# 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 2013 MISE A JOUR 2013/45 INCLUSE

# 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 d'hospitalisation (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 d'hospitalisation (facture récapitulative seulement) en cas de facturation par le gestionnaire de l'hôpital, avec suppression de la facture hospitalière individuelle;

(☞3) - note d'honoraires (annexe 83 du Règlement du 28/7/2003) (facture récapitulative + facture individuelle) en cas de facturation par le Conseil Médical sans qu'il y ait suppression de la facture individuelle;

(☞3) - note d'honoraires (annexe 83 du Règlement du 28/7/2003) (facture récapitulative seulement) en cas de facturation par le Conseil Médical, avec suppression de la facture individuelle;

- note de frais récapitulative + notes de frais individuelles en cas de facturation par une MRPA/MRS/CSJ ou MSP/IHP ;

(☞3) - 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 ou en cas de facturation par d'autres établissements ou d'autres dispensateurs de soins .

Remarques :

- 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)

(☞16) - Les praticiens de l'art infirmier, les laboratoires et les médecins généralistes qui facturent en tiers payant via le réseau MyCarenet ne doivent plus transmettre de factures papier aux organismes assureurs pour les prestations facturées à partir du 1er juillet 2015.

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:

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.

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

(☞3) Exceptions :
(☞23) Dans le cadre d'e-fac (tiers facturant = (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou spécialistes ou dentistes), un fichier de facturation au maximum est accepté par jour par numéro tiers payant (exception: l'OA300 accepte deux fichiers de facturation par jour par numéro tiers payant, un pour la mutualité 306 et un pour les autres mutualités).
(☞36) Pour les (groupements de) sages-femmes, il est possible de déroger au nombre maximum d'envois par mois. Cela doit être indiqué par la valeur '050' dans l'ET 10 Z 13.
Pour les hôpitaux, trois fichiers de facturation au plus sont acceptés par mois (par trimestre pour les hôpitaux psychiatriques), à savoir :
- un fichier pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés.
- un fichier supplémentaire de correction

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 28 juillet 2003. Par établissement hospitalier et par mois (par trimestre pour les hôpitaux psychiatriques), six fichiers de facturation peuvent au **MAXIMUM** être délivrés, à savoir :
- un fichier du gestionnaire de l'établissement pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier du gestionnaire de l'établissement pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés
- un fichier supplémentaire de correction du gestionnaire de l'établissement
- un fichier du groupe de dispensateurs de soins pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier du groupe de dispensateurs de soins pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés
- un fichier supplémentaire de correction du groupe de dispensateurs de soins

Le fichier supplémentaire de correction doit être identifié par la valeur '030' dans l'ET 10 Z 13. Il ne peut contenir que des factures avec type de facturation (ET 20 Z 11) = 1, 3 ou 4 (réintroduction de facture, note de crédit ou facture de correction).

Dans des cas exceptionnels, il est aussi possible d'introduire une facturation supplémentaire (p.ex. clôture des cas problématiques à la fin de l'année). Cela doit être indiqué par la valeur '010' dans l'ET 10 Z 13.

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 indiqué par la valeur '020'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.

**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.

**Procédure par OA concernant la transmission des documents de facturation papier**

| | | |
|---|---|---|
| (☞12) | OA100 | Aux mutualités d'affiliation<br>Exceptions :<br>Etablissements psychiatriques (autres que 720) : à l'Union<br>Certaines conventions de rééducation : à l'Union<br>(☞12) Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier et laboratoires (REFAC) : au point unique de contact (PUC) (même pour la psychiatrie et la rééducation) |
| | OA200 | A l'Union |
| (☞1) | OA300 | Aux mutualités<br>Exception :<br>• Certaines conventions de rééducation : à l'Union<br>• Mutualités wallonnes – ressources partagées (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 |
| | OA400 | A l'Union |
| (☞35) | OA500 | A l'Union (*) |
| | OA600 | A l'Union |
| (☞1) | OA900 | - Aux mutualités (centres régionaux médicaux)<br>- A partir de la facturation du 1er trimestre 2013 pour les MRS-MRPA-CDJ et MSP-IHP :<br>OA 900 -CSS - bureau administratif central , rue de France, 85 section 71, 1060 BRUXELLES |

(☞35) (*) À partir du 2 octobre 2017, nouvelle adresse pour toute la correspondance concernant l'assurance dépendance, les demandes médicales et notifications pour le médecin conseil de l'Union, les dossiers d'assurance dans le cadre des conventions internationales,…:
Union Nationale des Mutualités Libres, Route de Lennik 788 A, 1070 Anderlecht

ATTENTION:
Si vous êtes médecin généraliste, MRS ou MRPA, CCS, MSP ou IHP, veuillez bien envoyer votre courrier concernant la facturation en tiers payant à l'adresse ci-dessous:
Mutualités Libres, P.O. Box 80500, 1070 Anderlecht

Tout autre courrier concernant la facturation centralisée, vous envoyez à l'adresse :
Mutualités Libres, P.O. Box 80555, 1070 Anderlecht

Pour les colis, vous utilisez toujours l'adresse Route de Lennik 788 A.

## *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 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.

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 5.2) 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.

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 5.2) comporte une ligne par enregistrement et anomalie détectée par les programmes des organismes assureurs, avec, à la fin, une statistique desdites 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.

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 procèdera 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).

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.

### *2.B. En cas de facturation via Carenet/ MyCareNet.*

Outre la communication des données administratives, l'échange des données financières via le 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 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.

(☞16) Les praticiens de l'art infirmier, les laboratoires et les médecins généralistes qui facturent en tiers payant via le réseau MyCarenet ne doivent plus transmettre de factures papier aux organismes assureurs pour les prestations facturées à partir du 1er juillet 2015.

**Le processus de facturation en gros.**

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 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 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 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).
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.
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.

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

(☞8,15) Le message 920098 mentionne tous les enregistrements (20, 30, 40, 50, 51, 52 ou 80) pour lesquels l'OA a constaté une erreur.

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:

(☞8,15) Si erreur dans l'ET 20, seuls les ET 30, 40, 50, 51 et 52 sont mentionnés s'il y a une erreur dans l'enregistrement concerné.

Si erreur dans l'ET 80

(☞8,15) Si erreur dans l'ET 30, 40, 50, 51 ou 52

(☞8,15) ET 30, 40, 50, 51, 52 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.

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

(☞8,15) Le message 920099 mentionne tous les enregistrements (10, 20, 30, 40, 50, 51, 52, 80 ou 90) pour lesquels l'OA a constaté une erreur.

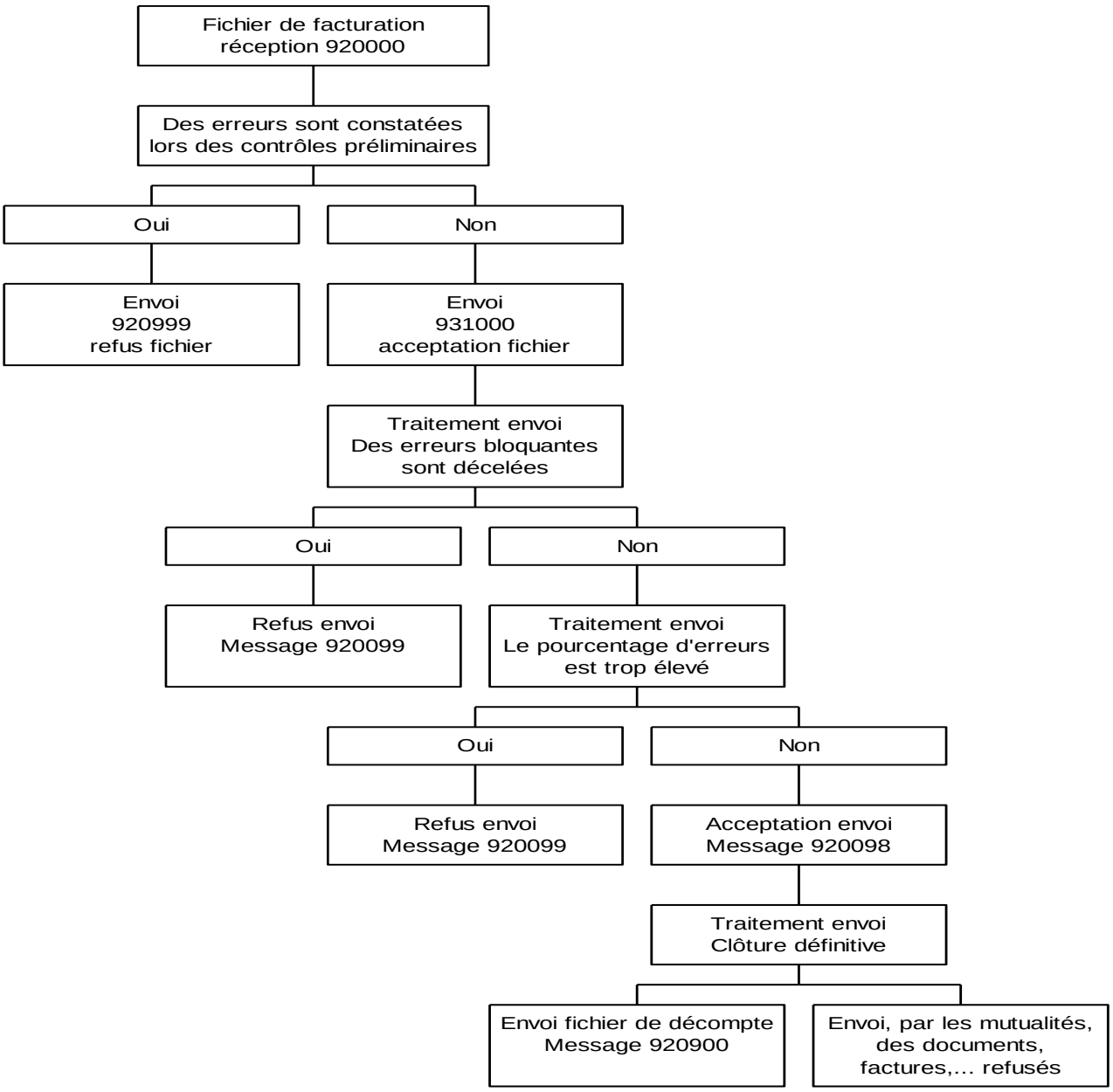
Ce fichier est transmis au tiers payant dans les deux semaines suivant la réception du fichier de facturation (message 920000).

Message 920900

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).

**Aperçu schématique du traitement d'une facturation via Carenet/ MyCareNet.**




**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 |

## 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.

## B. Planning de l'instauration de l'échange des données de facturation via MyCarenet

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***

(☞41) Le contenu du fichier de facturation est identique, quel que soit le mode de transport : support matériel (CD) ou MyCarenet.

(☞41) Le fichier de facturation est constitué de lignes de 350 octets.

(☞41) L'encodage est ASCII limités aux caractères réels ($20 à $7E).

| PDF : fr [archive] en [archive] v - d - m | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | A | B | C | D | E | F |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 000 | NUL | SOH | STX | ETX | EOT | ENQ | ACK | BEL | BS | HT | LF | VT | FF | CR | SO | SI |
| 001 | DLE | DC1 | DC2 | DC3 | DC4 | NAK | SYN | ETB | CAN | EM | SUB | ESC | FS | GS | RS | US |
| 002 | SP | ! | " | # | $ | % | & | ' | ( | ) | * | + | , | - | . | / |
| 003 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | : | ; | < | = | > | ? |
| 004 | @ | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O |
| 005 | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z | [ | \ | ] | ^ | _ |
| 006 | ` | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o |
| 007 | p | q | r | s | t | u | v | w | x | y | z | { | \| | } | ~ | DEL |

### 3.1. ***Support magnétique*** *: CD-Rom.*

La présence d'une étiquette externe (ou CD-label) est obligatoire (voir modèle en annexe 4). 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.

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***

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

### 3.3. ***Dessin d'un fichier***

Veuillez 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 données pour :
  - journées d'entretien (type 30)
  - idem
  - produits pharmaceutiques (type 40)
  - idem
  - prestations ou fournitures (type 50)
  - (☞ 7,23) engagement de tarif e-fac correspondant (type 51) (seulement pour groupements/postes de garde de) médecins généralistes et dentistes, pas pour les spécialistes)
  - (☞ 15) lecture document d'identité électronique correspondant (type 52)
  - (☞ 7) idem (type 50)
  - (☞ 7) idem (type 51)
  - (☞ 15) idem (type 52)
- Montant total de la première facture (type 80)
- Identification de la deuxième facture (type 20)
- (☞ 7,15) Identification des données (type 30, 40, 50, 51, 52)
- 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.

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.

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**

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) |
|---|---|---|---|
| (☞ 22,23)<br>(☞ 30) | OA100 | Mutualité dont le bénéficiaire est membre | = mutualité d'affiliation (Z7)<br>Exceptions :<br>Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100<br>Certaines conventions de rééducation : 100<br>Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier et laboratoires et médecins/dentistes (efac) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation) (*)<br>E-fac spécialistes : 100 |
| | OA200 | Toujours égale à « 000 » | Mutualité dont le bénéficiaire est membre |
| (☞1,16, 22,23, 28,32, 45,45corr2) | OA300 | Mutualité dont le bénéficiaire est membre | 300 pour les affiliés de mutualités 304, 305, 309, 311, 315, 317, 319, 322, 323 et 325.<br>306 pour les affiliés 306.<br>Exceptions :<br>• Certaines conventions de rééducation : 300<br>• E-fac médecins généralistes<br>○ pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319<br>○ pour les mutualités Néerlandophones (304, 309, 311 et 322) et mutualité du Brabant (306) = mutualité d'affiliation<br>• E-fac dentistes<br>○ pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 315<br>○ pour les mutualités Néerlandophones (304, 309, 311 et 322) et mutualité du Brabant (306) = mutualité d'affiliation<br>• E-fac spécialistes<br>○ pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317 , 319, 323, 325) = 317<br>○ pour les mutualités Néerlandophones (304, 309, 311 et 322) et mutualité du Brabant (306) = mutualité d'affiliation |
| (☞11) | OA400 | Mutualité dont le bénéficiaire est membre | = 400 (**) |
| | 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) |

(*) 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.
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.

(☞13) (**) Les records de type 95 remplacent le bordereau papier qui accompagnait le support magnétique.
Ce bordereau papier reprend par mutualité de destination (Record 20 Zone 18) le montant facturé. En d'autres termes, si dans les records 20 zone 18, 1 seule mutualité apparaît (en l'occurrence 400), le bordereau papier ne reprend qu'un montant, pour la mutualité 400.
En toute logique le record 95 du message 920000 n'apparaît qu'une seule fois, et ce pour la mutualité 400.

(☞ 45corr) A la Mutualité Socialiste, l'ET 20 Z18 (mutualité de destination) doit toujours être complété par la mutualité de destination 300 pour les institutions suivantes :

| | | |
|---|---|---|
| | 7.20 | Postcure – hôpitaux psychiatriques |
| (☞ 45) | ~~7.70~~ | ~~Rééducation professionnelle~~ |
| (☞ 45) | 7.71 | Rééducation motrice (5 institutions qui restent de la compétence fédérale) |
| (☞ 45) | ~~7.72~~ | ~~Rééducation psychosociale~~ |
| (☞ 45) | ~~7.73~~ | ~~Alcooliques et toxicomanes~~ |
| (☞ 45) | ~~7.74~~ | ~~Psychotiques – scolarisés~~ |
| (☞ 45) | ~~7.74.5~~ | ~~Troubles interactifs précoces et graves enfants/parents~~ |
| (☞ 45) | ~~7.74.6~~ | ~~Centres de référence autisme~~ |
| | 7.76.0 | Rééducation médico psychosociale – VIH - SIDA. |
| (☞ 20) | 7.76.1 | Accompagnement médical et psychosocial traitement séquelles mutilations génitales féminines |
| (☞ 45) | 7.76.2 | Accompagnement transidentité |
| (☞ 45) | ~~7.76.5~~ | ~~Rééducation pour patients mucoviscidose (problèmes respiratoires)~~ |
| | 7.76.6 | Enfants atteints de maladies chroniques |
| (☞ 45) | ~~7.76.7~~ | ~~Unités de répit~~ |
| | 7.78.1 | Clinique de la mémoire |
| (☞ 45) | ~~7.79~~ | ~~Rééducation fonctionnelle malentendants~~ |
| | 7.81.5 | Affections respiratoires chroniques graves. |
| | 7.82.5 | Rééducation médico psychosocial (grossesse non désirée) |
| (☞ 20) | 7.83.6 | Suivi des enfants nés prématurément. |
| (☞ 45) | ~~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 |
| (☞ 20) | 7.86.9 | Monitoring continu de la glycémie. |
| | 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 |
| (☞ 20) | 7.89.8 | Centre de coordination de l'hémophilie. |
| (☞ 20) | 7.89.81 | Centres de référence de l'hémophilie. |
| (☞ 45) | 7.89.9 | Lymphoedème |
| | 9.50 | Réadaptation et médecine physique |
| | 9.51 | Rééducation fonctionnelle R 30 / R 60 |
| (☞ 45) | ~~9.69~~ | ~~Rééducation fonctionnelle en raison d'un handicap visuel~~ |

(☞ 45) ~~Attention : un certain nombre de centres de rééducation 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) <u>Identification du bénéficiaire</u>**

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 *<br>* signifie que le bénéficiaire est né dans le courant du 19ème siècle (18xx)<br>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<br>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 :<br>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.<br><br>Si le nombre de contrôle trouvé ne correspond pas à celui du numéro, réitérer le calcul avec le nombre 2aammjjnnn (+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.<br>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. |

<u>Remarque</u> :
<u>Dissolution mutualité MRB (107)</u>

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).

**Fusion de la mutualité 104 avec la mutualité 105 au 1er janvier 2012.**

Le 1er 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 1er janvier 2012, toutes les factures (1ère facturation ou réintroduction) concernant les prestations éxécutées avant le 1er janvier 2012 ainsi que les différents documents médicaux et adaministratifs 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 executées avant le 01.01.2012 = mutualité 104
- Prestations executées 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 dispnsateurs 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.

<u>Exemple</u> :

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 |
| **C O D E S A B A R R E S** | |

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..

**Fusion des mutualités 216, 226, 232 au 1/1/2019.**

## *Où dois-je envoyer mes factures à partir du 1er janvier 2019 ?*

Le traitement des factures du tiers payant papier à destination des anciennes mutualités 216, 226 et 232 se fera dorénavant à :

La Mutualité Neutre
Service Soins de Santé Tiers Payant
Rue de Chestret, 4/6
4000 Liège

Le traitement des factures du tiers payant électronique à destination des anciennes mutualités 216, 226 et 232 continuera à s'effectuer à

Union Nationale des Mutualités Neutres
Chaussée de Charleroi, 147
1060 Bruxelles

## *A quoi dois-je porter attention à partir du 1er janvier 2019 ?*

- **Ne modifiez surtout pas (uniquement) le numéro de mutualité dans vos fichiers**

  Cette opération entrainerait un rejet de votre facturation.

  Le numéro de mutualité faisant partie intégrante du numéro d'identification ( 226 (ou 232)/XXXXXXXXXXXX devient 216/YYYYYYYYYYYY)

  Toutes les facturations doivent se faire sur la base du NISS, sauf exceptions légales.

| | Soins prestés avant le 01/01/2019 | Soins prestés après le 01/01/2019 |
|---|---|---|
| Sous quelle mutualité facturer ? | 226, 232 | 216 |

- En cas de refacturation, utilisez les anciens numéros de membres pour des soins prestés avant le 01/01/2019 et/ou engagements de paiements reçus.

## *Quelles sont les particularités liées à mon secteur d'activité ?*

Pour les hôpitaux :

- *Hospitalisation en cours*, vous recevrez via MyCarenet et pour chaque patient un 730000 avec les nouvelles données d'identification à partir du 01/01/2019
- *Accords médicaux* : donnés par les mutualités 226 et 232 ils seront automatiquement convertis et repris dans la mutualité 216. Vous ne devez pas envoyer de nouvelle demande d'accord médical.
- La facturation étant basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur cette base.

A partir du 01/01/2019, les données d'assurabilité actualisées de vos patients peuvent être consultées :

- Via MyCarenet les données d'assurabilité actualisées de vos patients en utilisant leur numéro NISS
- Via notre portail www.4cp.be pour une demande « d'assurabilité de masse »par exemple.

Pour les pharmaciens :

- La facturation étant basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur cette base.
- Les données d'assurabilité actualisées peuvent également être obtenues via MyCarenet à partir du 01/01/2019.

Pour les maisons médicales :

- Les abonnements ouverts dans les mutualités 226 et 232 seront automatiquement convertis dans la nouvelle mutualité 216.

A partir du 01/01/2019, les données d'assurabilité actualisées de vos patients peuvent être consultées :

- Via MyCarenet les données d'assurabilité actualisées de vos patients en utilisant leur numéro NISS
- Via notre portail www.4cp.be pour une demande « d'assurabilité de masse »par exemple.

Pour les infirmiers :

- La facturation étant basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur cette base.
- Les Accords médicaux donnés par les mutualités 226 et 232 seront automatiquement convertis et repris dans la mutualité 216. Vous ne devez pas envoyer de nouvelle demande d'accord médical.

