, lié à une période déterminée (forfait par semaine, mois, trimestre ou année), le tarif appliqué doit correspondre à une date dans la période définie dans l'ET 30 Z 5 et Z 6.
L'établissement peut donc appliquer le tarif le plus favorable.
Exception : convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs (9.68.0xx.xx) (le tarif = le tarif applicable à la date de la 1^{ère} intervention de l'équipe).
- (☞ 8) Exception : convention pour l'autogestion du diabète sucré (7.86.0xx.xx ou 7.86.1xx.xx) et
(☞ 13) convention néphrologie pédiatrique (7.89.7xx.xx) (tarif = tarif en vigueur à la date de fin de la période
(☞ 36) à laquelle se rapporte le forfait ou à la date de facturation, mentionnée dans l'ET 20 Z 47, si celle-ci a lieu avant la date de fin)
- (☞ 34) Le montant de l'éventuelle intervention personnelle qui est décomptée, doit être déterminé à la même date que le tarif du forfait de rééducation même.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE DE JOURS FACTURES, DE JOURS DE CONGE OU FORFAITS

LIBELLE :

C'est le nombre de jours facturés, de congé ou le nombre de forfaits facturés (en cas de forfait de rééducation) qui est mentionné dans cet enregistrement.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

(☞ 5) En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

En cas de postcure de rééducation à titre expérimental (codes prestation 0762156 et 0762171; art. 3, § 2 de la Convention Nationale), le nombre d'heures doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 7) Dans le cas de frais de déplacements pour prématurés (0773581) ou de frais de transports pour dialyse (☞ 15) et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique (0761946) ou au départ d'un service isolé Sp ou G (0761961), le nombre de kilomètres doit être mentionné ici.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INDICATIF ORDRE DE GRANDEUR FRAIS DE SEJOUR

LIBELLE :

Cette zone n'est complétée que lorsque la zone 4 = 0768025, 0768051, 0768062, 0768106, 0768121, 0768143, 0768165 ou 0793041, 0793063, 0793100, 0793122, 0793166, 0793181, 0793225, 0793240, 0793262 ou 0793284.

Cette zone contient une donnée indicative, à savoir un montant qui renseigne l'ordre de grandeur des frais de séjour.

Ce montant est égal au prix de journée à 100% (repris dans l'art. 140 ter de la loi des hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987) multiplié par le nombre de jours mentionné dans la zone 22.

Le placement familial à domicile et les camps de vacances collectifs ne font pas partie du financement en douzièmes budgétaires.

La mention du prix de la journée à 100% à titre informatif n'est donc pas nécessaire.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 115

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

LIBELLE :

Dans cette zone, doivent être mentionnés les tickets modérateurs réglementaires effectivement imputés.

Le contenu de cette zone est indispensable dans le cadre du calcul du montant annuel des tickets modérateurs.

- (☞ 4) Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant effectivement porté en compte (peut même être égal à zéro) doit être mentionné dans cette zone et la valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.
- (☞ 4) L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 19.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

- (☞ 20) Lors de la réintroduction d'une prestation rejetée, la zone « intervention personnelle » doit à nouveau être remplie, même si le montant a entre-temps déjà été facturé et payé par le patient.

Si la zone 19 reprend en négatif la quote-part légale ou le prix de journée d'entretien, la valeur positive doit être reprise dans cette zone, pour autant que l'intervention personnelle ait effectivement été portée en compte au patient.

En application de l'A.R. du 5 mars 1997 et l'art. 37bis de loi coordonnée du 14 juillet 1994, s'il s'agit d'enregistrements contenant des interventions personnelles en cas d'admission dans un hôpital, ils doivent directement être précédés par un enregistrement contenant le montant par jour correspondant (pseudo-codes 0768025, 0768106, 0768121, 0768143 ou 0768165). Les enregistrements contenant les interventions personnelles suivent la même subdivision que les enregistrements relatifs aux montants par jour.

Pour l'hôpital chirurgical de jour, aucune intervention personnelle n'est portée en compte pour le séjour.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

LIBELLE :

(☞ 4) Dans cette zone, sont mentionnés les suppléments - dépassant les interventions personnelles réglementaires (voir zone 27) - portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

(☞ 7) Les montants à rembourser au patient dans le cadre des conventions pour oxygénothérapie de longue
(☞ 35) durée à domicile (*) ou dans le cadre de la dialyse à domicile doivent être mentionnés en négatifs dans cette zone.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 19.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

Si la zone 4 mentionne le pseudo-code 0761633-0761644, il y a lieu de reprendre dans cette zone le supplément concernant le type de chambre (voir art. 3, § 2, art. 4 bis, §2 de la Convention avec les établissements hospitaliers).

(☞ 35)(*) A partir du 1/7/2012, les frais d'électricité dans le cadre de la convention pour oxygénothérapie de longue durée à domicile ne sont plus payés au patient par l'hôpital. Ils ne doivent, donc, plus être déduits dans cette zone.

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT

LIBELLE :

La cause de l'exception à l'interdiction de l'application du régime tiers payant est mentionnée, au moyen d'un code, dans cette zone (voir A.R. du 10/10/1986).

Lorsque le contenu de cette zone est différent de zéro, l'exception doit être justifiée selon les modalités fixées dans la circulaire O.A. 2004/141 (393/38) du 27 mai 2004.

(☞ 9) Lorsque l'exception a été lue sur la carte SIS ou reçue via CareNet (ET20 Z3 = 1), alors cette zone est égale à zéro.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞ 9)	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
	1	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 4° (décès, coma)
	2	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 5° (état d'urgence financière)
	3	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 6° (VIPO tarif préférentiel), 2° alinéa 7° (revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence), 2° alinéa 8° (chômeurs longue durée), 2° alinéa 9° (droit aux allocations familiales majorées)
	0	Tous les autres cas

Le contenu de cette zone est toujours égal à zéro pour les praticiens de l'art infirmier.

RUBRIQUE : CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT**LIBELLE :**

(☞ 4) Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle, qui devrait être mentionnée dans la zone 27, ou le supplément, qui est normalement mentionné dans la zone 30-31, a été prise en charge, en tout ou en partie, par un autre tiers (prestataire/établissement même ou législation hors AMI).

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 4)	1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
(☞ 4)	2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
(☞ 5)	3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.(*)
(☞ 7)	4	Communication droit au MAF reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.(*)
(☞ 4)	0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

Pour les interventions personnelles réglementaires qui ne sont pas portées en compte par le prestataire, la valeur 0 est mentionnée dans la zone 27 et la zone 33 est égale à 1.

(☞ 7) Attention : les valeurs 3 et 4 priment sur la valeur 1.

(☞ 4) Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée. Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

(☞ 7) (*) Les valeurs 3 et 4 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3 et 4 ne peuvent être utilisées dans le cas d'une facturation de l'intervention personnelle dans le prix de la journée d'hospitalisation à partir du 366^e jour d'admission dans un hôpital psychiatrique (voir pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 S 2, point d) et e)) et en cas de facturation de suppléments de chambre (pseudo-codes 0761622, 0761644).

ExempleFacturation normale

Z 4	Z19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	Intervention AMI	Nombre	Montant 100%	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
768003	77,85	+1	0	0	+0	0 ou 4	Montant/admission
768025	9,58	+1	199,68	0	+0	0 ou 4	Montant/jour
766102	-40,08	+1	0	40,08	+0	0 ou 4	Intervention personnelle
750002	0	+1	0	0,62	+0	0 ou 4	TM forfaitaire médicaments
761622	+0	+1	+0	+0	+ 18,95	0	Supplément chambre
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	0 ou 4	Montant/jour Psy
766780	-312,57	+ 23	+0	+312,57	+0	0	IP (après 366 ^e jour)
750002	+0	+ 23	+0	+18,40	+0	0 ou 4	TM forfaitaire médicaments

Facturation à 100% (tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales ou dans le cadre de la réglementation MAF)

Z 4	Z19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	Intervention AMI	Nombre	Montant 100%	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
768003	77,85	+1	0	0	+0	2 ou 3	Montant/admission
768025	9,58	+1	199,68	0	+0	2 ou 3	Montant/jour
766102	+0	+1	0	0	+0	2 ou 3	Intervention personnelle
750002	0,62	+1	0	0	+0	2 ou 3	TM forfaitaire médicaments
761622	+0	+1	+0	+0	+ 18,95	0	Supplément chambre
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	2 ou 3	Montant/jour Psy
766780	-312,57	+ 23	+0	+312,57	+0	0	IP (après 366 ^e jour)
750002	+18,40	+ 23	+0	+0	+0	2 ou 3	TM forfaitaire médicaments

RUBRIQUE : DATE DE L'ACCORD PRESTATION

LIBELLE :

Dans cette zone, on mentionne la date de début de la période pour laquelle l'accord médecin conseil ou du collège des médecins-directeurs relatif à la prestation (ou produit) mentionné(e) dans cet enregistrement, est d'application.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque l'exécution et/ou la facturation de la prestation (ou du produit) concerné(e) dépend de l'accord préalable du médecin conseil ou du collège des médecins-directeurs.

En cas de prestations de rééducation (type de facture 5 ou 6), cette zone est égale à l'ET 20 Z 20-21.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 262

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : TRANSPLANTATION

LIBELLE :

Cette zone doit être complétée dans le cadre de transplantations d'organe ou de moelle osseuse.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 270

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Aucune transplantation d'organe ou de moelle osseuse n'a été effectuée.
1	Il y a eu transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au receveur.
(☞ 4) 2	Il y a eu (préparation d'une) transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au donneur (potentiel).

RUBRIQUE : SITE HOSPITALIER

LIBELLE :

Cette zone doit contenir le numéro du site où la prestation a été effectuée.

Cette zone ne doit être remplie que pour les prestations effectuées dans le cadre d'une association « bassin de soins ».

Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.

Un hôpital qui effectue des prestations dans le cadre d'une association « bassin de soins » sur un site sans lits (donc sans numéro de site) (p.ex. polyclinique), peut demander un numéro pour ce site auprès du SPF Santé Publique.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 287

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le numéro d'identification d'un site est composé de 4 positions (cf codification SPF Santé Publique) et est précédé de 2 zéros.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS

LIBELLE :

Dans cette zone, le numéro d'identification de l'association "bassin de soins" est mentionné.
Ce numéro doit être mentionné pour toutes les prestations effectuées dans le cadre d'une telle association.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 293

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le numéro d'identification d'une association "bassin de soins" est composé de 11 positions et est précédé d'un zéro.

Les 3 premières positions sont "716", les 3 positions suivantes forment un numéro de suite, les 2 suivantes un check-digit et les 3 dernières un code qualification.

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 40

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : NORME PRESTATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞21)	0	Dans tous les autres cas qui ne sont pas repris dans la valeur 1, 2 ou 9.
(☞ 36)	1	En cas de facturation de médicaments de catégorie B, Bg, Br ou Fb délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation (ET 40 Z 4 = 0750746, 0750864, 0753745, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046, 0757621, 0757746, 0757820), pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service (ticket modérateur théorique = 0)
(☞21, 36)	2	En cas de facturation de médicaments de la catégorie B, Bg, Br ou Fb délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation (ET 40 Z 4 = 0750746 0750864, 0753745, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046, 0757621, 0757746, 0757820), pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été partiellement décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service et donc, est plus grand que zéro mais plus petit que le montant attendu.
	9	En cas de facturation de la spécialité Inomax, les unités supérieures à 96 (heures) sont mentionnées dans un enregistrement séparé avec la norme 9. Les zone 19, zone 27, zone 30-31 et Z 39 sont égales à zéro.

(☞21) Voir exemples détaillés dans l'annexe 14.

RUBRIQUE : PSEUDO-CODE CATEGORIE MEDICAMENT

LIBELLE :

Ce code donne la catégorie de remboursement du produit pharmaceutique ou la nature du forfait concerné.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- les différents enregistrements de type 40 avec un même code dans la zone 4 doivent être groupés;
- les différents codes qui peuvent être enregistrés dans la zone 4 de l'enregistrement de type 40 sont énumérés aux suites 1, 2 et 3;
- si un médicament peut contenir plusieurs catégories de remboursement alors la catégorie retenue pour la tarification, doit être mentionnée dans cette zone.

Par exemple :

- ° si les liquides à perfusion et les solutions pour irrigation vésicale sont administrés à des patients hospitalisés, alors la catégorie A doit être mentionnée;
- (☞ 6)° s'il s'agit de médicaments délivrés à des indépendants ambulants qui ne disposent pas d'une assurance libre, alors la catégorie D doit être mentionnée (délivrances avant le 1/1/2008).
- (☞ 8)° dans le cas des liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 dans le cadre de la nutrition parentérale (remboursés à 100 % de la base de remboursement), la catégorie A doit être utilisée pour la facturation.

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞1,8) 1. Spécialités délivrées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpitaux psychiatriques et en hôpitaux chroniques (Services Sp et G isolés) (= hôpitaux hors forfaitarisation)		
catégorie SA	-	0750724
catégorie SAg	-	0750842
catégorie SAr	-	0753723
catégorie SB	-	0750746
catégorie SBg	-	0750864
catégorie SBr	-	0753745
catégorie SC	-	0750761
catégorie SCg	-	0750886
catégorie SCr	-	0753760
catégorie SCs	-	0750783
catégorie SCsg	-	0750901
catégorie SCsr	-	0753782
catégorie SCx	-	0750805
catégorie SCxg	-	0750923
catégorie SCxr	-	0753804
catégorie pour tous les médicaments non remboursables	-	0750820
(☞36) catégorie SFa	-	0757606
(☞36) catégorie SFb	-	0757621
(☞38) moyens de contraste catégorie B (classe ATC V08)	-	0757945
2. Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés		
catégorie SA	0750912	-
catégorie SAg	0750853	-
catégorie SAr	0753911	-
catégorie SB	0750934	-
catégorie SBg	0750890	-
catégorie SBr	0753933	-
catégorie SC	0750956	-
catégorie SCg	0750875	-
catégorie SCr	0753955	-
catégorie SCs	0750971	-
catégorie SCsg	0750831	-
catégorie SCsr	0753970	-
catégorie SCx	0750993	-
catégorie SCxg	0750816	-
catégorie SCxr	0753992	-
catégorie pour tous les médicaments non remboursables	0751015	-
oxygène gazeux	0751030	-
oxygène liquide	0751052	-
(☞36) catégorie SFa	0757632	-
(☞36) catégorie SFb	0757654	-
(☞38) moyens de contraste catégorie B (classe ATC V08)	0757912	-

3. Ce point a été supprimé.

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
4. Préparations magistrales délivrées à des bénéficiaires non-hospitalisés		
catégorie 1	0750035	-
catégorie 2	0750050	-
catégorie 3	0750072	-
catégorie 4	0750094	-
catégorie pour toutes les préparations magistrales non remboursables	0750116	-
enregistrement de détail relatif à la préparation magistrale	0750212 (*)	-
(☞ 31) 5.1. Supprimé		
(☞ 6) 5.2. Produits parapharmaceutiques d'aide à la mobilité-/d'immobilisation	0960374	0960385
Autres produits parapharmaceutiques	0960396	0960400
(☞) 5.3. Accidents de travail conventions internationales :		
(☞ 31) Médicaments et produits non remboursables	0961015	0961026
Il s'agit des médicaments et produits originellement non remboursables qui sont pris en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la <u>Z 19</u> .		
(☞ 31) 6. Supprimé		

(☞ 3,4,6,8) (*) Le remplissage de ces enregistrements de détail est obligatoire pour les délivrances à partir du 1/1/2009.

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
7. Honoraires et forfaits mucoviscidose	0755392	-
8. Aliments diététiques à des fins médicales délivrés aux bénéficiaires hospitalisés :		
catégorie DA	-	0755521
catégorie DB	-	0755543
catégorie DC	-	0755565
catégorie DCs	-	0755580
catégorie DCx	-	0755602
9. Aliments diététiques à des fins médicales délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés :		
catégorie DA	0755613	-
catégorie DB	0755635	-
catégorie DC	0755650	-
catégorie DCs	0755672	-
catégorie DCx	0755694	-
10. Moyens diagnostiques et matériel de soins remboursables délivrés aux bénéficiaires hospitalisés :		
catégorie MA	-	0755720
catégorie MB	-	0755742
catégorie MC	-	0755764
catégorie MCs	-	0755786
catégorie MCx	-	0755801
(☞ 24) Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique	-	0753465
11. Moyens diagnostiques et matériel de soins remboursables délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés :		
catégorie MA	0755812	-
catégorie MB	0755834	-
catégorie MC	0755856	-
catégorie MCs	0755871	-
catégorie MCx	0755893	-
(☞ 4) pansements actifs non remboursables	0757271	-
(☞ 13,38) pompes/cassettes à médicaments	0754390	-
(☞ 24) Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique	0753454	-
12a. <u>Honoraires et forfaits</u>		
(☞ 17,32) Installation et délivrance de l'oxygène gazeux et des accessoires (AR du 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 10)	0755952	-
(☞ 17,32) Honoraire pour la coordination et l'accompagnement du traitement par oxygène médical gazeux (AR 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 10)	0757455	-
(☞ 24,32) Oxyconcentrateur (AR 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 6)	0757470	-
(☞ 36) Honoraire oxyconcentrateur (AR 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 6)	0757831 (*)	-
(☞ 4,6) Honoraires et forfaits méthadone	0755974	-
(☞ 10) 12b. <u>Trajets de soins</u>		
Trajet de soins diabète – tiges et lancettes	0757352	
Trajet de soins diabète – glucomètre	0757374	
Programme 'éducation et autogestion' – tiges et lancettes	0757396	
Programme 'éducation et autogestion' – glucomètre	0757411	
Trajet de soins 'insuffisance rénale chronique' – tensiomètre	0757433	
<u>Remarque</u> : Chaque délivrance d'un paquet de tiges/lancettes ou d'un glucomètre ou d'un tensiomètre est facturée via 2 enregistrements séparés : un enregistrement avec le coût du matériel et un enregistrement avec l'honoraire. Ces 2 enregistrements ont le même pseudo-code catégorie (Z4) mais un (pseudo-)code CNK (Z40-41) différent.		

(☞ 36) (*) Ce pseudo-code doit être utilisé pour les prestations exécutées à partir du 1/1/2013. Pour les prestations exécutées jusqu'au 31/12/2012 inclus, cet honoraire doit être facturé sous le pseudo-code 757470.

(☞2) 13. Spécialités délivrées aux bénéficiaires hospitalisés dans les hôpitaux aigus (*):

13.1 Forfait par admission - 0756000

(☞24) 13.2 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans l'hôpital même (x):

catégorie SA	-	0756022
catégorie SAg	-	0756044
catégorie SAr	-	0756066
catégorie SB	-	0756081
catégorie SBg	-	0756103
catégorie SBr	-	0756125
catégorie SC	-	0756140
catégorie SCg	-	0756162
catégorie SCr	-	0756184
catégorie SCs	-	0756206
catégorie SCsg	-	0756221
catégorie SCsr	-	0756243
catégorie SCx	-	0756265
catégorie SCxg	-	0756280
catégorie SCxr	-	0756302
(☞36) catégorie SFa	-	0757680
(☞36) catégorie SFb	-	0757702
(☞38) moyens de contraste catégorie B (classe ATC V08)	-	0757864

13.3 Médicaments non forfaitarisés:

catégorie SA	-	0756324
catégorie SAg	-	0756346
catégorie SAr	-	0756361
catégorie SB	-	0756383
catégorie SBg	-	0756405
catégorie SBr	-	0756420
catégorie SC	-	0756442
catégorie SCg	-	0756464
catégorie SCr	-	0756486
catégorie SCs	-	0756501
catégorie SCsg	-	0756523
catégorie SCsr	-	0756545
catégorie SCx	-	0756560
catégorie SCxg	-	0756582
catégorie SCxr	-	0756604
catégorie D	-	0756626
Médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et avec information au médecin-conseil (**)	-	0757245
Médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et sans information au médecin-conseil (***)	-	0757260
(☞36) catégorie SFa	-	0757724
(☞36) catégorie SFb	-	0757746

(*) La forfaitarisation ne concerne que:

- Les hôpitaux généraux aigus (services psychiatriques dans les hôpitaux généraux inclus); donc pas pour les hôpitaux chroniques (services Sp ou G isolés) ou les hôpitaux psychiatriques.
- Les patients hospitalisés, les hospitalisations classiques, donc pas pour les "hospitalisations de jour" (hôpital chirurgical de jour ou journées d'entretien forfaitaires)
- Médicaments spécialités (donc pas pour les aliments diététiques ou moyens diagnostiques) des catégories de remboursement A, B, C, Cs, Cx, Fa, Fb à l'exclusion de certains médicaments qui se présenteront sur une liste.

(**) Ces médicaments peuvent être imputés au patient. Dans la zone 40-41, le code CNK doit être rempli. Le montant est mentionné dans la zone 30-31. Les zones 19 et 27 sont égales à zéro.

(☞3) (***) Ces médicaments ne peuvent pas être imputés au patient. Dans la zone 40-41, le code CNK doit être rempli. Toutes les zones montant sont égales à zéro. Cela signifie qu'il s'agit des « médicaments gratuits ». La zone 16 doit donc être égale à 1.

(☞24) (x) Ces pseudo-codes sont également utilisés dans le cas exceptionnel décrit dans l'annexe 17.2.

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
13.4 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un <u>autre</u> hôpital <u>aigu</u> :		
catégorie SA	-	0756641
catégorie SAg	-	0756663
catégorie SAr	-	0756685
catégorie SB	-	0756700
catégorie SBg	-	0756722
catégorie SBr	-	0756744
catégorie SC	-	0756766
catégorie SCg	-	0756781
catégorie SCr	-	0756803
catégorie SCs	-	0756825
catégorie SCsg	-	0756840
catégorie SCsr	-	0756862
catégorie SCx	-	0756884
catégorie SCxg	-	0756906
catégorie SCxr	-	0756921
(€ 36) catégorie SFa	-	0757761
(€ 36) catégorie SFb	-	0757783
(€ 38) moyens de contraste catégorie B (classe ATC V08)	-	0757886
13.5 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un <u>autre</u> hôpital <u>psychiatrique ou chronique</u> :		
catégorie SA	-	0756943
catégorie SAg	-	0756965
catégorie SAr	-	0756980
catégorie SB	-	0757002
catégorie SBg	-	0757024
catégorie SBr	-	0757046
catégorie SC	-	0757061
catégorie SCg	-	0757083
catégorie SCr	-	0757105
catégorie SCs	-	0757120
catégorie SCsg	-	0757142
catégorie SCsr	-	0757164
catégorie SCx	-	0757186
catégorie SCxg	-	0757201
catégorie SCxr	-	0757223
(€ 36) catégorie SFa	-	0757805
(€ 36) catégorie SFb	-	0757820
(€ 38) moyens de contraste catégorie B (classe ATC V08)	-	0757901
(€ 9) 14. Intervention forfaitaire pour le traitement de l'infertilité féminine		
PMA1		0757293
PMA2		0757315
PMA3		0757330

Communication des codes CNK pour les préparations magistrales.

- (☞ 17) Si le contenu de la zone 4 est égal à 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116, le montant de l'intervention de l'assurance doit être mentionné dans la zone 19, le nombre de modules dans la zone 22 et l'intervention personnelle dans la zone 27; l'unité dans la zone 23 et le code produit dans la zone 40-41 sont donc égaux à zéro.
- (☞ 17) Si le contenu de la zone 4 est égal à 0750035, 0750050, 0750072 ou 0750094, alors la forme galénique doit être mentionnée dans la zone 37.

Si le contenu de cette zone est égal 0750212 et par conséquent exige le détail d'une préparation magistrale, alors le contenu des zones 19, 27 et 37 est égal à zéro, la zone 22 indique la quantité totale du produit mentionné dans la zone 40-41, la zone 23 communique l'unité dans laquelle est exprimée la quantité (zone 22) et dans la zone 40-41 est renseigné le code CNK du produit concerné.

Dans les zones restantes, à l'exception de la zone 2 (numéro d'ordre de l'enregistrement) et de la zone 99 (chiffres de contrôle de l'enregistrement), les valeurs de l'enregistrement précédent avec le code catégorie de la préparation magistrale doivent être reprises.

- (☞ 4) Chaque facturation d'une préparation magistrale remboursable doit être suivie d'au moins un enregistrement de détail.
- Par préparation magistrale, les principes actifs (voir Chapitres I à IV de l'annexe à l'AR du 12/10/2004 + fichier de référence sur le site INAMI, sous la rubrique « Médicaments » - « Préparations magistrales ») sont mentionnés dans les enregistrements avec la zone 4 = 0750212.
- Le nombre d'enregistrements de détail qui suit un enregistrement de base d'une préparation magistrale n'est pas précisé à l'avance.

Lorsqu'il s'agit des spécialités incorporées dans une préparation magistrale, le(s) code(s) CNK de la (des) spécialité(s) concernée(s) doit(ven)t être mentionné(s) dans le(s) enregistrement(s) de détail de la préparation magistrale.

Lorsqu'il s'agit d'une préparation magistrale sans principe actif, le code CNK « générique » d'un excipient de pommade (0586784) doit être mentionné dans l'enregistrement de détail.

- (☞ 7) Si, pour l'une ou l'autre raison, il n'est vraiment pas possible d'établir un enregistrement de détail, un « pseudo enregistrement de détail » doit être communiqué.
- Dans cet enregistrement, le pseudo-code CNK 0589002 est mentionné dans la Z 40-41. Dans la zone 23, une unité arbitraire est choisie. La quantité dans la zone 22 est mise à 1.
- (☞ 8) La mention des enregistrements de détail (0750212) est obligatoire à partir du 1/1/2009.
- (☞ 8) Aucun contrôle du tarif n'est effectué sur base des enregistrements de détail.
- (☞ 8) En cas de rejet pour un enregistrement du bloc « enregistrement de facturation + enregistrements de détail », le bloc complet doit être rejeté.

Pour des médicaments délivrés aux patients ambulants, les tickets modérateurs doivent être mentionnés dans leur totalité dans l'ET 40 Z 27 (signe + ticket modérateur patient), l'ET 40 Z 30-31 (signe + montant supplément) n'est pas utilisé et il faut indiquer dans l'ET 40 Z 33 (code facturation intervention personnelle) si le ticket modérateur a été pris complètement ou partiellement en charge par d'autres tiers.

Pour des médicaments délivrés aux patients hospitalisés, les tickets modérateurs doivent être mentionnés dans l'ET 40 Z 39 (signe + tickets modérateurs théoriques).

(☞ 3) Règles de remboursement pour les préparations magistrales. (art. 22 de l'AR du 12-10-2004)

(☞ 8) Cette page est purement informative.

Le remboursement des récipés magistraux est calculé sur base :

1° de la base de remboursement indiquée dans la liste des principes actifs, ou, s'il s'agit d'une spécialité pharmaceutique, de la base de remboursement indiquée dans la liste figurant à l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 précité.