A partir du 01/01/2019, les données d'assurabilité actualisées de vos patients peuvent être consultées :

- Via MyCarenet les données d'assurabilité actualisées de vos patients en utilisant leur numéro NISS
- Via notre portail www.4cp.be pour une demande « d'assurabilité de masse » par exemple.

Pour les autres institutions qui facturent via le tiers payant électronique :

A partir du 01/01/2019, les données d'assurabilité actualisées de vos patients peuvent être consultées :

- Via MyCarenet les données d'assurabilité actualisées de vos patients en utilisant leur numéro NISS
- Via notre portail www.4cp.be pour une demande « d'assurabilité de masse » par exemple.

Pour les prestataires utilisant e-fact (médecins généralistes, médecins spécialistes, dentistes, postes de garde) :

- La facturation étant basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur cette base.
- Les données d'assurabilité actualisées peuvent également être obtenues via MyCarenet.

Pour la facturation papier du tiers-payant pour les médecins généralistes :

- Pour un traitement efficace de vos factures, mentionnez toujours le numéro NISS sur vos factures papier
- Pour les généralistes qui travaillent avec le tiers payant manuel (TPS) sur base d'une vignette, notre site http://tierspayantsocialneutre.be est adapté au nouveau lieu d'envoi des facturations.
- Pour les services de tarification qui assurent le tiers-payant manuel des médecins généralistes, nous vous invitons à partir du 01/01/2019 et avant votre facturation, à vous connecter sur www.4CP.be afin de mettre à jour les données d'assurabilité (demande individuelle ou «d'assurabilité de masse ».)

Pour toute autre question relative à la fusion ; une seule adresse e-mail : support@UNMN.BE

Pour plus d'informations concernant l'accès à notre portail 4CP : info@4cp.be

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.

| Identification du titulaire | | | | | | | Date de naissance | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | Racine | | | | | | Jour | | Mois | | Année | |
| 1 ou 6 | 0 | 2 | 8 | 2 | 7 | 6 | 2 | 3 | 0 | 6 | 6 | 1 |

6 x 2 = 12 - 9 = 3
+ 7
2 x 2 = 4 + 4
+ 8
2 x 2 = 4 + 4
+ 0
= 26
+ 5
= 31

6 est en principe le chiffre de contrôle. S'il ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute «5».

C.C. = chiffres de contrôle

**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 envoyé 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 envoyé 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.

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**.

**Centralisation de l'activite traitement support magnetique/electronique des mutualites wallonnes – ressources partagees**

La facturation papier est transmise à la mutualité de destination.

Les annexes (justificatifs de remboursement, documents à l'attention du médecin conseil, …) qui accompagnent le support magnétique ou électronique sont également transmises à la mutualité de destination (ET 20 zone 18).

Les demandes de remboursement/notifications qui doivent être transmises préalablement à la facturation doivent être transmises à la mutualité d'affiliation (ET 20 zone 7).

Les prescriptions médicales éventuelles sont, bien entendu, jointes aux attestations de soins.

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

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.

| Identification du titulaire | | | | | | | Date de naissance | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. | Racine | | | | | | Jour | | Mois | | Année | |
| 1 ou 6 | 0 | 2 | 8 | 2 | 7 | 6 | 2 | 3 | 0 | 6 | 6 | 1 |

6 x 2 = 12 - 9 = 3
+ 7
2 x 2 = 4 + 4
+ 8
2 x 2 = 4 + 4
+ 0
= 26
+ 5
= 31

6 est en principe le chiffre de contrôle. S'il ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute «5».

C.C. = chiffres de contrôle

**Fusions au 1/1/2019.**

**1. Fusion de la mutualité 413 avec la mutualité 403**

Le 01/01/2019, la mutualité 413 (Mutualité Libérale Hainaut-Ouest) fusionnera avec la mutualité 403 (Mutualité Libérale du Brabant). Les assurés affiliés à la mutualité 413 seront transférés à la mutualité 403.

Identification de la nouvelle entité : **ML MUTPLUS.be,** ***Place de la Reine 51-52,1030 Bruxelles***

Concrètement, cela signifie :

- Les prestations fournies et les médicaments délivrés **avant le 01/01/2019** aux assurés affiliés à la 413 et facturé(e)s à partir du 01/01/2019 :
  - RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 413
  - RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 400
  - La facturation papier y afférente, les différents documents administratifs et médicaux devront être envoyés à l'Union nationale des Mutualités Libérales.
- Les prestations fournies et les médicaments délivrés **à partir du 01/01/2019** aux assurés affiliés à l'ancienne mutualité 413 :
  - RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 403
  - RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 400
  - La facturation papier y afférente, les différents documents administratifs et médicaux devront être envoyés à l'Union nationale des Mutualités Libérales.
    Les pièces médicales, qui auparavant étaient envoyées aux mutualités 403 et 413, devront désormais être envoyées à l'adresse susmentionnée (Place de la Reine 51-52 à 1030 Bruxelles).

Les supports magnétiques ou les fichiers de facturation électroniques seront toujours transmis à l'Union nationale des Mutualités Libérales, avec l'identification des assurés en fonction de la **date de prestation**, à savoir :

– les prestations opérées **avant** le 01/01/2019 = mutualité 413
– les prestations opérées **à partir** du 01/01/2019 = mutualité 403

À partir du **01/09/2019**, toutes les prestations accomplies avant le 01/01/2019 devront être uniquement facturées avec l'identification de la mutualité 403.

**2. Fusion des mutualités 401 - 404 - 415 avec la mutualité 417**

Le 01/01/2019, les mutualités 401 (Liberale Mutualiteit Provincie Antwerpen), 404 (Liberale Mutualiteit West-Vlaanderen) et 415 (Liberale Mutualiteit Limburg) fusionneront avec la mutualité 417 (Liberale Mutualiteit Vlaams Gewest). Les assurés affiliés aux mutualités 401, 404 et 415 seront transférés vers la mutualité 417.

Identification de la nouvelle entité : ***LM Plus, Kalkoven 22,1730 Asse***

Concrètement, cela signifie :

- Les prestations fournies et les médicaments délivrés **avant le 01/01/2019** aux assurés affiliés aux mutualités 401, 404 et 415 et facturé(e)s à partir du 01/01/2019 :
  - RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 401, 404, 415
  - RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 400
  - La facturation papier y afférente, les différents documents administratifs et médicaux devront être envoyés à l'Union nationale des Mutualités Libérales.

- Les prestations fournies et les médicaments délivrés **à partir du 01/01/2019** aux assurés affiliés aux anciennes mutualités 401, 404 et 415 :
  - RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 417
  - RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 400
  - La facturation papier y afférente, les différents documents administratifs et médicaux devront être envoyés à l'Union nationale des Mutualités Libérales. Les pièces médicales, qui auparavant étaient envoyées aux mutualités 401, 404, 415 et 417, devront désormais être envoyées à la nouvelle entité selon la province où le prestataire est établi :

    *Codes postaux 1xxx, 5xxx, 7xxx et 9xxx :**LM Plus, Kalkoven 22,1730 Asse***
    *Codes postaux 2xxx : **LM Plus, Lange Nieuwstraat 109, 2000 Antwerpen***
    *Codes postaux 3xxx : **LM Plus, Geraetsstraat 20, 3500 Hasselt***
    *Codes postaux 8xxx : **LM Plus, Revillpark 1, 8000 Brugge***

Les supports magnétiques ou les fichiers de facturation électroniques seront toujours transmis à l'Union nationale des Mutualités Libérales, avec l'identification des assurés en fonction de la **date de prestation**, à savoir :

– les prestations opérées **avant** le 01/01/2019 = mutualités 401, 404 et 415
– les prestations opérées **à partir du** 01/01/2019 = mutualité 417

À partir du **01/09/2019**, toutes les prestations accomplies avant le 01/01/2019 devront être uniquement facturées avec l'identification de la mutualité 417.

## 3. Informations sur les deux fusions

Pour la facturation, l'utilisation du numéro NISS reste prioritaire. Cela signifie que seul le numéro de la mutualité d'affiliation change.

À défaut de données d'identification correctes, vous pouvez consulter notre site **www.ml.be/fusions**, sur lequel un programme de conversion vous donnera les nouvelles données d'identification à partir des anciennes.

Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser à notre Helpdesk en téléphonant au 02/542.86.00 ou en envoyant un e-mail à l'adresse helpdesk.carenet@lm.be

## 4. Erreur bloquante à partir du 01/01/2021

À partir du 01/01/2021, la facturation via identification des mutualités 413, 401, 404 et 415 sera interdite et entraînera une **erreur bloquante**.

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).

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |

numéro du bénéficiaire | check-digit modulo 97

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

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

<u>Exemple</u> :

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 5XX
NOM PRENOM
ADRESSE 1.10
LOCALITE
110/110 1234567890121

Numéro d'identification

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

**C O D E S A B A R R E S**

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.

## (☞ 29) Fusion mutualité 509 et 516

A partir du 01/01/2017, les mutualités 509, Partenamut et 516, Securex, ne forment plus qu'une seule entité juridique, sous la dénomination « Partena-Mutualité Libre » (en abrégé Partenamut) et le numéro 509.

Au 01/01/2017, les bases de données des deux mutualités, auront également été fusionnées, entraînant la disparition de la mutualité 516 pour laisser place à :

**Partenamut 509**, Boulevard Louis Mettewie 74/76, 1080 Bruxelles.

Tous les membres de la 516 passent donc dans l'entité 509 et reçoivent un nouveau numéro de membre.
**Attention**, les membres de la mutualité 516, habitant en Communauté Flamande seront automatiquement transférés à la 526 (Partena OZV) au 01/01/2017.
L'historique de ces membres (avant le 01/01/2017) passe dans l'entité 509.

### Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1er janvier 2017.

Toutes les factures reprenant des prestations avant le 01/01/2017 seront obligatoirement traitées sous la mutualité 509 (Partenamut) et ceci pour **l'entièreté de la population ex 516**.

Les factures reprenant des prestations à partir du 01/01/2017 seront obligatoirement traitées soit sous la mutualité 509 (ex membre 516 habitant en communauté **Wallonie-Bruxelles** ) soit sous la mutualité 526 (ex membre 516 habitant en communauté **Flamande**).

**Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
**Cette opération entrainerait un rejet de votre facturation. Le N° de Mutualité fait partie intégrante du N° d'identification.**
**516-YYYYYYYYYYYY devient 509-XXXXXXXXXXXX**

| Sous quelle mutualité facturer | soins prestés avant le 01/01/2017 | soins prestés après le 01/01/2017 |
|---|---|---|
| ex membre 516 habitant en Wallonie | **509** | **509** |
| ex membre 516 habitant à Bruxelles | **509** | **509** |
| ex membre 516 habitant en communauté Flamande | **509** | **526** |

Toutes les facturations doivent se faire sur la base du **NISS** (sauf exceptions légales).

**Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1er janvier 2017.**

### Dans la pratique pour les hôpitaux

- Pour les patients hospitalisés ou non au 31/12/2016, qui habitent en **Communauté Flamande** :
  - En cas d'hospitalisation en cours, vous recevrez pour chaque patient membre de la mutualité 516, un message de mutation 730000 avec le nouveau numéro de mutualité 526 et les nouvelles données d'identification à partir du 01/01/2017.
  - Les accords médicaux donnés par la mutualité 516 seront automatiquement repris dans la mutualité 526 et dans la mutualité 509 pour l'historique.
  - En ce qui concerne la facturation de vos prestations ambulatoires :
    - si la facturation se base sur un **engagement de paiement** 801900 (de la mutualité 516), cette facture sera acceptée :
      - si facturée à la 509 si prestations avant le 01/01/2017
      - si facturée à la 526 si prestations à partir du 01/01/2017

- Si votre facturation ambulatoire est basée sur la lecture de la carte SIS ou sur une vignette qui renvoie à la mutualité 516 :
  - ces prestations seront automatiquement converties par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 pour les prestations antérieures au 01/01/2017
  - Pour les prestations à partir du 01/01/2017, la facturation doit se faire obligatoirement sous la mutualité 526.

**Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet en utilisant leur numéro NISS.**

- Pour les patients hospitalisés ou non au 31/12/2016 qui habitent en communauté **Wallonie-Bruxelles** :
  - En cas d'hospitalisation en cours, vous recevrez pour chaque patient membre de la mutualité 516, un message de mutation 730000 avec le nouveau numéro de mutualité 509 et les nouvelles données d'identification.
  - Les accords médicaux donnés par la mutualité 516 seront automatiquement repris dans la mutualité 509 et ce pour tout l'historique.
  - En ce qui concerne la facturation de vos prestations ambulatoires : si la facturation se base sur un **engagement de paiement** 801900 (de la mutualité 516), cette facture sera acceptée automatiquement à la mutualité 509.
  - Si votre facturation papier ambulatoire est basée sur la lecture de la carte SIS ou sur une vignette qui renvoie à la mutualité 516, ces prestations seront automatiquement converties par nos services en nouvelles données de la mutualité 509

| Sous quelle mutualité facturer | soins prestés avant le 01/01/2017 | soins prestés après le 01/01/2017 |
|---|---|---|
| ex membre 516 habitant en Wallonie | **509** | **509** |
| ex membre 516 habitant à Bruxelles | **509** | **509** |
| ex membre 516 habitant en communauté Flamande | **509** | **526** |

- *Pour les hospitalisations de **tous** les membres 516 clôturées au 31/12/2016, vous pouvez nous envoyez les messages s'y rapportant même en 2017 avec les données de la 516. Notre système les convertira.*
- *Si vous utilisez les données du message 730000 lors de la facturation du séjour, les prestations facturées seront acceptées. Idem pour les factures supplémentaires éventuelles.*

- ***Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !***

  Vous pouvez à tout instant consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

## Dans la pratique pour les pharmaciens

- Etant donné que la facturation des pharmaciens est basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées.
- Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet en utilisant leur numéro NISS.

## Dans la pratique pour les maisons médicales

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 :
  - pour tous les membres 516 qui habitent en communauté **Wallonie-Bruxelles** et ce peu importe la date des soins.
  - pour tous les membres 516 qui habitent en communauté **Flamande** uniquement pour les soins prestés avant le 01/01/2017.

- Concernant la facturation des soins au 01/01/2017 pour les ex membres 516 qui habitent en **communauté Flamande,** celle-ci doit se faire à la 526**.**

| Sous quelle mutualité facturer | soins prestés avant le 01/01/2017 | soins prestés après le 01/01/2017 |
|---|---|---|
| ex membre 516 habitant en Wallonie | **509** | **509** |
| ex membre 516 habitant à Bruxelles | **509** | **509** |
| ex membre 516 habitant en communauté Flamande | **509** | **526** |

- Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet (via vos prestataires de soins).
- Les abonnements ouverts par la mutualité 516 seront automatiquement repris dans la mutualité 509.
- Les abonnements ouverts par la mutualité 516 pour des membres habitant en Communauté Flamande seront automatiquement repris dans la mutualité 526 à partir du 01/01/2017.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**

Vous pouvez à tout instant consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

## Dans la pratique pour les infirmiers

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 pour les ex membres 516 habitant en communauté **Wallonie-Bruxelles** et ce peu importe la date des soins ainsi que pour les ex membres 516 habitant en **Communauté Flamande** pour les soins antérieurs au 01/01/2017.

| Sous quelle mutualité facturer | soins prestés avant le 01/01/2017 | soins prestés après le 01/01/2017 |
|---|---|---|
| ex membre 516 habitant en Wallonie | **509** | **509** |
| ex membre 516 habitant à Bruxelles | **509** | **509** |
| ex membre 516 habitant en communauté Flamande | **509** | **526** |

- Pour que la facturation de vos soins en 2017 soit correcte, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Les accords médicaux et les notifications donnés par la mutualité 516 seront automatiquement repris dans la mutualité 509 et ce pour tout l'historique ainsi que dans la mutualité 526 pour les membres habitant en Communauté flamande.

## Dans la pratique pour les institutions qui facturent via le tiers-payant électronique

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 pour les ex membres 516 habitant en communauté **Wallonie-Bruxelles** et ce peu importe la date des soins ainsi que pour les ex membres 516 habitant en **Communauté Flamande** pour les soins antérieurs au 01/01/2017.

| Sous quelle mutualité facturer | soins prestés avant le 01/01/2017 | soins prestés après le 01/01/2017 |
|---|---|---|
| ex membre 516 habitant en Wallonie | **509** | **509** |
| ex membre 516 habitant à Bruxelles | **509** | **509** |
| ex membre 516 habitant en communauté Flamande | **509** | **526** |

- Si vous facturez via MyCareNet, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Nous vous invitons, à partir du 01/01/2017 et dans tous les cas avant toute facturation en 2017, à consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

## Dans la pratique pour les tiers facturant via efact (médecins généralistes, médecins spécialistes, dentistes, postes de garde)

- Etant donné que la facturation via efact est basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur la base de cet engagement de paiement même si celui-ci fait référence à la 516 et est utilisé en 2017.

Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet en utilisant leur numéro NISS.

## Règles particulières pour la facturation papier du tiers-payant pour les médecins généralistes

- Veuillez toujours mentionner le NISS sur vos factures papier.
- Pour les médecins généralistes qui travaillent avec le tiers-payant manuel : lorsque la vignette mentionne les données d'identification à la mutualité 516, notre organisme assureur y apportera les corrections nécessaires soit vers la 509 soit vers la 526.
- Pour les services de tarification qui assurent le traitement des tiers-payants manuels pour les médecins généralistes : nous vous invitons, à partir du 01/01/2017 et dans tous les cas avant votre facturation en 2017, à consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

**L'adresse de la facturation centralisée du tiers-payant sur papier (médecins généralistes, MRS, habitation protégée, maisons de soins psychiatriques) est et reste :**

**Union Nationale des Mutualités Libres**
**Rue Saint-Hubert, 49**
**1150 Bruxelles**

**L'adresse de facturation de tous les envois électroniques est et reste :**

**Union Nationale des Mutualités Libres**
**Allée de la Minerva, 8**
**1150 Bruxelles**

**Règles particulières pour la facturation du tiers-payant manuel (sur papier)**

Les prestataires de soins (pas les médecins généralistes, MRS, habitations protégées, MSP) qui facturent sur papier recevront des instructions séparées en direct de la mutualité 509.

**Avez-vous encore des questions ?**

Envoyez-les par e-mail : opercontfac@mloz.be ou téléphonez-nous : 02 778 95 55.
Vous pouvez également poser vos questions au gestionnaire de votre portefeuille via 4CP.
Plus d'informations concernant l'accès à notre site web 4CP : info@4cp.be

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 6 | | | |
| | O.R. | Numéro d'ordre du bénéficiaire | Numéro de suite de l'assuré | Chiffre-clé |

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

(☞5) 02 : office régional **de Bruxelles-Capitale**

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.

(☞5) 12 : office régional Brabant Flamand

(☞5) 22 : office régional Brabant Wallon

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.

(☞15) Pour les conventions internationales:
modulo 97 (voir si dessus)
ou
modulo 89 (à partir du 1/6/2015):
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 89.
Si le reste est égal à 0, le chiffre-clé est 89

**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

(☞15) Titulaire : Exemple 06020091234/48 : 89 = 06020091234 reste 48 = check-digit

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 6 | 0 | 2 | 0 | 0 | 9 | 1 | 2 | 3 | 4 | 4 | 8 |

(☞15) Personne à charge : Exemple 06020191234/12 : 89 = 06020191234 reste 12= check-digit

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

(☞27) g) Numéro d'affiliation à la ***CAISSE DES SOINS DE SANTE DE HR RAIL***

***Exemple :***

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 4 | 5 | 0 | 4 | 9 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 Code Catégorie | | 2 Identification du titulaire | | | | 3 Année de naissance du titulaire | | 4 Numéro de suite | | 5 AC | 6 Numéro de Rang | |

***Numéro d'identification***

**<u>Numéro d'affiliation à la C.S.S.</u> =** **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 | | |

**<u>Signification des rubriques</u> :**

**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 prépensionné = 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 x 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 x 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 x 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 x 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.

**Annexe 5.2** : Lay-out de la liste des contrôles.

**Annexe 5.3** : 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.

**Annexe 16** : Structure des numéros d'identification INAMI.

**Annexe 17** : Forfaitarisation des médicaments en hôpital.

**Annexe 18** : Facturation sur support magnétique par les MRPA/MRS/CSJ.

**Annexe 19** : Facturation à 100% dans le cadre du MAF.

(☞ 6) **Annexe 20** : Facturation électronique par les médecins (e-fac).

(☞ 8) **Annexe 21** : Facturation du transport urgent de malades.

(☞ 14) **Annexe 22** : Règles d'arrondis pour les prestations exécutées par les stagiaires à 75%, prestations de chirurgie à 50% et aide opératoire à 10%.

(☞ 22) **Annexe 23** : Facturation électronique par les dentistes (e-fac).