La base de remboursement de chaque constituant est arrondie à l'eurocent le plus proche, cet arrondi est calculé selon le mode de calcul prévu dans le software des ordinateurs;

2° de la base de remboursement arrondie comme précisé au 1°, des excipients prescrits ou nécessaires à la réalisation de la préparation magistrale, étant entendu que pour les formes pharmaceutiques reprises ci-après, cette base de remboursement exprimée en valeur de P par module est forfaitarisée comme suit:

- a) cachets y compris les cupules vides: P 0,20;
- b) capsules y compris les capsules vides: P 0,10;
- c) enrobage gastrorésistant: P 0,10;
- d) ovules: P 1,00;
- e) poudres à diviser y compris les papiers poudre: P 0,01;
- f) suppositoires enfants: P 0,20;
- g) suppositoires adultes: P 0,30;
- h) par gramme d'excipients pour crèmes, gels, onguents ou pâtes: P 0,01.

La forfaitarisation visée ci-dessus exclut la facturation à l'assurance de tout autre excipient;

3° de l'honoraire de préparation ou de dispensation calculé conformément aux dispositions de l'article 21 §§ 1er et 2, arrondi comme précisé sous 1°;

4° En ce qui concerne les liquides à usage ophtalmique et les rectioles, peuvent être portés en compte à l'assurance, à concurrence des bases de remboursement maximales exprimées en valeur de P, les éléments repris ci-après:

- a) accessoires, solvant et flacon pour préparation d'un collyre: P 1,00
- b) accessoires, flacon et solvant pour lotion ophtalmique: P 2,00
- c) rectioles - pièce: P 0,20."

En pratique:

Pour calculer le prix d'une préparation, sur base des 4 points précités, on additionne

1° prix du ou des principes actifs

2° prix de l'excipient (soit calculé – soit forfaitarisé)

3° honoraire de préparation (+ honoraire supplémentaire éventuel)

4° prix des accessoires, solvants, flacons et rectioles dans le cas des préparations à usage ophtalmique ou des rectioles (forfaitarisé)

→ L'addition des points 1° à 3° donne la base de remboursement de la préparation (à l'exception des préparations à usage ophtalmique et des rectioles) auquel on soustrait l'intervention personnelle du bénéficiaire pour obtenir le montant de l'intervention de l'assurance.

→ L'addition des points 1° à 4° donne la base de remboursement de la préparation (dans le cas des préparations à usage ophtalmique et des rectioles) auquel on soustrait l'intervention personnelle du bénéficiaire pour obtenir le montant de l'intervention de l'assurance.

(☞ 3) **Exemples** (Ces exemples concernent un bénéficiaire non préférentiel 110/110)

Lettre P valeur au 01.01.2006 : 1,565125 euro

Exemple 1

Bétaméthasone valérate 0,121 g

Paraffine liquide 30 g

Vaseline blanche ad 100 g

Principe actif : Bétaméthasone valérate

Excipient : Paraffine liquide + Vaseline blanche

Pour que la pommade fasse 100 g au total il faut ajouter 69,879 g de vaseline blanche au 30 g de paraffine liquide soit 99,879 g d'excipient.

Le coût de l'excipient sera alors : $99,879 \times 0,0156 = 1,56$ euros

Tarifification de la préparation

Prix principe actif : 2,01 euros

Prix excipients : 1.56 euros

Honoraires : 10,33 euros

TOTAL : 13,90 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,2 euros

→ intervention assurance : 11,70 euros

Exemple 2

Erythromycine 200 mg

Dt 20 gélules gastro-résistantes

Principe actif : Erythromycine

Tarifification de la préparation

Prix principe actif : 2,13 euros

Prix excipients : 0,31 euros (gélules) + 0,31 euros (enrobage)

Honoraires : 7,83 euros

TOTAL : 10,58 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,2 euros

→ intervention assurance : 8,38 euros

ENREGISTREMENT DE TYPE 40 ZONE 4 SUITE 7

(☞ 3)CONTENU DES ZONES SUR LE SUPPORT ELECTRONIQUE

Zone 1	Zone 4	Zone 19	Zone 22	Zone 23	Zone 27	Zone 37	Zone 40-41
Code enregistrement	Code cat.	Montant O.A.	Quantité	Unité	Montant pat.	Forme galénique	Code produit
20					110110		
40	750035	11,70	2	0	2,20	032	0
40	750212	0	121	02	0	0	0570333
40	750035	8,38	2	0	2,20	071	0
40	750212	0	200	02	0	0	0521427
80		20,08			4,40		

RUBRIQUE : DATE PREMIER JOUR FACTURE

LIBELLE :

- (☞1) - *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000):*
date d'admission.
Il s'agit de la date d'admission à l'hôpital.
Le forfait médicaments (0756000) ne peut être porté en compte qu'une fois par séjour, à savoir lors de la date d'admission à l'hôpital.
- *pour les autres produits* : la date de début de la période de délivrance ou date de délivrance.
- (☞21)- *en cas de changement de service au cours de la période de délivrance* : il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu avant 12h ou la date suivant la date de changement de service si le transfert a lieu à partir de 12h (ce qui signifie que la facturation doit être scindée en différents enregistrements).
- (☞9) En cas de 0757293 ou de 0757315, cette zone est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2 de l'A.R. du 06/10/2008).
En cas de 0757330, cette zone est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2 de l'A.R. du 06/10/2008).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : DATE DERNIER JOUR FACTURE

LIBELLE :

- (☞1)- *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000):*
date d'admission;
- *pour les autres produits* : date de fin de la période de délivrance ou date de délivrance.
- (☞21)- *en cas de changement de service au cours de la période de délivrance* : il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu à partir 12h ou la date précédant la date de changement de service si le transfert a lieu avant 12h (ce qui signifie que la facturation doit être scindée en différents enregistrements).
- (☞9) En cas de 0757293 ou de 0757315, cette zone est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2 de l'A.R. du 06/10/2008).
En cas de 0757330, cette zone est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2 de l'A.R. du 06/10/2008).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Remarque : Une date de fin doit toujours être mentionnée, même lorsque celle-ci est identique à la date de début.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

Le numéro de la mutualité doit être repris dans cette zone quel que soit le type de facture codé dans la zone 10 de l'enregistrement de type 20.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

RUBRIQUE : ACCOUCHEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 10.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère.
2	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né, alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
3	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s), alors que la mère séjourne dans l'hôpital.

RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 11.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 11.

RUBRIQUE : CODE SERVICE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 et 50 zone 13.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrements de type 30 et 50 zone 13.

- (☞ 7) En cas de délivrances par l'officine hospitalière de produits autres que les spécialités pharmaceutiques, non remboursables par l'assurance obligatoire (0960293* - 0960304*) ou de produits parapharmaceutiques non remboursables (0960374 - 0960385 ou 0960396 - 0960400), cette zone doit être mise à zéro.

- (☞ 4) En cas de forfait par admission pour les médicaments (0756000), le service d'admission doit être mentionné dans cette zone.

(*) supprimés pour les prestations à partir du 1/4/2008

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

En cas de journées d'entretien forfaitaires pour dialyse rénale (tant pour patients ambulants qu'hospitalisés), le numéro d'identification du centre de dialyse doit être mentionné dans cette zone.

En cas de journées d'entretien forfaitaires dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour, le numéro d'identification de l'hôpital de prestation doit être mentionné dans cette zone, à l'exception d'une journée d'entretien forfaitaire pour dialyse rénale pour laquelle le numéro du centre de dialyse doit être mentionné.

En cas de médicaments délivrés aux patients qui suivent un traitement de rééducation, ceux-ci peuvent être facturés uniquement par le service de tarification reconnu de l'hôpital responsable de la délivrance. Le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Pour les factures réalisées par un hôpital pour les patients qui résident en MRS, MRPA ou IHP, le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Pour les factures avec comme numéro de tiers payant le numéro d'identification d'un office de tarification agréé d'un hôpital, on mentionne ici le numéro de l'hôpital ou s'il n'y a pas d'hôpital, le numéro de l'office de tarification agréé.

(9) Dans le cas où des forfaits 0757293 ou 0757315 sont attestés, alors le numéro d'agrément du programme de soins de médecine de la reproduction A ou B doit être mentionné dans cette zone (numéro de l'hôpital + 140 ou 141).

RUBRIQUE : IDENTIFICATION CONVENTION / ETABLISSEMENT DE SEJOUR

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Lors de traitement dans un centre de rééducation (type de facture = 5 ou 6), il y a lieu de renseigner le numéro d'identification de la convention.

S'il s'agit d'une délivrance de médicaments par l'officine hospitalière aux patients qui séjournent dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P. (type de facture = 4), le numéro de l'établissement où le patient séjourne doit être mentionné.

Dans les autres cas, cette zone est mise à zéro.

RUBRIQUE : MEDICAMENTS GRATUITS

LIBELLE :

- (☞ 20) Il est possible que le patient ne doit pas payer certains médicaments et que l'hôpital (ou la firme pharmaceutique) prend en charge le coût total. Dans ce cas, ces médicaments peuvent être considérés comme médicaments gratuits.
- (☞ 20) Les médicaments gratuits ne, sont, donc pas imputés à l'assurance maladie obligatoire, ni au patient. Ils peuvent être mentionnés pour information sur le fichier de facturation ou pour justifier la facturation d'une journée forfaitaire.
Un médicament gratuit peut donner lieu à l'imputation d'un miniforfait ou maxiforfait.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 80

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 15)	1	Il s'agit de médicaments gratuits, toutes les zones « montant » (Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39) sont égales à zéro.
	0	Tous les autres cas non repris sous la valeur 1.

RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).

Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

LIBELLE :

- (☞1) En général : voir art. 95, § 1 et § 3 de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour les bénéficiaires hospitalisés, § 2 a) pour les délivrances aux personnes non hospitalisés et § 2 b) pour les bénéficiaires qui séjournent dans les maisons de repos et de soins.
- (☞ 5) Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel
- (☞ 1) Si la zone 4 = 0756000, cette zone est égale au montant du forfait.
Si la zone 4 = 0756022, 0756044; 0756066, 0756081, 0756103, 0756125, 0756140, 0756162,
- (☞ 36) 0756184, 0756206, 0756221, 0756243, 0756265, 0756280, 0756302, 0757680 ou 0757702, cette zone est égale à 25% de la base de remboursement du produit concerné (voir art. 95 § 3 de l'A.R. du 21/12/2001).
- (☞9) Si la zone 4 = 0757293, 0757315 ou 0757330, cette zone est égale au prix du forfait comme prévu dans l'art. 2, 3 ou 4 de l'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008), diminué de l'intervention personnelle prévue dans l'art. 6, 7 ou 8 du même AR.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

- * Pour les médicaments délivrés aux patients d'un hôpital chirurgical de jour et aux patients pour lesquels un forfait par jour peut être porté en compte, le montant de l'intervention de l'assurance est calculé selon les règles qui sont d'application pour les patients non hospitalisés.
 - * Pour les médicaments non remboursables, l'intervention de l'assurance est 0.
 - * Pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés, dans le cadre d'un forfait par jour, dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour (= forfaits avec code hospitalisé), les règles relatives à l'intervention de l'assurance et aux tickets modérateurs des bénéficiaires hospitalisés doivent être appliquées.
 - * S'il s'agit d'un enregistrement de détail d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750212), alors le contenu de cette zone est égal à zéro.
- (☞38) * Pour les produits de contraste (classe ATC V08) délivrés par une officine hospitalière, l'intervention de l'assurance est diminuée de 10 % à partir du 1/1/2013.

RUBRIQUE : DATE DE PRESCRIPTION ZONE RESERVEE

LIBELLE :

Cette zone est réservée mais provisoirement non utilisée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 100

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE D'UNITES

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

(☞ 5) En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

- Dans cette zone, le nombre d'unités délivrées doit être mentionné; cela correspond au nombre de fois que le tarif unitaire est porté en compte.

- En cas de forfait, le contenu de cette zone doit toujours être égal à 1.

(☞ 1) En cas de matériels et produits de soins pour les soins à domicile de bénéficiaires souffrant de mucoviscidose (point 4 de l'ET 40 Z 40-41 S 1), cette zone est égale à 1.

- Pour les médicaments délivrés par les officines hospitalières aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., voir unité à côté des codes indiqués par "*" dans l'A.R. du 21/12/2001.

- S'il s'agit de la spécialité Inomax, le nombre d'unités mentionné dans cette zone est exprimé en heures.

S'il s'agit de préparations magistrales (zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116), alors le nombre de modules est indiqué dans cette zone.

S'il s'agit d'une molécule d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750212), alors on mentionne dans

(☞ 3) cette zone la quantité totale du produit indiqué dans la zone 40-41, exprimée dans l'unité la plus appropriée selon le code mentionné dans la zone 23 et arrondie à 4 chiffres significatifs.

(☞ 7) Lorsque la quantité, exprimée dans l'unité la plus petite possible, est plus petite que 1, alors on arrondit vers le haut (donc quantité = 1).

(☞ 3,32) Si la zone 4 = 0755952 ou 0757455, alors cette zone est égale à 1.

(☞ 4) Si la zone 4 = 0755974, alors on mentionne dans cette zone le nombre de jours de traitement.

(☞ 10) Si la zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 ou 0757433, la zone est égale à 1.

RUBRIQUE : UNITE

LIBELLE :

(☞ 8) L'utilisation de cette zone est obligatoire à partir du 1/1/2009.

Dans cette zone, on indique au moyen d'un code, l'unité dans laquelle la quantité renseignée dans la zone 22, est exprimée.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 4 = 0750212.

(☞ 7) Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 113

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
	01	ml
	02	mg
	03	microgramme
	04	goutte
	05	1000 unités
	06	centimètre carré
	07	litre
	08	pièces
(☞ 7)	09	pour cent (%)
	10	gramme
(☞ 3)	11	10.000 unités
(☞ 3)	12	100.000 unités
(☞ 7)	13	microlitre

RUBRIQUE : IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

LIBELLE :

Cette zone doit être complétée s'il s'agit de médicaments délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés.

(☞ 9) Pour les 3 pseudo-codes 0757293, 0757315 et 0757330, le prescripteur (médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique) doit être mentionné.

Cette zone est égale à zéro s'il s'agit de médicaments ou de produits délivrés aux bénéficiaires

(☞ 1) hospitalisés (ET 40 Z 4 = pseudo-code du point 1, point 6 *, point 8, point 10 ou point 13 ou pseudo-
(☞ 7) code 0961026 ou 0960304**, 0960385 ou 0960400).

Toutefois, si l'identification du prescripteur est complétée, aucune erreur ne pourra être portée en compte.

Cette zone est également égale à zéro lorsqu'il s'agit de médicaments non remboursables, préparations magistrales ou produits délivrés sans prescription aux patients ambulants (ET 40 Z 4 = 0751015,

(☞ 7) 0750116, 0960293** ou, 0961015, 0960374 ou 0960396).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

* Ces pseudo-codes sont supprimés pour les séjours à partir du 1/7/2006

(☞ 7)** supprimés pour les prestations à partir du 1/4/2008

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

LIBELLE :

Dans cette zone, la quote-part personnelle réelle et réglementaire effectivement imputée doit être mentionnée.

Cette zone ne doit être utilisée que pour les patients non hospitalisés, les patients d'un hôpital chirurgical de jour, les patients pour lesquels un forfait par jour peut être porté en compte et les patients qui séjournent dans les MRS, MRPA ou IHP.

- (☞ 4) Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant effectivement porté en compte (peut même être égal à zéro) doit être mentionné dans cette zone et la valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.
- (☞ 4) L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 40 zone 19.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

- (☞ 20) Lors de la réintroduction d'une prestation rejetée, la zone « intervention personnelle » doit à nouveau être remplie, même si le montant a entre-temps déjà été facturé et payé par le patient.

Voir article 2. 1° et 2° a) de l'A.R. du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire maladie et invalidité.

Si la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072 ou 0750094, alors l'intervention personnelle de la préparation magistrale est indiquée dans cette zone.

Si la zone 4 = 0750212, alors cette zone est égale à zéro.

- (☞ 4) Si la zone 4 = 0755974, alors cette zone est égale à zéro.

- (☞) Pour les médicaments délivrés en ambulatoire aux patients qui séjournent en MSP et les spécialités pharmaceutiques qui ont été utilisées dans une solution pour alimentation parentérale, la zone 27 est égale à zéro. Dans la zone 39, l'intervention personnelle théorique est mentionnée.

- (☞ 10) Si la zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 ou 0757433, la zone est égale à zéro.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

LIBELLE :

(☞ 4) Dans cette zone, on mentionne les montants portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée, hors cadre de l'assurance maladie obligatoire. Il ne s'agit donc pas de médicaments non remboursables délivrés aux patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques (voir ET 40 Z 39).

- Il s'agit
- des spécialités non remboursables délivrées aux patients qui séjournent dans un hôpital général : 0750820;
 - (☞ 8) • des médicaments non forfaitarisés non remboursables délivrés à des patients qui séjournent dans un hôpital aigu : 0756626 ;
 - des spécialités non remboursables délivrées aux patients non-hospitalisés : 0751015;
 - des préparations magistrales non remboursables délivrées aux patients non-hospitalisés : 0750116;
 - (☞ 7) • Les produits parapharmaceutiques non remboursables : 0960374-0960385, 0960396-0960400.
 - (☞ 2) • des médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et avec information au médecin-conseil : 0757245;
Remarque : Si aucune information n'est communiquée au médecin-conseil (0757260) au plus tard au moment de la facturation (voir A.R. du 7 mai 1991), les médicaments ne peuvent pas être imputés au patient et cette zone est égale à zéro.
 - (☞ 6) • pansements actifs non remboursables : 0757271 ;
 - (☞ 10) • supplément éventuel en cas de délivrance d'un tensiomètre dans le cadre du trajet de soins « insuffisance rénale chronique » : 0757433.
 - (☞ 32) • supplément éventuel en cas de délivrance des accessoires pour l'oxygène médical gazeux par le fournisseur non pharmacien: 0755952.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 40 zone 19.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 32.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 32.

RUBRIQUE : CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 33.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(~~7~~)

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

Pour les interventions personnelles réglementaires qui ne sont pas portées en compte par le prestataire, la valeur 0 est mentionnée dans la zone 27 et la zone 33 est égale à 1.

Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

RUBRIQUE : CODE EXCEPTION PROPHYLAXIE

LIBELLE :

Dans cette zone, il y a lieu d'indiquer le code de l'exception prophylaxie.

- (☞ 1) Pour les séjours à partir du 1/7/2006, les forfaits de prophylaxie sont supprimés et cette zone est égale à zéro.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 177

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

La codification de ces exceptions est publiée en annexe de l'arrêté royal du 21 février 1997 (Moniteur Belge du 21 mars 1997), modifié par l'A.R. du 18/11/98 (M.B. 12/12/98).

RUBRIQUE : FLAG DCI

LIBELLE :

Dans cette zone, il est indiqué si le médicament est prescrit sous le nom de marque ou sous sa DCI (dénomination commun internationale).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 179

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	médicament prescrit sous le nom de marque
1	médicament prescrit sous sa DCI

RUBRIQUE : FORME GALENIQUE PREPARATION MAGISTRALE**LIBELLE :**

- (☞ 8) L'utilisation de cette zone est obligatoire à partir du 1/1/2009.
- (☞ 17) Cette zone doit obligatoirement être complétée si le contenu de la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094.
Si la zone 4 = 0750116, alors cette zone peut être remplie (facultatif).
- (☞ 7) Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 180**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
01	gélules
02	cachets
08	suppo adultes
09	suppo enfants
10	ovules
11	rectioles
13	ampoules
15	poudres à diviser
20	solutions usage interne
21	solutions usage externe (usage chronique : 6 tickets modérateurs maximum)
22	solutions usage externe (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)
27	gouttes ophtalmiques
28	lotions ophtalmiques
30	pommades (usage chronique : 6 tickets modérateurs maximum)
31	pommades ophtalmiques
32	pommades (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)
40	mélanges de poudres ou de plantes
71	gélules enrobées
90	délivrances telles quelles (p.ex. oxygène)
(☞ 3) 91	préparations préfabriquées

(☞ 3) En cas d'imputation d'honoraires supplémentaires, la valeur est précédée de « 1 »

(☞ 7) Dans tous les autres cas la valeur est précédée de « 0 »

RUBRIQUE : NUMERO OFFICE DE TARIFICATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 183

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Dans cette zone est mentionné le numéro d'identification de l'office de tarification agréé de l'officine de l'hôpital qui a délivré les médicaments (voir A.R. 23 novembre 1995, M.B. 11 janvier 1996).

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT THEORIQUE

LIBELLE :

Cette zone doit être utilisée pour les patients hospitalisés, les médicaments délivrés en ambulatoire aux patients qui séjournent en MSP et les spécialités pharmaceutiques qui ont été utilisées dans une solution pour alimentation parentérale.

Comme, dans ces cas, l'intervention personnelle est un montant forfaitaire, il s'agit ici d'un montant théorique qui n'est pas facturé au patient.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 195

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 40 zone 19.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

Médicaments remboursables

- (☞21) a) Délivrance à des patients hospitalisés
 (☞ 1,38) Pour les médicaments hors forfaitarisation, ce montant constitue la différence entre la "base de remboursement" (dont question à l'art. 95, § 1 de l'A.R. du 21 décembre 2001) et le montant remboursé par l'assurance-maladie (ET 40 Z 19) (*).
- (☞21) S'il s'agit de spécialités de référence, la différence entre le prix et la base de remboursement ne peut pas être reprise dans cette zone.
 Pour les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation, cette zone est égale à zéro.
- (☞21) b) Délivrance (ambulatoire) aux patients qui séjournent dans une MSP
 Le ticket modérateur théorique est égal à la différence entre le « prix » (tarif *) et le montant qui est remboursé par l'assurance maladie (ET 40 Z 19).
 S'il s'agit de spécialités de référence, la différence entre le prix et la base de remboursement doit aussi être reprise dans cette zone.
- (☞37) Exception : pour les spécialités de la catégorie Fa ou Fb, l'éventuelle différence entre le prix et la base de remboursement ne peut pas être reprise dans cette zone.

Médicaments non remboursables

- (☞ 4) Dans un hôpital psychiatrique ou une maison de soins psychiatrique, le ticket modérateur forfaitaire couvre également les médicaments non remboursables. Le prix total de ces produits doit être mentionné comme intervention personnelle théorique.
- (☞38) (*) Cette définition n'est pas valable pour les produits de contraste pour lesquels, l'intervention est diminuée de 10 % (à partir du 1/1/2013).

RUBRIQUE : NUMERO DU PRODUIT**LIBELLE :**

Dans ces zones, il y a lieu d'indiquer le code individuel du produit pharmaceutique.

- (☞9) Cette zone doit toujours être complétée; excepté lorsqu'il s'agit de préparations magistrales délivrées aux patients ambulants, de forfaits de prophylaxie *, du forfait par admission pour les médicaments (0756000) et les interventions forfaitaires 0757293, 0757315 et 0757330. Dans ces cas, la zone doit être mise à zéro.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N - 205**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**1. Médicaments remboursables des catégories A, B, C, Cs et Cx.

Voir l'annexe à l'A.R. du 21 décembre 2001, fixant les conditions d'intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire dans les frais des prestations pharmaceutiques.

Les mêmes codes sont utilisés pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés (unités précédées d'un double astérisque (**)), et pour les médicaments délivrés aux patients ambulants, aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. et I.H.P. et aux patients pour lesquels un forfait pour journée d'entretien peut être porté en compte (unités précédées d'un astérisque(*)).

2. Médicaments non remboursables et autres délivrances non remboursables.

Voir codification de l'A.P.B.. Cependant, lorsque le code INAMI existe, celui-ci doit alors être mentionné.

Les médicaments non remboursables qui proviennent de l'étranger et pour lesquels il n'existe pas de code dans la publication de l'A.P.B. sont repris individuellement sous le pseudo-code nomenclature 07799984.

Les médicaments non remboursables qui proviennent du pays et pour lesquels il n'existe pas de code A.P.B. doivent être mentionnés sous le pseudo-code nomenclature 07799992.

Les délivrances non remboursables, autres que des médicaments - spécialités, pour lesquelles il n'existe aucun code A.P.B., doivent être mentionnées sous le pseudo-code 07799976.

Pour la médication chimiothérapeutique qui tombe sous le ATC-code L01, pour laquelle un maxi-forfait peut être facturé et pour laquelle aucun code CNK n'existe, le pseudo-code CNK 07799984 ou 07799992 doit être mentionné selon qu'il s'agit d'un produit belge ou étranger.

Lors de l'utilisation des pseudo-codes 07799984, 07799992 et 07799976, le libellé du produit concerné doit être mentionné dans les zones 42 à 45.

Remarque : L'utilisation des pseudo-codes 07799984, 07799992 et 07799976 doit être limitée à 1 % maximum du chiffre d'affaires annuel.

- (☞ 1) * supprimés pour les séjours à partir du 1/7/2006

3. Préparations magistrales.

Si la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116, alors le contenu de cette zone est égal à zéro.

Si la zone 4 = 0750212, alors le code CNK est renseigné dans cette zone.

4. Matériels et produits de soins pour les soins à domicile de bénéficiaires souffrant de mucoviscidose

- diffuseurs pour perfusion préremplis délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100001
- diffuseurs pour perfusion vides délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100019
- location de pompe à perfusion aux ambulants dans les officines hospitalières	07100027
- réservoirs préremplis pour pompe à perfusion délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100035
- réservoirs vides pour pompe à perfusion délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100043
- forfait pour dispositifs médicaux au moyen desquels le bénéficiaire remplit éventuellement lui-même, à domicile, le diffuseur pour perfusion ou le réservoir pour pompe à perfusion – ambulants dans les officines hospitalières	07100050
- forfait pour dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins – ambulants dans les officines hospitalières	07100068
- honoraires de remplissage - ambulants dans les officines hospitalières	07100076

Dans l'ET 40 Z 4, ces pseudo-codes CNK doivent être regroupés sous le pseudo-code catégorie 0755392.

(☞ 3) 5. Honoraires pour la livraison et l'installation de l'oxygène au domicile du bénéficiaire.(☞ 17,32) Accessoires et installation

Par le pharmacien :

07107949	première installation
07107006	location des bouteilles et du détendeur
07105752	masques et/ou lunettes à oxygène
07106545	tuyaux
07106784	humidificateurs à usage unique

Par le fournisseur non-pharmacien :

07109218	première installation
07109226	location des bouteilles et du détendeur
07109234	masques et/ou lunettes à oxygène
07109242	tuyaux
07109259	humidificateurs à usage unique

Dans l'ET 40 Z 4, ces pseudo-codes CNK doivent être regroupés sous le pseudo-code catégorie 0755952.

(☞ 17) Honoraires pour la coordination et l'accompagnement

(☞ 32) - coordination et accompagnement de l'oxygénothérapie liquide	07105737 (*)
- coordination et accompagnement de l'oxygénothérapie gazeuse	07105745

Dans l'ET 40 Z 4, ces 2 pseudo-codes CNK doivent être regroupés sous le pseudo-code catégorie 0757455.

(☞ 32) (*) supprimé pour les délivrances à partir du 1/5/2012.

(☞ 10) 6. Trajets de soins

Trajet de soins diabète – tiges et lancettes - coût du matériel	07104656
Trajet de soins diabète – tiges et lancettes - honoraire	07104664
Trajet de soins diabète – glucomètre - coût du matériel	07104672
Trajet de soins diabète – glucomètre - honoraire	07104680
Programme ‘éducation et autogestion’ – tiges et lancettes – coût du matériel	07104698
Programme ‘éducation et autogestion’ – tiges et lancettes – honoraire	07105372
Programme ‘éducation et autogestion’ – glucomètre – coût du matériel	07105380
Programme ‘éducation et autogestion’ – glucomètre – honoraire	07105398
Trajet de soins insuffisance rénale chronique – tensiomètre - honoraire	07105406

Sur le site de l’INAMI, une liste des tensiomètres qui entrent en ligne de compte pour le remboursement dans le cadre de ce trajet de soins sera publiée.