(☞ 41) **Annexe 24** : Soins à basse variabilité

**Annexe 1**

**Liste des adresses des centres de calcul auxquels les supports magnétiques doivent être envoyés.**

| | Organismes assureurs | Mutualités à grouper | Adresses des centres de calcul |
|---|---|---|---|
| | **A.N.M.C.** | Toutes les mutualités | **Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes**<br>Service Statistiques - Exploitation - Traitements des supports magnétiques<br>AEROPOLIS<br>Chaussée de HAECHT, 579 - boîte 49<br>1031 BRUXELLES |
| | **U.N.M.N.** | Toutes les mutualités | **Union Nationale des Mutualités Neutres**<br>Cellule supports magnétiques<br>Chaussée de Charleroi, 147<br>1060 BRUXELLES |
| | **U.N.M.S.** | Toutes les mutualités | **Union Nationale des Mutualités Socialistes**<br>Rue Saint-Jean, 32<br>1000 BRUXELLES |
| | **U.N.M.L.** | Toutes les mutualités | **Union Nationale des Mutualités Libérales**<br>Rue de Livourne, 19<br>1050 BRUXELLES |
| (☞35) | **M.L.O.Z.** | Toutes les mutualités | **Union Nationale des Mutualités Libres**<br>P.O. Box 80555<br>1070 Anderlecht<br><br>Pour les MRPA/MRS/médecins généralistes:<br>P.O. Box 80500<br>1070 Anderlecht |
| | **C.A.A.M.I.** | Tous les offices régionaux | **Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité**<br>Rue du Trône, 30<br>1000 BRUXELLES |
| (☞ 27) | C**.S.S. HR RAIL** | Tous les centres régionaux médicaux | **Caisse des Soins de Santé de HR Rail** 10-03<br>Rue de France, 85<br>1060 BRUXELLES |

**Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.**

| O.A. Nom | Numéro Tél. | Numéro Fax | Compétence |
|---|---|---|---|

***A.N.M.C.***

(☞4) Statut des fichiers de facturation:
- Tiers REFAC: Point Unique de Contact (PUC)
- Autres tiers: Service MDU (mdu.cpt@mc.be; 02/246.41.97)

(☞4) Analyse et rejets:
- Tiers REFAC: Point Unique de Contact (PUC)

(☞ 20) - Autres tiers: Contact Center Soins de Santé (mycarenet@mc.be; 02/246.43.28)

(☞ 45) ***U.N.M.N.***

Numéro de téléphone général: 02/538.83.00
Numéro de fax général: 02/537.33.69

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

Helpdesk: supports@unmn.be

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

Helpdesk: ccq@unmn.be

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

Helpdesk: modcare@unmn.be

***U.N.M.S.***

(☞4) M. Kristof Debolle (NL) 02/515.04.20
(☞4) M. Patrick Pauwels (FR) 02/515.17.50

| | Nom | Numéro Tél. | Numéro Fax | Compétence |
|---|---|---|---|---|
| | ***U.N.M.L.*** | | | |
| (☞40) | Mevr. HEYMANS (NL) | 02/542.87.46 | | Résultats et questions tarification prestataires |
| (☞40) | Mevr. WEYNANTS (FR) | 02/542.86.90 | | Résultats et questions tarification prestataires |
| (☞40) | Mr. ZWARTEBROECKX | 02/542.86.30 | | Résultats et questions tarification médecins et E-fac |
| (☞40) | Mevr. COPPENS | 02/542.87.27 | | Résultats et questions tarification médecins et E-fac |

***M.L.O.Z.***

02/778.95.55
Vous suivez les instructions demandées et vous êtes dirigé vers la bonne personne de contact.
(☞42) Accessible tous les jours ouvrables entre 8h30 et 12h et entre 13h30 et 15h30.

Numéro de fax : 02/778.94.06

(☞37) Adresse E-mail :
Opercontfac@mloz.be

***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

(☞27)***C.S.S. de HR RAIL***

(☞27)Mme TARBE 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) 1 fichier - 1 compte bancaire
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'agréation :
(☞15) Numéro BCE :
N° compte de l'Ets. :
IBAN de l'Ets. :
BIC de l'Ets.
N° compte Conseil méd :
IBAN du Conseil méd :
BIC du Conseil méd :

**Identification Conseil médical** (2) :

Dénomination :
Adresse :
Code postal - Commune :
N° I.N.A.M.I. :
Numéro BCE :
N° compte du Conseil méd :
IBAN du Conseil méd :
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'enregistrements (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.

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

**Annexe 2B**

# 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<br>Adresse<br>N° I.N.A.M.I.<br>Tiers payant n°<br>(☞15) Numéro BCE<br>Tél. | Nom<br>Adresse<br>N° I.N.A.M.I.<br>Tél.<br>Numéro BCE | N°<br>Nom<br>Adresse | Envoi n°<br>Tiers payant n°<br>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.

**Annexe 3**

**Dessin support magnétique.**

A partir du 1er 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.

<table>
<tr><td rowspan="3">ET 10</td><td rowspan="2">ET 20</td><td>ET 30<br>ET 40<br>ET 50</td><td>ET 30<br>ET 40<br>ET 50</td><td>ET 30<br>ET 40<br>ET 50</td><td>...<br>...<br>...</td><td rowspan="2">ET 80</td><td rowspan="3">...</td><td rowspan="3">ET 90</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ensemble des E.T. 30/40/50 dans 1 bloc<br>20-80 = facture</td></tr>
<tr><td colspan="6">1 bloc avec les E.T. 20-30/40/50-80 par facture</td></tr>
</table>

**Annexe 4**

**Etiquette externe**

| A | B | C | D | E | F | G |
|---|---|---|---|---|---|---|
| XXXXXXX | XXXXXXXXXXXX | 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).

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)
Pour les disquettes, cette valeur est toujours égale à 000 (Multi-volumes plus autorisés)

G : X X X : Valeur standard = 001 (un seul fichier de facturation par support).

**Structure de la codification des anomalies**

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.
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.

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 apparaitront :

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 (☞8,15) qu'un nombre restreint d'erreurs dans les enregistrements de type 20, 30, 40, 50, 51, 52 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 :

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

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.

Le seuil de tolérance est fixé à 5 %.

**Annexe 5.2**

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME ASSUREUR

REMARQUE PENDANT LA LECTURE DU SUPPORT DE FACTURATION 99999999999 ANNEE ET MOIS : 999999 BANQUE : 999999999999 PAGE : 999

ETABLISSEMENT : XXXX

# FICHIER 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 | (☞ 8) 51 | (☞15 ) 52 | 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 |
| 104 | 12N | 371 | 1 | 0 | 0 | | | | | 0 | 9 |
| 105 | 12N | 383 | 1 | 0 | 0 | | | | | 0 | 9 |
| 106 | 12N | 395 | 9 | | | | | | | | |
| 107 | 3N | 407 | 1 | CT1 ou 0 | CT1 | CT1 | CT1 | CT1 | 0 | 0 | 9 |
| 108 | 3N | 410 | 1 | CT2 ou 0 | CT2 | CT2 | CT2 | CT2 | 0 | 0 | 9 |
| 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 | Réf. O.A. Compte A | Réf. O.A. Compte A | 9 |
| 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 | 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 | Lettre rejet 1 | Lettre rejet 1 |
| 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 | 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 | Lettre rejet 2 | Lettre rejet 2 |
| 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 | 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 | Lettre rejet 3 | Lettre rejet 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 | Code rejet 3 | Code rejet 3 |
| 114 | 1A+11N | 478 | 1 | 0 | Montant tarifé Compte A | Montant tarifé Compte A | Montant tarifé Compte A | 0 | 0 | Montant tarifé Compte A | 9 |
| 115 | 1A+11N | 490 | 1 | 0 | Montant tarifé Compte B | Montant tarifé Compte B | Montant tarifé Compte B | 0 | 0 | Montant tarifé Compte B | 9 |
| 116 | 1A+11N | 502 | 1 | 0 | Montant tarifé patient | Montant tarifé patient | Montant tarifé patient | 0 | 0 | Montant tarifé patient | 9 |
| 117 | 7N | 514 | 1 | 0 | Code nomenclature corrigé | Code nomenclature corrigé | Code nomenclature corrigé | 0 | 0 | 0 | 9 |
| 118 | 1N | 521 | 1 | 0 | | | | | | | 9 |
| 119 | 1A+11N | 522 | 1 | 0 | Résultat OA | Résultat OA | Résultat OA | 0 | 0 | 0 | 9 |
| 149 | 200A | 534 | 1 | Commentaire du code erreur | | | | | | | 9 |
| 150a | 1A+11N | 734 | 1 | 0 | Réservé (réforme de l'état) | Réservé (réforme de l'état) | Réservé (réforme de l'état) | 0 | 0 | Réservé (réforme de l'état) | 9 |
| 150b | 49A | 746 | 1 | Réserve | | | | | | | 9 |
| 151 | 6N | 795 | 1 | Index | | | | | | | 9 |

## PRINCIPES RELATIFS A LA DELIVRANCE D'UN FICHIER 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.

   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).

   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 tarifié (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
   - (☞ 8,15) S'il s'agit d'un ET 51, 52: toujours 0
   - S'il s'agit d'un ET 30, 40, ou 50 :

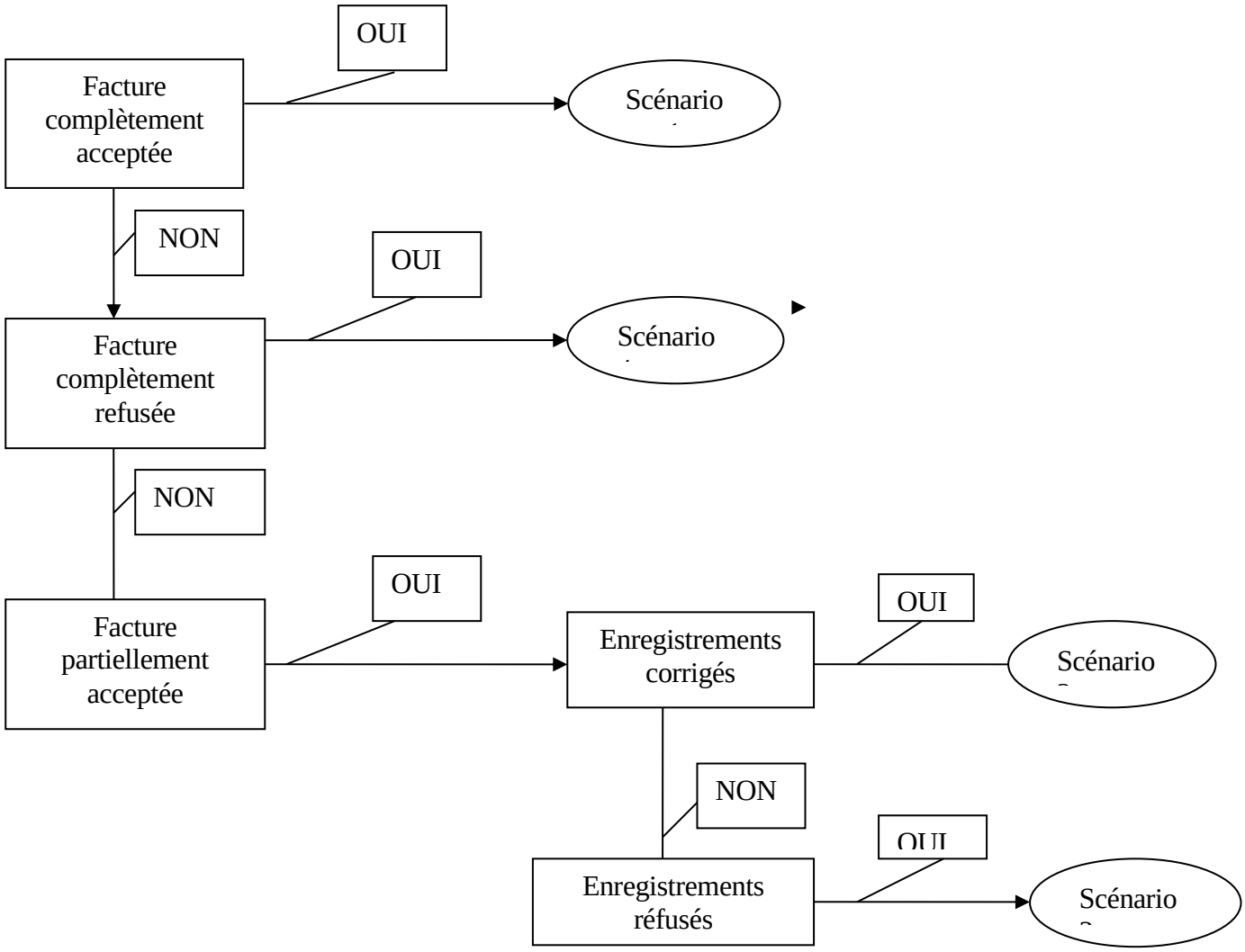
   Refus de l'enregistrement = 0

   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).
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 tarifié par l'OA
11. (☞8,15) Les codes erreur de l'ET 20 doivent être prévus dans les ET 30, 40, 50, 51, 52 et 80. Les codes erreur de l'ET 20 doivent être mentionnés en premier lieu, puis ceux des ET 30, 40, 50 , 51, 52 et 80.
    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.

**Annexe 5.3 suite 2**

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)

**Scénario 2 :** ET 20 + 80 sur le fichier de décompte (ET 80 Z 114 = ET 80 Z 19 - ∑ 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)

**Scénario 3 :** ET 20 + 80 sur le fichier de décompte (ET 80 Z 114 = ET 80 Z 19 - ∑ 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 |
| | Facture 2 - Z 114 | 65,00 |
| | Facture 3 - Z 114 | 0,00 |
| | Facture 4 - Z 114 | 100,00 |
| | | **265,00** |

Différence 400,00 - 265,00 = *135,00*

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

| | | | Z 11 | ET 30/40/50 Z 19 | ET 80 Z 15 (B) | ET 80 Z 19(A) | ET 30/40/50 Z 114 (A) | ET 30/40/50 Z 115 (B) | ET 80 Z 114 (A) | ET 80 Z 115 (B) | | Contrôle | Différence |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 |

| | | A | B | Tot. |
|---|---|---|---|---|
| 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*

| Type d'enregistrements | 10 | | 20 | | 30 | | 40 | | 50 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| zone | position | Debut d'envoi | position | Debut de facture | position | Journees d'entretien | position | Produits pharmaceut. | position | Prestations ou fournitures |
| 1 | 1-2 | enregist. de type 10 | 1-2 | enregist. de type 20 | 1-2 | enregist. de type 30 | 1-2 | enregist. de type 40 | 1-2 | enregist. de type 50 |
| 2 | 3-8 | n° ordre enregist. | 3-8 | n° ordre enregist. | 3-8 | n° ordre enregist. | 3-8 | n° ordre enregist. | 3-8 | n° ordre enregist. |
| 3 | 9-9 | code indice | 9-9 | autorisation t.p. | 9-9 | norme journ. entret. | 9-9 | norme prestation | 9-9 | norme prest (%) |
| 4 | 10-16 | version fichier | 10-16 | heure admission | 10-16 | pseudo-code jour. ent. forf. | 10-16 | pseudo-code cat. medicament | 10-16 | (pseudo-)code nomencl. |
| 5 | 17-24 | n° compte financier a | 17-24 | date d'admission | 17-24 | date 1er jour facture | 17-24 | date 1er jour facture | 17-24 | date 1er prest. effect. |
| 6 a | 25-28 | | 25-28 | date de sortie | 25-28 | date dernier jour facture | 25-28 | date dernier jour facture | 25-28 | date derniere prestation effectuee |
| 6 b | 29-32 | 0 | 29-32 | | 29-32 | | 29-32 | | 29-32 | |
| 7 | 33-35 | numero de l'envoi | 33-35 | n° mutualite affiliation | 33-35 | n° mutualite affiliation | 33-35 | n° mutualite affiliation | 33-35 | n° mutualite affiliation |
| 8 a | 36-47 | n° compte financier b | 36-47 | identification du beneficiaire | 36-47 | identification du beneficiaire | 36-47 | identification du beneficiaire | 36-47 | Identification du beneficiaire |
| 8 b | 48-48 | 0 | 48-48 | | 48-48 | | 48-48 | | 48-48 | |
| 9 | 49-49 | code s.f.p. | 49-49 | sexe beneficiaire | 49-49 | sexe beneficiaire | 49-49 | sexe beneficiaire | 49-49 | sexe beneficiaire |
| 10 | 50-50 | code fichier de decompte | 50-50 | type facture | 50-50 | accouchement | 50-50 | Accouchement | 50-50 | accouchement |
| 11 | 51-51 | 0 | 51-51 | type facturation | 51-51 | ref. n° cpte financier | 51-51 | ref. n° cpte financier | 51-51 | ref. n° cpte financier |
| 12 | 52-52 | 0 | 52-52 | 0 | 52-52 | 0 | 52-52 | 0 | 52-52 | nuit, w.e. ou jour ferie |
| 13 | 53-55 | contenu facturation | 53-55 | service 721 bis | 53-55 | code service | 53-55 | code service | 53-55 | code service |
| 14 | 56-67 | n° tiers payant | 56-67 | n° ets. qui facture | 56-67 | lieu de prestation | 56-67 | lieu de prestation | 56-67 | lieu de prestation |
| 15 | 68-79 | n° accreditation cin | 68-79 | n° ets. de sejour | 68-79 | ident. conv./ets. sejour | 68-79 | ident. conv./ets. sejour | 68-79 | ident. dispensateur |
| 16 | 80-80 | 0 | 80-80 | code levee delai prescr. | 80-80 | 0 | 80-80 | medicaments gratuits | 80-80 | norme dispensateur |
| 17 | 81-84 | 0 | 81-84 | causes traitement | 81-84 | prestation relative | 81-84 | prestation relative | 81-84 | prestation relative |
| 18 | 85-87 | 0 | 85-87 | n° mutualite destination | 85-87 | | 85-87 | | 85-87 | |
| 19 | 88-99 | 0 | 88-99 | n° admission | 88-99 | signe + montant o.a. | 88-99 | signe + montant o.a. | 88-99 | signe + montant o.a. |
| 20 | 100-106 | 0 | 100-106 | date de l'accord traitement | 100-106 | 0 | 100-106 | r date de la prescription | 100-106 | date de la prescription |
| 21 | 107-107 | 0 | 107-107 | | 107-107 | 0 | 107-107 | | 107-107 | |
| 22 | 108-112 | annee facturee | 108-112 | heure de sortie | 108-112 | signe + nb. jours ou forf. | 108-112 | signe + nombre d'unites | 108-112 | signe + nombre d'unites |
| 23 | 113-114 | mois facture | 113-114 | 0 | 113-114 | 0 | 113-114 | f unite | 113-114 | dérogation nombre maximal ou prestation identique |
| 24 | 115-119 | 0 | 115-119 | n° de facture individuelle | 115-119 | signe + ordre de grandeur frais de sejour | 115-119 | identification du prescripteur | 115-119 | identification du prescripteur |
| 25 | 120-126 | date de date creation | 120-126 | | 120-126 | | 120-126 | | 120-126 | |
| 26 | 127-127 | | 127-127 | applicat. franch. soc. | 127-127 | 0 | 127-127 | 0 | 127-127 | norme prescript |
| 27 | 128-137 | Numéro BCE | 128-137 | c.t.1 + c.t.2 | 128-137 | signe + interv pers pat | 128-137 | signe + interv pers pat | 128-137 | signe + interv pers pat |
| 28 | 138-162 | ref. etablissement | 138-162 | ref. etablissement | 138-162 | ref. etablissement | 138-162 | ref. etablissement | 138-162 | ref. etablissement |
| 29 | 163-164 | 0 | 163-164 | numero de facture precedente | 163-164 | 0 | 163-164 | 0 | 163-164 | dent traitee |
| 30 | 165-166 | 0 | 165-166 | | 165-166 | signe + montant supplement | 165-166 | signe + montant supplement | 165-166 | signe + montant supplement |
| 31 | 167-174 | bic - compte financier A | 167-174 | | 167-174 | | 167-174 | | 167-174 | |
| 32 | 175-175 | | 175-175 | flag identif. benef. | 175-175 | excep. tiers payant | 175-175 | excep. tiers payant | 175-175 | excep. tiers payant |
| 33 | 176-176 | | 176-176 | 0 | 176-176 | code fact. i.p. ou suppl. | 176-176 | code fact. i.p. ou suppl. | 176-176 | code fact. i.p. ou suppl. |
| 34 | 177-177 | | 177-177 | numero de l'envoi precedent | 177-177 | 0 | 177-177 | code exception prophylaxie | 177-177 | membre traite |
| 35 | 178-178 | 0 | 178-178 | | 178-178 | 0 | 178-178 | | 178-178 | prestataire convent. |
| 36 | 179-179 | iban - compte financier a | 179-179 | | 179-179 | 0 | 179-179 | flag dci | 179-179 | Heure de prestation |
| 37 | 180-182 | | 180-182 | n° mut. fact. preced. | 180-182 | 0 | 180-182 | f forme galenique | 180-182 | |
| 38 | 183-194 | | 183-194 | reference mutualite n° compte financier a | 183-194 | 0 | 183-194 | n° office de tarification | 183-194 | ident. administ. sang |
| 39 | 195-204 | | 195-204 | | 195-204 | 0 | 195-204 | signe + int. pers. pat. theoriq. | 195-204 | n° attestation d'administration |
| 40 | 205-206 | | 205-206 | 0 | 205-206 | 0 | 205-206 | numero du produit | 205-206 | |
| 41 | 207-212 | | 207-212 | annee - mois fact. prec. | 207-212 | 0 | 207-212 | | 207-212 | numero bon de delivrance ou sac |
| 42 | 213-218 | 0 | 213-218 | donnees de reference reseau ou carte sis | 213-218 | 0 | 213-218 | libelle du produit | 213-218 | |
| 43 a | 219-229 | bic - compte financier b | 219-229 | | 219-229 | 0 | 219-229 | | 219-229 | code implant |
| 43 b | 230-230 | 0 | 230-230 | | 230-230 | 0 | 230-230 | | 230-230 | |
| 44 | 231-234 | 0 | 231-234 | | 231-234 | 0 | 231-234 | | 231-234 | Libelle du produit |
| 45 | 235-260 | Réservé (réforme de l'état) | 235-260 | | 235-260 | 0 | 235-260 | | 235-260 | |
| 46 | 261-261 | | 261-261 | 0 | 261-261 | 0 | 261-261 | 0 | 261-261 | norme plafond |
| 47a | 262-268 | | 262-268 | date de facturation | 262-268 | date accord prestation | 262-268 | date accord prestation | 262-268 | valeur de base prestation |
| 47b | 269-269 | 0 | 269-269 | | 269-269 | | 269-269 | | 269-269 | |
| 48 | 270-270 | Réservé (réforme de l'état) | 270-270 | 0 | 270-270 | transplantation | 270-270 | Transplantation | 270-270 | transplantation |
| 49 | 271-282 | iban - compte financier b | 271-282 | reference mutualite numero de compte financier b | 271-282 | 0 | 271-282 | numero pharmacien | 271-282 | ident. dispensateur auxiliaire |
| 50 | 283 - 286 | | 283 - 286 | | 283 - 286 | 0 | 283 - 286 | f annee de naissance | 283 - 286 | 0 |
| 51 | 287 - 292 | | 287 - 292 | | 287 - 292 | site hospitalier | 287 - 292 | site hospitalier | 287 - 292 | site hospitalier |
| 52 | 293-304 | | 293-304 | 0 | 293-304 | identif. association bassin de soins | 293-304 | identif. association bassin de soins | 293-304 | identif. association bassin de soins |
| 53 | 305-312 | Réservé (réforme de l'état) | 305-312 | date debut assurabilite | 305-312 | 0 | 305-312 | 0 | 305-312 | f numero de course |
| 54a | 313-315 | | 313-315 | date fin assurabilite | 313-315 | 0 | 313-315 | 0 | 313-315 | |
| 54b | 316-316 | | 316-316 | | 316-316 | | 316-316 | | 316-316 | flag GPS |
| 54c | 317-320 | | 317-320 | | 317-320 | | 317-320 | | 317-320 | 0 |
| 55 | 321-328 | 0 | 321-328 | date communic. info | 321-328 | 0 | 321-328 | 0 | 321-328 | code notification implant |
| 56 | 329-332 | 0 | 329-332 | maf annee en cours | 329-332 | 0 | 329-332 | 0 | 329-332 | |
| 57 | 333-336 | 0 | 333-336 | maf annee en cours - 1 | 333-336 | 0 | 333-336 | 0 | 333-336 | code enregistrement |
| 58 | 337-340 | 0 | 337-340 | maf annee en cours - 2 | 337-340 | 0 | 337-340 | 0 | 337-340 | |
| 59 | 341-346 | 0 | 341-346 | 0 | 341-346 | 0 | 341-346 | 0 | 341-346 | |
| 98 | 347-348 | 0 | 347-348 | 0 | 347-348 | 0 | 347-348 | flag TVA | 347-348 | flag TVA |
| 99 | 349-350 | c.c. enregist | 349-350 | c.c. enregist | 349-350 | c.c. enregist | 349-350 | c.c. enregist | 349-350 | c.c. enregist |

| Type d'enregistrements | 51 | | 52 | | 80 | | 90 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| zone | position | Engagement de tarif e-fac | position | Suite de l'enregistrement 50 | position | Fin de facture | position | Fin d'envoi |
| 1 | 1-2 | enregist. de type 51 | 1-2 | enregist. de type 52 | 1-2 | enregist. de type 80 | 1-2 | enregist. de type 90 |
| 2 | 3-8 | n° ordre enregist. | 3-8 | n° ordre enregist. | 3-8 | n° ordre enregist. | 3-8 | n° ordre enregist. |
| 3 | 9-9 | 0 | 9-9 | Raison encodage manuel | 9-9 | 0 | 9-9 | 0 |
| 4 | 10-16 | (pseudo-)code nomencl | 10-16 | (pseudo-)code nomencl | 10-16 | heure d'admission | 10-16 | 0 |
| 5 | 17-24 | date de prestation | 17-24 | date de prestation | 17-24 | date d'admission | 17-24 | n° compte financier a |
| 6 a | 25-28 | 0 | 25-28 | Date de lecture document identité | 25-28 | date de sortie | 25-28 | |
| 6 b | 29-32 | 0 | 29-32 | | 29-32 | | 29-32 | 0 |
| 7 | 33-35 | 0 | 33-35 | 0 | 33-35 | n° mutualite affiliation | 33-35 | numero d'envoi |
| 8 a | 36-47 | Identification du beneficiaire | 36-47 | Identification du beneficiaire | 36-47 | identification du beneficiaire | 36-47 | n° cpte financier b |
| 8 b | 48-48 | | 48-48 | | 48-48 | | 48-48 | 0 |
| 9 | 49-49 | 0 | 49-49 | Type de saisie document identité | 49-49 | sexe beneficiaire | 49-49 | 0 |
| 10 | 50-50 | 0 | 50-50 | Type de support document identité | 50-50 | type facture | 50-50 | 0 |
| 11 | 51-51 | 0 | 51-51 | Raison utilisation vignette | 51-51 | 0 | 51-51 | 0 |
| 12 | 52-52 | 0 | 52-52 | Heure de lecture document identité | 52-52 | 0 | 52-52 | 0 |
| 13 | 53-55 | 0 | 53-55 | | 53-55 | service 721 bis | 53-55 | 0 |
| 14 | 56-67 | 0 | 56-67 | 0 | 56-67 | n° ets. qui facture | 56-67 | n° tiers payant |
| 15 | 68-79 | ident. dispensateur | 68-79 | ident. dispensateur | 68-79 | signe + mont. cpte financier b | 68-79 | signe + mont. total cpte fin. b |
| 16 | 80-80 | 0 | 80-94 | Numéro de série du support | 80-80 | 0 | 80-80 | 0 |
| 17 | 81-84 | prestation relative | 95-119 | Numéro du document justificatif | 81-84 | causes traitement | 81-84 | 0 |
| 18 | 85-87 | | 120-131 | Numéro unique appareil imagerie médicale | 85-87 | n° mutualite destination | 85-87 | 0 |
| 19 | 88-99 | signe + montant o.a. | 132-348 | 0 | 88-99 | signe + mont. cpte financier a | 88-99 | signe + mont. total cpte fin. a |
| 20 | 100-106 | 0 | | | 100-106 | date de la facture | 100-106 | 0 |
| 21 | 107-107 | 0 | | | 107-107 | | 107-107 | 0 |
| 22 | 108-112 | 0 | | | 108-112 | heure de sortie | 108-112 | annee facturee |
| 23 | 113-114 | 0 | | | 113-114 | 0 | 113-114 | mois facture |
| 24 | 115-119 | 0 | | | 115-119 | n° de facture individuelle | 115-119 | 0 |
| 25 | 120-126 | 0 | | | 120-126 | | 120-126 | 0 |
| 26 | 127-127 | 0 | | | 127-127 | 0 | 127-127 | 0 |
| 27 | 128-137 | c.t.1 + c.t.2 | | | 128-137 | signe + interv pers pat | 128-137 | Numéro BCE |
| 28 | 138-162 | 0 | | | 138-162 | ref. etablissement | 138-162 | ref. etablissement |
| 29 | 163-164 | 0 | | | 163-164 | 0 | 163-164 | 0 |
| 30 | 165-166 | 0 | | | 165-166 | signe + montant supplement | 165-166 | 0 |
| 31 | 167-174 | 0 | | | 167-174 | | 167-174 | bic - compte financier a |
| 32 | 175-175 | 0 | | | 175-175 | flag identif. benef. | 175-175 | |
| 33 | 176-176 | 0 | | | 176-176 | 0 | 176-176 | |
| 34 | 177-177 | 0 | | | 177-177 | 0 | 177-177 | |
| 35 | 178-178 | 0 | | | 178-178 | 0 | 178-178 | 0 |
| 36 | 179-179 | 0 | | | 179-179 | 0 | 179-179 | iban - compte financier a |
| 37 | 180-182 | 0 | | | 180-182 | 0 | 180-182 | |
| 38 | 183-194 | 0 | | | 183-194 | signe + acompte cpte fin. A | 183-194 | |
| 39 | 195-204 | 0 | | | 195-204 | 0 | 195-204 | |
| 40 | 205-206 | 0 | | | 205-206 | 0 | 205-206 | |
| 41 | 207-212 | 0 | | | 207-212 | 0 | 207-212 | |
| 42 | 213-218 | Numéro d'agrément engagement tarif | | | 213-218 | 0 | 213-218 | 0 |
| 43 a | 219-229 | | | | 219-229 | 0 | 219-229 | bic - compte financier b |
| 43 b | 230-230 | | | | 230-230 | 0 | 230-230 | 0 |
| 44 | 231-234 | | | | 231-234 | 0 | 231-234 | 0 |
| 45 | 235-260 | | | | 235-260 | 0 | 235-260 | réservé (réforme de l'état) |
| 46 | 261-261 | 0 | | | 261-261 | 0 | 261-261 | |
| 47a | 262-268 | 0 | | | 262-268 | 0 | 262-268 | |
| 47b | 269-269 | 0 | | | 269-269 | 0 | 269-269 | 0 |
| 48 | 270-270 | 0 | | | 270-270 | 0 | 270-270 | 0 |
| 49 | 271-282 | 0 | | | 271-282 | 0 | 271-282 | iban - compte financier b |
| 50 | 283 - 286 | 0 | | | 283 - 286 | 0 | 283 - 286 | |
| 51 | 287 - 292 | 0 | | | 287 - 292 | 0 | 287 - 292 | |
| 52 | 293-304 | 0 | | | 293-304 | 0 | 293-304 | |
| 53 | 305-312 | 0 | | | 305-312 | 0 | 305-312 | réservé (réforme de l'état) |
| 54a | 313-315 | 0 | | | 313-315 | 0 | 313-315 | |
| 54b | 316-316 | 0 | | | 316-316 | | 316-316 | 0 |
| 54c | 317-320 | 0 | | | 317-320 | 0 | 317-320 | 0 |
| 55 | 321-328 | date communic. info | | | 321-328 | réservé (réforme de l'état) | 321-328 | réservé (réforme de l'état) |
| 56 | 329-332 | 0 | | | 329-332 | | 329-332 | |
| 57 | 333-336 | 0 | | | 333-336 | 0 | 333-336 | 0 |
| 58 | 337-340 | 0 | | | 337-340 | 0 | 337-340 | 0 |
| 59 | 341-346 | 0 | | | 341-346 | 0 | 341-346 | 0 |
| 98 | 347-348 | 0 | | | 347-348 | c.c. de la facture | 347-348 | c.c. de l'envoi |
| 99 | 349-350 | c.c. enregist | 349-350 | c.c. enregist | 349-350 | c.c. enregist | 349-350 | c.c. enregist |

| | 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 |
| (☞7) | 27 | 10 N | 128 - 137 | numéro BCE |
| | 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 |
| (☞44) | 45 | 26 A | 235 - 260 | réservé (réforme de l'état) |
| (☞44) | 46 | 1 A | 261 - 261 | réservé (réforme de l'état) |
| (☞44) | 47a | 7 A | 262 - 268 | réservé (réforme de l'état) |
| | 47b | 1 N | 269 - 269 | reserve |
| (☞44) | 48 | 1 N | 270 - 270 | réservé (réforme de l'état) |
| | 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) |
| (☞44) | 53 | 8A | 305 - 312 | réservé (réforme de l'état) |
| (☞44) | 54a | 3A | 313 - 315 | réservé (réforme de l'état) |
| (☞42) | 54b | 1N | 316 - 316 | reserve |
| (☞42) | 54c | 4N | 317 - 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 |

| | 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) |
| (☞42) | 54b | 1N | 316 - 316 | date fin assurabilite (partie 2) |
| (☞42) | 54c | 4N | 317 - 320 | date fin assurabilite (partie 3) |
| | 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 |

| | 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 |
| (☞42) | 54b | 1N | 316 - 316 | reserve |
| (☞42) | 54c | 4N | 317 - 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 |

| | 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 |
| (☞42) | 54b | 1N | 316 - 316 | reserve |
| (☞42) | 54c | 4N | 317 - 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 |
| (☞23) | 98 | 2 N | 347 - 348 | flag TVA |
| | 99 | 2 N | 349 - 350 | chiffres de controle de l'enregistrement |

| | 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 |
| (☞36) | 23 | 2 N | 113 - 114 | dérogation nombre maximal ou prestation identique |
| | 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) |
| (☞18) | 32 | 1 A | 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 |
| (☞43,44) | 47 | 1 A + 7 N | 262 - 269 | Valeur de base prestation |
| | 48 | 1 N | 270 - 270 | transplantation |
| | 49 | 12 N | 271 - 282 | identification de l'aide soignant |
| | 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) |
| (☞40) | 54b | 1N | 316 - 316 | flag GPS |
| (☞40) | 54c | 4N | 317-320 | reserve |
| | 55 | 8N | 321 - 328 | code notification implant (partie 1) |
| | 56 | 4N | 329 - 332 | code notification implant (partie 2) |
| (☞30) | 57 | 4N | 333 - 336 | code d'enregistrement (partie 1) |
| (☞30) | 58 | 4N | 337 - 340 | code d'enregistrement (partie 2) |
| (☞30) | 59 | 6N | 341 - 346 | code d'enregistrement (partie 3) |
| (☞23) | 98 | 2 N | 347 - 348 | flag TVA |
| | 99 | 2 N | 349 - 350 | chiffres de controle de l'enregistrement |

| | Zone | Longueur | Positions | Signification |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2N | 1-2 | enregistrement de type 51 |
| | 2 | 6N | 3-8 | numero d'ordre de l'enregistrement |
| | 3 | 1N | 9-9 | reserve |
| | 4 | 7N | 10-16 | code nomenclature ou pseudo-code nomenclature |
| | 5 | 8N | 17-24 | date prestation |
| | 6 a | 4N | 25-28 | reserve |
| | 6 b | 4N | 29-32 | reserve |
| | 7 | 3N | 33-35 | reserve |
| | 8 a | 12A | 36-47 | identification beneficiaire |
| | 8 b | 1A | 48-48 | |
| | 9 | 1N | 49-49 | reserve |
| | 10 | 1N | 50-50 | reserve |
| | 11 | 1N | 51-51 | reserve |
| | 12 | 1N | 52-52 | reserve |
| | 13 | 3N | 53-55 | reserve |
| | 14 | 12N | 56-67 | reserve |
| | 15 | 12N | 68-79 | identification du dispensateur |
| | 16 | 1N | 80-80 | reserve |
| (☞23) | 17 | 4N | 81-84 | Prestation relative |
| | 18 | 3N | 85-87 | |
| | 19 | 1A + 11N | 88-99 | signe + montant intervention de l'assurance |
| | 20 | 7N | 100-106 | reserve |
| | 21 | 1N | 107-107 | reserve |
| | 22 | 5N | 108-112 | reserve |
| | 23 | 2N | 113-114 | reserve |
| | 24 | 5N | 115-119 | reserve |
| | 25 | 7N | 120-126 | reserve |
| | 26 | 1N | 127-127 | reserve |
| | 27 | 10N | 128-137 | ct 1 + ct 2 |
| (☞13) | 28 | 25N | 138-162 | reserve |
| | 29 | 2N | 163-164 | reserve |
| | 30 | 2N | 165-166 | reserve |
| | 31 | 8N | 167-174 | reserve |
| | 32 | 1N | 175-175 | reserve |
| | 33 | 1N | 176-176 | reserve |
| | 34 | 1N | 177-177 | reserve |
| | 35 | 1N | 178-178 | reserve |
| | 36 | 1N | 179-179 | reserve |
| | 37 | 3N | 180-182 | reserve |
| | 38 | 12N | 183-194 | reserve |
| | 39 | 10N | 195-204 | reserve |
| | 40 | 2N | 205-206 | reserve |
| | 41 | 6N | 207-212 | reserve |
| | 42 | 6N | 213-218 | Numéro d'agrément engagement de tarif |
| | 43 a | 11N | 219-229 | |
| (☞23) | 43 b | 1N | 230-230 | |
| | 44 | 4N | 231-234 | |
| | 45 | 26N | 235-260 | |
| | 46 | 1N | 261-261 | reserve |
| | 47 | 8N | 262-269 | reserve |
| | 48 | 1N | 270-270 | reserve |
| | 49 | 12N | 271-282 | reserve |
| | 50 | 4N | 283-286 | reserve |
| | 51 | 6N | 287-292 | reserve |
| | 52 | 12N | 293-304 | reserve |
| | 53 | 8N | 305-312 | reserve |
| | 54a | 3N | 313-315 | reserve |
| (☞42) | 54b | 1N | 316-316 | reserve |
| (☞42) | 54c | 4N | 317-320 | reserve |
| | 55 | 8N | 321-328 | date communication information |
| | 56 | 4N | 329-332 | reserve |
| | 57 | 4N | 333-336 | reserve |
| | 58 | 4N | 337-340 | reserve |
| | 59 | 6N | 341-346 | reserve |
| | 98 | 2N | 347-348 | reserve |
| | 99 | 2N | 349-350 | chiffres de contrôle de l'enregistrement |

(☞ 13) **Annexe 6.5 ter**

| | Zone | Longueur | Positions | Signification |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 N | 1 - 2 | Enregistrement de type 52 |
| | 2 | 6 N | 3 - 8 | Numéro d'ordre de l'enregistrement |
| (☞ 27) | 3 | 1 N | 9 - 9 | Raison encodage manuel |
| | 4 | 7 N | 10 - 16 | Code nomenclature |
| | 5 | 8 N | 17 - 24 | Date de prestation |
| | 6 a | 4 N | 25 - 28 | Date de lecture document identité |
| | 6 b | 4 N | 29 - 32 | |
| | 7 | 3 N | 33 - 35 | reserve |
| | 8 a | 12 A | 36 - 47 | Numéro NISS du patient sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés |
| | 8 b | 1 A | 48 - 48 | |
| (☞ 19) | 9 | 1 A | 49 - 49 | Type de saisie document identité |
| | 10 | 1 A | 50 - 50 | Type de support document identité |
| (☞ 27) | 11 | 1 N | 51 - 51 | Raison utilisation vignette |
| | 12 | 1 N | 52 - 52 | Heure de lecture document identité |
| | 13 | 3 N | 53 - 55 | |
| | 14 | 12 N | 56 - 67 | reserve |
| | 15 | 12 N | 68 - 79 | Numéro INAMI |
| (☞ 19) | 16 | 15 A | 80-94 | Numéro de série du support |
| (☞ 19) | 17 | 25 N | 95-119 | Numéro document justificatif |
| (☞ 19) | 18 | 12 N | 120-131 | Numéro unique appareil imagerie médicale |
| (☞ 19) | 19-98 | 217 N | 132 - 348 | reserve |
| | 99 | 2 N | 349 - 350 | Enregistrement chiffres de contrôle |

| | 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 |
| (☞42) | 54b | 1N | 316 - 316 | reserve |
| (☞42) | 54c | 4N | 317 - 320 | reserve |
| (☞44) | 55 | 1 A + 7 N | 321 - 328 | réservé (réforme de l'état) |
| | 56 | 4N | 329 - 332 | réservé (réforme de l'état) |
| | 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 |

| | 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 |
| (☞7) | 27 | 10 N | 128 - 137 | numéro BCE |
| | 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 |
| (☞44) | 45 | 26 A | 235 - 260 | réservé (réforme de l'état) |
| (☞44) | 46 | 1 A | 261 - 261 | réservé (réforme de l'état) |
| (☞44) | 47a | 7 A | 262 - 268 | réservé (réforme de l'état) |
| | 47b | 1 N | 269 - 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) |
| (☞44) | 53 | 8A | 305 - 312 | réservé (réforme de l'état) |
| (☞44) | 54a | 3A | 313 - 315 | réservé (réforme de l'état) |
| (☞42) | 54b | 1N | 316 - 316 | reserve |
| (☞42) | 54c | 4N | 317 - 320 | reserve |
| (☞44) | 55 | 1 A + 7 N | 321 - 328 | réservé (réforme de l'état) |
| (☞44) | 56 | 4N | 329 - 332 | réservé (réforme de l'état) |
| | 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.

Toutes les zones sont considérées comme numériques à l'exception de la zone 8a-8b des
(☞ 8) enregistrements de type 20 jusque et y compris 80, zone 28 des enregistrements 10, 20, 30, 40, 50, 80
(☞ 8) et 90, zone 42 jusque et y compris zone 45 des enregistrements de type 20 , 40 et 51, zones 38-39 et
(☞ 18) zones 49-51 de l'enregistrement de type 20, les zones 32, 41-42 , 44-45 et 53-54a de l'enregistrement de type 50, les zones 31-32-33-34, 36-37-38-39-40-41, 43a et 49-50-51-52 des enregistrements de type
(☞13,19) 10 et 90 et les zones 9, 10, 16 de l'enregistrement de type 52.