Le coût du matériel doit être facturé sous le code CNK spécifique repris dans la liste susmentionnée.

RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT

LIBELLE :

Si la zone 40-41 de l'enregistrement de type 40 contient le code 07799976, 07799984 ou 07799992, cette zone doit reprendre la description du produit concerné.

(⁶) Si la zone 4 de l'enregistrement de type 40 contient le pseudocode 0960374-0960385 ou 0960396-0960400, cette zone doit reprendre la description du produit concerné.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 48 A - 213

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : DATE DE L'ACCORD PRESTATION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 47.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 262

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- (☞1) Pour les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation, aucun accord du médecin conseil n'est nécessaire et cette zone est égale à zéro.
- (☞9) Pour les pseudo-codes 0757293, 0757315, 0757330, la date de l'accord du médecin conseil doit être complétée.

RUBRIQUE : TRANSPLANTATION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 48.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 270

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 48.

RUBRIQUE : NUMERO DU PHARMACIEN TITULAIRE

LIBELLE :

Dans cette zone, le pharmacien titulaire est identifié par le numéro d'identification de l'I.N.A.M.I.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 271

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

A	B	C					D		E		
<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>	<u>11</u>	<u>12</u>
<u>0</u>	<u>2</u>										

A : La première position est toujours 0.

B : La deuxième position est toujours le chiffre 2.

C : Numéro d'ordre, accordé par l'I.N.A.M.I. (positions 3 à 9).

D : Chiffres de contrôle.

E : Les 3 dernières positions indiquent :

001 titulaire.

RUBRIQUE : ANNEE DE NAISSANCE

LIBELLE :

L'utilisation de cette zone est provisoirement facultative.

L'année de naissance du bénéficiaire mentionnée dans la zone 8 est indiquée dans cette zone.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N - 283

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : SITE HOSPITALIER

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 51.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 287

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 51.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 52.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 293

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 52.

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 50

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

REGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : NORME PRESTATION (POURCENTAGE)**LIBELLE :**

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 31)	1	Aide opératoire en cas de 1ère intervention chirurgicale ou de prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale (*). Les 7 chiffres suivants du code de prestation contiennent le code de prestation pour lequel l'aide opératoire est portée en compte.
	2	Aide opératoire en cas de 2ème intervention chirurgicale ou d'interventions chirurgicales suivantes. Les 7 chiffres suivants du code de prestation contiennent le code de prestation pour lequel l'aide opératoire est portée en compte.
(☞ 13)	4	Consultations, visites, suppléments d'urgence et indemnité supplémentaire de déplacement sans ticket modérateur dans le cadre de la vaccination contre la grippe AH1N1, où le ticket modérateur est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (honoraire complet dans la Z 19; Z 27 égale à zéro)
	5	Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans les champs nettement distincts de l'intervention principale ou pour des prestations pouvant être comptées à 50 % seulement.
(☞ 35)	6	Les matériaux de l'art. 28, de l'art. 35 et de l'art. 35bis de la nomenclature pour lesquels le prix d'achat est inférieur au prix-INAMI, ne sont par conséquent, tarifés qu'au niveau du montant de la facture. Ce n'est pas valable pour les prestations reprises dans l'article 35, § 18, a)
	7	Prestations hors réglementation tiers payant mais sont sur le support magnétique pour mémoire et une facture O.A. par paiement comptant suit.
(☞ 31)	(*)	Pour les prestations exécutées à partir du 1/11/2011, la norme 1 est seulement encore utilisée en cas de 1 ^{ère} intervention chirurgicale. L'aide opératoire ne peut plus être facturée en cas de prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale.

- 9 - Pour les prestations de radiothérapie effectuées en plusieurs séances, le code prestation doit être repris autant de fois qu'il y a eu de séances; pour chaque code prestation, il y a lieu de reprendre la date de la séance (c.à.d. date de début = date de fin = date de prestation). Le tarif doit être mentionné dans l'enregistrement du dernier code prestation (code norme = 0, ou 5 en cas de répétition). Pour toutes les autres prestations, le code norme est égal à 9 et la zone 19 (montant O.A.) est mise à zéro.
Les enregistrements avec le code norme 9 doivent être mentionnés sur le support magnétique dans une série continue et être immédiatement suivis par le dernier enregistrement de prestation avec le code norme 0.

(☞ 26)

Cas particuliers :

- Si la situation du patient ambulancier-hospitalisé change durant la période de prestation, alors le code de prestation (dans la Z 4) suit le statut du patient. Le type de facture (ambulancier ou hospitalisé) est déterminé par le statut du patient au dernier jour de la période (= enregistrement avec le code norme 0).
Le code service des enregistrements avec norme 9 peut être déterminé soit par le statut du patient à la date de la séance, soit par son statut au dernier jour de la période.
Pour les éventuels honoraires supplémentaires lors d'une série d'irradiations (ex :444496) le type de facture est déterminé par le statut du patient à la date à laquelle l'honoraire supplémentaire est facturé. Il est, donc, possible que le forfait pour la séries d'irradiations soit facturé sur une facture hospitalisé et l'honoraire supplémentaire sur une facture ambulancier, ou inversement.
- Si l'assurabilité du patient change durant la période de prestation (modification CT1/CT2, modification de mutualité d'affiliation), alors tous les enregistrements avec norme 9, de même que l'enregistrement de facturation avec norme 0 sont mentionnés sur une même facture. La situation d'assurabilité du patient à la date de la dernière prestation est mentionnée sur cette facture.

(☞ 34)

- Pour les *honoraires forfaitaires* pour les soins infirmiers A, B, C, PA, PB, PC, PP, l'enregistrement comportant le code nomenclature du forfait doit être précédé d'une série d'enregistrements dans lesquels, les prestations de base et les prestations techniques infirmières prestées durant le jour de soins concerné sont indiquées au moyen des pseudo-codes (voir art. 8, § 5, 3°, c de la nomenclature). Le cas échéant, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §5 bis, 5°, d de la nomenclature sont également mentionnés.
Pour les *honoraires supplémentaires PN*, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §5 bis, 5°, d de la nomenclature sont mentionnés, le cas échéant.
Pour les *prestations 427534, 427556 et 427571*, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §9 de la nomenclature sont mentionnés, le cas échéant.
Tous ces enregistrements avec les pseudo-codes susmentionnés doivent être indiqués par la norme 9; les zones 19, 27 et zone 30-31 sont alors toujours égales à zéro et la zone 17-18 indique respectivement le code nomenclature de l'honoraire forfaitaire ou de l'honoraire supplémentaire PN ou la code nomenclature 427534, 427556 ou 427571. Le contenu des zones 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 14 est identique dans chaque enregistrement indiqué par la norme 9 et est également égal aux zones correspondantes dans l'enregistrement de facturation avec norme 0.

(☞ 29)

- Pour les prestations 0687875-0687886 (tuteurs coronaires), 680352-680363 (tuteurs coronaires ou drug eluting stents) ou 0680315-0680326 (drug eluting stents), pour les prestations relatives aux endoprothèses (0634012 à 0634325 inclus), la facturation se fait comme suit:
- * le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents placés ou au nombre d'éléments utilisés + 1;
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents ou égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du tuteur/drug eluting stents ou de l'élément utilisé;
 - * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire, la zone 22 est toujours égale à "+0001", les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;
 - * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant forfaitaire est facturé;

(☞ 3)

Attention: implantation sur plusieurs jours: voir instructions ET 50 Z 3 S 5 et Z 4 S 17

- Pour les prestations relatives aux combinaisons de produits visco-élastiques (0682496-0682500 et 0682511-0682522) :
 - * soit le produit utilisé est repris dans les listes relatives aux deux prestations susmentionnées, auquel cas la facturation se fait selon les règles habituelles;
 - * soit il s'agit d'une combinaison de deux produits repris dans les listes relatives aux prestations [0682415-0682426 ou 0682430-0682441] et [0682452-0682463 ou 0682474-0682485], auquel cas la facturation se fait comme suit :
 - le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal à 3 ;
 - les deux premiers enregistrements doivent être indiqués par la norme 9 ; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001", la zone 43 reprend le code d'identification du produit utilisé ;
 - le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire, la zone 22 est toujours égale à "+0001", les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro ;
 - le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant forfaitaire est facturé.

- Drug eluting stents (catégorie 5)
 - * Implantation d'un (de) drug eluting stent(s) sans implantation d'un tuteur coronaire classique.
La facturation se fait sur base d'une suite d'enregistrements. Le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre de drug eluting stents placés + 2 :
 - le 1^{er} enregistrement est relatif à la prestation de base "0687875-0687886". Il est indiqué par la norme 0; la zone 4 mentionne le code de nomenclature "0687875-0687886"; la zone 17-18 est égale à "0589013-0589024"; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire relatif à cette prestation ; la zone 22 est égale à "+0001"; les zones 27 et 30-31 sont toujours égales à 0; la zone 43 est complétée par le pseudo-code d'identification "999999000034";
 - le nombre d'enregistrement suivant est égal au nombre de drug eluting stents implantés + 1;
 - le(s) premier(s) enregistrement(s) suivant(s) (nombre égal au nombre de drug eluting stent) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; la zone 4 mentionne le pseudocode de nomenclature "0686453-0686464"; la zone 17-18 est égale à "0687875-0687886"; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du drug eluting stent;
 - le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 17-18 est égale à "0687875-0687886"; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire ; la zone 22 est toujours égale à "+0001"; les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;
 - le contenu des zones 1, 5, 6, 15, 16, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs.

(☞ 3) Attention: implantation sur plusieurs jours: voir instructions ET 50 Z 3 S 5 et Z 4 S 17

(☞ 26) Les instructions concernant les drug eluting stents (catégorie 5) sont valables pour les prestations exécutées jusqu'au 31/03/2011 inclus.

- * Implantation d'un (de) drug eluting stent(s) avec implantation d'un (de) tuteur(s) coronaire(s) classique(s).

La facturation se fait sur base d'une suite d'enregistrements. Le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal à : (nombre de tuteurs coronaires + 1) + (nombre de drug eluting stents + 1) :

- le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de tuteurs coronaires) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; la zone 4 mentionne le code de nomenclature "0687875-0687886"; la zone 17-18 est égale à "0589013-0589024"; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du tuteur;
- l'enregistrement suivant est indiqué par la norme 0; la zone 4 mentionne le code de nomenclature "0687875-0687886"; la zone 17-18 est égale à "0589013-0589024"; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire; la zone 22 est toujours égale à "+0001"; les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;
- le(s) enregistrement(s) suivant(s) (nombre égal au nombre de drug eluting stent) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9 ; la zone 4 mentionne le pseudocode de nomenclature "0686453-0686464" ; la zone 17-18 est égale à "0687875-0687886"; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du drug eluting stent ;
- le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 4 mentionne le pseudocode de nomenclature "0686453-0686464"; la zone 17-18 est égale à "0687875-0687886"; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire; la zone 22 est toujours égale à "+0001"; les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro ;
- le contenu des zones 1, 5, 6, 15, 16, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs.

(☞ 13) La marge de délivrance peut être facturée sous le pseudo-code existant 0685812 – 0685823 comme mentionné dans les exemples de l'ET 50 Z 4 S 18 et S 19.

(☞ 13) Dans le cas où le plafond est atteint pour la marge de délivrance de la prestation 687875-687886, un enregistrement marge de délivrance doit être créé pour la prestation 686453-686464 avec le montant égal à 0 et la norme 7.

(☞ 3) Attention: implantation sur plusieurs jours: voir instructions ET 50 Z 3 S 5 et Z 4 S 17

(☞) Remarque : Pour les drug eluting stents, les obligations relatives à la zone 17-18 entrent en vigueur à la date de prestation 01/03/2004.

Les drug eluting stents implantés à partir du 1^{er} juin 2004 chez des patients non traités par antidiabétique oral et/ou insuline doivent être portés en compte sous le code de nomenclature "0687875-0687886", avec mention du code d'identification prévu dans la liste des tuteurs coronaires sous la catégorie " Drug eluting stents hors catégorie 5". Les règles de facturation prévues dans l'enregistrement de type 50, zone 3, suite 1, 3^{ème} tiret, sont d'application.

(☞ 26) Les instructions concernant les drug eluting stents (catégorie 5) sont valables pour les prestations exécutées jusqu'au 31/03/2011 inclus.

- (☞ 3,7)
- Pour les prestations relatives au matériel utilisé en chirurgie cardiaque minimale invasive (0689754-0689765 et 0689776-0689780) et pour la prestation 0688472, la facturation se fait comme suit :
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (= enregistrement(s) statistique(s)) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
 - * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9.
 - * le(s) enregistrement(s) suivant(s) (= enregistrement(s) de facturation) :
 - soit la somme des prix des éléments est inférieure au remboursement : il y a 1 enregistrement (de facturation) ; celui-ci est indiqué par la norme 6 ; la zone 19 mentionne la somme des prix des différents éléments utilisés ; la zone 22 est toujours égale à "+0001" ; les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro ;
 - soit la somme des prix des éléments est égale ou supérieure au remboursement et est inférieure ou égale au prix plafond : 2 enregistrements de facturation sont établis :
 - le premier enregistrement (de facturation) est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant du remboursement prévu dans la nomenclature ; la zone 22 est toujours égale à "+0001" ; les zones 27 et 30-31 sont égales à zéro ; la zone 43 est égale à zéro ;
 - le deuxième enregistrement (de facturation) (marge de sécurité) est indiqué par la norme 0 ; la zone 19 est égale à zéro ; la zone 22 est toujours égale à "+0001" ; la zone 27 est égale à la différence entre la somme des prix des éléments utilisés et le remboursement ; la zone 30-31 est égale à zéro ; la zone 43 est égale à zéro.
 - * la marge de délivrance est attestable sous le pseudo-code existant 0685856-0685860.

(☞ 19) Au cas où la somme des prix des éléments utilisés est supérieure au prix plafond, l'ensemble du matériel doit être attesté sous le pseudo-code 0960536-0960540.

- (☞21)
- Pour les prestations 715116-715120 et 715131-715142 (neurostimulateurs rechargeables), la facturation se fait comme suit:
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (= enregistrement(s) statistique(s)) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés) (maximum 2) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
 - * l'enregistrement suivant (= enregistrement de facturation) est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 contient le montant de l'intervention (= somme des interventions des éléments utilisés); la zone 22 est égale à "+0001"; les zones 27, 30-31 et 43 sont égales à zéro;
 - * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25 et 27 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé.
 - * la marge de délivrance est facturée sous le pseudo-code 0685812-0685823 (le montant est toujours égal au montant plafond 148,74 EUR)
- (☞ 35)
- (☞ 35)

- (☞ 29) - Pour les autres implants avec liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, la facturation s'effectue comme suit :
- * le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre d'éléments utilisés + 1;
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
 - (☞ 35) * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6;
 - (☞ 32) la zone 19 mentionne le montant du remboursement, la zone 22 est toujours égale à "+0001", la zone 43 est toujours égale à zéro;
 - (☞ 32) * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25, est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones
 - (☞ 35) correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé;
- Les prestations avec liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel sont indiquées avec la valeur « 1 » dans la colonne « type implant » de la feuille « Z43 » de la liste implants publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).

- (☞ 19,21) - Pour les implants avec obligation de notification, sans liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, la facturation s'effectue comme suit :
- * le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre d'éléments utilisés notifiés + 1;
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés notifiés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro; la zone 55-56 reprend le code de notification de l'élément utilisé;
 - (☞ 35) * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6;
 - (☞ 32) la zone 19 mentionne le montant du remboursement, la zone 55-56 est toujours égale à zéro;
 - (☞ 32) * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé;
 - (☞ 35) Les prestations qui doivent être facturées de cette façon, sont indiquées avec la valeur « 1 » dans la feuille « Z55-56 » de la liste implants.
Un exemple concret est détaillé dans l'ET 50 Z 4 S 22bis et S 22ter.

0 Toutes les autres situations ...

Mise en place des stents sur plusieurs jours.

(☞ 26) Le § 11ter de l'article 35 prévoit que, par hospitalisation, seule une des prestations 687875-687886, 680315-680326 ou 680352-680363 peut être remboursée.

Le § 12ter de l'article 35bis prévoit que l'intervention pour les prestations 687890-687901 et 687912-687923 ne peut être remboursée qu'une fois par hospitalisation.

Deux possibilités existent alors :

- 1) Plusieurs tuteurs coronaires / drug eluting stents mis en place pendant différentes périodes opératoires mais lors de la même hospitalisation:

Le forfait ne peut être pris en compte qu'une fois, mais tous les codes d'identification de TOUS les stents implantés doivent être mentionnés sur la facture électronique.

Les premiers stents sont mentionnés avec norme 9 et la date exacte de l'implantation.

Puis un enregistrement avec norme 0 et le montant forfaitaire suit avec la date de la première implantation.

Ensuite se trouve l'enregistrement avec la facturation de la marge de délivrance.

Finalement les stents de la deuxième implantation sont mentionnés avec norme 9 et leur date exacte d'implantation.

Voir également l'exemple dans la Zone 4 S 17.

- 2) Plusieurs tuteurs coronaires / drug eluting stents mis en place lors de différentes périodes opératoires lors de différentes hospitalisations.

Le forfait peut être pris en compte plusieurs fois, puisqu'il s'agit de différentes hospitalisations. La facturation s'effectue selon les règles normales.

RUBRIQUE : CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE

LIBELLE :

Code de la prestation qui a été fournie.

Remarque : Les prestations de biologie clinique ambulatoires, qui ne sont pas à charge de l'assurance maladie (prestations petits risques pour les travailleurs indépendants qui n'ont pas d'assurance complémentaire petits risques ; prestations effectuées avant le 1/1/2008), doivent également être mentionnées sur le fichier de facturation; les montants dans les zones 19 et 27 sont égaux à zéro et le montant facturé au patient est mentionné dans la zone 30-31.

(☞ 6)

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Ces numéros de code figurent en général dans la nomenclature des prestations de santé et sont précédés d'un zéro.

Le Moniteur belge du 29 septembre 1984 publie l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé.

Celle-ci prévoit en particulier, une codification réservée à des bénéficiaires ambulants et une autre à des bénéficiaires hospitalisés.

La codification de prestations de santé dans les instructions se fait toujours par deux codes (si les deux codes sont prévus).

Des pseudo-codes ont été introduits:

- pour des dépenses définies dans la nomenclature, mais non codifiées;
- pour des dépenses non définies dans la nomenclature, mais dans des accords ou conventions;
- etc, ...

Ceux-ci sont reproduits ci-après.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 1

Libellé	Nouveau code	
	Ambulant	Hospitalisé
1. Frais de déplacement des médecins		
a) Indemnités ordinaires pour spécialistes en pédiatrie	0109911	-
b) Supplément d'indemnité pour les médecins généralistes dans les régions rurales	0109955	-
c) Indemnité kilométrique pour les médecins spécialistes	0109970	-
2. Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier	0418913	-
(☞ 4, 21)3. Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au typage de donneurs potentiels à l'étranger en vue de trouver un donneur compatible, ainsi que dans les frais relatifs au prélèvement de ces cellules souches hématopoïétiques et à l'assurance du donneur	0269872	0269883
Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au transport du donneur étranger de cellules souches hématopoïétiques	0269894	0269905
Art. 14, m) 3ème alinéa : transport d'organe prélevé à l'étranger	0269916	0269920
4. Les maisons médicales :		
- forfait médecins	0109616	-
- forfait kinésithérapeutes	0509611	-
- forfait praticiens de l'art infirmier	0409614	-
(☞ 29) - DMG+ (70%)	0103272	-
(☞ 29) - DMG+ (30%)	0103294	-
5. Rééducation professionnelle - Rééducation individuelle		
A) Rééducation professionnelle		
- Examen d'orientation professionnelle - éducation	0771013	-
- Inscription à des cours et des examens	0771035	-
- Séjour	0771050	-
- Frais de déplacement	0771072	-
- Assurance	0771094	-
- Matériel et équipement	0771116	-
B) Fonds spécial de solidarité	0773194	0773205

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
C) Rééducation individuelle		
a) - Traitement orthoptique	0771536	0771540
(☞) - Séance individuelle de rééducation fonctionnelle par un orthoptiste, d'une durée de 60 minutes au minimum	0771551	0771562
b) Appareillage (article 151 + nomenclature)		
- Appareils à parler - type électronique	0771632	0771643
- Prothèse externe orbito-oculaire	0771654	0771665
- Lunettes télescopiques	0771713	0771724
- Pompes à perfusion	0771735	-
- Accessoires pour l'ensemble	0771750	-
- Prestations de rééducation fonctionnelle admises par le Collège des Médecins-Directeurs visées aux art. 27, 29 et 31 de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception de l'art. 29, § 12	0771772	0771783
c) Prestations de rééducation de patients cardiaques		
- Séance individuelle pluridisciplinaire d'une durée minimale de 30 minutes	-	0771201
- Séance collective pluridisciplinaire d'une durée minimale de 60 minutes	0771212	0771223
(☞) d) Prestations de diététique et de podologie		
- évaluation et/ou intervention diététique individuelle	0771131	-
- examen ou traitement podologique individuel	0771153	-
(☞ 21) e) Prestations de rééducation fonctionnelle suite à l'entrée en vigueur des trajets de soins		
- Prestations de diététique et podologie		
diététique	0794010	-
podologie	0794032	-
- Prestation de rééducation		
éducation de départ	0794054	-
éducation de suivi	0794076	-
supplément d'éducation en cas de complications	0794091	-
- Matériel pour les patients qui ont conclu un contrat trajet de soins		
matériel consommable	0794113	-
matériel durable – première prescription	0794135	-
matériel durable – prescription de renouvellement	0794150	-
- Matériel dans le cadre du programme de contrôle restreint de la glycémie pour les patients qui n'ont pas conclu de contrat trajet de soins		
matériel consommable	0794194	-
matériel durable – première prescription	0794216	-
matériel durable – prescription de renouvellement	0794231	-
(☞ 31) - Tensiomètre validé	0794172 (*)	-
(☞ 23) f) Prestations d'ergothérapie		
- Bilan observationnel	0784291	0784302
- Séance de mise en situation	0784313	-
- Séance d'information, de conseil et d'apprentissage	0784335	-
- Bilan fonctionnel final	0784350	-
D) Frais de déplacement		
- Moyen de transport individuel	0771934	-
- Moyen de transport en commun	0771956	-
- Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers un centre de rééducation conventionné organisé par le centre de rééducation	0771971	0771982
- Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers un centre de rééducation conventionné, adapté à la voiture personnelle	0773150	0773161
(☞ 28)		

(☞ 31) (*) Supprimé à partir du 1/12/2011.

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 4) Moyen de transport individualisé adapté au handicap (conventions « aides à la mobilité » (7.90)) :		
- Véhicule de l'établissement ou transporteur privé	0770394	0770405
- Véhicule adapté du bénéficiaire	0770416	0770420
(☞ 4) 5bis. Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776156	0776160
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776171	0776182
(☞ 7) Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.51		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776473	0776484
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776495	0776506
(☞ 8) Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		
(☞ 12)5ter. Honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique		
- Honoraire de participation médecin généraliste	0783414	0783425
- Honoraire de participation médecin spécialiste	0783436	0783440
Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		
6. a) Bains désinfectants pour brûlures :		
- Global	-	0754526
- Brûlure isolée sur un des quatre membres	-	0754541
b) Nutrition parentérale au domicile du patient		
(☞ 4) - Poches « à la carte » adultes	0751354	-
(☞ 4) - Poches « à la carte » enfants	0751376	-
(☞ 4) - Pré-mélanges industriels	0751391	-
(☞ 4) - Poches « per dialytique »	0751413	-
c) Seringues d'insuline stériles	0754736	-
d) Alimentation entérale par sonde au domicile du patient		
(☞ 4) - l'administration d'un produit polymérique	0751251	-
(☞ 4) - l'administration d'un produit semi-élémentaire	0751273	-
(☞ 4) - l'utilisation du matériel sans pompe	0751295	-
(☞ 4) - l'utilisation du matériel avec pompe	0751310	-
(☞ 4) - l'utilisation de la pompe	0751332	-
e) Prothèse capillaire en cas de		
- calvitie suite à une radiothérapie et/ou chimiothérapie antimitotique	0755414	0755425
- pelade	0755436	0755440
(☞ 9) - alopecie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire	0755451	0755462
(☞ 9) - alopecie cicatricielle d'origine radiothérapeutique	0754154	0754165
(☞ 38) f) Conventions art. 56		
- traitement des enfants avec aversion grave de l'alimentation orale	0751472(*)	-
- pendant les 3 premiers mois	0751914	-
- à partir du quatrième mois et les mois suivants	0751936	-
- formation et suivi alimentation parentérale à domicile		
- formation (les 3 premiers mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751833	-
- formation (les 3 premiers mois) autres bénéficiaires	0751870	-
- suivi (à partir du 4 ^{ème} mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751855	-
- suivi (à partir du 4 ^{ème} mois) autres bénéficiaires	0751892	-
7. Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales	-	0700000
8. a) Article 35, catégorie 5 :		
• Neurostimulateur et accessoires implantés pour le traitement de mouvements irréguliers :		

(☞ 38) (*) Ce code est valable jusqu'au 31/12/2012 inclus.