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
(☞ 43) ET 50 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 47
(☞ 8) ET 51 Z 19
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.

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
(☞ 41) personnelles ou un enregistrement de type 50 avec intervention personnelle ncap (765951) ou s'il s'agit d'un enregistrement avec une intervention pour le matériel
(☞4) d'incontinence en MRPA-MRS (pseudo-code 763593) ou un enregistrement avec un montant « accessibilité MSP » (pseudo-code 763770, 763792, 763814, 763836, 763851, 763873, 763895 ou 763910) 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).
(☞ 5) Si un montant ou un nombre est égal à zéro, le signe algébrique peut être différent de celui des autres zones de l'enregistrement 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 <u>première position à gauche pour les zones 4, 14, 15, 17-18, 24-25, 38 et 40-41</u> et dans la <u>première position à droite pour la zone 13</u>.

Aucune recodification n'est encore prévue à ce jour.

(☞ 8) **e. Zone avec données de référence réseau ou 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.

**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 -> 0761235) | H | 9 | H | 0 | 710->760 | H | 0 | 710->760 ou 0 | H | 0 | O.T. agréé | 710->760 | H | H | H |
| | (+ médicaments + prestations autres qu'au point 7) | | | | | 840 | | | 840 ou 0 | | | | 840 | | | |
| | avec exception de la dialyse rénale (0761272) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | * journée d'ent. forfaitaire pour patients hospit. dans un autre établiss. (0761040 -> 0761246) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (+ médicaments + prestations autres qu'au point 7) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | avec exception de la dialyse rénale (0761283) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - facturation par H de séjour | H de séjour | 1 | H de séjour | H de séjour | serv H séjour | H prest | 0 | - | - | - | - | serv H séjour | H prest | H de séjour | H de séjour |
| | - facturation par H de prestation | H prest | 1 | H prest | H de séjour | 002 | H prest | 0 | 002 | H prest | 0 | O.T. agréé | 002 | H prest | H prest | H prest |
| 5 | * dialyse | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - interventions forfaitaires (convention) (+ prestations autres qu'au point 7) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - ambulant | H | 3 ou 9 | H | 0 | 990 ou 750 | centre dialyse | 0 | 990 ou 750 | centre dialyse | 0 | 0 | 990 ou 750 | centre dialyse | H | H |
| | - hospitalisé | H | 1 | H | H | service H | centre dialyse | 0 | service H | centre dialyse | 0 | 0 | service H | centre dialyse | H | H |
| | - honoraires (nomenclature ou convention) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - ambulant | H | 3 ou 9 | H | 0 | - | - | - | - | - | - | - | 990 ou 750 | centre dialyse | H | H |
| | - hospitalisé | H | 1 | H | H | - | - | - | - | - | - | - | service H | centre dialyse | H | H |
| 6 | * postcure revalidation 0762134, 0762156, 0762171 | H | 9 | H | 0 | 760 | H | 0 | - | - | - | - | - | - | H | H |
| | + journée forfaitaire en psychiatrie (0761073) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | * prestations spéciales | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - ambulant (ou séjours en MRS, MRPA, MSP, HP) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - biologie clinique | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - pour laquelle un labo agréé est exigé | H | 3 (ou 4) | H | 0 (ou INS *(*)*) | - | - | - | - | - | - | - | 990 | labo | H | H |
| | - pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - effectuée dans laboratoire agréé | H | 3 | H | 0 (ou INS *(*)*) | - | - | - | - | - | - | - | 990 | labo | H | H |
| | - effectuée dans un établissement de soins | H | 3 | H | 0 (ou INS *(*)*) | - | - | - | - | - | - | - | 990 | H | H | H |
| | - patient séjourne dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P | H | 4 | H | INS *(*)* | - | - | - | - | - | - | - | 990 | INS *(**)* | H | H |
| | - patient subit un traitement de rééducation | H | 6 | H | 0 (ou INS *(*)*) | - | - | - | - | - | - | - | 990 | centre rééduc. | H | H |
| | - imagerie médicale | H | 3 (ou 4) | H | 0 (ou INS *(*)*) | - | - | - | - | - | - | - | 990 | imag. méd. | H | H |
| | - tissus | H | 3 (ou 4) | H | 0 (ou INS *(*)*) | - | - | - | - | - | - | - | 990 | banque tissus | H | H |
| | - hospitalisé | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - biologie clinique | | | | | | | | | | | | | | | |
| | pour laquelle un labo agréé est exigé | H | 1 | H | H | - | - | - | - | - | - | - | serv H séjour | labo | H | H |
| | pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé | H | 1 | H | H | - | - | - | - | - | - | - | serv H séjour | H | H | H |
| | - imagerie médicale | H | 1 | H | H | - | - | - | - | - | - | - | serv H séjour | imag. méd. | H | H |
| | - tissus | H | 1 | H | H | - | - | - | - | - | - | - | serv H séjour | banque tissus | H | H |
| | - pendant journée forfaitaire pour patients ambulants | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - biologie clinique | | | | | | | | | | | | | | | |
| | pour laquelle un labo agréé est exigé | H | 9 | H | 0 | - | - | - | - | - | - | - | 7X0 (**), 840 | labo | H | H |
| | pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé | H | 9 | H | 0 | - | - | - | - | - | - | - | 7X0 (**), 840 | H | H | H |
| | - imagerie médicale | H | 9 | H | 0 | - | - | - | - | - | - | - | 7X0 (**), 840 | imag. méd. | H | H |
| | - tissus | H | 9 | H | 0 | - | - | - | - | - | - | - | 7X0 (**), 840 | banque tissus | H | H |
| 8 | * hôpital chirurgical de jour | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - admission normale (0768036, 0768051) | H | 9 | H | - | 320 | H | 0 | 320 ou 0 | H | 0 | OT agréé | 320 | H | | |
| | - admission d'un patient hospitalisé dans un autre établiss. (0768040,0768062) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | - facturation par l'hôpital de séjour | H séjour | 1 | H séjour | H séjour | serv H séjour | H prest | 0 | - | - | - | - | serv H séjour | H prest | | |
| | - facturation par l'hôpital de prestation | H prest | 1 | H prest | H séjour | 002 | H prest | 0 | 002 | H prest | 0 | OT agréé | 002 | H prest | | |

(*) avec INS on indique l'institution de séjour (MRS, MRPA, MSP, HP).
(**) 7X0 = 710-760.

| **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 | ET 90 Z 14 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| * soins à domicile | H | 3 | H | 0 | - | - | - | - | - | - | - | 990 | 0 | H | H |
| * sejours 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 7) | 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 |
| * Prestations de rééducation (sans conv.) dans ET 50 Z 4, point 5. | | | | | | | | | | | | | | | |
| - ambulant | H | 3 | H | 0 | - | - | - | - | - | - | - | 990 | H | H | H |
| - hospitalisé | H | 1<br>***pas 5 ou 6!*** | H | H | - | - | - | - | - | - | - | service en H<br>***pas 770!*** | H | H | H |
| * 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 du 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 défibrilateurs cardiaques implantables puisqu'une admission à l'hôpital y est toujours associée. Ce forfait doit donc être facturé via une 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 0513XXX) peuvent être facturées sous le type de facture 5 ou 6 dans l'ET 50.

**(3)** Medicaments peuvent seulement être remboursés pour autant qu'ils sont delivrés par l'office de tarification de l'hôpital et qu'ils ne sont pas prévu dans le forfait de rééducation.

| FACTURATION PAR CENTRE DE REVALIDATION (1) | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ' 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 de 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 convention de rééducation). Dans ce cas, le lieu de prestation doit être mentionné dans cette zone. La hierarchie 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | pour laquelle un labo agréé est exigé | INS | 4 | INS | INS | - | - | - | - | - | - | - | 990 | labo | INS | INS |
| | pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé | INS | 4 | INS | INS | - | - | - | - | - | - | - | 990 | labo ou H | INS | INS |
| | - imagerie médicale | INS | 4 | INS | INS | - | - | - | - | - | - | - | 990 | imag. méd. | INS | INS |
| | - tissus | INS | 4 | INS | INS | - | - | - | - | - | - | - | 990 | banque tissus | INS | INS |

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

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

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 |
| 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 |
| 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

| | 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 |
| 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.

1.2.1. Hospitalisation.

| | 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. | |
| 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 | Cat. SA, $SA_g$, $SA_r$, SFa DA, MA, | Cat. SB, $SB_g$, SBr, SC, $SC_g$, $SC_r$, SCs,$SCs_g$, $SCs_r$, SCx, $SCx_g$, $SCx_r$, SFb DB, DC, DCx, DCx, MB, MC, MCs, MCx, | 0750820 | 0750820 | 0960385<br>0960400 |
| 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 |
| 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 |

(☞ 30,37) (*) Pour les moyens de contraste (classe ATC V08) et les autres médicaments à 90%, l'intervention est diminuée de 10 %.

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

| | | | | | (☞1) | (☞1) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E.T. 40 Z 4 | Cat. SA, $SA_g$, $SA_r$, DA, MA<br>+ prép. mag. catég. 2 | Cat. SFa<br>+ médicaments biologiques Fa | Cat. SB, $SB_g$, SBr, SC, $SC_g$, $SC_r$, SCs, $SCs_g$, $SCs_r$, SCx, $SCx_g$, $SCx_r$, DB, DC, DCx, DCx, MB, MC, MCs, MCx<br>+ prép. mag. cat. 1 et 4<br>+oxygène : 0751030, 0751052 | Cat. SFb | Contraceptifs jeunes remboursables<br>(AR 16/9/2013)<br>0753631 et 0757956 | Contraceptifs jeunes non-remboursables<br>(AR 16/9/2013)<br>0753653 et 0757971 | Non remboursables<br>spécialités. : 0751015<br>prép. magist : 0750116<br>pansements actifs : 0757271<br>autres :<br>0960374, 0960396 |
| E.T. 40 Z 19 | montant O.A. = base rembours.<br>(**) | montant O.A. = base rembours.<br>(**) | montant O.A. =<br>base rembours. - I.P.<br>(**) | montant O.A. = base rembours.<br>- I.P.<br>(**) | montant O.A. = base rembours.<br>- I.P. + intervention spécifique | montant O.A. =<br>intervention spécifique | 0 |
| E.T. 40 Z 27 | prix – base rembours. *<br>ou partie portée en compte<br>(1) | 0 | (prix – base rembours.)*<br>+ I.P.<br>ou partie portée en compte<br>(1) | I.P.<br>ou partie portée en compte<br>(1) | I.P. – intervention spécifique<br>ou partie portée en compte (1) | 0 | 0 |
| E.T. 40 Z 30-31 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | prix – intervention spécifique<br>ou partie portée en compte | montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI) |
| E.T. 40 Z 33 | 0 ou 1 | 0 | 0 ou 1 | 0 ou 1 | 0 ou 1 | 0 ou 1 | 0 ou 1 |
| E.T. 40 Z 39 | 0 (1) | 0 | 0 (1) | 0 (1) | 0 (1) | 0 (1) | 0 |
| E.T. 40 Z 47 | si existe | si existe | 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

(☞ 30,37) (**) Pour les moyens de contraste (classe ATC V08) et les autres médicaments à 90%, l'intervention est diminuée de 10 %.

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...) |
|---|---|---|---|---|
| E.T. 50 Z 3 | ≠ 6,7 ou 9 | ≠ 6, 7 ou 9 | ≠ 6, 7 ou 9 | 0 |
| E.T. 50 Z 19 | montant O.A. | montant O.A. | montant O.A. | 0 |
| E.T. 50 Z 27 | 0 | I.P. ou partie portée en compte | 0 | 0 |
| E.T. 50 Z 30-31 | 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) |
| E.T. 50 Z 33 | 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, implants |
|---|---|---|---|---|
| E.T. 50 Z 3 | ≠ 6, 7 ou 9 | 0 | 7 | 9 |
| E.T. 50 Z 19 | montant O.A. (payé par l'assurance libre) | 0 | 0 | 0 |
| E.T. 50 Z 27 | I.P. réglementaire ou partie portée en compte | 0 | honoraires (I.P. incluse) | 0 |
| E.T. 50 Z 30-31 | 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 |
| E.T. 50 Z 33 | 0 ou 1 | 0 ou 1 | 0 ou 1 | 0 |

| | Implants art. 28, § 1 (jusqu'au 30/6/2014 inclus) | Implants art. 35 et 35bis (jusqu'au 30/6/2014 inclus) AR implants xx/xx/2014 (à partir du 1/7/2014) | Marge de sécurité implants | Marge de délivrance implants |
|---|---|---|---|---|
| E.T. 50 Z 3 | 0 ou 6 | 0 ou 6 | 0 | 0 |
| E.T. 50 Z 19 | montant remboursé ou montant facturé si < montant remboursé | montant remboursé ou montant facturé si < montant remboursé | 0 | 0 |
| E.T. 50 Z 27 | 0 | intervention personnelle réglementaire éventuelle | montant marge de sécurité | montant marge de délivrance |
| E.T. 50 Z 30-31 | différence entre prix porté en compte et montant remboursé ou 0 | 0 | 0 | 0 |
| E.T. 50 Z 33 | 0 ou 1 | 0 ou 1 | 0 ou 1 | 0 ou 1 |

**Annexe 10.1**

**<u>Ces tableaux reprennent les transferts les plus fréquents des nouveau-nés</u>.**

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 | 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 | oui/non | Service |
| La mère <u>ne séjourne plus à l'hôpital</u> | | | |
| 1. et l'enfant reste en service N* | oui | 0790020<br>(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<br>E : non | 0768025<br>- | NIC<br>- |
| 6. et l'enfant sort du service E, NIC ou C et entre dans le service N* | E→N* : non<br>C→N* : non<br>NIC→N* : oui | -<br>-<br>0790020<br>(valeur : 0 bef) | -<br>-<br>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 | 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 :<br>- quid mère : ] si les deux<br>- 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 :<br>- quid mère : ] si les deux<br>- 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 :<br>- quid mère : ] si les deux<br>- 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 :<br>- quid mère : ] si les deux<br>- quid enfant : ] sont malades | non | - | - |
| Note : 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. | | | |

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.

**Annexe 11**

**<u>Concerne</u> : 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.**
**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 tarifiés 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.

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**<br>Valeur constante 0001999. |
| Z 5-6a | : | **Numéro de compte financier A**<br>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**<br>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101). |
| Z 9 | : | **Code "suppression facture papier"**<br>Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 1, 2 ou 3<br>Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0 |
| Z 10 | : | **Code fichier de décompte**<br>Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 0 ou 1<br>Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0 |
| Z 13 | : | **Contenu de la facturation** |
| Z 14 | : | **Numéro tiers payant**<br>Numéro d'identification de l'hôpital ou numéro d'identification de l'office de tarification agréé. |
| Z 15 | : | **Numéro d'accréditation CIN**<br>Toujours 0. |
| Z 22 | : | **Année facturée** |
| Z 23 | : | **Mois facturé** |
| Z 25-26 | : | **Date de création** |
| (☞7) Z 27 | : | **Numéro BCE** |
| Z 28 | : | **Référence de l'établissement** |
| Z 31-34 | : | **BIC compte financier A** |
| Z 36-41 | : | **IBAN compte financier A** |
| Z 43a | : | **BIC compte financier B** |
| 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**<br>0 ou 1 à lire sur la carte SIS ou par Carenet |
| Z 4 | : | **Heure d'admission**<br>0 (heure peut être mentionnée mais n'est pas exigée) |
| Z 5 | : | **Date d'admission**<br>0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée) |
| Z 6a-6b | : | **Date de sortie**<br>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**<br>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)**<br>Numéro de l'établissement concerné M.R.S., M.R.P.A. 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**<br>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 |
| 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** |
| Z 42-43-44-45 | : | **Données de référence réseau ou carte SIS** |
| Z 47 | : | **Date de facturation** |
| Z 49-51 | : | **Référence mutualité numéro de compte financier B** |
| Z 53 | : | **Date début assurabilité** |
| Z 54a-54b | : | **Date fin assurabilité** |
| Z 55 | : | **Date communication information** |
| Z 56 | : | **MAF année en cours** |
| Z 57 | : | **MAF année en cours -1** |
| 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**<br>Date début de la période de délivrance ou date de délivrance |
| Z 6a-6b | : | **Date dernier jour facturé**<br>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**<br>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**<br>Numéro M.R.S., M.R.P.A.ou I.H.P.. |
| Z 16 | : | **Médicaments gratuits** |
| Z 17-18 | : | **Prestation relative** : 0 |
| Z 19 | : | **Signe + montant intervention de l'assurance**<br>Voir art. 95, § 2, b) de l'A.R. du 21 décembre 2001. |
| Z 20-21 | : | **Date prescription (zone réservée)** |
| Z 22 | : | **Signe + nombre d'unités**<br>Le nombre d'unités pharmaceutiques délivrées.<br>(voir unité à côté du code produit indiqué par "*" dans A.R. 21/12/2001) |
| Z 23 | : | **Unité** |
| Z 24-25 | : | **Identification du prescripteur**<br>Le prescripteur doit être mentionné. |
| Z 27 | : | **Signe + intervention personnelle patient**<br>Voir art. 2. a) de l'A.R. du 7 mai 1991. |
| Z 28 | : | **Référence de l'établissement** |
| Z 30-31 | : | **Signe + montant supplément**<br>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**<br>Peut éventuellement être égal à 1, lorsque la presciption est rédigée par un médecin étranger à l'hôpital |
| Z 37 | : | **Forme galenique** |
| Z 38 | : | **Numéro office de tarification**<br>Numéro de l'office de tarification agréé. |
| Z 39 | : | **Signe + intervention personnelle patient théorique** : 0 |
| Z 40-41 | : | **Numéro du produit**<br>Voir tarif pharmaceutique, (A.R. 21/12/2001), codes signalés par "*". |
| Z 42-43-44-45 | : | **Libellé du produit**<br>Si besoin est. |
| Z 47 | : | **Date de l'accord prestation**<br>Si l'accord existe. |
| Z 48 | : | **Transplantation** : 0 |
| Z 49 | : | **Numéro de pharmacien titulaire** |
| Z 50 | : | **Année de naissance** (facultatif) |
| Z 51 | : | **Site hospitalier** |
| Z 52 | : | **Identification association bassin de soins** |
| Z 99 | : | **Chiffres de contrôle de l'enregistrement** |

**Annexe 11.4**

## Enregistrement de type 80

| | | |
|---|---|---|
| Z 1 | : | **Enregistrement de type 80** |
| Z 2 | : | **Numéro d'ordre de l'enregistrement** |
| Z 4 | : | **Heure d'admission**<br>0 (heure peut être mentionnée mais n'est pas exigée). |
| Z 5 | : | **Date d'admission**<br>0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée). |
| Z 6a-6b | : | **Date de sortie**<br>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**<br>Type de facture 4. |
| Z 13 | : | **Service 721 bis** : 0 |
| Z 14 | : | **Numéro de l'établissement qui facture**<br>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**<br>Toujours 0. |
| Z 18 | : | **Numéro de la mutualité de destination** |
| Z 19 | : | **Signe + montant numéro de compte financier A** |
| Z 20-21 | : | **Date de la facture** |
| Z 22 | : | **Heure de sortie**<br>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**<br>Voir art. 2. a) de l'A.R. du 7 mai 1991. |
| Z 28 | : | **Référence de l'établissement** |
| Z 30-31 | : | **Signe + montant supplément**<br>Si d'application |
| 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**<br>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101). |
| Z 7 | : | **Numéro de l'envoi**<br>S'il s'agit d'un fichier logique exceptionnel, établit 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**<br>Uniquement autorisé s'il s'agit du numéro tiers payant de l'hôpital.<br>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101). |
| Z 14 | : | **Numéro tiers payant**<br>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** |
| (☞7) Z 27 | : | **Numéro BCE** |
| Z 28 | : | **Référence de l'établissement** |
| Z 31-34 | : | **BIC compte financier A** |
| Z 36-41 | : | **IBAN compte financier A** |
| Z 43a | : | **BIC compte financier B** |
| Z 49-52 | : | **IBAN compte financier B** |
| Z 98 | : | **Chiffres de contrôle de l'envoi** |
| Z 99 | : | **Chiffres de contrôle de l'enregistrement** |

## Délivrance des données de facturation sur support magnétique par les maisons médicales

| **Enregistrement de type 10** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Zone** | **Longueur** | **Positions** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| 1 | 2 N | 1 - 2 | enregistrement de type 10 | *Toujours 10* |
| 2 | 6 N | 3 - 8 | numero d'ordre de l'enregistrement | *Séquentiel à partir de 1* |
| 3 | 1 N | 9 - 9 | nombre numeros comptes financiers (code indice) | *Zéro* |
| 4 | 7 N | 10 - 16 | version fichier | *0001999 (9991999 pour un test)* |
| 5 | 8 N | 17 - 24 | numero compte finacier a (partie 1) | *Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101)* |
| 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 de l'envoi | *Séquentiel, unique par année, <>0* |
| 8 a | 12 N | 36 - 47 | numero de compte financier b | *Zéro* |
| 8b | 1 N | 48 - 48 | reserve | |
| 9 | 1 N | 49 - 49 | code "suppression facture papier" | *1 si ET 10 Z 22-23 < 0201001*<br>*0 si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001* |
| 10 | 1 N | 50 - 50 | code fichier de décompte | *0 ou 1 si ET 10 Z 22-23 < 0201001*<br>*0 si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001* |
| 11 | 1 N | 51 - 51 | reserve | |
| 12 | 1 N | 52 - 52 | reserve | |
| 13 | 3 N | 53 - 55 | contenu facturation | |
| 14 | 12 N | 56 - 67 | numero tiers payant | *N° agréation INAMI de la maison médicale* |
| 15 | 12 N | 68 - 79 | numero d'accreditation cin | *Zéro* |
| 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 facturée | *Année de facturation 0AAAA* |
| 23 | 2 N | 113 - 114 | mois facture | *Mois de facturation MM* |
| 24 | 5 N | 115 - 119 | reserve | |
| 25 | 7 N | 120 - 126 | date de creation (partie 1) aaaammj | *Date de création du fichier de facturation AAAAMMJJ* |
| 26 | 1 N | 127 - 127 | date de creation (partie 2) j | |
| (☞ 7, 15) 27 | 10 N | 128 - 137 | numéro BCE | *Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015* |
| 28 | 25 A | 138 - 162 | référence de l'établissement | *Réservé pour l'établissement qui facture* |
| 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 | |
| 43a | 11 A | 219 - 229 | bic – compte financier b | *Blanc* |
| 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 | |
| 49 | 12 A | 271 - 282 | iban – compte financier b (partie 1) | *Blanc* |
| 50 | 4 A | 283 - 286 | iban – compte financier b (partie 2) | *Blanc* |
| 51 | 6 A | 287-292 | iban – compte financier b (partie 3) | *Blanc* |
| 52 | 12 A | 293-304 | iban – compte financier b (partie 4) | *Blanc* |
| 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 | *Chiffres de contrôle de l'enregistrement* |

**Enregistrement de type 20**

| Zone | Longueur | Positions | Libellé | Commentaire concernant le contenu |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 N | 1 - 2 | enregistrement de type 20 | *toujours 20* |
| 2 | 6 N | 3 - 8 | numéro d'ordre d'enregistrement | *séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10* |
| 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 | numéro de la mutualité d'affiliation | *mutualité d'affiliation du patient* |
| 8 a | 12 A | 36 - 47 | identification du bénéficiaire (partie 1) | *niss du patient* |
| 8 b | 1 A | 48 - 48 | identification du bénéficiaire (partie 2) | |
| 9 | 1 N | 49 - 49 | sexe bénéficiaire | *m = 1, f = 2* |
| 10 | 1 N | 50 - 50 | type de 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 | numéro de l'établissement qui facture | *n° agréation inami de la maison médicale* |
| 15 | 12 N | 68 - 79 | etablissement de sejour | *zéro* |
| 16 | 1 N | 80 - 80 | code levée délai de prescription | *= 0 (sauf exception)* |
| 17 | 4 N | 81 - 84 | causes du traitement | |
| 18 | 3 N | 85 - 87 | numéro de la mutualité de destination | *mutualité affiliation* |
| 19 | 12 N | 88 - 99 | numéro 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) | *aaaammjj* |
| 22 | 5 N | 108 - 112 | heure de sortie | *zéro* |
| 23 | 2 N | 113 - 114 | reserve | |
| 24 | 5 N | 115 - 119 | numéro de la facture individuelle (partie 1) | *numéro de la facture* |
| 25 | 7 N | 120 - 126 | numéro de la facture individuelle (partie 2) | |
| 26 | 1 N | 127 - 127 | application franchise sociale | |
| 27 | 10 N | 128 - 137 | code titulaire 1 + 2 | *codes titulaires du patient* |
| 28 | 25 A | 138 - 162 | référence de l'établissement | *réservé pour l'établissement qui facture* |
| 29 | 2 N | 163 - 164 | numéro de facture précédente (partie 1) | *uniquement en cas de refacturation* |
| 30 | 2 N | 165 - 166 | numéro de facture précédente (partie 2) | *sinon = 0* |
| 31 | 8 N | 167 - 174 | numéro de facture précédente (partie 3) | |
| 32 | 1 N | 175 - 175 | flag identification bénéficiaire | |
| 33 | 1 N | 176 - 176 | reserve | |
| 34 | 1 N | 177 - 177 | numéro de l'envoi précédent (partie 1) | *uniquement en cas de refacturation* |
| 35 | 1 N | 178 - 178 | numéro de l'envoi précédent (partie 2) | *sinon = 0* |
| 36 | 1 N | 179 - 179 | numéro de l'envoi précédent (partie 3) | |
| 37 | 3 N | 180 - 182 | numéro mutualité facturation précédente | *uniquement en cas de refacturation, sinon = 0* |
| 38 | 12 A | 183 - 194 | référence mutualité numéro compte financier a (partie 1) | *uniquement en cas de refacturation* |
| 39 | 10 A | 195 - 204 | référence mutualité numéro compte financier a (partie 2) | *sinon = blanc* |
| 40 | 2 N | 205 - 206 | reserve | |
| 41 | 6 N | 207 - 212 | année et mois précédemment facturés | *uniquement en cas de refacturation, sinon = 0* |
| 42 | 6 A | 213 - 218 | données de référence réseau ou sis (partie 1) | *=0 car pas d'application* |
| 43a | 11 A | 219 - 229 | données de référence réseau ou sis (partie 2) | |
| 43b | 1A | 230-230 | données de référence réseau ou sis (partie 3) | |
| 44 | 4 A | 231 - 234 | données de référence réseau ou sis (partie 4) | |
| 45 | 26 A | 235 - 260 | données de référence réseau ou sis (partie 5) | |
| 46 | 1 N | 261 - 261 | reserve | |
| (☞ 1) 47 | 8 N | 262 - 269 | date de facturation | *facultatif* |
| 48 | 1 N | 270 - 270 | reserve | |
| 49 | 12 A | 271 - 282 | référence mutualité numéro compte financier b (partie 1) | *blanc* |
| 50 | 4 A | 283 - 286 | référence mutualité numéro compte financier b (partie 2) | |
| 51 | 6 A | 287 - 292 | référence mutualité numéro compte financier b (partie 3) | |
| 52 | 12 N | 293-304 | reserve | |
| 53 | 8 N | 305-312 | date début assurabilité | |
| 54a | 3N | 313-315 | date fin assurabilité (partie 1) | |
| 54b | 5N | 316-320 | date fin assurabilité (partie 2) | |
| 55 | 8 N | 321-328 | date communication information | |
| 56 | 4 N | 329-332 | maf année en cours | |
| 57 | 4 N | 333-336 | maf année en cours -1 | |
| 58 | 4 N | 337-340 | maf année en cours -2 | |
| 59 | 6 N | 341-346 | reserve | |
| 98 | 2 N | 347 - 348 | reserve | |
| 99 | 2 N | 349 - 350 | chiffres de contrôle de l'enregistrement | *chiffres de contrôle de l'enregistrement* |

| | **Enregistrement de type 50** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Zone** | **Longueur** | **Positions** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| | 1 | 2 N | 1 - 2 | Enregistrement de type 50 | *Toujours 50* |
| | 2 | 6 N | 3 - 8 | Numéro d'ordre de l'enregistrement | *Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10* |
| | 3 | 1 N | 9 - 9 | Norme prestation (pourcentage) | *Zéro* |
| (☞28) | 4 | 7 N | 10 - 16 | Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature | *M = 0109616; K = 0509611; I = 0409614; ptdiab = 0102852 (*); suividiabmm = 0109594* |
| | 5 | 8 N | 17 - 24 | Date première prestation effectuée | *voir zone* |
| | 6 a | 4 N | 25 - 28 | Date dernière prestation effectuée (partie 1) | *voir zone* |
| | 6 b | 4 N | 29 - 32 | Date dernière prestation effectuée (partie 2) | *AAAAMMJJ* |
| | 7 | 3 N | 33 - 35 | Numéro mutualité d'affiliation | *Mutualité d'affiliation du patient* |
| | 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° agréation INAMI de la maison médicale* |
| | 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* |
| (☞36) | 23 | 2 N | 113 - 114 | dérogation nombre maximal ou prestation identique | |
| | 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 | |
| | 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) | |
| | 43a | 11 N | 219 - 229 | code implant (partie 1) | |
| | 43b | 1N | 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 | |
| (☞43) | 47 | 8 N | 262 - 269 | valeur de base 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 | *Chiffres de contrôle de l'enregistrement* |

(☞ 28) (*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/1/2017.

| **Enregistrement de type 80** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Zone** | **Longueur** | **Positions** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| 1 | 2 N | 1 - 2 | enregistrement de type 80 | Toujours 80 |
| 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 | 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 |
| 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 | reserve | |
| 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° agréation INAMI de la maison médicale |
| 15 | 1 A + 11 N | 68 - 79 | signe + montant de compte financier b | Zéro |
| 16 | 1 N | 80 - 80 | reserve | |
| 17 | 4 N | 81 - 84 | causes du traitement | |
| 18 | 3 N | 85 - 87 | numero mutualite de destination | Mutualité affiliation |
| 19 | 1 A + 11 N | 88 - 99 | signe + montant de compte financier a | Montant total de la facture pour ce patient |
| 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 | 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 | reserve | |
| 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 | reserve | |
| 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 | 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 | |
| 43a | 11 N | 219 - 229 | reserve | |
| 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 | |
| 49 | 12 N | 271 - 282 | reserve | |
| 50 | 4 N | 283 - 286 | reserve | |
| 51 | 6 N | 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 | Chiffres de contrôle de la facture (20-50-80) |
| 99 | 2 N | 349 - 350 | chiffres de controle de l'enregistrement | Chiffres de contrôle de l'enregistrement |

| | Enregistrement de type 90 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **Zone** | **Longueur** | **Positions** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| | 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 | |
| | 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) |
| | 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° agréation 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 | |
| (☞ 7,15) | 27 | 10 N | 128 - 137 | numéro BCE | Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015 |
| | 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 | |
| | 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 | |
| | 43a | 11 A | 219 - 229 | bic - compte financier b | Blanc |
| | 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 | |
| | 49 | 12 A | 271 - 282 | iban - compte financier b (partie 1) | Blanc |
| | 50 | 4 A | 283 - 286 | iban - compte financier b (partie 2) | Blanc |
| | 51 | 6 A | 287-292 | iban - compte financier b (partie 3) | Blanc |
| | 52 | 12 A | 293-304 | iban - compte financier b (partie 4) | Blanc |
| | 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 | 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 |

**Annexe 13.1**

# 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)**<br>En cas de facturation par les MSP, un seul numéro de compte est autorisé. |
| | Z 4 | : | **Version fichier**<br>Valeur constante 0001999. |
| | Z 5-6a | : | **Numéro de compte financier A**<br>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011<br>(ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101). |
| | Z 7 | : | **Numéro d'envoi** |
| | Z 8a | : | **Numéro de compte financier B**<br>Est réservé au pool des médecins.<br>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011<br>(ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101). |
| | Z 9 | : | **Code "suppression facture papier"**<br>Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 1<br>Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0 |
| | Z 10 | : | **Code fichier de décompte**<br>Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 0 ou 1<br>Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0 |
| | Z 13 | : | **Contenu de la facturation** |
| | Z 14 | : | **Numéro tiers payant**<br>Numéro d'identification MSP. |
| | Z 15 | : | **Numéro d'accréditation CIN**<br>Toujours 0. |
| | Z 22 | : | **Année facturée** |
| | Z 23 | : | **Mois facturé**<br>Valeur 03, 06, 09 ou 12 en fonction de la période facturée. |
| | Z 25-26 | : | **Date de création** |
| (☞7)<br>(☞15) | Z 27 | : | **Numéro BCE**<br>Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015 |
| | Z 28 | : | **Référence de l'établissement** |
| | Z 31-34 | : | **BIC compte financier A** |
| | Z 36-41 | : | **IBAN compte financier A** |
| | Z 43a | : | **BIC compte financier B** |
| | 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**<br>0 ou 1 à lire sur la carte SIS. |
| Z 4 | : | **Heure d'admission**<br>Mention de l'heure. |
| Z 5 | : | **Date d'admission**<br>Mention de la date. |
| Z 6a-6b | : | **Date de sortie**<br>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**<br>Type de facture 4 |
| Z 11 | : | **Type de facturation** |
| Z 13 | : | **Service 721 bis** : 0 |
| Z 14 | : | **Numéro de l'établissement qui facture**<br>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)**<br>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**<br>A mentionner si date de sortie est complétée. |
| Z 24-25 | : | **Numéro de la facture individuelle**<br>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 |
| 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** |
| Z 42-43-44-45 | : | **Données de référence réseau ou carte SIS** |
| (☞ 1) Z 47 | : | **Date de facturation** (facultatif) |
| Z 49-51 | : | **Référence mutualité numéro de compte financier B** |
| Z 53 | : | **Date début assurabilité** |
| Z 54a-54b | : | **Date fin assurabilité** |
| Z 55 | : | **Date communication information** |
| Z 56 | : | **MAF année en cours** |
| Z 57 | : | **MAF année en cours -1** |
| 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**<br>Toujours 0 |
| Z 4 | : | **Pseudo-code journée d'entretien et forfait**<br>Point 2E, 3bis et 13 |
| Z 5 | : | **Date premier jour facturé**<br>A mentionner |
| Z 6a-6b | : | **Date dernier jour facturé**<br>A mentionner |
| Z 7 | : | **Numéro mutualité d'affiliation** |
| Z 8a-8b | : | **Identification bénéficiaire** |
| Z 9 | : | **Sexe bénéficiaire** |
| Z 10 | : | **Accouchement**<br>Toujours 0 |
| Z 11 | : | **Référence numéro de compte financier** |
| Z 13 | : | **Code service**: 990 |
| Z 14 | : | **Lieu de prestation**<br>Numéro MSP en concordance avec ET 10 Z 14. |
| Z 15 | : | **Identification convention / Etablissement de séjour**<br>Numéro MSP |
| Z 17-18 | : | **Prestation relative**<br>Toujours 0 |
| Z 19 | : | **Signe + montant intervention de l'assurance** |
| Z 22 | : | **Signe + nombre de jour forfaits** |
| Z 24-25 | : | **Signe + montant indicatif, ordre de grandeur frais de séjour**<br>Toujours 0. |
| Z 27 | : | **Signe + intervention personnelle patient** |
| Z 28 | : | **Référence établissement** |
| Z 30-31 | : | **Signe + montant supplément** |
| Z 32 | : | **Exception tiers-payant** |
| Z 33 | : | **Code facturation intervention personnelle ou supplément** |
| Z 47 | : | **Date accord prestation** |
| Z 48 | : | **Transplantation**<br>Toujours 0 |
| Z 51 | : | **Site hospitalier** |
| 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**<br>Codes sous points 2, 3, 4 et 5. |
| Z 5 | : | **Date premier jour facturé**<br>Date début de la période de délivrance ou date de délivrance |
| Z 6a-6b | : | **Date dernier jour facturé**<br>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**<br>Numéro MSP |
| Z 15 | : | **Identification convention / établissement de séjour**<br>Numéro M.S.P. |
| Z 16 | : | **Médicaments gratuits** |
| Z 17-18 | : | **Prestation relative** : 0 |
| Z 19 | : | **Signe + montant intervention de l'assurance**<br>Voir art. 95, § 2 de l'A.R. du 21 décembre 2001. |
| Z 20-21 | : | **Date prescription** (zone réservée) |
| Z 22 | : | **Signe + nombre d'unités**<br>Le nombre d'unités pharmaceutiques délivrées.<br>(voir unité à côté du code produit indiqué par "*" dans A.R. 21/12/2001) |
| Z 23 | : | **Unité** |
| Z 24-25 | : | **Identification du prescripteur**<br>Le prescripteur doit être mentionné. |
| Z 27 | : | **Signe + intervention personnelle patient**<br>Toujours 0. |
| Z 28 | : | **Référence de l'établissement** |
| Z 30-31 | : | **Signe + montant supplément**<br>Uniquement 960293 ou 960304 possible. |
| Z 32 | : | **Exception tiers payant** |
| Z 33 | : | **Code facturation intervention personnelle ou supplément** : 0 |
| Z 34-35 | : | **Code exception prophylaxie** : 0 |
| Z 36 | : | **Flag DCI** |
| Z 37 | : | **Forme galénique** |
| Z 38 | : | **Numéro office de tarification**<br>Numéro de l'office de tarification agréé. |
| Z 39 | : | **Signe + intervention personnelle patient théorique** : A mentionner |
| Z 40-41 | : | **Numéro du produit**<br>Voir tarif pharmaceutique, (A.R. 21/12/2001), codes signalés par "*". |
| Z 42-43-44-45 | : | **Libellé du produit**<br>Si besoin est. |
| Z 47 | : | **Date de l'accord prestation**<br>Si l'accord existe. |
| Z 48 | : | **Transplantation** : 0 |
| Z 49 | : | **Numéro du pharmacien titulaire** |
| Z 50 | : | **Année de naissance** (facultatif) |
| Z 51 | : | **Site hospitalier** |
| 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**<br>Code Ambulatoire |
| | Z 5 | : | **Date première prestation effectuée**<br>Date prestation |
| | Z 6a-6b | : | **Date dernière prestation effectuée**<br>Date prestation |
| | Z 7 | : | **Numéro mutualité d'affiliation** |
| | Z 8a-8b | : | **Identification bénéficiaire** |
| | Z 9 | : | **Sexe bénéficiaire** |
| | Z 10 | : | **Accouchement**<br>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**<br>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 5. |
| | 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** |
| (☞ 36) | Z 23 | : | **Dérogation nombre maximal ou prestation identique** |
| | 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** |
| | 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** |
| | Z 43a-43b | : | **Code implant** |
| | Z 44-45 | : | **Libellé du produit** |
| | Z 46 | : | **Norme plafond** |
| (☞ 43) | Z 47 | : | **Valeur de base prestation** |
| | Z 48 | : | **Transplantation** |
| | Z 49 | : | **Identification de l'aide soignant** (zone reservée) |
| | Z 51 | : | **Site hospitalier** |
| | Z 52 | : | **Identification association bassin de soins** |
| | Z 53-54a | : | **Numéro de course** |
| | 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**<br>Mention de l'heure. |
| Z 5 | : | **Date d'admission**<br>Mention de la date. |
| Z 6a-6b | : | **Date de sortie**<br>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**<br>Type de facture 4. |
| Z 13 | : | **Service 721 bis** : 0 |
| Z 14 | : | **Numéro de l'établissement qui facture**<br>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**<br>Toujours 0. |
| Z 18 | : | **Numéro de la mutualité de destination** |
| Z 19 | : | **Signe + montant numéro de compte financier A** |
| Z 20-21 | : | **Date de la facture** |
| Z 22 | : | **Heure de sortie**<br>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** |
| 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**<br>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**<br>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101). |
| | Z 14 | : | **Numéro tiers payant**<br>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** |
| (☞7) | Z 27 | : | **Numéro BCE** |
| (☞15) | | | Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015 |
| | Z 28 | : | **Référence de l'établissement** |
| | Z 31-34 | : | **BIC compte financier A** |
| | Z 36-41 | : | **IBAN compte financier A** |
| | Z 43a | : | **BIC compte financier B** |
| | 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, càd pour arrondir à 2 décimales, on ne tient compte que de la 3ème 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.

(☞ 30,37) **Produits de contraste** (voir exemple 15 BIS) **et autres médicaments à 90%**.

L'intervention de l'assurance pour les produits de contraste (classe ATC V08) et les autres médicaments à 90% 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.

**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'

(☞ 30,37) Dans le cas des médicaments à 90% :

Intervention de l'AMI (Z 19) : A' * 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.

**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 *buiten bedrijf / ex-usine* | Basis v tegemoetk Base de remb. *buiten bedrijf / ex-usine* | I | II |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CO-AMILORIDE TEVA 5/50 mg | | | TEVA PHARMA BELGIUM | | | | | ATC: C03EA01 |
| B-28 | 1488-774 | 60 tabletten, 5 mg / 50 mg | 60 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 poudre pour solution injectable, 100 IU*** | | ***197,6000*** | ***197,6000*** | | |
| B-233 * | 0748-319 | 1 IU<br>(Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU) | 1 IU<br>(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<br>(Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU) | 1 IU<br>(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

(☞ 30,37) Dans le cas des produits de contraste (voir exemple 15TER) ou autres médicaments à 90% :

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'

(☞37) Dans le cas des produits de contraste ou autres médicaments à 90% :

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.

## B. 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).
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.

(☞30,37) **Produits de contraste** (voir exemple 29) **et autres médicaments à 90%**

L'intervention de l'assurance 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. |

**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 modérateur

Pourcentages ticket modérateur par catégorie

| **Catégorie** | bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance | autres bénéficiaires |
|---|---|---|
| A, Fa | 0 % | 0% |
| B, Fb | 15% | 25% |
| C | 50% | 50% |
| Cs | 60% | 60% |
| Cx | 80% | 80% |

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°)

## C. 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 ***buiten bedrijf / ex-usine*** | Basis v tegemoetk Base de remb. ***buiten bedrijf / ex-usine*** | I | II |
| CAPOTEN 50 mg (Impexeco) | | | IMPEXECO | | | | ATC: C09AA01 | |
| B-21 | 2675-718 | 60 tabletten, 50 mg | 60 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ***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*** | | |
| B-233 * | 0748-319 | 1 IU<br>(Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU) | 1 IU<br>(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<br>(Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU) | 1 IU<br>(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
≈ 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
≈ 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
≈ 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.