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 4) - neurostimulateur implanté	0698552	0698563
(☞ 4) - neurostimulateur implanté – Remplacement	0698574	0698585
(☞ 4) - électrode implantée (par pièce)	0698596	0698600
(☞ 4) - électrode implantée – Remplacement (par pièce)	0698611	0698622
(☞ 4) - électrode en cas de stimulation d'essai négative (par pièce)	0698633	0698644
(☞ 4) - extension (par pièce)	0698655	0698666
(☞ 4) - extension – Remplacement (par pièce)	0698670	0698681
(☞ 4) - programmeur	0698692	0698703
(☞ 14) - Neurostimulateur rechargeable implanté	0698876	0698880
(☞ 14) - Neurostimulateur rechargeable implanté - Remplacement	0698891	0698902
• Matériel pour assistance ventriculaire utilisé en cas de "bridge - to - transplant"	0684714	0684725
(☞ 27) Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d'un « bridge-to-transplant » pour un patient ambulant durant la première année de son assistance (par mois)	0701035	
(☞ 27) Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d'un « bridge-to-transplant » pour un patient ambulant après la première année de son assistance (par mois)	0701050	
• Stimulateur du nerf vague		
- Stimulateur	0684810	0684821
- Electrode et accessoires	0684832	0684843
• Neurostimulateur en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs		
- pour le neurostimulateur	0686232	0686243
- pour l'électrode	0686254	0686265
- pour l'extension	0686254	0686265
- pour l'électrode en cas de stimulation d'essai négative	0686276	0686280
- Neurostimulateur - Renouvellement en cas d'end of life	0688251	0688262
- Neurostimulateur - Renouvellement en cas d'infection	0688273	0688284
- Electrode et accessoires - Renouvellement en cas d'end of life	0688295	0688306
- Electrode et accessoires - Renouvellement en cas d'infection	0688310	0688321
(☞ 30) • Neurostimulateur en cas de trouble obsessionnel compulsif (TOC):		
- premier neurostimulateur en cas de TOC	0697933	0697944
- premier neurostimulateur complémentaire en cas de TOC	0703511	0703522
- neurostimulateur de remplacement en cas de TOC	0703533	0703544
- neurostimulateur complémentaire de remplacement en cas de TOC	0703555	0703566
- premier neurostimulateur rechargeable en cas de TOC	0703570	0703581
- neurostimulateur rechargeable de remplacement en cas de TOC	0703592	0703603
- électrodes et accessoires	0697955	0697966
- électrode en cas d'essai négatif (par pièce)	0703614	0703625

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 31) • Endoprothèse fenêtrée et/ou multibranche	0703415	0703426
(☞) • Implant cochléaire controlatéral, y compris le microphone externe, le processeur vocal et le système de transmission du son	0685333	0685344
(☞ 26) • Drug eluting stent coronaire	0686453 (**)	0686464 (**)
(☞ 7) • Moniteur cardiaque implantable et accessoires	0693910	0693921
(☞ 19) • Stent valvulaire percutané implantable placé dans le outflow tract du ventricule droit accessoires inclus	0691950	0691961
(☞ 7) b) Article 35bis, catégorie 3 :		
Ensemble du matériel de consommation, y compris l'utilisation de l'appareil, pour la réalisation d'une session de dialyse de détoxification en cas de pathologie	0740272	0740283
(☞ 12) Ensemble du matériel de consommation pour l'exécution de la prostatectomie totale, y compris l'exérèse du bloc vésiculaire avec suture uréthro-vésicale par chirurgie robotisée endoscopique	0777114	0777125
(☞ 29) Sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire	0703496	0703500

(☞ 26) (**)Supprimé à partir du 1/4/2011.

Pseudo-code nomenclature

Ambulant Hospitalisé

Libellé

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
c) Marge de délivrance des implants. Cette marge doit être facturée au même moment que les prestations correspondant à l'article 28, § 1er, à l'article 35 ou à l'article 35bis, § 1er ou les		
(☞ 5) prestations relatives aux défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes telles que mentionnées au point d) ci-dessous		
- pour les prestations de l'art. 28, § 1er,	0618715	0618726
- pour les prestations des catégories 1, 2 et 5 de l'art. 35, et pour les défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes	0685812	0685823
- pour les prestations des catégories 3 et 4 de l'art. 35	0685834	0685845
(☞ 7) - pour les prestations de l'article 35bis, catégories 1, 2 et 3	0685856	0685860
(☞ 11) - pour les prothèses de la parole (voir article 3, 3° de la Convention avec les fournisseurs d'implants).	0785352 (*)	0785363 (*)
(☞ 12) - défibrillateurs cardiaques implantables – compensation durée de vie	0699915	0699926
Le montant de la marge de délivrance est plafonné.		
(☞ 1) Dans le cas où le plafond est d'application sur la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de nomenclature, il faut alors indiquer au moyen de la norme 8 ou 7 dans la zone 46 de l'E.T. 50, si le montant mentionné dans la zone 27 est le résultat du calcul exact sur le prix d'achat (zone 19 + zone 27 de l'E.T. 50 correspondant); ou la différence entre la valeur plafond et la somme des marges de délivrance mentionnées dans les E.T. 50 précédents indiqués avec la norme 8.		
(☞ 1) L'enregistrement dans lequel le plafond est atteint et dans lequel le montant de la zone 27 est par conséquent plus petit que la marge de délivrance normale, est indiqué par la norme 7.		
(☞ 12) Si le plafond est atteint et qu'aucune marge de délivrance ne peut être facturée, alors un enregistrement "marge de délivrance" est établi avec le montant dans la zone 27 égal à zéro et avec la norme 7.		
(☞ 38) d) Renouvellement prématuré du stimulateur cardiaque	0684655 (***)	0684666 (***)
(☞ 11) e) Défibrillateur cardiaque implantable	0691633	0691644
Défibrillateur cardiaque implantable de remplacement	0691655	0691666
Electrode 1 coil, shock only (SVC)	0691692	0691703
Electrode 1 coil et sense/pace	0691714	0691725
Electrode 2 coils et sense/pace	0691736	0691740
Patch subcutané	0691751	0691762
Electrode subcutanée	0691773	0691784
Electrode de stimulateur, endocardiale unipolaire ou bipolaire ou myocardiale	0691795	0691806
Electrode de stimulateur cardiaque single-pass (VDD)	0691810	0691821
(☞ 27) Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie percutanée endoveineuse	0691832	0691843
(☞ 27) Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée en position épiscopiale par voie chirurgicale avec thoracotomie ou thoracoscopie	0691854	0691865
Supplément pour l'upgrading d'un défibrillateur cardiaque de resynchronisation	0691670	0691681
(☞ 12) Défibrillateur cardiaque implantable – compensation durée de vie	0699930	0699941
(☞ 7, 8) Ces prestations se réfèrent à une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z10) et le code service 770 (ET 50 Z 13). L'ANMC et l'UNMS traitent cette convention de rééducation fonctionnelle au niveau national. Les documents de facturation papier doivent donc être envoyés aux Unions Nationales (voir p.14 et ET 20 Z 18).		
(☞ 18) Pour l'ANMC, dans le cadre de REFAC, les documents doivent être transmis au point unique de contact.		
(☞ 7) f) Marge de sécurité des implants (**)	0618730	0618741
Pour les prestations à partir du 1/7/2008, le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité doit être facturé via un enregistrement distinct (analogue à la marge de délivrance). Le montant est repris dans la zone 27. Le (pseudo-)code nomenclature de l'implant est communiqué comme prestation relative.		
Si aucune marge de sécurité n'est facturée, aucun enregistrement « marge de sécurité » n'est établi.		
9. Les honoraires forfaitaires pour soins infirmiers voir E.T. 50 Z 3 en regard de la norme "9".		
(☞ 11) (*) La marge de délivrance est à charge de l'assurance maladie obligatoire. Le montant doit donc être mentionné dans <u>la zone 19</u> .		
(☞ 7) (**) supplément mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité, tel que défini à l'article 35, §4 et l'article 35bis, §4 de la nomenclature		
(☞ 38) (***) Ce pseudo-code est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/10/2012 inclus. Pour les prestations exécutées à partir du 1/11/2012, le code nomenclature 703636-703640 doit être utilisé.		

Codification des bandes et autres matières plâtrées, du sang et du plasma sanguin pour transfusion et du lait maternel.**Pseudo-code nomenclature**

Libellé	Ambulant		Hospitalisé	
	100 %	75 % (*)	100 %	75 % (*)
<u>APPAREIL PLATRE OU ORTHOPEDIQUE</u>				
a) Tête :				
Casque crânien	0690012	0692016	0690023	0692020
b) Cou :				
- Collier de Schanz	0690034	0692031	0690045	0692042
- Collier minerve	0690056	0692053	0690060	0692064
- Minerve avec corselet thoracique	0690071	0692075	0690082	0692086
c) Tronc :				
- Corset en-dessous des omoplates	0690093	0692090	0690104	0692101
- Corset prenant tout le tronc sans les épaules sous les omoplates avec appui sternal hyper-extension brace	0690115	0692112	0690126	0692123
- Corset cuirasse à épaulière moulée à pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing)	0690130	0692134	0690141	0692145
- Lombostat	0690152	0692156	0690163	0692160
- Milwaukee et corset complet avec minerve	0690174	0692171	0690185	0692182
- Lit plâtré englobant articulations cou jusqu'aux articulations des hanches	0690196	0692193	0690200	0692204
- Coquille plâtrée	0690211	0692215	0690222	0692226
- Coquille plâtrée descendant jusqu'au pli fessier avec épaulière	0690233	0692230	0690244	0692241
d) Membres supérieurs (les segments s'additionnent) :				
- Doigt séparément	0690255	0692252	0690266	0692263
- Main	0690270	0692274	0690281	0692285
- Main et doigts	0690292	0692296	0690303	0692300
- Poignet et avant-bras	0690314	0692311	0690325	0692322
- Bras	0690336	0692333	0690340	0692344
- Bras et épaule	0690351	0692355	0690362	0692366
- Aéroplane	0690373	0692370	0690384	0692381
- Thorax	0690395	0692392	0690406	0692403
- Thoraco-brachial	0690410	0692414	0690421	0692425

(☞ 32) (*) Les pseudo-codes relatifs à l'intervention à 75% sont supprimés à partir du 1/3/2012.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 7

		(*)		(*)
e) Membres inférieurs (les segments s'additionnent) :				
- Pied	0690432	0692436	0690443	0692440
- Pied et jambe jusqu'à mi-jambe	0690454	0692451	0690465	0692462
- Pied et jambe plateaux tibiaux compris	0690476	0692473	0690480	0692484
- Jambe et cuisse	0690491	0692495	0690502	0692506
- Cruro et ischio-pédieux	0690513	0692510	0690524	0692521
- Pelvi-pédieux simple	0690535	0692532	0690546	0692543
- Pelvi-pédieux double	0690550	0692554	0690561	0692565
- Thoraco-pédieux simple	0690572	0692576	0690583	0692580
- Thoraco-pédieux double	0690594	0692591	0690605	0692602
- Bassin, une cuisse (culotte)	0690616	0692613	0690620	0692624
- Bassin, deux cuisses (culotte)	0690631	0692635	0690642	0692646
 Prothèse :				
- Matériel pour botte de Unna pour extension	0690653	0692650	0690664	0692661
 <u>MOULAGE</u>				
a) Tête :				
- Casque crânien	0690675	0692672	0690686	0692683
- Plaque crânienne	0690690	0692694	0690701	0692705
b) Cou :				
- Collier de Schanz	0690712	0692716	0690723	0692720
- Collier minerve	0690734	0692731	0690745	0692742
- Minerve avec corselet thoracique	0690756	0692753	0690760	0692764
c) Tronc :				
- Corset en-dessous des omoplates	0690771	0692775	0690782	0692786
- Corset prenant tout le tronc sans les épaules sous les omoplates avec appui sternal hyper-extension brace	0690793	0692790	0690804	0692801
- Corset cuirasse à épaulière moulée à pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing)	0690815	0692812	0690826	0692823
- Lombostat	0690830	0692834	0690841	0692845
- Milwaukee et corset complet avec minerve	0690852	0692856	0690863	0692860
- Lit plâtré englobant articulations cou jusqu'au				
(☞ 32) articulations des hanches	0690874	0692871	0690885	0692882
- Coquille plâtrée	0690896	0692893	0690900	0692904
- Coquille plâtrée descendant jusqu'au pli fessier avec épaulière	0690911	0692915	0690922	0692926

(☞ 32) (*) Les pseudo-codes relatifs à l'intervention à 75% sont supprimés à partir du 1/3/2012.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 8

		(*)		(*)
d) Membres supérieurs (les segments s'additionnent) :				
- Doigt séparément	0690933	0692930	0690944	0692941
- Main	0690955	0692952	0690966	0692963
- Main et doigts	0690970	0692974	0690981	0692985
- Poignet et avant-bras	0690992	0692996	0691003	0693000
- Bras	0691014	0693011	0691025	0693022
- Bras et épaule	0691036	0693033	0691040	0693044
- Aéroplane	0691051	0693055	0691062	0693066
- Thorax	0691073	0693070	0691084	0693081
- Thoraco-brachial	0691095	0693092	0691106	0693103
 Prothèses :				
- Amputation complète ou partielle de la main	0691110	0693114	0691121	0693125
- Désarticulation du poignet	0691132	0693136	0691143	0693140
- Amputation de l'avant-bras	0691154	0693151	0691165	0693162
- Désarticulation du coude	0691176	0693173	0691180	0693184
- Amputation du bras	0691191	0693195	0691202	0693206
- Désarticulation de l'épaule	0691213	0693210	0691224	0693221
 e) Membres inférieurs (les segments s'additionnent) :				
- Pied	0691235	0693232	0691246	0693243
- Pied et jambe jusqu'à mi-jambe	0691250	0693254	0691261	0693265
- Pied et jambe plateaux tibiaux compris	0691272	0693276	0691283	0693280
- Jambe et cuisse	0691294	0693291	0691305	0693302
- Cruro et ischio-pédieux	0691316	0693313	0691320	0693324
- Pelvi-pédieux simple	0691331	0693335	0691342	0693346
- Pelvi-pédieux double	0691353	0693350	0691364	0693361
- Thoraco-pédieux simple	0691375	0693372	0691386	0693383
- Thoraco-pédieux double	0691390	0693394	0691401	693405
- Bassin, une cuisse (culotte)	0691412	0693416	0691423	0693420
- Bassin, deux cuisses (culotte)	0691434	0693431	0691445	0693442
 Prothèses :				
- Amputation partielle du pied	0691456	0693453	0691460	0693464
- Amputation Chopart, Ricard, Pyrogoff, Syme	0691471	0693475	0691482	0693486
- Amputation tibiale classique et P.T.B.	0691493	0693490	0691504	0693501
- Désarticulation du genou	0691515	0693512	0691526	0693523
- Amputation de la jambe sous le genou fléchi	0691530	0693534	0691541	0693545
- Amputation de la cuisse	0691552	0693556	0691563	0693560
- Désarticulation de la hanche	0691574	0693571	0691585	0693582
- Chaussures orthopédiques, par pied	0691596	0693593	0691600	0693604
- Semelles orthopédiques, par pied	0691611	0693615	0691622	0693626

(☞ 32) (*) Les pseudo-codes relatifs à l'intervention à 75% sont supprimés à partir du 1/3/2012.

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 12) <u>Intervention de l'assurance dans le coût du sang humain total et de certains produits sanguins labiles</u>		
(☞ 18) (A.R. du 20/04/2010) Dans le cas d'une administration dans un établissement hospitalier, la facturation est effectuée par cet établissement.		
<u>Sang humain total</u>		
par unité de sang humain total	0752113	0752124
<u>Concentré érythrocytaire autologue</u>		
par unité administrée de concentré érythrocytaire autologue	0752533(*)	0752544(*)
<u>Concentré érythrocytaire déleucocyté</u>		
a) unité "adulte", par unité "adulte" de concentré érythrocytaire déleucocyté, filtre inclus	0752452	0752463
b) unité "nourrisson", par unité "nourrisson" de concentré érythrocytaire déleucocyté, filtre inclus	0752474	0752485
(☞ 12) c) unité "autologue", par unité "autologue" de concentré érythrocytaire déleucocyté, filtre inclus	0752555	0752566
(☞ 12) <u>Concentré érythrocytaire déleucocyté irradié</u>		
a) unité "adulte", par unité "adulte" de concentré érythrocytaire déleucocyté irradié, filtre inclus	0752570	0752581
b) unité "nourrisson", par unité "nourrisson" de concentré érythrocytaire déleucocyté irradié, filtre inclus	0752592	0752603
<u>Concentré plaquettaire déleucocyté</u>		
a) par multiple entier de l'unité contenant au minimum $0,5 \cdot 10^{11}$ plaquettes et dont le nombre de leucocytes ne dépasse pas $1 \cdot 10^6$ dans le produit fini, filtre inclus	0752496	0752500
(☞ 12) b) par unité de minimum 4×10^{11} plaquettes, filtre inclus	0752614	0752625
(☞ 12) <u>Concentré plaquettaire déleucocyté irradié</u>		
a) par unité de $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752636	0752640
b) par unité de minimum 4×10^{11} plaquettes, filtre inclus	0752651	0752662
(☞ 12) <u>Concentré plaquettaire déleucocyté pathogènes-réduits</u>		
a) par unité de $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752673	0752684
b) par unité de minimum 4×10^{11} plaquettes, filtre inclus	0752695	0752706
<u>Concentré unitaire de plaquettes déleucocyté</u>		
par concentré contenant au minimum $4 \cdot 10^{11}$ plaquettes avant déleucocytation et au maximum $1 \cdot 10^6$ leucocytes après déleucocytation, filtre inclus	0752511(*)	0752522(*)
<u>Concentré leucocytaire</u>		
par unité de concentré leucocytaire	0752393	0752404
<u>Plasma humain frais congelé destiné à être utilisé pour les transfusions autologues programmées</u>		
par unité de plasma humain frais congelé	0752415	0752426
<u>Plasma humain frais congelé viro-inactivé</u>		
par unité de plasma humain frais congelé viro-inactivé	0752430	0752441
Lait maternel (en ml.)	0695052	0695063

(*) jusqu'au 23/07/2009

Codification des isotopes radio-actifs médicaux employés à titre thérapeutique.**Pseudo-code nomenclature**

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
A. Sources scellées :		
Phosphore 32 (P 32)	0698014	0698025
Grains d'or (Au 198)	0698036	0698040
Grains d'iridium 192 (Ir 192)	0698051	0698062
Grains de tantale 182 (Ta 182)	0698073	0698084
Grains, sphères et aiguilles d'yttrium 90 (Y 90)	0698095	0698106
Fils de tantale 182, d'iridium 192 et or 198	0698110	0698121
B. Radio-éléments et molécules marquées :		
Solution Iodure de Na I 125	0698132	0698143
Solution Iodure de Na I 131	0698154	0698165
Capsules Iodure de Na I 131	0698176	0698180
Soluté or colloïdal Au 198	0698191	0698202
Soluté or colloïdal Au 198 à petites particules	0698213	0698224
Soluté acide phosphorique P 32	0698235	0698246
Soluté phosphate de Na P 32	0698250	0698261
Suspension phosphate de chrome P 32	0698272	0698283
Complexe colloïdal phosphate de chrome P 32 à petites micelles	0698294	0698305
Complexe colloïdal phosphate de chrome P 32 à grosses micelles	0698316	0698320
Complexe colloïdal P 32 + Cr 51	0698331	0698342
Lipiodol F. marqué à l'I 131	0698353	0698364
Lipiodol U.F. marqué à l'I 131	0698375	0698386
Yttrium 90 en suspension	0698390	0698401
Phosphate de zirconium P 32 en suspension	0698412	0698423
Sérum albumine I 131	0698434	0698445
Strontium 85 ou 85 + 89, en solution ou poudre	0698456	0698460
Samarium 153	0698471	0698482
(☞ 33) Palladium 103	0698493(*)	0698504(*)
Iodium 125	0698515	0698526
(☞ 3) Solution de chlorure d'Yttrium 90	0698530	0698541

(☞ 33) (*) supprimé à partir de la date de prestation 1/3/2012.

Codification des radio-isotopes, administrés en vue de poser un diagnostic.**Pseudo-code nomenclature**

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
- NaI 131 et NaI 125	0699016	0699020
- Molécules inorganiques prêtes à l'emploi	0699031	0699042
- Eluats organiques ou inorganiques à courte vie de générateur utilisés comme tels	0699053	0699064
- Eléments sanguins figurés ou protéines plasmatiques du patient, marqués de façon extracorporelle par molécule inorganique	0699075	0699086
- Molécules organiques prêtes à l'emploi	0699090	0699101
- Molécules organiques ou inorganiques marquées par isotope à courte vie produits par générateur	0699112	0699123
- I 123 utilisé dans des cas où une exploration de la thyroïde n'a, au cours d'une séance précédente, pas fourni de renseignements suffisants et qu'un examen complémentaire à l'I 123 est dès lors nécessaire	0699134	0699145
- I 123 utilisé pour l'exploration de l'atrésie des voies biliaires en pédiatrie	0699156	0699160
- I 123 utilisé pour l'exploration du transplant rénal	0699171	0699182
- In 111, Ga 67 et Tl 201	0699193	0699204
- Radio-isotopes de poids atomique bas	0699215	0699226
- I 123 utilisé pour l'exploration de patients présentant un syndrome parkinsonien cliniquement douteux	0699230	0699241
(☞ 34) - ADREVIEW (I 123 iobenguane marqué)	0699473	0699484

(☞ 36) Pour les radio-isotopes utilisés à titre diagnostique, les règles d'arrondi pour les médicaments de la catégorie B, reprises dans l'annexe 14, sont applicables. L'intervention personnelle est, donc, arrondie au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.

Il faut également tenir compte des montants plafond comme prévu dans le chapitre VI, §3 de l'AR du 21/12/2001.

(☞ 6,9,18) Intervention de l'assurance dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).

La facturation est effectuée par l'hôpital où le matériel est utilisé comme greffe (c-à-d où le matériel est implanté), sous les pseudo-codes nomenclature publiés dans l'A.R. du 02/06/2010.

Honoraires forfaitaires d'imagerie médicale par admission : 0460784 (M.B. 27/05/99).

(☞ 37) AR du 20/9/2012 modifiant l'art. 20, §1, f) de la nomenclature

La valeur des prestations 477116-477120, 477131-477142 et 478096-478100 est majorée de 50 % quand elles sont effectuées sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs.–Dans ce cas, il y a lieu d'utiliser les pseudo-codes suivants lors de la facturation :

478166 : prestation 477120 quand elle est effectuée sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs;

478181 : prestation 477142 quand elle est effectuée sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs;

478203 : prestation 478100 quand elle est effectuée sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs;

(☞ 38) Convention "genetic counseling"

589750-589761: forfait pour le genetic counselling standard

589772-589783: forfait pour le genetic counselling complexe

589794-589805: forfait de rattrapage négatif temporaire

Kinésithérapie

Les prestations de kinésithérapie effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés et dispensées à des bénéficiaires atteints d'une des affections visées à l'article 7, 3ème alinéa, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982 doivent être attestées, à partir du 1/5/1999, sous les codes prévus à l'article 7, § 1^{er}, 2^o, V de la nomenclature des prestations de santé,

à l'exception des cas où le bénéficiaire se trouve dans une des situations prévues :

à l'article 7, § 12	→	utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1 ^{er} , 3 ^o
à l'article 7, § 13	→	utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1 ^{er} , 4 ^o

de la nomenclature susmentionnée.

Fécondation in vitro

A partir du 1er juillet 2003, l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules sont enregistrées sous les pseudo-codes nomenclature suivants :

1 ^{er} cycle	0559812	0559823
2 ^{ème} cycle	0559834	0559845
3 ^{ème} cycle et suivants	0559856	0559860

Il s'agit uniquement de la mention du nombre de cas, toutes les zones "montant" sont égales à zéro.

- (☞9) L'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008) (forfaits médicaments PMA1, PMA2 et PMA3) n'a pas d'influence sur le compteur du nombre de cycles. Le compteur continue à marcher (n'est donc pas mis à zéro au 1/1/2009).
- (☞ 8) Montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'un SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente 0793553
- (☞ 36) Montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance 0793575
- (☞ 20) Transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009)
- | | | |
|---|---------|---------|
| Forfait pour les 10 premiers km | 0784416 | 0784420 |
| Intervention à partir du 11 ^e jusqu'au 20 ^e km inclus | 0784431 | 0784442 |
| Intervention à partir du 21 ^e km | 0784453 | 0784464 |
| Intervention par paire d'électrodes | 0784475 | 0784486 |
- (☞ 9) Convention dialyse hépatique
Dialyse de détoxification: élimination des toxines hydrosolubles et des toxines liées à l'albumine 0761972 0761983
- (☞ 14) Assistance au sevrage tabagique (AR 31/8/2009, MB 15/9/2009)
- | | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Première séance | 0740434 | 0740445 |
| Séances suivantes | 0740456 | 0740460 |
| Séances femmes enceintes | 0740471 | 0740482 |

(☞ 5) Suppléments pour produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I.Honoraires médical et paramédical

0960035	0960046	Prestations de laboratoires non remboursables
0960050	0960061	Prestations de soins <u>diagnostiques</u> non remboursables
0960072	0960083	Prestations de soins <u>thérapeutiques</u> non remboursables

Implants

(☞ 18) 0960234	0960245	Implants non remboursables avec obligation de notification
(☞ 18) 0960536	0960540	Implants non remboursables sans obligation de notification

(☞ 8) Frais divers dans les hôpitaux ou MSP

0960492	0960503	Confort de chambre
0960190	0960201	Frais personne accompagnante
0960411	0960422	Nourriture et boissons
(☞ 8) 0960433	0960444	Produits d'hygiène sans code APB
0960455	0960466	Autres produits/services fournis à la demande du patient
0960470	0960481	Frais d'ambulance

(☞ 5) Frais divers dans les initiatives d'Habitations Protégées

960315	frais de séjour tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour
960330	coûts éventuels surplus au frais de séjour tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour
960352	'autres' coûts surplus qui ne sont pas prévus dans la convention de séjour

(☞ 19) Suppléments MRPA-MRS-CSJ.

0960551	Frais d'hébergement: chambre d'une personne
0960573	Frais d'hébergement: chambre de deux personnes
0960595	Frais d'hébergement: chambre commune
0960610	Frais de séjour en CSJ
0960632	Frais d'hébergement: abonnement télévision
0960654	Frais d'hébergement: abonnement internet
0960676	Frais d'hébergement: dépenses téléphone
0960691	Suppléments liés aux soins: matériel de soins non compris dans le forfait
0960713	Suppléments liés aux soins: matériel d'incontinence
0960735	Suppléments liés aux soins: produits (para)pharmaceutiques
0960750	Suppléments liés aux soins: compléments nutritionnels
0960772	Suppléments liés aux soins: ristournes (<i>montant en négatif</i>)
0960794	Autres suppléments: buanderie
0960816	Autres suppléments: pédicure
0960831	Autres suppléments: manucure
0960853	Autres suppléments: boissons
0960875	Autres suppléments n'appartenant pas aux catégories précédentes
0960890	Transport lié aux soins: taxi
0960912	Transport lié aux soins: ambulance
0960934	Transport lié aux soins: transport domicile/CSJ
(☞ 21) 0960956	Frais médecin (<i>mention facultative</i>)
(☞ 21) 0960971	Frais kiné (<i>mention facultative</i>)
(☞ 21) 0960993	Frais labo (<i>mention facultative</i>)
(☞ 21) 0960094	Frais policlinique (<i>mention facultative</i>)
(☞ 25) 0961111	Ristourne convention art.10bis SEP (<i>montant en négatif</i>)
(☞ 25) 0961133	Ristourne convention art.10bis SLA (<i>montant en négatif</i>)
(☞ 25) 0961155	Ristourne convention art.10bis Huntington (<i>montant en négatif</i>)

(☞) Accidents de travail conventions internationales :

0961030	0961041	Biologie clinique non remboursable
0961052	0961063	Prestations de soins diagnostiques non remboursables
0961074	0961085	Prestations de soins thérapeutiques non remboursables
0961096	0961100	Déplacements non remboursables
(☞ 7) 0961214	0961225	Autres produits ou services non remboursables

Il s'agit des prestations originellement non remboursables qui sont prises en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la Z 19.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 15

Exemple en EUR d'une suite d'enregistrements relatifs aux implants.

Lentilles intra-oculaires : 682754/765 U 97

Prix € 152,40 - marge de délivrance € 15,24

Remboursement € 100,18 - quote-part patient € 67,46

Prestataire conventionné.