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,1275 * 2 = 0,2550
≈ 0,26

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,26 (limitée)

Intervention de l'AMI (Z 19): 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.

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,2512 * 80 = 20,0960
≈ 20,10

Intervention personnelle théorique (Z 39): 2 * 0,37 = 0,74

Intervention de l'AMI (Z 19): 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.

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,2512 * 61 = 15,3232
≈ 15,32

Intervention personnelle théorique (Z 39): 2 * 0,37 = 0,74

Intervention de l'AMI (Z 19): 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 1er fichier de facturation, les 8 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,1275 * 2 = 0,2550
≈ 0,26

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,26 (limité)

Intervention de l'AMI (Z 19): 0,26 – 0,26 = 0,00

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,1275 * 8 = 1,0200
≈ 1,02

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,11 (= 0,37 – 0,26)

Intervention de l'AMI (Z 19): 1,02 – 0,11 = 0,91

1er 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 |

2e 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.

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,0067 * 101 = 0,6767
≈ 0,68

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 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 |

**<u>Exemple 9</u>** (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 1er fichier de facturation, les 10 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,2512 * 30 | = 7,5360<br>≈ 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<br>≈ 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 |

<u>1er fichier de facturation</u>

| 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 |

<u>2e fichier de facturation</u>

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

**<u>Exemple 10</u>** (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
≈ 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
≈ 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 |

<u>Attention:</u>

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 :

Base de remboursement * nombre d'unités : 0,2512 * 40 = 10,0480
≈ 10,05

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,37

Intervention de l'AMI (Z 19): 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 |

**<u>Exemple 11</u>** (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 1er 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<br>≈ 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<br>≈ 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 |

<u>1er fichier de facturation</u>

| 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 |

<u>2e fichier de facturation</u>

| 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 |

**<u>Exemple 12</u>** (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 1er fichier de facturation, les 80 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,0178 * 5 | = 0,089<br>≈ 0,09 |
| Intervention personnelle théorique (Z 39): | 0,09 | |
| Intervention de l'AMI (Z 19): | 0,09 – 0,09 | = 0,00 |

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,0178 * 80 | = 1,424<br>≈ 1,42 |
| Intervention personnelle théorique (Z 39): | 0,28 + 0,37 = 0,65 (car 0,09 EUR déjà décompté pour la 1ère tranche) | |
| Intervention de l'AMI (Z 19): | 1,42 – 0,65 | = 0,77 |

<u>1er fichier de facturation</u>

| 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 |

<u>2e fichier de facturation</u>

| 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 |

**<u>Exemple 13</u>** (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).

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 2,3860 * 5 | = 11,9300<br>≈ 11,93 |
| Intervention personnelle théorique (Z 39): | 0,37 | |
| Intervention de l'AMI (Z 19): | 11,93 – 0,37 | = 11,56 |

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 2,4356 * 21 | = 51,1476<br>≈ 51,15 |
| Intervention personnelle théorique (Z 39): | 2 * 0,37 = 0,74 (les 0,37 EUR doivent seulement être décomptés 2x, à savoir pour la 2e et 3e tranche car pour la 1er tranche, les 0,37 EUR ont déjà été décomptés précédemment) | |
| Intervention de l'AMI (Z 19): | 51,15 – 0,74 | = 50,41 |

| 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 |

**<u>Exemple 14</u>** (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.

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,2512 * 30 | = 7,5360<br>≈ 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<br>≈ 2,51 |
| Intervention personnelle théorique (Z 39): | 0,37 | |
| Intervention de l'AMI (Z 19): | 2,51 – 0,37 | = 2,14 |

| 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 |

**<u>Exemple 15</u>** (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.

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,0807 * 32 | = 2,5824<br>≈ 2,58 |
| Intervention personnelle théorique (Z 39): | 2,5824 * 0,50 | = 1,2912<br>≈ 1,29 |
| Intervention de l'AMI (Z 19): | 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 |

**<u>Exemple 15 BIS</u>** (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
≈ 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 |

**<u>Exemple 15 TER</u>** (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
≈ 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

Prix * nombre d'unités: 8,2430 *22 = 181,3460
≈ 181,35

Base de remboursement * nombre d'unités: 7,1950 * 22 = 158,2900
≈ 158,29

181,3460 – 158,2900 = 23,0560
≈ 23,06

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

Prix * nombre d'unités: 0,0457 * 150 = 6,8550
≈ 6,86

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,0457 * 150 = 6,8550
≈ 6,86

6,8550 – 6,8550 = 0,0000
≈ 0,00

Pourcentage ticket modérateur: 0,80 * 6,8550 = 5,4840
≈ 5,48

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 |

**<u>Annexe 18</u>** (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.

Prix * nombre d'unités: 0,4088 * 30 = 2,2640
≈ 12,26

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,3058 * 30 = 9,1740
≈ 9,17

12,2640 –9,1740 = 3,0900
≈ 3,09

Pourcentage ticket modérateur: 0,25 * 9,1740 = 2,2935
≈ 2,29

Intervention personnelle (Z 27): 3,09 + 2,29 = 5,38

Intervention de l'AMI (Z 19): 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 |

**<u>Exemple 19</u>** (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.

| | | |
|---|---|---|
| Prix * nombre d'unités: | 0,4088 * 80 | = 32,7040<br>≈ 32,70 |
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,3058 * 80 | = 24,4640<br>≈ 24,46 |

32,7040 – 24,4640 = 8,2400
≈ 8,24

<u>Calcul ticket modérateur 1er tranche</u>

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,3058 * 60 | = 18,3480 |
| Pourcentage ticket modérateur: | 0,25 * 18,3480 | = 4,5870<br>≈ 4,59 |

<u>Calcul ticket modérateur 2e tranche</u>

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,3058 * 20 | = 6,1160 |
| Pourcentage ticket modérateur: | 0,25 * 6,1160 | = 1,5290<br>≈ 1,53 |

Intervention personnelle (Z 27): 8,24 + 4,59 + 1,53 = 14,36

Intervention de l'AMI (Z 19): 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 |

**<u>Exemple 20</u>** (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.

Prix * nombre d'unités: 6,1520 * 9 = 55,3680
≈ 55,37

Base de remboursement * nombre d'unités: 5,8970 * 9 = 53,0730
≈ 53,07

55,3680 – 53,0730 = 2,2950
≈ 2,29

Pourcentage ticket modérateur: 0,15 * 53,0730 = 7,96095
≈ 7,96
plafond = 7,20

Intervention personnelle (Z 27): 2,29 + 7,20 = 9,49

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 |

**<u>Exemple 21</u>** (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.

Prix * nombre d'unités: 0,8494 * 99 = 84,0906
≈ 84,09

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,8494 * 99 = 84,0906
≈ 84,09

84,0906 – 84,0906 = 0,0000
≈ 0,00

Pourcentage ticket modérateur: 0,15 * 84,0906 = 12,61359
≈ 12,61
plafond = 8,90

Intervention personnelle (Z 27): 0,00 + 8,90 = 8,90

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 |

**<u>Exemple 22</u>** (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.

| | | |
|---|---|---|
| Prix * nombre d'unités: | 0,8494 * 110 | = 93,4340<br>≈ 93,43 |
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,8494 * 110 | = 93,4340<br>≈ 93,43 |

93,4340 - 93,4340 = 0,0000
≈ 0,00

<u>Calcul ticket modérateur 1er tranche</u>

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,8494 * 100 | = 84,9400 |
| Pourcentage ticket modérateur: | 0,25 * 84,9400 | = 21,2350<br>≈ 21,23 |
| | plafond | = 13,50 |

<u>Calcul ticket modérateur 2e tranche</u>

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 0,8494 * 10 | = 8,4940 |
| Pourcentage ticket modérateur: | 0,25 * 8,4940 | = 2,1235<br>≈ 2,12 |

Intervention personnelle (Z 27): 0,00 + 13,50 + 2,12 = 15,62

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 |

**<u>Exemple 23</u>** (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.

Prix * nombre d'unités: 0,8494 * 59 = 50,1146
≈ 50,11

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,8494 * 59 = 50,1146
≈ 50,11

50,1146 – 50,1146 = 0,0000
≈ 0,00

Pourcentage ticket modérateur: 0,25 * 50,1146 = 12,52865
≈ 12,53
plafond = 10,80 (plafond ordinaire car délivrance ≤ 60)

Intervention personnelle (Z 27): 0,00 + 10,80 = 10,80

Intervention de l'AMI (Z 19): 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 |

**<u>Exemple 24</u>** (catégorie B; nombre d'unités > tranche)

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

Prix * nombre d'unités: 2,1657 * 30 = 64,9710
≈ 64,97

Base de remboursement * nombre d'unités: 2,1657 * 30 = 64,9710
≈ 64,97

64,9710 – 64,9710 = 0,0000
≈ 0,00

<u>Calcul ticket modérateur par tranche</u>

3x { Base de remboursement * nombre d'unités: 2,1657 * 10 = 21,6570
Pourcentage ticket modérateur: 0,25 * 21,6570 = 5,41425
≈ 5,41 }

Intervention personnelle (Z 27): 0,00 + 3 * 5,41 = 16,23

Intervention de l'AMI (Z 19): 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 |

**<u>Exemple 25</u>** (catégorie B; nombre d'unités > tranche; plafond « grand conditionnement » pour la 1ère tranche, plafond « conditionnement normal » pour la 2ème tranche)

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

| | | |
|---|---|---|
| Prix * nombre d'unités : | 2,1731 * 140 | = 304,2340<br>≈ 304,23 |
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 2,1731 * 140 | = 304,2340<br>≈ 304,23 |

304,2340 - 304,2340 = 0,0000
≈ 0,00

<u>Calcul ticket modérateur 1ère tranche</u>

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 2,1731 * 84 | = 182,5404 |
| Pourcentage ticket modérateur: | 0,15 * 182,5404 | = 27,38106<br>≈ 27,38 |
| | plafond | = 8,90 (car délivrance > 60 unités) |

<u>Calcul ticket modérateur 2ème tranche</u>

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 2,1731 * 56 | = 121,6936 |
| Pourcentage ticket modérateur: | 0,15 * 121,6936 | = 18,25404<br>≈ 18,25 |
| | plafond | = 7,20 (car délivrance ≤ 60 unités) |

Intervention personnelle (Z 27): 0,00 + 8,90 + 7,20 = 16,10

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 |

**<u>Exemple 26</u>** (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.

Prix * nombre d'unités : 2,1731 * 80 = 173,8480
≈ 173,85

Base de remboursement * nombre d'unités : 2,1731 * 80 = 173,8480
≈ 173,85

173,8480 – 173,8480 = 0,0000
≈ 0,00

Pourcentage ticket modérateur: 0,15 * 173,8480 = 26,0772
≈ 26,08
plafond = 8,90 (car délivrance > 60 unités)

Intervention personnelle (Z 27): 0,00 + 8,90 = 8,90

Intervention AMI (Z 19): 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 |

**<u>Exemple 27</u>** (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.

Prix * nombre d'unités : 2,1731 * 28 = 60,8468
≈ 60,85

Base de remboursement * nombre d'unités: 2,1731 * 28 = 60,8468
≈ 60,85

60,8468 – 60,8468 = 0,0000
≈ 0,00

Pourcentage ticket modérateur: 0,15 * 60,8468 = 9,12702
≈ 9,13
plafond = 7,20 (car délivrance ≤ 60 unités)

Intervention personnelle (Z 27): 0,00 + 7,20 = 7,20

Intervention AMI (Z 19): 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 |

**<u>Exemple 28</u>** (catégorie Fa) (sur base des prix au 1/9/2012)

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

Prix * nombre d'unités : 18,9950 * 3 = 56,9850
≈ 56,99

Base de remboursement * nombre d'unités: 18,4300 * 3 = 55,2900
≈ 55,29

18,9950 – 18,4300 = 0,5650
≈ 0,56

Intervention personnelle (Z 27): 0,00

Intervention AMI (Z 19): 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 |

**<u>Exemple 29</u>** (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.

| | | |
|---|---|---|
| Prix * nombre d'unités: | 18,25 * 2 | = 36,50<br>≈ 36,50 |
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 18,25 * 2 | = 36,50<br>≈ 36,50 |

36,5 - 36,5 = 0,00
≈ 0,00

<u>Calcul ticket modérateur 1er tranche</u>

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 18,25 * 1 | = 18,25 |
| Pourcentage ticket modérateur: | 0,25 * 18,25 | = 4,5625<br>≈ 4,56 |

<u>Calcul ticket modérateur 2e tranche</u>

| | | |
|---|---|---|
| Base de remboursement * nombre d'unités: | 18,25 * 1 | = 18,25 |
| Pourcentage ticket modérateur: | 0,25 * 18,25 | = 4,5625<br>≈ 4,56 |

Intervention personnelle (Z 27): 0,00 + 4,56 + 4,56 = 9,12

Intervention de l'AMI (Z 19): (36,5 – 9,12) * <u>0,90</u> = 24,6420
≈ 24,64

| Z 3 (norme) | Z 4 (pseudo-code) | Z 19 (AMI) | Z 22 (nombre) | Z 27 (I.P.) |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0757912 | 24,64 | 2 | 9,12 |

**<u>Exemple 30</u>** (contraceptif pour les jeunes avec intervention normale et intervention spécifique (sur base de la liste provisoire des contraceptifs - version de février 2013).

Délivrance de 3 unités (= 3 plaquettes de 21 comprimés chacune) MARVELLON 0732-859* à une jeune femme de 18 ans qui séjourne dans un centre de rééducation.

Prix * nombre d'unités : 3,3200 * 3 = 9,9600
≈ 9,9600

Base de remboursement * nombre d'unités: 2,3800 * 3 = 7,1400
≈ 7,14

9,9600 – 7,1400 = 2,8200
≈ 2,82

Pourcentage ticket modérateur: 0,80 * 7,1400 = 5,712
≈ 5,71

Intervention spécifique: 1,9040 * 3 = 5,712
≈ 5,71

Intervention personnelle (Z 27) : 2,82 + 5,71 – 5,71 = 2,82

(☞2) Intervention de l'AMI (Z 19): 7,14 – 5,71 + 5,71 = 7,14

(☞2)

| Z 3 (norme) | Z 4 (pseudo-code) | Z 19 (AMI) | Z 22 (nombre) | Z 27 (I.P.) |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 0757956 | 7,14 | 3 | 2,82 |

**<u>Exemple 31</u>** (Contraceptif pour les jeunes avec exclusivement l'intervention spécifique.
(sur base de la liste provisoire des contraceptifs - version de février 2013).

Délivrance de 3 unités (=3 plaquettes de 21 comprimés chacune) ANNAIS xxxx-xxx* à une jeune femme de 18 ans qui séjourne dans un centre de rééducation.

Prix * nombre d'unités : 6,1369 * 3 = 18,4107
≈ 18,41

Intervention spécifique: 3,0000 * 3 = 9,0000
≈ 9,00

Supplément (Z 30-31): 18,41 – 9,00 = 9,41

| Z 3 (norme) | Z 4 (pseudo-code) | Z 19 (AMI) | Z 22 (nombre) | Z 27 (I.P.) | Z 30-31 (supplément) |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0757971 | 9,00 | 3 | 0 | 9,41 |

**Annexe 15.1**

## Facturation de la nutrition parentérale au domicile du patient

### 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.

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
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 forfaitair 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:

base de remboursement * nombre d'unités = 12,8900 * 1 = 12,8900
arrondi 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)

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 Aminoplasmal (B-184) sont utilisées.

Calcul de l'intervention AMI de cette spécialité :

base de remboursement * nombre d'unités = 12,8900 * 3 = 38,6700
arrondi 38,67

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 = 0,5900 * 3 = 31,7700

31,7700 * 0,25 = 7,9425
arrondi 7,94

intervention personnelle théorique = 0
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 |

**Annexe 16.1**

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 |
| | 65 | ergothérapeutes |
| | 66 | opticiens |
| | 67 | audiciens |
| | 68 | pharmaciens-biologistes |
| | 69 | fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies. |
| (☞ 16) | 70 | thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC |
| | 80 à 94 | personnel soignant et aides soignants |
| | 95 à 97 | infirmières MR |
| | 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.

14) Ergothérapeutes

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

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.

18) Fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

(☞ 16) 19) Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

20) 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.àd. le nombre premier le plus élevé, inférieur à 100).

(☞ 4) Le check-digit des numéros INAMI qui sont attribués aux praticiens de l'art infirmier à domicile à
(☞35, 43) partir du 1/10/2013, aux accoucheuses à partir du 1/12/2017 et aux médecins à partir du 1/4/2019 est calculé selon la méthode du modulo 89.
Le nombre inscrit en positions 7 et 8 est égal à la différence entre
1) 89, 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 89.

(☞4,35) L'identification unique devra, désormais, s'effectuer sur base des 8 premières positions du numéro et plus sur base des 6 premières positions. Concrètement, cela signifie qu'il est possible que les 6 premiers chiffres du numéro INAMI de 2 praticiens de l'art infirmier ou accoucheuses différents soient identiques.

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

Voir liste officielle des codes compétence publiée sur le site de l'INAMI
(☞ 14) (http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/codes-competences-numéro-inami-dispensateurs-soins.aspx).

2. Pharmaciens
   - titulaire d'une pharmacie : 001
   - adjoint : 002
   - remplaçant : 003

3. Praticiens de l'art dentaire

   Voir liste officielle des codes compétence publiée sur le site de l'INAMI
(☞14) (http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/codes-competences-numéro-inami-dispensateurs-soins.aspx).

4. Sages-femmes
   - Sages-femmes autorisées à effectuer des prestations obstétricales : 002
(☞ 8) - Sages-femmes autorisées à effectuer des prestations obstétricales et à prescrire des médicaments : 003

5. 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

**Annexe 16.5**

Praticiens de l'art infirmier – trajet de soins « diabète »

| | Compétence définitive | Compétence provisoire |
|---|---|---|
| **Education au diabète (*)** | | |
| – 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 agrée(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète | 518 | 618 |
| **Education au diabète + soins de plaies (*)** | | |
| – 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 agrée(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies | 538 | 638 |
| **Education au diabète** | | |
| – 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 agrée(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète | 558 | 658 |
| **Education au diabète + soins de plaies** | | |
| – 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 agrée(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 |

(*) cette série de codes compétence a été supprimée

6. Kinésithérapeutes

- **Depuis le 1er octobre 2002**

  *Les kinésitérapeutes 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 1er 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 kinésitérapeutes 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 1er 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 kinésitérapeutes 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 1er janvier 2006**

  K*inésitérapeutes 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

  K*inésithérapeutes 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 aautorisés 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 1er janvier 1964 et qui sont compétentes pour les seules prestations pour lesquelles elles avaient été agrées 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 1er janvier 1964 et qui sont compétentes pour les seules prestations pour lesquelles elles avaient été agrées dans le cadre des tarifs des soins de santé applicables en décembre 1963 : 724

- D**epuis 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 1er 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. Diététiciens
   Diététiciens : 601
   Diététiciens + trajet de soins « diabète » : 701

8. Podologues
   Podologues : 701
   Podologues + trajet de soins « diabète » : 801

9. Logopèdes
   - gradués en logopédie : 801
   - licenciés en logopédie : 802

10. Orthoptistes : 900

11. Orthopédistes (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 (agréations 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, § 1er) | : 200 |
| | IV (art. 28, § 8) | : 240 |
| | O + I + II + III + IV + V + VI (art. 27, § 1er + 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 (agréés 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;

Groupe I - chrirurgie plastique et reconstructive

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 |

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 agréations, 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 agréations, 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 |

18. Fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.
    - compétence générale pour la fourniture de matériel dans le cadre des trajets de soins : 004
    - compétence générale pour la fourniture de matériel dans le cadre de trajets, de spoins sauf les lancettes : 005

(☞ 16) 19. Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

20. Personnel soignant et aides soignants

a) Personnel soignant

Le 9ème chiffre =
- 1 : Néerlandophone
- 2 : Francophone
- 3 : Germanophone

Le 10ème 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 11ème 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.

b) <u>Aides soignants</u>

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$^{ieme}$ chiffre = 4 ou 7) concerne la situation en cas d'un enregistrement définitif par le SPF Santé publique. La troisième colonne (2$^{ieme}$ chiffre = 5) concerne la situation en cas d'un enregistrement provisoire par le SPF Santé publique et la dernière colonne (2$^{ieme}$ 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 :

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Type d'établissement A | | | Numéro d'ordre B | | | | | | | |

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
- (☞ 14) Centre de psychiatrie légale : 721
- 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

3. 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

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.