(☞ 7)

	ET 50	ET 50	ET 50	ET 50
Zone		Implant	Marge de sécurité	Marge de délivrance
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50
4	N°PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0682765	0618741	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20080301	20080301	20080301
6	DATE FIN PRESTATION	20080301	20080301	20080301
15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0	0682765	0682765
18				
19	MONTANT O.A.	+00000010018	+00000000000	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20080110	00000000	00000000
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001
23				
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXXX/CC/KKK	00000000000	00000000000
25				
(☞ 1) 27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000005222	+000001524
(☞ 1) 30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYYZZZZC	00000000000	00000000000

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 16

Exemple en EUR d'une suite d'enregistrements relatifs aux tuteurs coronaires.

Tuteur coronaire : 0687875-0687886 U1985

Remboursement (forfait) : € 2050,16

Marge de délivrance : € 148,74

Prestataire conventionné

a) 2 tuteurs sont implantés :

- 1 tuteur du type : 0XXXYYYAAAAAC

- 1 tuteur du type : 0XXXYYYBBBBBC

E.T.	50	50	50	50	50
ZONE	PRESTATIONS				
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	9	0	0
4	N°PSEUDO-CODE	0687886	0687886	0687886	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	19980701	19980701	19980701	19980701
6	DATE FIN PRESTATION	19980701	19980701	19980701	19980701
15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0589024	0589024	0589024	0687886
18					
19	MONTANT O.A.	+0000000000	+0000000000	+00000205016	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	19980630	19980630	19980630	00000000
21					
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000
25					
(☞ 1) 27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
(☞ 1) 30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	0XXXYYYBBBBBC	000000000000	000000000000

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 17

b) 4 tuteurs sont implantés :

(☞ 3) - 1 tuteur de type 0XXXXYYYAAAAAC, le 5/4/2004

(☞ 3) - 3 tuteurs du type 0XXXXYYYBBBBBC, le 12/4/2004

E.T.	50	50	50	50	50 (X 3)
ZONE	PRESTATIONS				
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	0	0	9
4	N°PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0687886	0687886	0685823	0687886
(☞ 3) 5	DATE DEBUT PRESTATION	20040405	20040405	20040405	20040412
(☞ 3) 6	DATE FIN PRESTATION	20040405	20040405	20040405	20040412
15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0589024	0589024	0687886	0589024
18					
19	MONTANT O.A.	+00000000000	+00000205016	+00000000000	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20040331	20040331	00000000	20040331
21					
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000	01/XXXXXX/CC/KKK
25					
(☞ 1) 27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000014874	+000000000
(☞ 1) 30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXXYYYAAAAAC	000000000000	000000000000	0XXXXYYYBBBBBC

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

(☞ 13)

(☞ 26) L'exemple ci-dessous est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/03/2011 inclus.

Exemples d'une suite d'enregistrements relatifs aux drug eluting stents (DES) (Catégorie 5).

Prestataire conventionné

a) 2 DES de type XXXYYYAAAAAC sont implantés sans implantation de tuteurs coronaires :

- Prestation de base : 0687875-0687886 (forfait : U1985 – 2050,16 EUR)
- Supplément pour DES : 0686453-0686464 (forfait : U 968,22 – 1000 EUR)

(☞ 13)

(☞ 13)

ET	50	50	50	50 (2 X)	50	50
ZONE	PRESTATIONS					
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	0	0	9	0	0
4	N° PSEUDO-CODE	0687886	0685823	0686464	0686464	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
6	DATE FIN PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
15	PRESTATAIRE	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1	1
17	PRESTATION					
18	RELATIVE	0589024	0687886	0687886	0687886	0686464
19	MONTANT O.A.	+00000205016	+00000000000	+00000000000	+00000100000	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION					
21		20031130	00000000	20031130	20031130	00000000
22	NOMBRE DE PRESTATIONS					
23		+0001	+0001	+0001	+0001	+0001
24	IDENTIFICATION DU					
25	PRESCRIPTEUR	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000014874	+000000000	+000000000	+000000000
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	999999000034	000000000000	XXXYYYAAAAAC	000000000000	000000000000
46	NORME PLAFOND	0	7	0	0	7

(☞ 1)

(☞ 1)

(☞

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

(☞ 26) L'exemple ci-dessous est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/03/2011 inclus.

b) 2 DES de type XXXYYYAAAAAC sont implantés avec implantation de 2 tuteurs coronaires de type XXXYYYBBBBBC :

- Prestation de base : 0687875-0687886 (forfait : U1985 – 2050,16 EUR)

- Supplément pour DES : 0686453-0686464 (forfait : U 968,22 – 1000 EUR)

(☞ 13)

(☞ 13)

ET	50	50 (2 X)	50	50	50 (2 X)	50	50
ZONE	PRESTATIONS						
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	0	0	9	0	0
4	N° PSEUDO-CODE	0687886	0687886	0685823	0686464	0686464	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
6	DATE FIN PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
15	PRESTATAIRE	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1	1	1
17	PRESTATION	0589024	0589024	0687886	0687886	0687886	0686464
18	RELATIVE						
19	MONTANT O.A.	+0000000000	+00000205016	+0000000000	+0000000000	+00000100000	+00000000000
20							
21	DATE PRESCRIPTION	20031130	20031130	00000000	20031130	20031130	00000000
22							
23	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001
24	IDENTIFICATION DU						
25	PRESCRIPTEUR	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
(☞ 1)	27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000014874	+000000000	+000000000
(☞ 1)	30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
	43	CODE IMPLANT	XXXYYYBBBBBC	000000000000	000000000000	XXXYYYAAAAAC	000000000000
(☞ 13)	46	NORME PLAFOND	0	0	7	0	7

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I.

L'exemple ci-dessous est valable pour les prestations exécutées à partir du 1/04/2011.

Exemple d'une suite d'enregistrements relatif aux drug eluting stents (DES)

Drug eluting stents : 0680315-0680326 U2047

Remboursement (forfait) : € 2114,19

Marge de délivrance : € 148,74

Prestataire conventionné

2 drug eluting stents sont implantés :

- 1 DES du type : 0XXXYYYAAAAAC

- 1 DES du type : 0XXXYYYBBBBBC

E.T.	50	50	50	50	50
ZONE	PRESTATIONS				
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	9	0	0
4	N°PSEUDO-CODE	0680326	0680326	0680326	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20110701	20110701	20110701	20110701
6	DATE FIN PRESTATION	20110701	20110701	20110701	20110701
15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0589024	0589024	0589024	0680326
18					
19	MONTANT O.A.	+0000000000	+0000000000	+00000211419	+0000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20110630	20110630	20110630	00000000
21					
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	00000000000
25					
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	0XXXYYYBBBBBC	000000000000	000000000000
46	NORME PLAFOND	0	0	0	7

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

Exemple chirurgie cardiaque à invasion minimale (voir description de la méthode dans l'ET 50 Z 3 S 4)

3 éléments (canule artérielle) : 1 élément avec le code implant 0XXXXYYAAAAAC + 2 éléments avec le code implant 0YYYYZZAAAAAC

2 éléments (drainage veineux) : 1 élément avec le code implant 0XXXXYYBBBBBC + 1 élément avec le code implant 0XXXXZZBBBBBC

canules artérielles							drainage veineux							
ET Zone	50 Prestations	enreg statistique 50	enreg statistique 50	enreg statistique 50	enreg de facturation 50	marge de sécurité 50	ou	enreg de facturation 50	enreg statistique 50	enreg statistique 50	enreg de facturation 50	marge de sécurité 50	ou	enreg de facturation 50
1	Type d'enregistrement	50	50	50	50	50		50	50	50	50	50		50
3	norme prestation	9	9	9	0	0		6	9	9	0	0		6
4	n° pseudo-code	689765	689765	689765	689765	618741		689765	689780	689780	689780	618741		689780
5	date début prestation	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201
6	Date fin prestation	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201
15	prestataire	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300		06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300		06/XXXX/CC/300
16	norme dispensateur	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1
17-18	prestation relative	0	0	0	0	689765		0	0	0	0	689780		0
19	montant O.A.	0	0	0	remboursement	0		somme(prix)	0	0	remboursement	0		somme(prix)
20-21	date de prescription	20081010	20081010	20081010	20081010	0		20081010	20081010	20081010	20081010	0		20081010
22-23	nombre de prestations	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001		+0001	+0001	+0001	+0001	+0001		+0001
24-25	identification du prescripteur	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	00000000000		01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	00000000000		01/XXXX/CC/KKK
27	intervention personnelle	0	0	0	0	somme(prix) - montant OA		0	0	0	0	somme(prix) - montant OA		0
30-31	montant supplément	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0
43	code implant	0XXXXYYAAAAAC	0YYYYZZAAAAAC	0YYYYZZAAAAAC	000000000000	000000000000		000000000000	0XXXXYYBBBBBC	0XXXXZZBBBBBC	000000000000	000000000000		000000000000

Remarque: la marge de délivrance n'est pas reprise dans cet exemple; elle est facturée selon les règles normales (voir ET 50 Z 4 S 5 BIS et ET 50 Z 46)

Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs à une combinaison de produits visco-élastiques lorsque les produits concernés sont repris dans les listes relatives aux prestations [0682415-0682426 ou 0682430-0682441] et [0682452-0682463 ou 0682474-0682485]

Combinaison d'un produit visco-élastique à base d'hyaluronate d'une viscosité inférieure à 1.000.000 de centipoise avec un produit visco-élastique à base d'hyaluronate d'une viscosité supérieure à 1.000.000 de centipoise ou à base de chondroïtine, d'un volume total de 0,8 ml à 1,2 ml, quel que soit le conditionnement : 0682511-0682522 U82

Remboursement (forfait) : € 63,37

Marge de délivrance : € 6,33

Les produits utilisés sont :

- 1 produit du type : 119002000205 repris sur la liste relative à la prestation 682415-682426
- 1 produit du type : 119004000132 repris sur la liste relative à la prestation 682452-682463

E.T.	50	50	50	50	50
ZONE	PRESTATIONS				
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	9	0	0
4	N°PSEUDO-CODE	0682511	0682511	0682511	0685856
5	DATE DEBUT PRESTATION	20091103	20091103	20091103	20091103
6	DATE FIN PRESTATION	20091103	20091103	20091103	20091103
15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0245055	0245055	0245055	0682511
18					
19	MONTANT O.A.	+0000000000	+0000000000	+00000006337	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20091102	20091102	20091102	00000000
21					
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000
25					
(☞ 1) 27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000000000	+0000000633
(☞ 1) 30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0119002000205	0119004000132	000000000000	000000000000

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I.

Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux implants, dans le cas où le plafond de la marge de délivrance est d'application pour la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de la nomenclature.

688634 - 688645: Tige pour révision à placer avec ciment et utilisée lors de la prestation 293436 - 293440 y compris le centraliseur éventuel - U 1238

Code implant : 115007000017 :

Honoraire: € 1278,64

L'hôpital facture: € 1470,31

Marge de sécurité 15%, prix max. 115% = € 1470,44 → Marge de sécurité concrète: (1470,31-1278,64) = 191,67

Marge de délivrance : € 147,03

Remboursement O.A.. = € 1278,64

688774 - 688800: Tête pour tige de hanche destinée à être utilisée sans cupule acétabulaire - U 185

Code implant : 115014000017

Honoraire: 191,07

L'hôpital facture : € 206,54

Marge de sécurité = 10%, prix max. 110% = € 210,18 → Marge de sécurité concrète: (206,54-191,07) = 15,47

Marge de délivrance = 10% = € 20,65

Intervention O.A.. : € 191,07

-> La marge de délivrance est plafonnée à € 148,74

Zone		Implant	Marge de sécurité	Marge de délivrance	Implant	Marge de sécurité	Marge de délivrance
1	Type enregistrement	50	50	50	50	50	50
3	Norme prestation	0	0	0	0	0	0
4	Code nomenclature	0688645 (Tige)	0618741	0685823	0688800 (tête)	0618741	0685823
5	Date début prestation	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801
6	Date fin prestation	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801
15	Prestataire	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300
16	Norme dispensateur	1	1	1	1	1	1
17-18	Prestation relative	0293440	0688645	0688645	0	0688800	0688800
19	Montant O.A.	+00000127864	+000000000000	+000000000000	+00000019107	+000000000000	+000000000000
20	Date prescription	20080730	00000000	00000000	20080730	00000000	00000000
22	Nombre	+00001	+0001	+00001	+00001	+0001	+00001
24-25	Identification du prescripteur	01/xxxxx/cc/kkk	0	0	01/xxxxx/cc/kkk	0	0
27	Ticket modérateur	+000000000	+000019167	+000014703	+000000000000	+00000001547	+00000000171
30-31	Montant supplément	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	Code implant	115007000017	0	0	115014000017	0	0
46	Norme plafond	0	0	8	0	0	7

La norme 8 doit être utilisée dans le cas où la marge de délivrance calculée sur la prestation de nomenclature mentionnée dans l'ET 50 précédent et éventuellement additionnée aux marges de délivrance des enregistrements précédents, indiqués avec la norme 8, est inférieure au plafond.

(1) La norme 7 doit être utilisée dans le cas où le montant mentionné dans la zone 27 de l'enregistrement de la marge de délivrance, est le résultat de la différence entre le plafond et la somme des marges de délivrance précédentes indiquées avec la norme 8.

Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux implants, dans le cas où le plafond de la marge de délivrance est d'application pour la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de la nomenclature.

Cas particulier dans lequel des enregistrements statistiques doivent être mentionnés pour une des prestations.

2x { 637910 – 637921 : Tige à surface lisse. (Polissage électrolytique. Le filetage ou le crantage n'est pas considéré comme un traitement de surface) - Y 63
 Code notification implant: 000006527407:
 Prix: € 285,06
 L'hôpital facture: € 285,06
 Patient paie supplément: 285,06 – 65,07= € 219,99
 Marge de délivrance : 10 % du prix = € 28,50
 Remboursement OA = € 65,07

4x { 638234 – 638245 : Implant composé (implant d'ancrage unitaire (vis pédiculaire ou corporeale, broche fileté, crochet pédiculaire ou lamaire, agrafe, ...) accompagné de toutes les pièces d'attache, d'ajustement, de réduction et de blocage de cet implant d'ancrage unitaire à l'implant principal) – Y 300
 Code notification implant: 000006524635:
 Prix: € 260,53
 L'hôpital facture: € 260,53
 Code notification implant: 000006521071:
 Prix: € 272,38
 L'hôpital facture: € 272,38
 Code notification implant: 000006718734:
 Prix: € 68,16
 L'hôpital facture: € 68,16
 Patient paie supplément: (260,53 + 272,38 + 68,16) – 309,85 = € 291,22
 Marge de délivrance : 10 % du prix = 10% de (260,53 + 272,38 + 68,16) = € 60,10
 Remboursement OA = € 309,85

Marge de délivrance totale: (2 x 28,50) + (4 x 60,10) = 297,40 → est plafonnée à € 148,74

→ La marge de délivrance pour l'implant composé est limitée à € 91,74

Zone		Implant 1 (2 pièces)	Marge de délivrance	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. stat.)	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. stat.)	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. stat.)	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. de fact.)	Marge de délivrance
1	Type enregistrement	50	50	50	50	50	50	50
3	Norme prestation	0	0	9	9	9	0	0
4	Code nomenclature	0637921	0618726	0638245	0638245	0638245	0638245	0618726
5	Date début prestation	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
6	Date fin prestation	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
15	Prestataire	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300	06/xxxx/cc/300
16	Norme dispensateur	1	1	1	1	1	1	1
17-18	Prestation relative	0000000	0637921	0000000	0000000	0000000	0000000	0638245
19	Montant OA	+00000013014	+00000000000	+000000000000	+000000000000	+000000000000	+00000123940	+000000000000
20	Date prescription	20100730	00000000	20100730	20100730	20100730	20100730	00000000
22	Nombre	+0002	+0002	+0004	+0004	+0004	+0004	+0004
24-25	Identification du prescripteur	01/xxxx/cc/kkk	0	01/xxxx/cc/kkk	01/xxxx/cc/kkk	01/xxxx/cc/kkk	01/xxxx/cc/kkk	0
27	Ticket modérateur	+000000000	+000005700	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000009174
30-31	Montant supplément	+000043998	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000116488	+000000000
43	Code implant	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000
46	Norme plafond	0	8	0	0	0	0	7
55-56	Code de notification	000006527407	000000000000	000006524635	000006521071	000006718734	000000000000	000000000000

A. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, en cas de forfait (1) pour soins.

E.T.	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ZONE		(5)	(5)	(5)		(9)			
1	TYPE D'ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50	50	50	50
3	NORME	9	9	9	0	9	0	0	0
4	(PSEUDO)-NOMENCLATURE	0426635	pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art. 8, §5bis, 5°, d)	forfait (1)	pseudo-code art 8, § 9	soin technique spécifique + éventuel. 0424395,0424690, 0424852, 0429015, 0428035, 0428050, 0428072	voyage rural	Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète
5	DATE DEBUT	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1
15	PRESTATAIRE	04XXXXXXCC4XX (3)	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX
17-18	PRESTATION RELATIVE	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1')	0426613 (2)	0427534, 0427556 ou 0427571	0	0	0
19	MONTANT O.A.	0	0	0	montant	0	montant	montant	montant
20-21	DATE PRESCRIPTION	0	si exigé	0	date (6)	exigé	exigé (7)	0	exigé (8)
22-23	NOMBRE	1	1	1	1	1	1	1	1
24-25	PRESCRIPTEUR	0	si exigé	0	si exigé	exigé	exigé (7)	0	exigé (8)
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	0	0	0	montant	0	montant	montant	Montant (si nomenclature) ou zéro (si trajet de soins)

(1) par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire A, B, C, PA, PB, PC ou PP.

(1') par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire PA, PB, PC ou PP.

(2) possible, pas nécessaire.

(3) le même que dans l'enregistrement avec le forfait.

(4) l'ordre des prestations effectuées pendant la journée doit être respecté.

(5) ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que des prestations de base ont été effectuées durant le jour de soins concerné. Chaque enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un nombre d'enregistrements comportant une prestation technique/des soins palliatifs effectués durant la prestation de base concernée. Dès lors, plusieurs blocs prestations peuvent se suivre : [base, soins techniques, soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP)] ; [base, soins techniques, soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP)] ; ...

(6) pour les forfaits A, B, C, PA, PB et PC : date demande forfait
pour le forfait PP : date modèle 90 (notification soins palliatifs)

(23) (7) excepté pour codes 0424395, 0424690 et 0424852, 0429015 et 0428035, 0428050, 0428072 pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

(8) excepté pour codes 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

(34) (9) ces enregistrements statistiques doivent, le cas échéant, être mentionnés lorsqu'un enregistrement de facturation avec la prestation 0427534, 0427556 ou 0427571 suit.

B. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, dans le cas où il n'y a pas de forfait dans les soins infirmiers.Ordre des enregistrements de type 50 pour 1 patient.

ET	jour	nomenclature	remarque
50	1	pseudo-code palliatif précédé de la norme «9» dans la zone 3 plusieurs pseudo-codes palliatifs possibles	si PN imputé et prestation art. 8, § 5bis, 5°, d)
50	1	honoraire supplémentaire PN	si patient palliatif 1 fois par jour
50	1	prestation de base	obligation
50	1	soins	obligation, lorsqu'il ne s'agit pas d'une prestation technique spécifique
50	1	soins	si exécutés
50	1	soins	si exécutés
		... max 6 enregistrements avec soins	
...			
...		plusieurs blocs de base + soins autorisés	
...			
(☞ 34) 50	1	pseudo-code(s) avec norme « 9 » dans la zone 3	si prestation 427534, 427556 ou ou 427571 imputée et prestation art. 8, § 9
(☞ 33) 50	1	soins techniques spécifiques + éventuellement 0424395, 0424690, 0424852, 0424874, 0424896, 0429015	si exécutés
50	1	voyage rural plusieurs voyages ruraux possibles	si exécuté
(☞ 10) 50	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète	si exécutée
(☞ 36) <u>ATTENTION</u> :		les prestations suivantes peuvent se présenter de manière totalement autonome, c.à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant :	
		- toutes les prestations de la nomenclature diabétique excepté les codes 0423231/334 (honoraire de suivi des diabétiques) qui sont toujours liés à au moins une injection d'insuline	
(☞ 9)		- à partir du 1er juin 2004, les codes 0424395/690/852 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques)	
(☞ 33)		- à partir du 1 ^{er} février 2009, le code 0429015 (consultation infirmière)	
(☞ 10)		- à partir du 1 ^{er} juin 2012, le code 0424896 (Avis et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments)	
		- les prestations concernant le trajet de soins "diabète"	
...			
50	2	pseudo-code palliatif précédé	...
etc...			

Explication relative à la facturation des soins infirmiers.1ère possibilité : Traitement des forfaits.**Prestation de base (colonne 1 du schéma dans l'ET 50 Z 4 S 23).**

(☞ 36) Ne provient pas d'une prescription déterminée ni d'un prescripteur déterminé, puisqu'elle représente une visite à domicile comprenant une ou plusieurs prestations techniques ou techniques spécifiques provenant d'un ou plusieurs prescriptions et éventuellement de plusieurs ou même d'aucun prescripteur.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

Prestation technique (colonne 2).

Trois cas sont possibles :

* la prestation appartient au groupe 1 (soins d'hygiène).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date 703 (demande de toilette ou demande de toilette-forfait combiné)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

* la prestation appartient au groupe 2 jusqu'au 6 inclus (prescription médicale exigée).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

* la prestation appartient au groupe 7 (soin supplémentaire A.R. 18/06/90) par exemple bas à varices, gouttes pour les yeux,....

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescripteur	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs (colonne 3).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

remarque :

- les colonnes 2 et 3 sont répétées autant de fois que des prestations techniques/soins palliatifs sont effectués durant la prestation de base précédente
- le bloc « colonne 1, colonne 2, colonne 2, colonne 3, ... » est répété autant de fois que des prestations de base sont effectuées durant le forfait
- la colonne 1 (prestation de base) peut exceptionnellement ne pas être suivie par une ou plusieurs colonnes avec des prestations techniques lorsqu'une prestation technique spécifique (colonne 5) suit un honoraire forfaitaire (colonne 4).

Honoraire forfaitaire (colonne 4).

(☞ 17) Le forfait est toujours demandé par un praticien de l'art infirmier via le formulaire 703 ou le message MyCarenet 410000.

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier de la première prestation de base
(☞ 17)	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1 ou 9 (*)
(☞ 17)	date prescription	:	date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de forfait)
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	<ul style="list-style-type: none"> • si seules des prestations de base et des prestations techniques du groupe 1 ou groupe 7 ont été effectuées, alors 0 (norme prescripteur = 0) • si des prestations techniques du groupe 2 jusque et y compris le groupe 6 ont été effectuées, alors l'un des prescripteurs de ces prestations doit être mentionné (norme prescripteur = 1 ou 9)
	norme prescripteur	:	valeur 0, 1 ou 9

(☞ 17) (*) La norme 9 doit seulement être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents.

(☞ 34) Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9) (colonne 5).**Manière de compléter les zones**

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

Remarque : la colonne 5 est répétée autant de fois que des actes infirmiers différents sont effectués dans le cadre de la prestation 427534, 427556 ou 427571.

Prestation technique spécifique (colonne 6).

Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852 (visite infirmier relais soins de (☞9,23)plaie(s) spécifiques) , 0429015 (consultation infirmière) et 428035, 428050, 428072 (prestation multiple et contraignante chez un patient très dépendant) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée (☞9,23)Les codes 0424395/690/852 , 429015 et 428035, 428050, 428072 sont aussi repris dans cette rubrique vu qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

Manière de compléter les zones

(☞34)	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	médecin prescripteur
	norme prescripteur	:	toujours 1

(☞34) (*) La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents (dans le cas de la prestation 427534, 427556 ou 427571).

Indemnité de déplacement rural (colonne 7).

Est liée à la visite à domicile (n'est pas prescrite).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 10) Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète (colonne 8).

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	valeur 1 ou 0

2ème possibilité : Traitement des autres cas.**Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs**Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 15)	prestation relative	:	toujours 0
	date prescription	:	toujours 0
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	toujours 0
	norme prescripteur	:	toujours 0

Soins palliatifs – honoraire supplémentaire PNManière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier de la première prestation de base
(☞ 17)	plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
(☞ 15)	prestation relative	:	toujours 0
(☞ 17)	date prescription	:	date modèle 90 ou message MyCarenet 420000 (notification soins palliatifs)
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	toujours 0
	norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 17) (*) *La norme 9 doit seulement être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents.*

Prestation de base (1ère, 2ème ou 3ème etc.).

(☞ 36) Ne provient pas d'une prescription déterminée ni d'un prescripteur déterminé, puisqu'elle représente une visite à domicile comprenant 1 ou plusieurs prestations techniques ou techniques spécifiques provenant d'une ou plusieurs prescriptions et éventuellement de plusieurs ou même d'aucun prescripteur.

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
	prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant : code PN, si facturé ou 0426613, si hospitalisation ou 0, dans les autres cas
	date prescription	:	toujours 0
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	toujours 0
	norme prescripteur	:	toujours 0

Prestation technique.

Deux cas sont possibles :

* la prestation appartient au groupe 1 (soins d'hygiène).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant : code PN, si facturé ou 0426613, si hospitalisation ou 0, dans les autres cas
date prescription	:	date 703 (demande de toilette)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

* la prestation appartient au groupe 2 jusqu'au 6 inclus (prescription médicale exigée).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant : code PN, si facturé ou 0426613, si hospitalisation ou 0, dans les autres cas
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

(☞ 34) Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9)

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	427534, 427556 ou 427571
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

Prestation technique spécifique.

Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques) et 0429015 (consultation infirmière) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

- (☞ 33) Les codes 0424395/690/852, 0424874, 0424896 et 0429015 sont également repris dans cette rubrique, étant donné qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
(☞ 34)	plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
(☞ 15)	prestation relative	:	toujours 0
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	médecin prescripteur
	norme prescripteur	:	toujours 1

- (☞34) (*) *La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents (dans le cas de la prestation 427534, 427556 ou 427571).*

Indemnité de déplacement rural.

Est liée à une visite à domicile (n'est pas prescrite).

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 15)	prestation relative	:	toujours 0
	date prescription	:	toujours 0
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	toujours 0
	norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 10) Nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 15)	prestation relative	:	toujours 0
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	médecin prescripteur
	norme prescripteur	:	toujours 1 ou 0

remarque : l'ordre de suite des enregistrements correspond à l'enchaînement des prestations dans la journée (c.-à-d. 1ère prestation de base, suivie des prestations techniques complémentaires, 2ème prestation de base, suivie des prestations techniques complémentaires, etc).

(☞ 9) *Exception doit être faite pour les prestations techniques spécifiques (et similaires),*

(☞ 10) *l'indemnité de déplacement rural, la nomenclature soins diabétiques et le trajet de soins diabète qui, si effectuées, doivent être mentionnées comme dernier enregistrement de la journée de soins concernée et les soins palliatifs qui, si effectués, doivent être mentionnés comme premiers enregistrements de la journée de soins concernée.*

Soins infirmiers : prestations effectuées durant le week-end.

1. uniquement pour des raisons d'organisation

prestation de base semaine
nomenclature semaine - tarif semaine
plafond semaine

2. a) mixte 1 visite obligatoire

1 visite pour des raisons d'organisation

prestation de base week-end
nomenclature week-end - tarif week-end
prestation de base semaine
nomenclature semaine - tarif semaine
plafond week-end

b) mixte durant 1 visite obligatoire pour des raisons d'organisation

prestation de base week-end
nomenclature semaine + tarif semaine
nomenclature week-end + tarif week-end
plafond week-end

3. dans le forfait : il n'y a pas de distinction de pseudo-codes selon les prestations de semaine ou de we

Addendum : Questions et réponses relatives à la Convention du 1/7/2003.

DIABÈTE

1. Dans la convention, la mention selon laquelle la nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans la détermination du plafond journalier ou s'ajoute aux forfaits ordinaires n'apparaît pas. Pouvons-nous admettre que la nomenclature DIABÈTE soit totalement indépendante du reste ?

La nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans la détermination du plafond journalier. De plus, les prestations 423135, 423150, 423172 et 423194 ne peuvent pas être attestées dans le chef de patients pour lesquels les honoraires forfaitaires ou honoraires supplémentaires, repris dans la rubrique IV et V (PALLIATIFS) ont été portés en compte.

En général, pour la nomenclature DIABÈTE, une prestation de soins techniques sera souvent portée en compte (à savoir, l'injection d'insuline). Avec cette prestation de soins techniques, une prestation de base peut être portée en compte et celle-ci comprend des frais de déplacement. Il se peut que seule une prestation de diabète soit portée en compte, ce qui serait pourtant exceptionnel.

2. Les FORF-DIABÈTE n'interviennent pas dans les prestations 2° week-end. Ne peuvent-ils pas être attestés le week-end ?

Les FORF-DIABÈTE peuvent être attestés le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

3. La nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans les prestations 3° cabinet et 4° centres de soins de jour ?

En effet, la nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans les prestations 3° cabinet et 4° centres de soins de jour.

4. Le 423135 (dossier) et 423172 (présence d'un infirmier référent) n'exigent pas de prescription médicale ?

Les prestations 423135 (dossier) et 423172 (présence infirmier référent) n'exigent pas de prescription médicale. La prestation 423135 ne peut cependant être attestée que s'il y a eu consultation du médecin traitant (généraliste ou spécialiste) durant laquelle les objectifs des soins infirmiers relatifs à l'éducation au diabète et le suivi ont été discutés; le médecin décide s'il va ou non prescrire l'éducation aux soins autonomes ou à l'éducation à la compréhension.

SOINS DE PLAIE(S) et STS

5. Pas de prescription pour 424255/410/550/712 (surveillance-bio) mais bien pour les soins de plaies avec pansement bioactif comme tels. Cette prescription est-elle alors utilisée pour le support magnétique ?

En effet, les prestations 424255, 424410, 424550 et 424712 (Surveillance de plaie avec pansement bioactif) ne doivent pas être prescrites, mais ne peuvent être portées en compte que pendant la période pour laquelle le soin d'une plaie avec pansement bioactif a été prescrit.

Paragraphe 8 "autres dispositions relatives aux soins de plaies", le point 2 stipule que la surveillance des soins de plaies avec pansement bioactif (424255/410/550/712) exclut toutes autres prestations de soins pendant cette journée. Est-ce vrai ?

Ces soins ne peuvent donc jamais apparaître chez un patient forfaitaire, étant donné que la toilette est une obligation du forfait. Quelle est l'utilité du pseudocode 427210 ?

La signification des prestations 424255/410/550/712 était d'offrir la possibilité au praticien de l'art infirmier, de comptabiliser quelque chose lorsqu'il se rend uniquement chez le patient pour vérifier l'état du pansement bioactif lors d'un jour déterminé. C'est pour cette raison que chaque autre prestation de soins est exclue durant la même jour.

Lorsque la surveillance du pansement bioactif s'effectue dans le cadre d'un forfait, cette prestation ne peut naturellement pas être comptabilisée mais, au moyen des pseudocodes, il est possible de vérifier si la surveillance est réalisée. De cette manière, on peut voir quels sont les soins pratiqués lors d'un forfait.

6. Le 424395 (visite d'un infirmier relais pour soins de plaie(s) spécifiques) donne-t-il lieu à une base? Si non : les OA accepteront-ils cette prestation sans autre codification au cours d'une journée. (ceci n'est actuellement pas possible)

A partir du 1er juin 2004, les prestations 424395/690/852 (visite d'un infirmier relais pour soins de plaie(s) spécifiques) ne donnent plus lieu à une prestation de base pour les patients qui ne sont pas au forfait (A.R. 25/04/2004, point 2°) et par conséquent ne donne pas droit aux frais de déplacement en milieu rural.

7. Le 424395 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques) n'intervient pas dans les prestations 2° week-end. Ne peuvent-elles pas être attestés le week-end ?

Elles peuvent être attestées durant le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

8. Peut-on cumuler deux sortes de Soins Techniques Spécifiques ?

Les deux types de soins techniques spécifiques peuvent être cumulés.

9. L'héparjet STS ne peut pas être attesté le même jour, en même temps que l'injection ordinaire. Les injections non remboursables peuvent-elles prétendre à une base ou non ?

Les injections non remboursables ne peuvent pas prétendre à une prestation de base. Elles ne sont pas mentionnées sur le support magnétique.

Questions et réponses relative à la consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile

1. La 429015 (*consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile*) n'intervient pas dans les prestations 2° week-end. Ne peut-elle pas être attestée le week-end ?

Elle peut être attestée durant le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

(☞ 33) **Questions et réponses relative à la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale**

1. Les 424874 (*préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale*) et 424896 (*avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale*) n'interviennent pas dans les prestations 2° week-end. Ne peuvent-elles pas être attestées le week-end ?

Elle peuvent être attestées durant le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

RUBRIQUE : DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE**LIBELLE :**

Il s'agit de la date à laquelle la prestation a été effectuée, ou la date à laquelle une série de prestations a débuté.

- (☞ 6) Pour les prestations à partir du 1/1/2008, la facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 n'est plus possible que pour les honoraires de surveillance (art. 25, §1). Les autres séries de prestations doivent toujours être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation et date de début = date de fin et nombre d'unités = 1).
- (☞ 38) Pour la biologie clinique, la médecine nucléaire in vitro, l'anatomopathologie et les examens génétiques (aussi bien pour les honoraires forfaitaires par prescription (AR 24/9/1992) que pour les prestations techniques), il faut reprendre dans cette zone la date de prélèvement de l'échantillon.
- (☞ 38) Pour les forfaits « genetic counseling », la date du rapport final doit être mentionnée.
Pour les soins de l'art infirmier, un enregistrement individuel par prestation doit être fait.
- (☞ 7) Pour les maisons médicales, le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans cette zone pour les codes 0109616, 0509611, 0409614.
- (☞ 29) Pour les codes 0102771 et 0102852, la date est égale à AAAA0101 et pour les codes 0103272 et 0103294, la date est égale à AAAA0401.
- (☞ 6) En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de début de période doit être transmise.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Contrôle : validité de la date.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : date de la prescription;

- (☞ 38) Honoraires forfaitaires biologie clinique par admission ou par jour donnant droit à un maxiforfait ou à un forfait hôpital de jour (art.24,§2 de la nomenclature) : date d'admission ou date d'admission (transfert) dans le premier service qui entre en compte pour la facturation du forfait ou date maxiforfait ou forfait hôpital de jour;
- (☞ 38) 0590310, 0590332: date maxiforfait ou forfait hôpital de jour ou hôpital chirurgical de jour ;
- (☞ 38) 0590181, 0590203, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : date d'admission, ou date d'admission (transfert) dans le premier service aigu qui entre en compte pour la facturation du forfait;
0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : date de prestation.
- (☞6,9,18) Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).
Date d'utilisation comme greffe (= date de l'implantation).
- (☞12,18) Intervention dans le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. du 20/04/2010)
La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

(☞ 6) Remarque :

Pour les prestations avant le 1/1/2008, la facturation de séries d'un seul traitement, via un seul enregistrement de type 50, n'est autorisée que si les O.A. peuvent reconstituer la date exacte des prestations individuelles. C.-à-d. que le nombre de prestations effectuées au cours de la période mentionnée (date début - date fin) doit être réparti de façon égale sur tous les jours de cette période.

Prestations pour lesquelles des séries de prestations peuvent se présenter : surveillance, kinésithérapie + frais de déplacement, réanimation, radio- et radiumthérapie, médecine nucléaire, rhumatologie et physiothérapie.

Exemple : 10 prestations effectuées au cours d'une période déterminée ; un maximum de 2 par jour est d'application.

Facturation	Date début	Date fin	Nombre	Résultat
1	19920301	19920310	+0010	accepté (1 par jour)
2	19920301	19920305	+0010	accepté (2 par jour)
3	19920301	19920302	+0010	refusé (5 par jour)
4	19920301	19920308	+0010	rejeté (non réparti de façon égale)
5	19920301	19920306	+0006	accepté (1 par jour)
	19920307	19920308	+0004	accepté (2 par jour)
6	19920310	19920331	+0010	rejeté (non réparti de façon égale)

RUBRIQUE : DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE**LIBELLE :**

Il s'agit de la date à laquelle une série de prestations a pris fin.

(☞ 6) Lorsqu'une série d'un seul traitement est facturée via un seul enregistrement de type 50, le prix unitaire de l'intervention ne peut pas avoir subi de modifications au cours de la période (date début – date fin). Si une modification est intervenue, le traitement doit faire l'objet de 2 ou de plusieurs enregistrements, c'est-à-dire un enregistrement par prix unitaire.

(☞ 6) **ATTENTION** : Pour les prestations à partir du 1/1/2008, les séries d'un seul traitement doivent être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation avec date de début = date de fin et nombre d'unités = 1), à l'exception des honoraires de surveillance (art. 25, §1), qui peuvent toujours être facturés en série.

(☞ 38) S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examens génétiques (aussi bien pour les honoraires forfaitaires par prescription (AR 24/9/1992) que pour les prestations techniques), il y a lieu d'indiquer dans cette zone la date de prélèvement de l'échantillon.

(☞ 38) Pour les forfaits « genetic counseling », la date du rapport final doit être mentionnée.

(☞ 7) Pour les maisons médicales, le dernier jour du mois facturé (AAAAMMJJ) doit être mentionné dans cette zone pour les codes 0109616, 0509611, 0409614.

(☞ 29) Pour les codes 0102771 et 0102852, la date est égale à AAAA0101 et pour les codes 0103272 et 0103294, la date est égale à AAAA0401.

(☞ 6) En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de fin de période doit être transmise.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Contrôle : validité de la date.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

date fin = date début.

(☞ 6,9,18) Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).
Date de signature de l'attestation concernant l'utilisation du matériel comme greffe.

(☞ 12,18) Intervention dans le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. 20/04/2010)
La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

Remarques : 1. Une date-fin doit toujours être mentionnée, même lorsqu'elle est égale à la date-début.
2. Voir également remarque enregistrement de type 50 zone 5.

Pour les soins infirmiers, la date de fin est toujours égale à celle du début.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

RUBRIQUE : ACCOUCHEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 10.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère.
2	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né, alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
3	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s), alors que la mère séjourne dans l'hôpital.

Pour les praticiens de l'art infirmier, cette zone est toujours égale à zéro.

RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER

LIBELLE :

Il y a lieu d'indiquer au moyen d'un code à quel compte financier doit être transféré le montant de la zone 19.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(€ 7) 0	Le montant dû doit être transféré au compte financier A (voir ET 10 Z 5-6a, Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).
(€ 7) 1	Le montant dû doit être transféré au compte financier B (voir ET 10 Z 8a, Z 43a, Z 49-50-51-52).

Seuls les établissements hospitaliers peuvent utiliser la valeur 1.

RUBRIQUE : NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE**LIBELLE :**

Cette rubrique indique que la prestation pour laquelle un supplément peut être perçu pour prestation technique urgente a été effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié.

Dans le cas de prestations de biologie clinique pour patients hospitalisés, la mention est facultative (à partir du 01/05/2000).

(☞) Dans le cas de prestations de biologie clinique ambulatoire, la mention est facultative (à partir du 01/07/2005).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 52**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Autres
1	Nuit
2	Week-end
3	Jour férié
4	Prestations exécutées entre 0 h et 8 h qui peuvent être prises en considération pour porter en compte les suppléments pour des prestations techniques urgentes
5	Prestations effectuées par un praticien de l'art infirmier, pour des raisons de convenance personnelle, durant le week-end ou un jour férié. Ces prestations doivent être attestées au tarif de la semaine. Le plafond d'intervention est le plafond de la "semaine" si toutes les prestations effectuées par un praticien de l'art infirmier durant le week-end ou un jour férié l'ont été pour des raisons de convenance personnelle. Dans le cas contraire, il faut prendre en considération le plafond applicable le week-end ou un jour férié.

Remarque : en cas d'honoraires forfaitaires par admission, la valeur est toujours égale à zéro.

RUBRIQUE : CODE SERVICE**LIBELLE :**

Il s'agit du code service du service dans lequel le patient séjourne à la date mentionnée dans la zone 5 ou du pseudo-code service en cas d'utilisation de salle de plâtre, mini-, ou maxiforfait, dialyse rénale dans un

- (☞ 4) hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe
 (☞ 5,24) 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3, forfait manipulation cathéter à chambre ou autres prestations ambulatoires.

Lorsqu'il s'agit de prestations qui sont effectuées sur prescription, il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service ou le pseudo-code service du (pseudo-)service où le patient séjournait au moment de la prescription.

- (☞ 38) Exception : S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'exams génétiques (aussi bien l'honoraire forfaitaire par prescription que les prestations techniques), il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service du (pseudo-)service où le patient séjournait au moment du prélèvement de l'échantillon.

S'il s'agit de prestations effectuées pour un nouveau-né alors que la mère séjourne dans l'hôpital (valeur 2 ou 3 dans la zone 10 des ET 40 et 50), le service dans lequel le nouveau-né séjourne doit être mentionné comme code service.

Le code service 49 doit exclusivement être mentionné s'il est effectivement fait usage de la fonction soins intensifs (i). Les soins intensifs qui ne sont pas dispensés dans cette fonction sont facturés dans le service dans lequel le patient séjourne à ce moment (p.ex. service D).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

* En cas de suppléments pour les prestations non remboursées par l'assurance maladie portées en compte pour des patients hospitalisés ou ambulants, cette zone doit être mise à zéro.

- (☞ 7)* En cas de marge de délivrance ou de marge de sécurité des implants, cette zone doit être mise à zéro.

* Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

- (☞ 38) 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591091, 0591113, 0591135, honoraires forfaitaires par prescription pour biologie clinique ambulatoire (AR 24/9/1992) : code 990 ou pseudo-code service dans le cas où les honoraires forfaitaires sont portés en compte pour des prestations effectuées durant une journée d'entretien forfaitaire.
- (☞ 7,22) 0590310 et 0590332 : pseudo-code service journée d'entretien forfaitaire ou code service 320 ou pseudo-code service 002 (patients hospitalisés dans un autre établissement)
- (☞ 7,38) 0590181, 0590203, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : service d'admission. Si le service d'admission ne donne pas droit au forfait, il y a lieu de mentionner le 1er service aigu après transfert, qui donne droit au forfait.
- (☞ 22)* Pour les prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné (sauf pour les prestations non remboursées par l'assurance maladie pour lesquelles le code service = 000)
- * Pour les soins infirmiers et les maisons médicales, comme pour toutes les autres prestations ambulatoires, le code service 990 doit être utilisé.
- (☞ 4)* Pour les prestations de biologie clinique effectuées pour des patients séjournant dans un centre de rééducation, le code service 770 doit être utilisé.
- (☞ 8, 12)* Pour les prestations R30-R60, les défibrillateurs cardiaques implantables et l'honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique, le code service 770 doit toujours être utilisé.
- (☞ 21)* Pour l'honoraire de disponibilité pendant les absences à visée thérapeutique (0597704): le code service du service où le patient séjournait avant son départ en congé thérapeutique doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 28)* En cas de transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), cette zone est égale à zéro.

(8)

TABLE DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Liste des services pour patients hospitalisés au sein des hôpitaux			
Codes I.N.A.M.I.	Indice Santé Publique	Type d'hôpital	Libellé
190	N* (n)	Gén.	Section des soins néonataux non-intensifs
200	B	Gén.	Service de traitement de la TBC
210	C	Gén.	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
220	D	Gén.	Service de diagnostic et de traitement médical
230	E	Gén.	Service de pédiatrie
240	H	Gén.	Service d'hospitalisation simple
250	L	Gén.	Service des maladies contagieuses
260	M	Gén.	Service de maternité
270	NIC (N)	Gén.	Service de soins néonataux intensifs
290	-	Gén.	Unité de traitement de grands brûlés (créée le 01/01/94)
300	G (R)	Gén.	Service de gériatrie et revalidation
320			Hôpital chirurgical de jour
340	K	Gén./Psy.	Service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)
350	K1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service K
360	K2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service K
370	A	Gén./Psy.	Service neuropsychiatrique (jour et nuit)
380	A1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service A
390	A2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service A
410	T	Gén./Psy.	Service psychiatrique (jour et nuit)
420	T1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service T
430	T2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service T
440	Tf	Psy.	<u>Placement familial</u> Tf dans un hôpital (à partir du 01/04/2000)
450	Tp	Psy.	<u>Placement familial</u> Tp dans une famille (à partir du 01/04/2000)
480	IB	Psy.	Service de traitement intensif des patients psychiatriques
490	(i) ou I	Gén.	Fonction ou service de soins intensifs

TABLE DE CODIFICATION DES PSEUDO-CODES SERVICES

Liste des services pour patients traités dans une section de l'hospitalisation de jour et pour patients ambulants		
Codes I.N.A.M.I.	Type Hôpital	Libellé
(☞ 22) 002	Gén.	Prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement
710	Gén.	Salle de plâtre
720	Gén.	Mini-forfait
730	Gén.	Maxi-forfait
740	Gén.	Super-forfait (supprimé au 01/04/98)
750	Gén.	Dialyse rénale
760	Psy.	Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation
770		Rééducation
(☞ 5) 840 (☞ 24)	Gén.	Forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 + forfait douleur chronique 1, 2, 3 + forfait manipulation cathéter à chambre
990	Gén./Psy.	Autres patients ambulants ou dialyse rénale ambulatoire

CODIFICATION POUR LE SERVICE Sp

Pseudo-code I.N.A.M.I.	Code comptable Santé publique	Index R.C.M./R.I.M.	Libellé
			Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinée à des patients atteints ...
610	310	S1	d'affections cardio-pulmonaires
620	312	S2	d'affections locomotrices
630	311	S3	d'affections neurologiques
640	314	S4	d'affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
650	313	S5	de polyopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
660	315	S6	d'affections psychogériatriques

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION**LIBELLE :****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56****REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

- (☞ 38) * Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour la biologie clinique ou le numéro d'identification pour la facturation et l'attestation de l'anatomopathologie
- s'il s'agit de prestations de biologie clinique, médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie;
 - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
 - en cas d'honoraires forfaitaires pour prestations de biologie clinique ambulatoires;
 - s'il s'agit de prestations de biologie clinique pour lesquelles le remboursement ne dépend pas des conditions reprises dans l'article 63 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (voir AR du 31 janvier 1977, MB 4 février 1977), le numéro d'identification d'un laboratoire agréé pour la biologie clinique doit être mentionné, pour autant que ces prestations soient effectuées dans un laboratoire agréé;
- (☞ 38) si non, - le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné en cas de prestations effectuées dans un établissement de soins.
- le numéro d'identification de l'établissement de séjour doit être mentionné s'il s'agit d'un patient qui séjourne dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P.;
 - le numéro du centre de rééducation doit être mentionné s'il s'agit de patients qui subissent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
 - la zone doit être mise à zéro dans tous les autres cas.
- (☞ 20) - s'il s'agit de prestations de biologie clinique non remboursables (960035-960046), le numéro d'identification d'un laboratoire doit être mentionné pour autant qu'elles soient facturées par le laboratoire, sinon le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné.
- (☞ 38) * Numéro d'identification du laboratoire du centre agréé de génétique humaine :
- s'il s'agit de prestations de l'art. 33 de la nomenclature
 - s'il s'agit de forfaits "genetic counseling" (589750-589761, 589772-589783, 589794-589805)
- * Le numéro d'identification du service agréé conformément aux normes
- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service pour l'hémodialyse chronique = numéro de l'hôpital + 561;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service pédiatrique pour la dialyse chronique = numéro de l'hôpital + 562;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de dialyse à domicile = numéro de l'hôpital + 563;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de dialyse péritonéale ambulatoire = numéro de l'hôpital + 564;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service d'autodialyse collective = numéro de l'hôpital + 565 jusque et y compris 569;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de radiothérapie = numéro de l'hôpital + 113;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B avec l'agrément B1 (diagnostique invasif), B2 (thérapie interventionnelle) et B3 (chirurgie cardiaque) = numéro de l'hôpital + 120;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B avec le seul agrément B1 (diagnostique invasif) = numéro de l'hôpital + 121;
- (☞ 36) - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B avec l'agrément B1 et B2 = numéro de l'hôpital + 127;

s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B en association = n° INAMI de l'association + 120 (le numéro INAMI pour une association commence par les chiffres 715);

- (☞) - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque T avec l'agrément d'un programme de soins pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et transplantation cœur-poumon) = numéro de l'hôpital + 122.
- (☞ 4) - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque C avec l'agrément d'un programme de soins pathologie cardiaque C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) = numéro de l'hôpital + 123.
- (☞ 7) - prestations pour lesquelles un agrément path. cardiaque E +B3 est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124
- (☞ 7) - prestations pour lesquelles seul un agrément path. cardiaque E est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124 ou numéro de l'hôpital + 125
- (☞ 27) - prestations pour lesquelles un agrément path. cardiaque P est nécessaire = numéro de l'hôpital + 126
- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse = numéro de l'hôpital + 110.

Les codes et pseudo-codes de la nomenclature des prestations visées sont mentionnés dans l'arrêté royal du 13 février 1998, portant exécution de l'article 64 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

les numéros d'identification des services concernés doivent également être mentionnés pour tous les honoraires supplémentaires pour les prestations urgentes liées aux prestations précitées;

- s'il s'agit de prestations effectuées avec un tomographe à résonance magnétique agréé avec calculateur électronique intégré = numéro de l'hôpital + 111.

Les codes visés sont ceux repris à l'art. 17, §1, 11° bis de la nomenclature.

- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de médecine nucléaire dans lequel un PET-scan est installé = numéro de l'hôpital + 112.

Les codes visés sont ceux repris dans l'A.R. du 10 août 2001 (M.B. 1/9/2001).

- (☞ 36) - s'il s'agit de radio-isotopes 699215-699226 utilisés pour effectuer une tomographie à positrons 442971 – 442982 = numéro de l'hôpital + 112.
- (☞ 5,6) - s'il s'agit de prestations pour lesquelles un agrément «soins urgents spécialisés » est nécessaire
- (☞ 8) (codes nomenclature 0590181, 0590225, 0590310, 0590435, 0590446, 0590472 et art. 25, §3bis de la nomenclature) = numéro de l'hôpital + 131.
- (☞ 8) - s'il s'agit d'honoraires pour assistance médicale pendant un transport avec accompagnement médical (codes nomenclature 0590435, 0590446, 0590472), alors le numéro d'identification de la fonction reconnue de soins urgents spécialisés du médecin accompagnant doit être mentionné.
- (☞ 37) - pour les prestations 212015 et 214012, l'agrément « soins urgents spécialisés » (numéro de l'hôpital + 131) ou « premier accueil des urgences » (numéro de l'hôpital + 130) doit être mentionné.

* Le numéro d'identification du centre de dialyse rénale

- s'il s'agit de prestations concernant la dialyse rénale;

- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes pour ce secteur;

sauf : 1. la prestation 0470466 pour autant qu'elle soit effectuée par un médecin, spécialiste de médecine interne, chirurgien, anesthésiste ou pédiatre qui est responsable d'un service de soins intensifs (jusqu'au 30/06/1999) ou la prestation 0470503 (à partir du 01/07/1999) effectuée par un spécialiste en médecine interne, chirurgie, anesthésiologie ou pédiatrie dans une unité de soins intensifs;

2. les prestations 0470400 et 0470422 pour autant qu'elles soient effectuées dans un hôpital qui ne dispose pas d'un centre de dialyse agréé;

3. honoraires supplémentaires pour prestations urgentes 0470466, 0470503, 0470400 ou 0470422.

* Le numéro d'identification du centre de rééducation

- s'il s'agit de prestations effectuées pour des patients qui suivent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur ;

(☞ 34) - s'il s'agit de prestations de logopédie dispensées dans les locaux d'un établissement avec une convention ORL ou PSY (convention C.R.A. actuelle) (711395, 712390, etc...) ou dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle (711373, 712375, etc...).

(☞ 18)* Le numéro d'identification de la banque de matériel corporel humain qui a délivré le matériel

- s'il s'agit d'une intervention dans la délivrance de matériel corporel humain.
(Uniquement s'il s'agit de matériel belge ou de matériel étranger importé d'un pays hors UE)

Pour le matériel corporel humain issu d'un pays de l'UE, aucun agrément banque de matériel corporel humain n'est nécessaire. Dans ce cas, le "numéro de l'hôpital + 200" doit toujours être mentionné dans cette zone.

(☞ 22) Pour les frais de transport entre la banque étrangère de matériel corporel humain et la banque agréée belge (pseudo-code 272650-272661), le même numéro d'agrément que celui du matériel importé doit être mentionné.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau reprenant la relation entre les différents pseudo-codes de l'AR du 02/06/2010 et le numéro d'agrément nécessaire pour la facturation de ce matériel corporel humain.

Pseudo-codes pour le matériel non importé		Pseudo-codes pour le matériel importé		Référence à la liste de l'annexe 1 de l'AR	Numéro d'agrément
DE	A	DE	A		
269290	269301	271471	271482	A 53°	210
269393	269404	271493	271504	A 2°	211
269415	269426	272694	272705	A 3°	211
269496	269625	272392	272521	A 4° à 10°	215
270351	270362	271515	271526	A 11°	212
270373	270465	272532	272602	A 54° à 57°	216
270550	270561	271530	271541	A 12°	212 ou 219
270572	270583	272635	272646	A 13°	220
270616	271062	271552	272005	A 14° à 36°	213
271073	271084	272016	272020	A 37°	213 ou 215
271095	271342	272031	272285	A 38° à 50°	213
271353	271364	272296	272300	A 51°	213 ou 215
271375	271423	272311	272366	B 1°, 2°	213
(☞ 26) 271434	271445	272370	272381	A 52°	213
272672	272683	272716	272720	A 1°	218
(☞ 26) 272731	272742	272753	272764	A 58°	220
(☞ 26) 272775	272786	272790	272801	A 59°	213

(☞ 12,17) **Attention** : Pour toutes les prestations reprises sous le titre « greffes hématologiques » à l'art.20, §1, a) de la nomenclature, aucun numéro de banque de matériel corporel humain n'est mentionné. Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au numéro de l'hôpital (se terminant par « 000 »).

* Le numéro d'identification de la MRS, MRPA, MSP ou IHP

- s'il s'agit de prestations effectuées dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.

* Le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée;

- s'il s'agit de prestations effectuées sur le site de l'établissement hospitalier (tant pour les patients hospitalisés que pour les ambulants, également pour les patients séjournant dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP);
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la biologie clinique par admission ou par maxiforfait;

- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
- s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
- s'il s'agit de suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI (codes 0960XXX) ;
- s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile ;

(☞ 13,27)- s'il s'agit des conventions art. 56 (0751472, 0751435 (**), 0751450 (**), 0751833, 0751855, 0751870 ou 0751892)

(☞ 9) - s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).

* Le numéro d'identification du centre agréé pour la rééducation cardiaque;

- s'il s'agit de prestations de rééducation pour patients cardiaques (0771201, 0771212, 0771223).

* Le numéro d'identification de la maison médicale

- s'il s'agit de prestations effectuées dans une maison médicale.

* Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques ;

(☞ 5) - s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

(☞ 8,15) * En cas de facturation du stimulateur du nerf vague (0684810-0684821, 0684832-0684843) et des électrodes pour localisation préopératoire des cibles en cas de l'épilepsie réfractaire (0698714-0698865), le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 12) * En cas de facturation de la prestation 777114-777125, le numéro d'agrément du centre de chirurgie robot-assistée (numéro de l'hôpital + 150) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 13) * Endoprothèses (aussi bien le matériel (art. 35) que l'acte médical (art.34)*) :

- Prestations pour lesquelles seul un agrément endoprothèses est nécessaire :

Numéro de l'hôpital + 151 ou numéro de l'hôpital + 152

- Prestations pour lesquelles un agrément endoprothèses et un agrément pathologie cardiaque B3 sont nécessaires : Numéro de l'hôpital + 152

(☞ 14) * En cas de facturation de la prestation 693910-693921, le numéro d'agrément du centre « moniteur cardiaque implantable » (numéro de l'hôpital + 153) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 19) * En cas de facturation de la prestation 691950-691961, le numéro d'agrément du centre « stent valvulaire percutané implantable » (numéro de l'hôpital + 154) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 26) * En cas de facturation des prestations 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886 de l'art. 35 et 687890-687901, 687912-687923 de l'art.35bis, le numéro d'agrément du centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » (numéro de l'hôpital + 156) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 29) * En cas de facturation de la prestation 703496-703500, le numéro d'agrément du centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (numéro de l'hôpital + 157) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 30) * En cas de facturation des prestations 697933 à 697966 et 703511 à 703625 , le numéro d'agrément du centre« neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif (TOC) » (numéro de l'hôpital + 158) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 31) * En cas de facturation de la prestation 703415-703426 , le numéro d'agrément du centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (numéro de l'hôpital + 159) doit être mentionné dans cette zone.

* S'il s'agit de prestations liées à une prestation de base pour laquelle la mention d'un lieu spécifique de prestation est exigée, pour cette prestation, le lieu de prestation de la prestation de base doit alors être mentionné (ex. honoraires supplémentaires, suppléments d'accréditation, honoraires pour soins d'urgence,...).

Si la prestation relative est complétée, le lieu de prestation doit alors correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui est mentionnée comme prestation relative. Par exemple

(☞ 26) matériel de consommation et des implants (art. 35 et 35bis). Cette règle ne s'applique pas aux tuteurs coronaires et drug eluting stents 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886, 687890-687901. Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au n° hôp +156, tandis que lieu de prestation de la prestation de base (589013-589024 ou 589035-589046) est égal au n° hôp + 120.

(☞ 16)(*) S'il s'agit d'un acte médical issu de l'art.14, un numéro d'agrément spécifique doit seulement être rempli pour l'endoprothèse même (art.35), pas pour l'acte médical (art.14)

(☞ 27)(**) Ces codes sont valables jusqu'au 31/12/2010 inclus

- (☞ 8)* S'il s'agit d'un déplacement d'un patient, le numéro d'identification de l'hôpital qui facture doit alors être mentionné dans cette zone (par exemple en cas de pseudo-code 793553).
- (☞ 36)* S'il s'agit du montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (pseudo-code 793575), le numéro d'identification du service ambulancier agréé ou, dans le cas d'une intervention du SMUR, le numéro de l'hôpital qui facture, doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 20)* S'il s'agit du transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), le numéro d'identification du service ambulancier agréé doit alors être mentionné dans cette zone.
- * S'il s'agit de prestations de fécondation in vitro (zone 4 = 0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860), le numéro d'identification du laboratoire de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone.
- (☞ 9) Pour les prestations à partir du 1/1/2009, le numéro d'agrément du centre de médecine de reproduction B (numéro de l'hôpital + 141) doit être mentionné.
- (☞ 4)* S'il s'agit des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.
- (☞ 12)* Le numéro d'identification de l'établissement de transfusion sanguine agréé qui a délivré le sang total humain ou les produits sanguins labiles :
- s'il s'agit d'une intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles
- (☞ 28)* Pour la facturation de la prestation 477606, le numéro d'identification du centre d'expertise pour patients comateux (numéro de l'hôpital + 155) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 30)* S'il s'agit de prestations de l'article 9 de la nomenclature (accouchements) exécutées en milieu hospitalier, le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée doit alors être mentionné dans cette zone.
- * Dans tous les autres cas que ceux mentionnés ci-dessus, cette zone est mise à zéro.

Remarques : - Dans le cas où plusieurs des conditions se présentent simultanément, l'ordre d'importance suivant est respecté :

1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
2. centre de rééducation;
3. établissement hospitalier.

- Dans le cas où la facture est établie par un centre de rééducation, la hiérarchie suivante doit être respectée :

1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
2. établissement hospitalier;
3. centre de rééducation.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR**LIBELLE :**

Il s'agit du numéro d'identification du dispensateur de soins qui a réellement effectué la prestation. Ce numéro doit figurer sur l'attestation de soins. Lorsque la prestation a été effectuée confraternellement par plusieurs dispensateurs, le numéro de chaque dispensateur doit figurer sur l'attestation, mais un seul dispensateur pris au hasard est indiqué dans cette zone. Dans la zone 16 il sera fait mention qu'il y a eu "plusieurs dispensateurs".

Ces règles ne sont pas d'application pour les praticiens de l'art infirmier.

- (☞ 7,29) Exceptionnellement, pour les maisons médicales, le numéro d'agrégation de celles-ci est à indiquer dans cette zone lors de la facturation des codes 0102771, 0102852, 0103272 et 0103294.
- (☞ 22) Cette zone est égale à zéro pour les forfaits 0109616, 0509611 et 0409614.
- (☞ 20) Si un dispensateur obtient une nouvelle qualification au cours d'un mois (ou d'un trimestre), les prestations effectuées avant la date d'obtention de cette nouvelle qualification doivent être facturées avec l'ancien numéro d'identification ; les prestations effectuées à partir de cette date doivent être facturées avec le nouveau numéro d'identification.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Ce numéro se trouve sur l'attestation de soins.

Il est structuré comme suit :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Positions dans la zone
0												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Positions dans n°identification

Profession

Numéro d'ordre

Check-digit

Qualification

Le numéro d'identification est composé de 11 positions et est toujours précédé d'un zéro dans la première position de la zone 15.

Ce numéro figure dans les annuaires des dispensateurs.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460784, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 700000 : pseudo-numéro dispensateur
01.00001.06.999

(☞ 7) de 0590166 à 0590332 : numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde.

(☞ 38) honoraires forfaitaires par prescription pour biologie clinique ambulatoire (AR 24/9/1992), 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : numéro du dispensateur (ou un des dispensateurs) qui a effectué les prestations de biologie clinique (respectivement les prestations de radiologie) de la prescription concernée.

0460703, 0460821 : numéro d'un radiologue de l'hôpital.

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : numéro du bandagiste.

(☞ 18) Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

(☞ 6,18) Numéro d'identification du médecin responsable de la banque de matériel corporel humain
= coordinateur de la banque de matériel corporel humain.

Suppléments de l'art. 14 m) de la nomenclature relatifs aux transplantations

(☞ 4) Lorsque les codes 0269872 à 0269964 sont mentionnés dans la zone 4, le contenu de cette zone doit alors être égal à zéro.

(☞ 5) Défibillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

Numéro du prestataire des implants.

Plâtre, lait maternel et bains désinfectants pour brûlures et suppléments

Lors de la facturation des bandes et autres matières plâtrées, du lait maternel, des bains désinfectants

(☞ 3) pour brûlures et pour tous les suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI, cette zone doit être mise à 0.

Fécondation in vitro (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860)

Numéro du prestataire.

(☞ 13) Alimentation parentérale (et interventions liées dans le cadre de l'art. 56)

(☞ 38) Lors de l'indication du code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751472(*), 0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914 ou 751936 dans la zone 4, le contenu de cette zone est égal à 0.

(☞ 3) Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle

(☞ 7) Pour les prestations 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776473, 0776484, 0776495 et 0776506, cette zone doit être mise à zéro.

(☞ 12) Honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique

Pour les prestations 0783414, 0783425, 0783436 et 0783440, le numéro du prestataire (médecin généraliste ou médecin spécialiste) doit toujours être rempli.

(☞ 21) Frais de déplacement rééducation fonctionnelle (0771072 et les prestations reprises dans le point D) de l'ET 50 Z 4 S 2: cette zone est égale à zéro.

(☞ 9,36) Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente, décision du Benelux concernant le transport

(☞ 20) transfrontalier urgent par ambulance et le transport urgent de malades dans le cadre de l'AR du 26/4/2009 (MB 8/5/2009) :

Pour le pseudo-code 0793553 ou 0793575 ou les pseudo-codes 0784416 à 0784486 inclus, cette zone est égale à zéro.

(☞ 9) Dialyse de détoxification (0761972-0761983): numéro du prestataire.

(☞ 12) Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

Numéro d'identification du médecin responsable de l'établissement de transfusion sanguine.

(☞ 16) Remarque : Pour la Croix Rouge Flamande, il s'agit du médecin responsable « local ».

(☞ 14) Assistance au sevrage tabagique

Numéro d'identification du prestataire concerné.

Si la prestation a été exécutée par un tabacologue sans numéro INAMI, alors le pseudo-code d'identification 2.99999.22.999 doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 38) Convention "genetic counseling": Numéro d'identification du médecin spécialiste qui est habilité à attester les forfaits.

(☞ 38) (*) Ce code est valable jusqu'au 31/12/2012 inclus.

RUBRIQUE : NORME DISPENSATEUR

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 80

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas de dispensateur communiqué dans la zone 15.
1	Prestation ou série de prestations pouvant être affectées au dispensateur unique qui l'a effectuée.
(☞ 33) 3	Prestation de physiothérapie (art. 22) (partiellement) effectuée par un (ou plusieurs) kinésithérapeute(s) sous la surveillance d'un médecin spécialiste qui a attesté la prestation.
9	Prestation ou série de prestations ne pouvant pas être affectées à un dispensateur unique, car celle-ci a été effectuée collégalement par plusieurs dispensateurs.

Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176 : valeur 1 ou 9 selon que les prestations de la prescription sont effectuées par 1 ou plusieurs dispensateurs;

(☞ 7) de 0590166 à 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : toujours la valeur 9;

0591091, 0591113, 0591135, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0700000: toujours la valeur 1.

Contribution forfaitaire soins urgence :

Pseudo-code 0960256 : norme = zéro.

(☞ 5) Ce pseudo-code est supprimé à partir du 1/7/2007.

RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE

LIBELLE :

Cette zone doit toujours être complétée, conformément aux dispositions de la nomenclature des prestations de santé, lorsque le remboursement de la prestation mentionnée dans la zone 4 du même enregistrement dépend de l'exécution d'une autre prestation.

C'est cette dernière, justifiant la tarification retenue, qui doit être mentionnée comme prestation relative.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞ 6) Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).

(☞ 10) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

(☞ 10) **Cas particulier: zone remplie facultativement**

En cas de soins infirmiers, fournis aux bénéficiaires qui, pour une même journée cumulent la qualité d'hospitalisé et de patient ambulatant, et pour autant que le code PN n'ait pas encore été mentionné dans la zone, le prestataire peut mentionner le code 0426613 pour information pour les organismes assureurs.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE**LIBELLE :**

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

- (☞ 5) Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

Cas exceptionnels**(☞ 20) Transport urgent de malades**

L'intervention s'élève à 50 % du montant facturé, arrondi à l'eurocent supérieur ou inférieur le plus proche.
Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Honoraires pour prestations de biologie clinique ambulatoire facturés aux bénéficiaires eux-mêmes: toujours zéro.
Voir remarque mentionnée dans l'ET 50 Z 4.

Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales, le pseudo-code nomenclature 0700000 indique une valeur négative.

Implants :

- Article 28, § 1er : voir la valeur relative dans la nomenclature.

- Article 35 :

- *Catégories 1 et 2 :*

Chaque produit correspond à une intervention individuelle. Le montant de cette intervention est fixé dans la liste limitative et est donc en corrélation avec le code d'identification du produit.

La liste de ces prestations est reprise dans la nomenclature des prestations de soins de santé.

(☞) - *Catégorie 2 – forfait* (voir art.35, §18, a) :

Voir la valeur relative dans la nomenclature

- *Catégorie 3 :*

Voir la valeur relative dans la nomenclature.

- *Catégorie 4 :*

Le montant de l'intervention de l'assurance est fixé par le Collège des médecins-directeurs sur la base de la facture (art. 35, § 5, 1°).

(☞) - Article 35 bis :

- *Catégorie 1a :*

Voir la valeur relative dans la nomenclature.

- *Catégorie 1b :*

Voir valeur relative dans la nomenclature, en tenant compte de l'intervention personnelle réglementaire.

- *Catégorie 2 a :*

Voir la valeur relative dans la nomenclature.

- *Catégorie 2b :*

Voir valeur relative dans la nomenclature, en tenant compte de l'intervention personnelle réglementaire.

(☞ 13) **Remarque :** A partir du 1/5/2010, seuls les implants notifiés entrent encore en ligne de compte pour le remboursement.

Information statistique relative aux honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, en cas de pseudo-codes de l'art. 8, § 5, 3°, c avec la norme 9, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

RUBRIQUE : DATE PRESCRIPTION

LIBELLE :

Lorsqu'il s'agit d'une prestation qui est effectuée sur prescription, il y a lieu d'indiquer la date de la prescription dans cette zone.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 100

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : validité de la date.

Honoraires forfaitaires pour soins infirmiers + enregistrements statistiques complémentaires :

Dans l'enregistrement d'honoraires forfaitaires, la date de la demande du forfait sur le document 703ter doit être mentionnée.

Dans les enregistrements statistiques, la date de la prescription doit être mentionnée, autant de fois que la nomenclature exige une prescription; s'il s'agit de soins d'hygiène, cette zone contient la date de la demande de toilette sur le document 703ter; s'il s'agit de prestations de base, cette zone est toujours égale à 0.

(☞ 5) Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes :

La date de la demande d'intervention est considérée comme la date de la prescription.

(☞ 6,18) Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

Cette zone est égale à zéro.

(☞ 12) Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

La date de la prescription doit être mentionnée dans cette zone.

(☞ 38) Cette zone est égale à 0 si l'ET 50 Z 26 = 0, 3 ou 4, à l'exception de certains soins infirmiers (voir tableaux repris dans l'ET 50 Z 4).

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE D'UNITES**LIBELLE :**

(☞ 6) Cette zone contient :

Le nombre de fois qu'une prestation a été dispensée à la date ou durant la période indiquée (date début – date fin).

OU

Le nombre de fournitures (p.ex. sang, isotopes, ...) qui ont été délivrées à la date ou durant la période indiquée (date début – date fin).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

(☞ 5) En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

Nature des prestations pour lesquelles des séries de prestations peuvent se présenter.

Surveillance des bénéficiaires hospitalisés;

Kinésithérapie + frais de déplacement;

Réanimation;

Radio- et radiumthérapie;

Médecine nucléaire;

Rhumatologie et physiothérapie;

(☞ 6) **ATTENTION** : Pour les prestations à partir du 1/1/2008, les séries d'un seul traitement doivent être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation avec date de début = date de fin et nombre d'unités = 1), à l'exception des honoraires de surveillance (art. 25, §1), qui peuvent toujours être facturés en série.

Remarque : Voir remarque enregistrement de type 50 zone 5.

- pour les soins infirmiers et les maisons médicales, le nombre de prestations est toujours = 1;
- pour les bandes et autres matières plâtrées, il y a lieu d'indiquer le nombre d'unités;
- pour les isotopes, il y a lieu d'indiquer le nombre de fois que le tarif a été porté en compte;
- le sang et le plasma sanguin doivent être indiqués en unité délivrée;
- pour le lait maternel, la quantité est exprimée en ml;
- pour les honoraires forfaitaires, le nombre est toujours 1;
- pour les frais de déplacement dans le cadre de prestations de rééducation, il faut mentionner le nombre de kilomètres parcourus à l'aller et au retour.

(☞ 7) - pour les frais divers en hôpital (voir ET 50 Z 4 S 14), le nombre d'unités peut être plus grand que 1.

(☞ 8) - pour l'intervention du SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en

(☞ 36) matière d'aide médicale urgente (pseudo-code 793553) et pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (pseudo-code 793575) (montant forfaitaire par demi-heure), le nombre de demi-heures commencées doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 20) - transport urgent de malades (AR 26/4/2009): nombre de kilomètres (si pseudo-codes 784416 à 784464 inclus) ou nombre de paires d'électrodes utilisées (si pseudo-code 784475-784486).

Implants

- le nombre d'implants identiques utilisés lors d'une intervention peut être facturé via un enregistrement;
Attention : le nombre d'unités dans les enregistrements "marge de sécurité" et "marge de délivrance" doit être identique au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel les implants sont facturés.
- implants avec un remboursement par cm² (ou par point de contact) :
 - pour les implants avec une liste limitative et sans forfait, le nombre d'unités est égal au nombre de fois que le produit, tel que décrit dans la liste, est utilisé (donc, pas le nombre de cm² ou le nombre de points de contact).
Le nombre d'unités dans les enregistrements "marge de sécurité" et "marge de délivrance" doit être identique au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel les implants sont facturés.
 - pour les implants avec une liste limitative et avec un forfait par cm², le nombre d'unités est égal au nombre de cm², arrondi au nombre entier le plus proche (la moitié d'une unité est arrondie vers le haut).
Plusieurs implants identiques ne peuvent pas être facturés via un seul enregistrement. Un enregistrement séparé par implant doit être établi.
La marge de délivrance est également calculée par cm². Le nombre d'unités de l'enregistrement « marge de délivrance » est toujours égal au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel l'implant est facturé (donc égal au nombre de cm²).
 - pour les implants sans liste limitative et sans forfait, le nombre d'unités est égal au nombre de cm², arrondi au nombre entier le plus proche (la moitié d'une unité est arrondie vers le haut).
Plusieurs implants identiques ne peuvent pas être facturés via un seul enregistrement. Un enregistrement séparé par implant doit être établi.
La marge de sécurité et la marge de délivrance sont calculées par implant (et donc pas par cm²). Le nombre d'unités des enregistrements « marge de sécurité » et « marge de délivrance » est toujours égal à 1 (et donc, pas égal au nombre de cm² et pas non plus égal au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel l'implant est facturé)

Exemples filets (basés sur les prix du 1/11/2012)Exemple 1 : 702516-702520 (avec liste limitative et sans forfait)

Délivrance d'1 filet avec code d'identification 166001000024 (surface = 176,63 cm²):

Enregistrement filet : Z 22 = 1 ; Z 19 = 547,55 EUR ; Z 27 = 0

Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 1 ; Z 27 = 164,27 EUR

Enregistrement marge de délivrance : Z 22 = 1 ; Z 27 = 71,18 EUR

Délivrance de 2 filets avec code d'identification 166001000024:

Enregistrement filet: Z 22 = 2 Z 19 = 1095,10 EUR; Z 27 = 0

Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 164,27 = 328,54 EUR

Enregistrement marge de délivrance : Z 22 = 2 ; Z 27 = 2* 71,18 = 142,36 EUR

Exemple 2: 702575-702586 (avec liste limitative et forfait par filet)

Délivrance de 2 filets avec code d'identification 167002000015

Enregistrement filet: $Z 22 = 2$; $Z 19 = 2 * 151,05 = 302,10$ EUR; $Z 27 = 2 * 50,35$ EUR = 100,70 EUR

Enregistrement marge de délivrance: $Z 22 = 2$; $Z 27 = 2 * 20,14 = 40,28$ EUR

Exemple 3: 702870-702881 (avec liste limitative et avec forfait par cm²)

Délivrance d'1 filet avec code d'identification 167003000017.

La surface est égale à 658,72 cm². Celle-ci est arrondie à 659 cm².

Enregistrement filet : $Z 22 = 659$; $Z 19 = 659 * 1,17 = 771,03$ EUR ; $Z 27 = 659 * 0,38 = 250,42$ EUR

Enregistrement marge de délivrance: $Z 22 = 659$; $Z 27 = 659 * 0,15 = 98,85$ EUR

Délivrance de 2 filets avec code d'identification 167003000017.

La surface est égale à 658,72 cm² par filet. Celle-ci est arrondie à 659 cm².

Enregistrement 1^{er} filet: $Z 22 = 659$; $Z 19 = 659 * 1,17 = 771,03$ EUR; $Z 27 = 659 * 0,38 = 250,42$ EUR

Enregistrement marge de délivrance 1^{er} filet: $Z 22 = 659$; $Z 27 = 659 * 0,15 = 98,85$ EUR

Enregistrement 2^e filet: $Z 22 = 659$; $Z 19 = 659 * 1,17 = 771,03$ EUR; $Z 27 = 659 * 0,38 = 250,42$ EUR

Enregistrement marge de délivrance 2^e filet: $Z 22 = 659$; $Z 27 = 659 * 0,15 = 98,85$ EUR

plafonné à 49,89 EUR (= 148,74 – 98,85)

Exemple 4: 702472-702483 (sans liste limitative et sans forfait)

Délivrance d'1 filet avec code de notification 0000011665-72 (Vicryl Mesh 13,5 x 11 CM).

La surface est égale à 148,50 cm². Celle-ci est arrondie à 149 cm².

Enregistrement filet : $Z 22 = 149$; $Z 19 = 149 * 0,52 = 77,48$ EUR ; $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité : $Z 22 = 1$; $Z 27 =$ prix – montant de remboursement (77,48 EUR)
si prix $\leq 77,48 + 50\%$ de 77,48

Enregistrement marge de délivrance: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Délivrance d'1 filet avec code de notification 0000204480-93 (Vicryl Mesh 8,5 x 10,5 CM).

La surface est égale à 89,25 cm². Celle-ci est arrondie à 89 cm².

Enregistrement filet : $Z 22 = 89$; $Z 19 = 89 * 0,52 = 46,28$ EUR ; $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité : $Z 22 = 1$; $Z 27 =$ prix – montant de remboursement (46,28 EUR)
si prix $\leq 46,28 + 50\%$ de 46,28

Enregistrement marge de délivrance: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Délivrance de 2 filets avec code de notification 0000204480-93 (Vicryl Mesh 8,5 x 10,5 CM).

La surface est égale à 89,25 cm² par filet. Celle-ci est arrondie à 89 cm².

Enregistrement 1^{er} filet: $Z 22 = 89$; $Z 19 = 89 * 0,52 = 46,28$ EUR; $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité 1^{er} filet: $Z 22 = 1$; $Z 27 =$ prix – montant de remboursement (46,28)
si prix $\leq 46,28 + 50\%$ de 46,28

Enregistrement marge de délivrance 1^{er} filet: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Enregistrement 2^e filet: $Z 22 = 89$; $Z 19 = 89 * 0,52 = 46,28$ EUR; $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité 2^e filet: $Z 22 = 1$; $Z 27 =$ prix – montant de remboursement (46,28)
si prix $\leq 46,28 + 50\%$ de 46,28

Enregistrement marge de délivrance 2^e filet: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Exemple 5: 702693 – 702704 (sans liste limitative et avec forfait par filet)

Délivrance de 2 filets avec code notification 0000027597-48 (PFTE felt 2,5 x 10,2cm)

Enregistrement filet: $Z 22 = 2$; $Z 19 = 2 * 77,46 = 154,92$ EUR; $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de délivrance: $Z 22 = 2$; $Z 27 = 2 * 7,74 = 15,48$ EUR

RUBRIQUE : NOMBRE DE COUPES

LIBELLE :

A partir de la date de prestation 1/4/2003, le nombre de coupes ne doit plus être mentionné pour aucune prestation.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 113

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

LIBELLE :

- (☞ 6) Une liste limitative des prestations pour lesquelles un prescripteur doit être rempli, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
- Cette liste est actualisée mensuellement.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- La règle d'obtention du numéro d'identification du prescripteur est identique à celle du numéro d'identification du dispensateur (cf. enregistrement de type 50 zone 15).
- Ce numéro doit être mentionné si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 1, 4 ou 9.
- Ce numéro doit être = 0 si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 0 ou 3.
- S'il s'agit d'un prescripteur étranger, le pseudo-code d'identification suivant doit être utilisé : 01.00000.07.999.

Honoraires forfaitaires pour soins infirmiers + enregistrements statistiques complémentaires.

Dans les enregistrements statistiques, les données relatives au prescripteur doivent être communiquées tant que les dispositions de la nomenclature l'exigent.

Dans l'enregistrement des honoraires forfaitaires, on mentionne un des prescripteurs figurant dans les enregistrements statistiques complémentaires.

Si dans les enregistrements statistiques complémentaires, aucun prescripteur n'est mentionné, cette zone est alors égale à zéro.

- (☞ 5) Mammographie dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité (0450192 - 0450203 et 0450214 - 0450225) :
- si la prestation a été prescrite: le prescripteur doit être mentionné
 - si l'invitation de l'autorité vaut comme prescription: le pseudo-prescripteur 01.00001.06.999 doit être mentionné

(☞ 6,18) Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

Numéro d'identification du médecin qui a demandé le matériel et qui a effectué l'implantation = médecin responsable de la greffe = médecin qui signe l'attestation relative à l'utilisation

(☞ 12) Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

Le numéro d'identification du médecin de l'établissement hospitalier qui a demandé (prescrit) le produit.

RUBRIQUE : NORME PRESCRIPTEUR

LIBELLE :

Cette zone mentionne d'une part, si une prestation est prescrite par un ou plusieurs prescripteurs de soins et d'autre part, s'il s'agit de prestations ajoutées ou de prestations effectuées pour ses propres patients.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 127

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Pas de prescripteur.
1	La prestation peut être attribuée à un prescripteur.
3	Les prestations sont effectuées pour ses propres patients.
4	Il s'agit de prestations ajoutées.
9	La prestation est prescrite par différents médecins; le numéro d'identification de l'un d'entre eux est enregistré dans la zone du prescripteur (type 50 zone 24-25).

Pour les soins infirmiers, la norme prescripteur est égale à 0, 1 ou 9.

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de radiologie
art. 17

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est un spécialiste en radiodiagnostic et - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B

RUBRIQUE : Code norme prescripteurPrestations de l'art. 17 bis - échographies.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est un médecin spécialiste en radiodiagnostic et - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

Prestations de l'art. 17 quater - échographies.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est médecin-spécialiste avec avec une qualification autre que le radiodiagnostic et - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteurCombinaisons valides pour les prestations de radiologie art. 17 ter.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et - la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	0	12 zéros
Le prestataire est médecin-spécialiste avec une qualification autre que le radiodiagnostic et - la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	0	12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteur(☞ 8) Combinaisons valides pour les prestations de biologie clinique (art. 3, 24 et 24 bis) et anatomopathologie (art. 32).

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le dispensateur est un médecin spécialiste en biologie clinique (en cas de prestations de l'art. 3 (☞ 8), de l'art. 24 et de l'art. 24bis)			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
(☞ 38) - la prestation est prescrite par le médecin spécialiste en biologie clinique même (pour lui-même ou pour d'autres patients qu'il a en traitement)	A	3	12 zéros
Le dispensateur est un médecin spécialiste en anatomopathologie (en cas de prestations de l'art. 32)			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
Le dispensateur est un médecin spécialiste en médecine nucléaire (en cas des 22 prestations de l'art. 24, qui sont analogues aux 22 prestations de l'art. 18, § 2 B, e) ou le dispensateur a une double qualification dont la biologie clinique (en cas de (☞ 8) prestations de l'art. 3, de l'art. 24 et de l'art. 24bis) ou en anatomopathologie, et : (en cas de prestations de l'art. 32)			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
Les médecins spécialistes dans une discipline autre que la biologie clinique ou l'anatomopathologie, et pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité (☞ 8)(seulement pour les prestations de l'art.3 et de l'art.24, pas pour l'art.24bis)			
	A	3	12 zéros
Les médecins généralistes pour les prestations de l'art. 3			
	A	3	12 zéros
Le dispensateur est un pharmacien ou licencié en sciences agréé pour les prestations de l'art. 3, de l'art. 24 (☞ 8)et de l'art. 24bis			
	A	1 ou 9	B

Rappelons en outre que, en vertu de l'A.R. du 16 décembre 1982, l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de la majorité des prestations de biologie clinique est subordonnée à la condition que ces prestations soient exécutées dans un laboratoire agréé.

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de médecine nucléaire in vitro (art. 18, § 2, B, e).

Le dispensateur doit être autorisé à détenir et à utiliser des substances nucléaires à des fins médicales.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le dispensateur est un spécialiste en radio- et en radiumthérapie et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
Le dispensateur a une double qualification dont la radio- et radiumthérapie et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
(☞ 38) Le dispensateur est un médecin spécialiste en médecine nucléaire et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de médecine nucléaire in vitro (art. 18, § 2, B, e) - suite.

Le dispensateur doit être autorisé à détenir et à utiliser des substances nucléaires à des fins médicales.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
(☞ 38) Le dispensateur est un pharmacien ou un licencié en sciences (sous les conditions de l'art.19, §5bis) et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
(☞ 38) Le dispensateur est un médecin spécialiste en biologie clinique (sous les conditions de l'art.19, §5ter) et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
(☞ 38) Le dispensateur est un médecin autorisé (sous les conditions de l'art. 19, §5 quater) et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

Rappelons en outre que, en vertu de l'A.R. du 16 décembre 1982, l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations de médecine nucléaire in vitro est subordonnée à la condition que ces prestations soient exécutées dans un laboratoire agréé.

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT**LIBELLE :**

Dans cette zone, doivent être mentionnés les tickets modérateurs effectivement imputés.

Le contenu de cette zone est indispensable dans le cadre du calcul du montant annuel des tickets modérateurs.

- (☞ 4) Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant effectivement porté en compte (peut même être égal à zéro) doit être mentionné dans cette zone et la valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.
- (☞ 4) L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

- (☞ 20) Lors de la réintroduction d'une prestation rejetée, la zone « intervention personnelle » doit à nouveau être remplie, même si le montant a entre-temps déjà été facturé et payé par le patient.

Pour les frais de séjour pour rééducation professionnelle dans le cadre de la rééducation individuelle (0771050-0771061), on reprend dans cette zone le montant qui reste à charge du patient.

Honoraires pour prestations de biologie clinique ambulatoire facturés aux bénéficiaires eux-mêmes: toujours zéro. Voir remarque mentionnée dans l'ET 50 Z 4.

Information statistique relative aux honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, en cas de pseudo-codes de l'art. 8, § 5, 3°, c avec la norme 9, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Implants :

- (☞ 1,13) - Le montant de la marge de délivrance doit être mentionné dans cette zone (à partir du mois facturé mars 2006), sauf la marge de délivrance pour les prothèses de la parole (785352/363) qui doit être mentionnée dans la zone 19.
- Une intervention personnelle réglementaire n'est prévue pour aucune prestation des articles 28, § 1, 35 et 35bis de la nomenclature, excepté pour :
 - les prestations de l'art. 35bis, §1er, catégories 1b et 2b.
- (☞ 7) - les prestations 0683874-0683885 et 0693711-0693722 de l'art. 35
- (☞ 35) - les prestations 702553-702564, 702870-702881, 702575-702586 et 702892-702903 de l'art. 35
- (☞ 36) - les prestations 703231-703242, 703253-703264, 703275- 703286, 703290-703301, 703312-703323, 703334-703345, 703356-703360 de l'art.35
- (☞ 7) - Le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité (tel que défini dans l'art. 35, §4 et l'art. 35bis, §4 de la nomenclature) doit être mentionné dans cette zone (pour les prestations à partir du 1/7/2008).
- (☞ 12) Pour les implants avec des listes limitatives de produits admis, le montant exact de la marge de délivrance et de la marge de sécurité est publié par l'INAMI dans les listes concernées.
- Dans les nouvelles listes, ces montants sont, désormais, arrondis vers le bas. Cette règle d'arrondi sera également progressivement appliquée aux listes existantes.
- Pour les implants sans listes limitatives, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies vers le bas.
- (☞ 17,37) Si plusieurs implants sont facturés via un seul enregistrement (pas possible pour certains implants, voir ET 50 Z 22 S1), alors, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies par unité et ensuite multipliées par le nombre d'unités.

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : DENT TRAITEE

LIBELLE :

(☞ 31) Le code de la dent traitée (voir art. 6, § 15 du règlement du 28/07/2003) (alignement à droite) doit être mentionné dans cette zone.

Cette obligation est valable :

- pour les prestations dentaires de l'art. 5 de la nomenclature des soins de santé, indiquées par le Conseil technique dentaire.

Les prestations pour lesquelles un numéro de dent doit être mentionné, sont indiquées dans la liste des tarifs des prestations dentaires publiée sur le site de l'INAMI

(<http://www.inami.be/insurer/fr/rate/index.htm>)

- pour la prestation 317236-317240 (art 14,1 de la nomenclature des soins de santé), si elle est exécutée par un dentiste. Pour les stomatologues, le remplissage de cette zone est facultatif.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 163

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞ 1) **RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT**

LIBELLE :

- (☞ 4) Dans cette zone, il y a lieu de mentionner les montants portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée, en surplus des tickets modérateurs réglementaires.

Les montants portés en compte pour les suppléments dont les pseudo-codes sont publiés dans l'enregistrement de type 50 zone 4 suite 14 doivent être mentionnés dans cette zone.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

Honoraires pour prestations de biologie clinique ambulatoire facturés aux bénéficiaires eux-mêmes: montant réclamé. Voir remarque mentionnée dans l'ET 50 Z 4.

- (☞ 20) Transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009)

La différence entre le montant facturé (les tarifs maximums sont fixés dans l'AR du 7/4/1995) et l'intervention de l'assurance est mentionnée dans cette zone.

Implants :

- (☞ 1) - A partir du mois facturé mars 2006, la marge de délivrance doit être mentionnée dans la Z 27.
- (☞ 7) - Pour les prestations à partir du 1/7/2008, la marge de sécurité doit être mentionnée dans la Z 27.
- (☞ 7) - A partir du 1/7/2008, aucun supplément ne pourra être imputé et mentionné dans cette zone sauf pour les prestations figurant à l'art. 28, § 1.
- (☞ 13) - A partir du 1/5/2010, les implants non remboursables (pseudo-code 960234-960245) peuvent, seulement, être facturés au patient s'ils sont notifiés (le code de notification doit être mentionné dans la zone 55-56).

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT

LIBELLE :

(☞ 9)Voir enregistrement 30 zone 32.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞ 9)Voir enregistrement 30 zone 32.

RUBRIQUE: CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT**LIBELLE :**

- (☞ 4) Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle, qui devrait être mentionnée dans la zone 27, ou le supplément, qui est normalement mentionné dans la zone 30-31, a été pris en charge, en tout ou en partie, par un autre tiers (prestataire/établissement même ou législation hors AMI).

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 4)	1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
(☞ 4)	2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
(☞ 5)	3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.
(☞ 7)	4	Communication droit au MAF reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.(*)
(☞ 4)	0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

Pour les interventions personnelles réglementaires qui ne sont pas portées en compte par le prestataire, la valeur 0 est mentionnée dans la zone 27 et la zone 33 est égale à 1.

- (☞ 7) Attention : les valeurs 3 et 4 priment sur la valeur 1.

- (☞ 4) Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.
Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

- (☞ 30) (*) Les valeurs 3 et 4 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3 ou 4 ne peuvent être utilisées dans le cas d'une facturation de frais de déplacement « transport urgent de malades » (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus) ou dans le cas d'une facturation de prestations ou services non-remboursables (codes 960).

ExempleFacturation normale

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) code nom.	Intervention AMI	Nombre	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
149026	+16,69	+1	+5,56	+0	0 ou 4	Prest. médicale technique
682765	+100,18	+1	+0	+0	0 ou 4	implant
618741	+0	+1	+52,22	+0	0 ou 4	marge de sécurité
685823	+0	+1	+15,24	+0	0 ou 4	marge de délivrance
700000	- 16,40	+1	+16,40	+0	0 ou 4	I.P. prestations techniques médicales
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	Frais divers
699123	+ 36,81	+1	+0	+0	0 ou 4	Radio-isotope

Facturation à 100% (tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales ou dans le cadre de la réglementation MAF)

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) code nom.	Intervention AMI	Nombre	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
149026	+22,25	+1	+0	+0	2 ou 3	Prest. médicale technique
682765	+100,18	+1	+0	+0	2 ou 3	implant
618741	+52,22	+1	+0	+0	2 ou 3	marge de sécurité
685823	+15,24	+1	+0	+0	2 ou 3	marge de délivrance
700000	+0	+1	+0	+0	2 ou 3	I.P. prestations techniques médicales
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	Frais divers
699123	+ 36,81	+1	+0	+0	2 ou 3	Radio-isotope

RUBRIQUE : MEMBRE TRAITE

LIBELLE :

- Dans cette zone, il est mentionné, au moyen d'un code, si le traitement a été effectué sur un membre gauche ou droit.
- Cette zone ne doit être provisoirement utilisée que pour :
 - (☞ 9) - les prestations d'ophtalmologie de l'art. 14, h), §1, I, 6° de la nomenclature et les prestations d'ophtalmologie pour le traitement laser (art. 14, h), § 1^{er}, II, 3° de la nomenclature des soins de santé);
 - les radiographies du système ostéo-articulaire (prestations de l'art. 17, § 1^{er}, 7° (codes 0455011 à 0455265 et 0455814 à 0455862) et de l'art. 17 ter, A, 7° (codes 0466012 à 0466266 et 0466292 à 0466340) de la nomenclature) à savoir, selon les règles de la nomenclature, les prestations pour lesquelles, il existe des règles de cumul, notamment par côté.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 177

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Gauche
2	Droit
0	Tous les autres cas

RUBRIQUE : PRESTATAIRE CONVENTIONNE

LIBELLE :

Dans cette zone, il est mentionné, au moyen d'un code, si le prestataire renseigné dans la zone 15 est ou non conventionné.

L'utilisation de cette zone est d'application pour tous les prestataires de soins.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 178

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Pas de convention
1	Prestataire conventionné
2	Prestataire partiellement conventionné
9	Prestataire non conventionné

(☞ 21) Si un pseudo-numéro d'identification (02-99999-22-999 ou 01-00001-06-999) est mentionné dans la zone 15, cette zone est alors égale à zéro.

RUBRIQUE : HEURE DE PRESTATION

LIBELLE :

Cette zone est provisoirement inutilisée, mais réservée pour une éventuelle application ultérieure.

Le but à terme, est de mentionner dans cette zone l'heure de début de prestation (ou l'heure de prélèvement en cas de prestations de biologie clinique).

L'utilisation de cette zone n'est justifiée que lorsque plusieurs prestations sont effectuées le même jour ou risquent de poser un problème lors de contrôles de cumul.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N HHMM - 179

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Exemples pour lesquels la mention de l'heure de prestation serait utile :

- prestations ambulatoires effectuées le jour d'admission ou de sortie d'un établissement hospitalier;
- prestations avec plusieurs séances le même jour, effectuées deux ou plusieurs fois par jour;
- prestations qui ne peuvent pas être cumulées dans une même séance, lorsqu'elles sont effectuées durant plusieurs séances le même jour;
- prestations de biologie clinique lors de prélèvements multiples effectués le même jour = heure du prélèvement;
- prestations qui donnent droit aux suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes (art. 26), dans le cas où elles sont effectuées la nuit, à des périodes différentes;
-

RUBRIQUE : IDENTIFICATION ADMINISTRATEUR DU SANG

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 183

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞ 12) S'il s'agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone le numéro d'identification du médecin de l'établissement hospitalier qui a signé l'attestation relative à l'utilisation et qui a administré le sang ou les produits sanguins labiles.

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 195

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞ 12) S'il s'agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone, le numéro de l'attestation d'administration, c'est-à-dire, le numéro de l'attestation prouvant que le sang humain total ou les produits sanguins labiles ont bien été administrés.

RUBRIQUE : NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 A - 207

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- (☞12) S'il s'agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone le numéro du bon de délivrance ou du sac.

Certains centres de transfusion sanguine utilisent un numéro de 21 positions :

Exemple : B0370 02 330609.16-53

où B0370 = le centre de transfusion de Brugge ;
02 = l'année 2002 ;
330609.16-53 = le numéro unique du sac de sang.

Seules les 12 dernières positions (numéro unique du sac de sang) sont mentionnées dans cette zone.

- (☞26) D'autres centres de transfusion sanguine utilisent un numéro d'unité avec la structure suivante :
BXXXXAANNNNNN00

avec

BXXXX: numéro du centre de transfusion sanguine

AA: année

NNNNNN: numéro d'ordre

Dans ce cas, les positions XXXXAANNNNNN de ce numéro doivent être mentionnées dans cette zone.

RUBRIQUE : CODE IMPLANT

LIBELLE :

- (☞ 4) Si la zone 4 de cet enregistrement est utilisée pour la facturation des implants ou dispositifs médicaux invasifs, pour laquelle l'identification du produit de l'implantation constitue une condition nécessaire pour la tarification, le code d'identification correspondant doit être mentionné dans cette zone.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 219

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le code d'identification est résumé à 11 chiffres + check-digit : XXX-YYY-ZZZZZC.

- (☞ 4) XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;
- (☞ 4) YYY = 3 positions numériques qui identifient la classe du type de produit;
- ZZZZZ = 5 positions numériques qui identifient le produit même.
- C = 1 position numérique qui reprend le check-digit (= 7 - reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 11 premiers chiffres du code d'identification et le diviseur est égal à 7).

- (☞ 15) Une liste limitative des prestations pour lesquelles un code implant doit être mentionné, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique « Dispensateurs de soins » - « Information générale » - « Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique »).

- (☞ 15) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT

LIBELLE :

Si la zone 4 de cet enregistrement mentionne une prestation ou un produit radioactif, cette zone doit reprendre la description de la prestation ou du produit concerné.

- (☞ 11) Si un code 0960XXX est utilisé dans la zone 4, pour la mention de suppléments pour les produits, prestations ou services non remboursables par l'AMI, le libellé du produit, de la prestation ou du service doit être communiqué dans cette zone.
- (☞ 19) S'il s'agit de suppléments dans des MRPA-MRS-CSJ, un libellé doit seulement être mentionné pour les pseudo-codes 0960691 et 0960713.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 30 A - 231

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : NORME PLAFOND

LIBELLE :

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 261

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
7 ou 8	<p>Les traitements (groupes de codes prestation), pour lesquels l'intervention globale atteint un plafond, sont indiqués au moyen de la norme 7 ou 8. Les enregistrements qui atteignent ensemble le plafond d'intervention doivent se suivre directement sur bande magnétique et être signalés à l'aide de la norme 8 pour autant que la somme des montants des interventions de l'assurance reste inférieure <u>ou égale</u> au plafond.</p> <p>La prestation avec laquelle le plafond est atteint et pour laquelle le montant de l'intervention de l'assurance est limité à la différence entre le plafond et la somme des montants des enregistrements avec la norme 8, est indiquée au moyen de la norme 7.</p> <p>Si d'autres enregistrements contenant des prestations suivent encore, leur montant O.A. sera égal à zéro et leur norme sera égale à 7.</p> <p>La norme 7 est seulement utilisée pour les prestations effectuées à partir du 1er janvier 1995.</p> <p>Dans le cas où le plafond de la marge de délivrance prévu dans la convention avec les fournisseurs d'implants est d'application pour la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de nomenclature, les normes 7 et 8 doivent alors être utilisées.</p> <p>(☞ 37) Les normes 7 et 8 doivent également être utilisées dans le cadre du plafond journalier pour les prestations 478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 et 478111-478122 (art. 20, §1, f) de la nomenclature).</p>
0	Dans tous les autres cas.

RUBRIQUE : DATE DE L'ACCORD PRESTATION

LIBELLE :

Dans cette zone, on mentionne la date de début de la période pour laquelle l'accord médecin conseil ou du collège des médecins-directeurs relatif à la prestation (ou produit) mentionné(e) dans cet enregistrement, est d'application.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque l'exécution et/ou la facturation de la prestation (ou du produit) concerné(e) dépend de l'accord préalable du médecin conseil ou du collège des médecins-directeurs.

(☞ 20) Pour les prestations de rééducation fonctionnelle pluridisciplinaire (codes 558810-558821 et 558832-558843) (notification par formulaire standard), cette zone = 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 262

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone sera toujours égale à zéro pour les soins infirmiers ambulatoires.

RUBRIQUE : TRANSPLANTATION

LIBELLE :

Cette zone doit être complétée dans le cadre de transplantations d'organe ou de moelle osseuse.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 270

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Aucune transplantation d'organe ou de moelle osseuse n'a été effectuée.
1	Il y a eu transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au receveur.
(☞ 4) 2	Il y a eu (préparation d'une) transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au donneur (potentiel).

(☞ 20) Lorsque le donneur (potentiel) est ambulant et que le receveur est hospitalisé, les prestations effectuées sur le donneur (potentiel) (valeur 2) peuvent être facturées sur la facture d'hospitalisation du receveur sous les codes hospitalisés ou les codes ambulatoires.

(☞ 29) Dans le cas d'une facturation des transplantations avec donneur vivant, 2 factures doivent être établies au nom du receveur :

- 1 facture avec les journées d'entretien/prestations du donneur, les données d'identification et d'assurabilité du receveur (Enregistrements 20 Zones 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 22, 27) et la zone 48 = 2
- 1 facture avec les journées d'entretien/prestations du receveur, les données d'identification et d'assurabilité du receveur et la zone 48 = 1

RUBRIQUE : NUMERO D'IDENTIFICATION DE L'AIDE SOIGNANT ZONE RESERVEE

LIBELLE :

Actuellement, cette zone est uniquement utilisée dans le cadre du projet pilote relatif à l'activité de l'aide soignant au sein d'un service de soins infirmiers à domicile.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 271

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : SITE HOSPITALIER

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 51.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 287

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 51.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 52.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 293

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 52.

RUBRIQUE : NUMERO DE COURSE**LIBELLE :**

Lors de la facturation du transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009) (pseudo-codes 0784416-0784420, 0784431-0784442, 0784453-0784464, 0784475-0784486), le numéro de course, attribué par le centre d'appel, peut être rempli dans cette zone. Jusqu'à nouvel ordre, le remplissage de ce numéro est facultatif.

Attention : Le « numéro de course » est le « numéro d'intervention » qui est communiqué par le centre d'appel.

Si cette zone, alphanumériquement définie, n'est pas remplie, elle doit alors être complètement remplie de zéro, ceci constitue une exception aux principes généraux (voir annexe 7 suite 1).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 305**REGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

Actuellement, 2 plates-formes informatiques (CityGis et CAD Astrid) et 2 structures de « numéro de course » sont utilisés par les centres d'appels.

La plate-forme CityGis utilise un « numéro de course » avec la structure suivante :

PPAAJJMMMM

PP = code province du centre d'appel :

10 = Anvers	22 = Wavre	50 = Mons	80 = Arlon
20 = Bruxelles	30 = Bruges	60 = Liège	90 = Namur
21 = Louvain	40 = Gand	70 = Hasselt	

AA = année

JJJ = jour de l'année

MMMM = numéro de mission dans la journée (*attention: dans le cas où le centre d'appel attribue un numéro à 5 chiffres, on considère uniquement les 4 derniers chiffres de ce numéro comme MMMM*)

Exemples:

- La mission 124 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: 10090030124
- La mission 12345 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: 10090032345

La plate-forme CAD Astrid utilise un « numéro de course » avec la structure suivante :

DSAAJJNNNN

D = discipline (ex : pour l'instant, M = médical)

S = site

A (NT) = Anvers	G (LIE) = Liège	N (AM) = Namur	W (VL) = Flandre-Occidentale
B (XL) = Bruxelles	H (AI) = Hainaut	O (V) = Flandre-Orientale	X (LUX) = Luxembourg
F (BRW) = Brabant Wallon	L (IM) = Limbourg	V (BR) = Brabant Flamand	

AA = année

JJJ = jour de l'année

NNNN = numéro de mission dans la journée (*attention: dans le cas où le centre d'appel attribue un numéro à 5 chiffres, on considère uniquement les 4 derniers chiffres de ce numéro comme NNNN*)

Exemples:

- La mission 124 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: MA090030124
- La mission 12345 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: MA090032345

RUBRIQUE : CODE NOTIFICATION IMPLANT

LIBELLE :

Chaque implant notifié reçoit un code de notification unique, qui doit être mentionné dans cette zone pour :

- (☞ 18) - les implants non remboursables avec obligation de notification (pseudo-code 960234-960245)
- les implants remboursables sans liste des produits admis avec obligation de notification

(☞ 15) Une liste limitative des prestations pour lesquelles un code de notification doit être mentionné, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique « Dispensateurs de soins » - « Information générale » - « Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique »).

(☞ 15) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

(☞ 22) Dans tous les autres cas (notamment, pour les implants avec des listes des produits admis), cette zone est égale à zéro.

(☞ 17,19,22) Disposition transitoire (pour les prestations effectuées à partir du 1/5/2010 jusqu'au 30/06/2011 inclus)

Les produits pour lesquels, selon les règles mentionnées ci-dessus, un code de notification doit être

(☞ 23) mentionné mais auxquels l'hôpital n'a pas encore pu attribuer un code de notification dans son propre fichier, peuvent être facturés avec le pseudo-code notification 999999999949.

Pour les prestations à partir du 1/7/2011, ce pseudo-code notification ne peut plus être utilisé.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 321

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le code de notification est composé de 10 chiffres + 2 check-digits : XXXXXXXXXXXX-CC.

avec CC = 97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 10 premiers chiffres du code de notification et le diviseur est égal à 97

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 80

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : HEURE D'ADMISSION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 4.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N 000HHMM - 10

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 4.

RUBRIQUE : DATE D'ADMISSION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 5.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 5.

RUBRIQUE : DATE DE SORTIE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 6a-6b.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 6a-6b.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

RUBRIQUE : TYPE DE FACTURE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 10.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 10.

RUBRIQUE : SERVICE 721 bis

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 13.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 14.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 14.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Il s'agit du montant de la facture que l'organisme assureur doit transférer au compte financier B.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 68

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : CAUSES DU TRAITEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 17.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N - 81

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 17.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 18.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 18.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Il s'agit du montant de la facture que l'organisme assureur doit transférer au compte financier A.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

Pour les maisons médicales, le montant total de la facture pour le patient concerné doit être mentionné dans cette zone.

RUBRIQUE : DATE DE LA FACTURE

LIBELLE :

La date de la facture individuelle doit être mentionnée dans cette zone (= date d'enregistrement de la facture concernée dans la comptabilité).

Cette zone doit être remplie seulement pour les prestations (aussi bien ambulants qu'hospitalisés) facturées par le gestionnaire de l'établissement (aussi bien les hôpitaux avec suppression de la facture individuelle papier que les hôpitaux sans SFP).

Cette zone ne doit donc pas être remplie pour les prestations facturées par le Conseil Médical d'un hôpital ou par d'autres prestataires/ institutions.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 100

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : HEURE DE SORTIE

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 5 N 0HHMM - 108

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 22.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 24-25.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 24-25.

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

LIBELLE :

Cette zone reprend le montant total à payer par le patient sans déduction des acomptes éventuellement déjà payés.

Il s'agit de la somme des montants mentionnés dans les zones 27 des E.T. 30, 40 et 50 qui précèdent.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 28.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 28.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

LIBELLE :

Cette zone reprend le montant total des suppléments à payer par le patient.

Il s'agit de la somme des montants mentionnés dans les zones 30-31 des E.T. 30, 40 et 50 qui précèdent.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

RUBRIQUE : FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 32.

RUBRIQUE : SIGNE + ACOMPTE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Cette zone contient le montant de l'acompte destiné au compte financier A.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 183

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE LA FACTURE

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Ce chiffre de contrôle est calculé de la façon suivante :

pour la facture individuelle concernée, toutes les valeurs des zones 4 des enregistrements de type 30, 40, 50, des zones 17-18 et des zones 40-41 des enregistrements de type 40 sont additionnées. Le module 97 est appliqué sur ce résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est repris dans cette zone.

Exemple :

Si deux zones contenant les valeurs 101010 sont additionnées, alors le résultat de l'addition est :

$$\begin{array}{r} 101010 \\ + 101010 \\ \hline 202020 \end{array}$$

et **pas** $1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 6$

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 90

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 5-6a.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 17

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 5-6a.

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ENVOI

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 7.

RUBRIQUE : NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 8a.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 36

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 8a.

RUBRIQUE : NUMERO TIERS PAYANT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 14.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Signe et montant total de l'envoi qui doit être transféré au compte financier B.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 68

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Signe et montant total de l'envoi qui doit être transféré au compte financier A.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

RUBRIQUE : ANNEE FACTUREE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 22.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 5 N 0AAAA - 108

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 22.

RUBRIQUE : MOIS FACTURE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 23.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N MM - 113

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 23.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

(☞ 7)

ENREGISTREMENT DE TYPE 90 ZONE 31-32-33-34

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 31-32-33-34.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 167

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 31-32-33-34.

(☞ 7)

ENREGISTREMENT DE TYPE 90 ZONE 36-37-38-39-40-41

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 36-37-38-39-40-41

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 179

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Voir enregistrement de type 10 zone 36-37-38-39-40-41

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 43a.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 219

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 43a.

(☞ 7)

ENREGISTREMENT DE TYPE 90 ZONE 49-50-51-52

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 49-50-51-52

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 271

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 49-50-51-52

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENVOI

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Ce chiffre de contrôle est calculé de la façon suivante :

les valeurs des zones 4 de tous les enregistrements de type 30, 40 et 50, des zones 17-18 et des zones 40-41 des enregistrements de type 40 de l'envoi sont additionnés. Le module 97 est appliqué sur le résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est repris dans cette zone.

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