4. 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

5. Rééducation

(☞ 10) - Centre de rééducation des paralysés cérébraux Arthur Regnier : 770
- Rééducation fonctionnelle motrice : 771
- Rééducation fonctionnelle psychosociale : 772
- Prgramme 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 099 : établissements de rééducation fonctionnelle pour rééducation fonctionnelle médico-psychosociale
  - (☞ 9) entre 101 et 199 : accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines
  - (☞ 33) entre 201 et 299 : accompagnement transidentité
  - 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
- 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

(☞10,15) - Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons, suivi du décès inopiné et médicalement inexpliqué d'un enfant de moins de 18 mois et suivi des enfants nés prématurément : 783
- entre 101 et 199: suivi d'un décès inopiné et médicalement inexpliqué
- entre 501 et 599 : monitoring cardiorespiratoire à domicile
- entre 601 et 999 : suivi prématurés

- 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
- 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)
- 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
  - (☞ 10) entre 801 et 899 : cliniques du pied
  - (☞ 10) entre 901 et 999 : monitoring continu de la glycémie
- Défibrillateurs cardiaques : 787
- Maladies du métabolisme, mucoviscidose, maladies neuromusculaires, epilepsie réfractaire, syndrome de fatigue, IMOC, Spina Bifida, douleur chronique, néphrologie pédiatrique, hémophilie, lymfoedeem : 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 449 : centres de référence pour patients souffrant de syndrome de fatigue
  - (☞ 16) entre 451 et 499 : centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC
  - 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
  - (☞ 11) entre 701 et 799 : centres de référence en néphrologie pédiatrique
  - (☞ 11,39) entre 801 et 899 : centres de coordination et centres de référence de l'hémophilie
  - (☞ 39) entre 901 et 999 : lymphoedème
- Conventions de rééducation fonctionnelle d'évaluation multidisciplinaire prévue dans la nomenclature des aides à la mobilité : 790

6. Centres de transfusion sanguine : 795

7. Laboratoires : 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. Maisons médicales : 8xx

9. Rééducation fonctionnelle : 9xx

- Centres généraux de rééducation locomotrice : 950
- Conventions R30-R60 : 951
- Rééducation ORL : 953
- Rééducation PSY : 965
- Rééducation fonctionnelle en raison d'un handicap visuel : 969

10. Centres pédiatriques médicaux : 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
13. Numéros services ambulanciers agréés : 796

(☞ 15) Numéros PIT (Team d'intervention paramédical) : 797

14. Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : 759

(☞ 32) 15. Projets soins intégrés : 798

(☞ 16) 16. Poste de garde : 678

17. Numéros tiers payant – groupement de dispensateurs : 940 jusqu'au 946 inclus

(☞ 40) 18. Réservé pour usage interne par l'INAMI (fin de carrière) : 799

(☞ 45) 19. Equipes mobiles : 793

(☞ 45) 20. Réseaux de santé mentale : 794

réseau de santé mentale

B. Numéro d'ordre (du 4ème au 6ème 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 4ème au 6ème chiffre (voir plus haut).

Laboratoires : Les 4ème, 5ème et 6ème 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 4ème chiffre est "5".

Services ambulanciers agréés : Les 4ème, 5ème et 6ème chiffre constituent le numéro d'ordre de l'agrément (attribué par le SPF Santé Publique).

Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : Les 4ème, 5ème et 6ème 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 (7ème et 8ème chiffre du numéro d'identification)

Voir plus haut.

D. Code compétence (du 9ème au 11ème chiffre inclus du numéro d'identification)

1. Hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques

- l'hôpital lui-même, sans code de compétence : 000

(☞ 44) - anciens hôpitaux Sp ou G isolés (transférés à la Communauté Flamande dans le cadre de la 6e réforme de l'état) : 999

(☞ 14) - centre de psychiatrie légale : 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 |
| | - | service pathologie cardiaque B1 +B2 | : 127 |
| | - | service pathologie cardiaque T | : 122 |
| | - | service pathologie cardiaque C | : 123 |
| | - | service pathologie cardiaque E + B 3 | : 124 |
| | - | service pathologie cardiaque E sans B 3 | : 125 |
| | - | service pathologie cardiaque P | : 126 |
| | - | premier accueil des urgences | : 130 |
| | - | soins urgents spécialisés | : 131 |
| (☞ 24) | - | fonction service mobile d'urgence | : 132 |
| (☞ 24) | - | programme de soins de base en oncologie | : 133 |
| (☞ 24) | - | programme de soins d'oncologie | : 134 |
| | - | programme de soins de médecine de la reproduction A | : 140 |
| | - | programme de soins de médecine de la reproduction B | : 141 |
| (☞ 22) | - | centre de chirurgie robot-assistée (jusqu'au 29/2/2016 inclus) | : 150 |
| | - | centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3 | : 151 |
| (☞ 23) | - | centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B | : 152 |
| (☞ 22) | - | centre « moniteur cardiaque implantable » (jusqu'au 29/2/2016 inclus) | : 153 |
| (☞ 9,25) | - | centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire» (jusqu'au 31/7/2016 inclus) | : 154 |
| | - | centre d'expertise pour patients comateux | : 155 |
| | - | centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » | : 156 |
| (☞ 22) | - | centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (jusqu'au 29/2/2016 inclus) | : 157 |
| (☞ 25) | - | centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (jusqu'au 31/7/2016 inclus) | : 158 |
| (☞ 23) | - | centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (jusqu'au 30/4/2016 inclus) | : 159 |
| (☞ 5,25) | - | centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (jusqu'au 31/7/2016 inclus) | : 160 |
| (☞ 5) | - | centre « neurostimulateurs en cas de Parkinson et de tremblements essentiels » | : 161 |
| (☞ 9,25) | - | centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique» (jusqu'au 31/7/2016 inclus) | : 162 |
| (☞ 22) | - | centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales» | : 163 |
| (☞ 22) | - | centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage » | : 164 |
| (☞ 25) | - | centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (à partir du 1/8/2016) | : 165 |
| (☞ 25) | - | centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (à partir du 1/8/2016) | : 166 |
| (☞ 25) | - | centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique » (à partir du 1/8/2016) | : 167 |
| (☞ 30) | - | centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra) | : 168 |
| (☞ 29) | - | centre « fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire » (à partir du 1/1/2017) | : 169 |
| (☞ 34) | - | centre « tige magnétique allongeable » (Magec) | : 170 |
| (☞ 26) | - | agrément convention reconstruction mammaire | : 190 |
| (☞ 32) | - | agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose seulement du programme de soins médecine de la reproduction B) | : 191 |
| (☞ 32) | - | agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose du programme de soins médecine de la reproduction B et répond aux normes du programme de soins en hémato-oncologie pédiatrique | : 192 |

<u>Agrément banque de matériel corporel humain</u> :

| | | | |
|---|---|---|---|
| | - | pseudo-numéro d'agrément pour le matériel corporel humain étranger issu de l'UE | : 200 |
| | - | agrément valves cardiaques | : 210 |
| | - | agrément tissus ophtalmiques | : 211 |
| | - | agrément épiderme | : 212 |
| | - | agrément système locomoteur | : 213 |
| | - | agrément tissus tympano-ossiculaires | : 215 |
| | - | agrément vaisseaux sanguins | : 216 |
| | - | agrément autre matériel corporel humain destiné à des thérapies cellulaires | : 218 |
| | - | agrément kératinocytes | : 219 |
| | - | agrément membrane amniotique | : 220 |
| | - | agrément cellules souches hématopoïétiques | : 221 |
| | - | agrément cellules souches provenant de sang ombilical | : 222 |
| | - | agrément matériel corporel humain fœtal et/ou de l'appareil reproducteur | : 223 |

<u>Agrément centres de dialyse</u> :

| | | | |
|---|---|---|---|
| (☞ 40) | - | agrément général (à partir du 1/7/2018) | : 560 |
| (☞ 40) | - | centre d'hémodialyse chronique (jusqu'au 30/6/2018 inclus) | : 561 |
| (☞ 40) | - | centre d'hémodialyse chronique pédiatrique (jusqu'au 30/6/2018 inclus) | : 562 |
| (☞ 40) | - | centre de dialyse à domicile (jusqu'au 30/6/2018 inclus) | : 563 |
| (☞ 40) | - | centre de dialyse péritonéale ambulatoire (jusqu'au 30/6/2018 inclus) | : 564 |
| (☞ 40) | - | centre d'autodialyse collective (jusqu'au 30/6/2018 inclus) | : 565 à 569 |

2. <u>MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ</u>

Dans ces cas, le code de compétence = 000.

3. MRPA, MRS

- 1ère 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
- 2ème position (MRS – MRScoma)
  - Si pas MRS : 0
  - Si MRS : 1
  - Si MRS avec lits coma : 2
- 3ème position 0

(☞1) 4. Laboratoires

- agrément génétique humaine : 996
- agrément anatomopathologie : 997
- agrément biologie clinique : 998

5. Rééducation fonctionnelle

Les 9ème au 11ème 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

7. Services ambulanciers agréés

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

8. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

9. Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

(☞ 32) 10. Projets soins intégrés

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

11. Poste de garde

(☞ 16) Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

12. Numéros tiers payant – groupements de dispensateurs de soins (*)

- *médecine générale ou spécialisée, art dentaire : 100*
- *médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie : 110*
- *médecine générale ou spécialisée, art dentaire + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 101*
- *médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 111*
- *kinésithérapie : 010*
- *kinésithérapie + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 011*
- praticien de l'art infirmier, obstétrique : 001

(☞ 45) 13. Equipes mobiles: Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

(☞ 45) 14. Réseaux de santé mentale: Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

(☞35) (*) Actuellement, de nouveaux numéros tiers payant de groupe ne sont plus délivrés qu'aux seuls groupements de praticiens de l'art infirmier (code compétence 001). Dans les autres situations, MyCareNet prévoit la possibilité pour une entité "le mandant" (par ex : un dispensateur de soins) de mandater une autre entité "le mandataire" (par ex : une personne ou une organisation ) pour qu'il puisse accéder en son nom aux services MyCarenet (par ex : facturation électronique, assurabilité,…). Les principes et modalités pratiques relatives à l'utilisation des mandats sont disponibles sur le site de la plateforme e-Health : https://www.ehealth.fgov.be/fr/%252Fesante/mandats

**3. <u>Appareil d'imagerie médicale</u>**

Le numéro d'identification attribué par l'INAMI (« numéro de facturation INAMI ») (8 positions) est composé comme suit : YYYYYYCD

| | | | |
|---|---|---|---|
| avec | YYYYYY | = | un numéro d'ordre non signifiant |
| | CD | = | 2 positions numériques (check-digit) (= 83 - reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 6 premiers chiffres YYYYYY et le diviseur est égal à 83). |

**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%.

(☞30,37) Attention : Pour les produits de contraste (classe ATC V08), les médicaments biologiques et les spécialités pour lesquelles une alternative générique est remboursable et disponible, l'intervention est diminuée de 10%.

**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
(☞5) forfait médicaments par admission (0756000 ou 0767502), 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 4)
   - Médicaments non forfaitarisés: facturation selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 4)

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 5)
     + 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 4)

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 5)
- 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 4)

*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
(☞5) forfait médicaments par admission (0756000 ou 0767502).
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 4)
- 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 4)
- 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 4)

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 4)

**Annexe 18.1**

## 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 | *Valeur constante 10* |
| Z 2 | Numéro d'ordre d'enregistrement | |
| Z 3 | Nombre de numéros de compte financier (code index) | *Valeur constante 0 (en cas de facturation par les MRPA/MRS/CSJ, un seul numéro de compte autorisé)* |
| Z 4 | Version du fichier | *Valeur constante : 0001999*<br>*Pour les tests : 9991999* |
| Z 5-6a | Numéro de compte financier A | *Numéro de compte toujours mentionné dans cette zone*<br>*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 | *Toujours 0* |
| Z 9 | Code "suppression facture papier" | *Si ET 10 Z 22-23<0201001 : valeur 1*<br>*Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 :valeur 0* |
| Z 10 | Code fichier de décompte | *Si ET 10 Z 22-23<0201001 : valeur 0 ou 1*<br>*Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 :valeur 0* |
| Z 13 | Contenu facturation | *Toujours 0* |
| Z 14 | Numéro tiers payant | *Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ* |
| Z 15 | Numéro d'accréditation CIN | *Numéro d'accréditation attribué au logiciel* |
| 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 | |
| (☞ 7,15) Z 27 | Numéro BCE | *Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015* |
| Z 28 | Référence de l'établissement | |
| Z 31-34 | BIC – Compte financier A | *Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009* |
| Z 36-41 | IBAN – Compte financier A | *Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009* |
| Z 43a | BIC – Compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 49-52 | IBAN – Compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | |

| **Enregistrement de type 20** | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| Z 1 | Enregistrement de type 20 | *Valeur constante 20* |
| Z 2 | Numéro d'ordre d'enregistrement | |
| Z 3 | Autorisation tiers payant | *Toujours 0* |
| 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 | *Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale* |
| Z 9 | Sexe bénéficiaire | |
| Z 10 | Type de facture | *Toujours 4* |
| Z 11 | Type de facturation | |
| Z 13 | Service 721 bis | *Toujours 0* |
| Z 14 | Numéro de l'établissement qui facture | *Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET10Z14)* |
| Z 15 | Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne) | *Numéro MRPA/MRS* |
| 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 la date de sortie a été complétée* |
| Z 24-25 | Numéro de la facture individuelle | *Numéro de la note de frais individuelle* |
| Z 26 | Application franchise sociale | *Toujours 0* |
| 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 | *Toujours 1, sauf en cas de convention internationale* |
| 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 | *Toujours 0* |
| (☞ 1) Z 47 | Date de facturation | *Facultatif* |
| Z 49 | Référence mutualité numéro de compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 53 | Date début période assurabilité | *Toujours 0* |
| Z 54a-54b | Date fin période assurabilité | *Toujours 0* |
| Z 55 | Date communication information | *Toujours 0* |
| Z 56 | MAF année en cours | *Toujours 0* |
| Z 57 | MAF année en cours -1 | *Toujours 0* |
| Z 58 | MAF année en cours -2 | *Toujours 0* |
| Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | |

**Annexe 18.3**

| **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 | *Toujours 0* |
| Z 4 | Pseudo-code journée d'entretien et forfait | *Voir ET30 Z4 S6 (point 10)* |
| 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 | *Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale* |
| Z 9 | Sexe bénéficiaire | |
| Z 10 | Accouchement | *Toujours 0* |
| Z 11 | Référence numéro de compte financier | *Toujours 0* |
| Z 13 | Code service | *990* |
| Z 14 | Lieu de prestation | *Numéro MRPA / MRS / CSJ (=ET 10 Z 14)* |
| Z 15 | Identification convention/Etablissement de séjour | *Numéro MRPA / MRS / CSJ* |
| Z 17-18 | Prestation relative | *Toujours 0* |
| 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 | *Toujours 0* |
| Z 27 | Signe + Intervention personnelle patient | *Toujours 0* |
| Z 28 | Référence établissement | |
| Z 30-31 | Signe + montant supplément | *Toujours 0(sauf en cas de pseudo-code 763593)* |
| Z 32 | Exception tiers-payant | *Toujours 0* |
| Z 33 | Code facturation intervention personnelle ou supplément | *Toujours 0* |
| Z 47 | Date accord prestation | *Toujours 0* |
| Z 48 | Transplantation | *Toujours 0* |
| Z 51 | Site hospitalier | *Toujours 0* |
| Z 52 | Identification association bassin de soins | *Toujours 0* |
| 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) | *Toujours 0* |
| | Z 4 | (Pseudo-)code nomenclature | *Pseudo-code ambulant de l'ET 50 Z 4 S 15, rubrique « suppléments MRPA-MRS-CSJ »* |
| | Z 5 | Date de première prestation effectuée | *Date de début de la période à laquelle les frais se rapportent (*)* |
| | Z 6a-6b | Date de dernière prestation | *Date de fin de la période à laquelle les frais se rapportent (*)* |
| | Z 7 | Numéro mutualité d'affiliation | |
| | Z 8a-8b | Identification bénéficiaire | *Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale* |
| | Z 9 | Sexe bénéficiaire | |
| | Z 10 | Accouchement | *Toujours 0* |
| | Z 11 | Référence numéro de compte financier | *Toujours 0* |
| | Z 12 | Nuit, week-end, jour férié | *Toujours 0* |
| | Z 13 | Code service | *Toujours 990* |
| | Z 14 | Lieu de prestation | *Numéro MRPA/ MRS/ CSJ* |
| | Z 15 | Identification du dispensateur | *Toujours 0* |
| | Z 16 | Norme dispensateur | *Toujours 0* |
| | Z 17-18 | Prestation relative | *Toujours 0* |
| | Z 19 | Signe + montant de l'intervention de l'assurance | *Toujours 0* |
| | Z 20-21 | Date prescription | *Toujours 0* |
| | Z 22 | Signe + nombre d'unités | *960551, 960573, 960595, 960610 : nombre de jours; 961111, 961133, 961155 : nombre de jours en négatif ;<br>960632, 960654, 960676, 960735, 960750, 960875, 960956, 960971, 960993, 960094 : toujours 1;<br>960772 : toujours -1;<br>autres : nombre d'unités ≥ 1* |
| (☞36) | Z 23 | Dérogation nombre max. ou prestation identique | *Toujours 0* |
| | Z 24-25 | Identification prescripteur | *Toujours 0* |
| | Z 26 | Norme prescripteur | *Toujours 0* |
| | Z 27 | Signe + intervention personnelle patient | *Toujours 0* |
| | Z 28 | Référence établissement | |
| | Z 29 | Dent traitée | *Toujours 0* |
| | Z 30-31 | Signe + montant supplément | *Obligation de compléter (dans le cas du 960772 , 961111, 961133 ou 961155, le montant est négatif)* |
| | Z 32 | Exception tiers-payant | *Toujours 0* |
| | Z 33 | Code facturation intervention personnelle ou supplément | *Toujours 0* |
| | Z 34 | Membre traité | *Toujours 0* |
| | Z 35 | Prestataire conventionné | *Toujours 0* |
| | Z 36-37 | Heure de prestation | *Toujours 0* |
| | Z 38 | Identification administrateur du sang | *Toujours 0* |
| | Z 39-40 | Numéro attestation d'administration | *Toujours 0* |
| | Z 41-42 | Numéro bon de délivrance ou sac | *Toujours 0* |
| | Z 43 | Code implant | *Toujours 0* |
| | Z 44-45 | Libellé du produit | *Libellé obligatoire pour les pseudo-codes 960691 et 960713* |
| | Z 46 | Norme plafond | *Toujours 0* |
| (☞43) | Z 47 | Valeur de base prestation | *Toujours 0* |
| | Z 48 | Transplantation | *Toujours 0* |
| | Z 49 | Identification de l'aide soignant (réservée) | *Toujours 0* |
| | Z 51 | Site hospitalier | *Toujours 0* |
| | Z 52 | Identification association bassin de soins | *Toujours 0* |
| | Z 53-54a | Numéro de course | *Toujours 0* |
| | Z 55-56 | Code de notification implant | *Toujours 0* |
| | Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

(*) période doit correspondre à la période à laquelle les forfaits (qui sont facturés aux OA) se rapportent

| **Enregistrement de type 80** | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Zone** | **Libéllé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| Z 1 | Enregistrement de type 80 | *Valeur constante 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 bénéficiaire | *Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale* |
| Z 9 | Sexe bénéficiaire | |
| Z 10 | Type de facture | *Toujours 4* |
| Z 13 | Service 721 bis | *Toujours 0* |
| Z 14 | Numéro de l'établissement qui facture | *Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET 20 Z 14)* |
| Z 15 | Signe + montant numéro de compte financier B | *Toujours 0* |
| Z 17 | Causes du traitement | *Toujours 0* |
| Z 18 | Numéro de la mutualité de destination | |
| Z 19 | Signe + montant numéro de compte financier A | *Montant Total pour le patient concerné* |
| Z 22 | Heure de sortie | *A mentionner si la date de sortie est complétée* |
| Z 24-25 | Numéro de la facture individuelle | *Numéro de la note de frais individuelle* |
| Z 27 | Signe + intervention personnelle patient | *Toujours 0* |
| Z 28 | Référence de l'établissement | |
| Z 30-31 | Signe + montant supplément | |
| Z 32 | Flag identification bénéficiaire | *Toujours 1, sauf en cas de conventions internationales* |
| Z 38 | Signe + acompte numéro de compte financier A | *Toujours 0* |
| 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 | *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 | *Toujours 0* |
| Z 14 | Numéro tiers payant | *Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ* |
| Z 15 | Signe + montant total numéro de compte financier B | *Toujours 0* |
| Z 19 | Signe + montant total numéro de compte financier A | |
| Z 22 | Année facturée | |
| Z 23 | Mois facturé | |
| (☞7,15) Z 27 | Numéro BCE | *Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015* |
| Z 28 | Référence de l'établissement | |
| Z 31-34 | BIC – compte financier A | *Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009* |
| Z 36-41 | IBAN – compte financier A | *Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009* |
| Z 43a | BIC – compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 49-52 | IBAN – compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 98 | Chiffres de contrôle de l'envoi | |
| Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | |

# Facturation à 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 2e 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 10e 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 10e 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 : 1re partie de la facture sans application du droit au MAF (car le droit au MAF est communiqué après le 10e jour qui suit la fin de la période à facturer), 2e 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 (puisqu'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.

(☞ 6) **Annexe 20.1**

# FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES MEDECINS (e-fact)

| | **Enregistrement de type 10** | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| | Z 1 | Enregistrement de type 10 | *Valeur constante 10* |
| | Z 2 | Numéro d'ordre d'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| | Z 3 | Nombre de numéros de compte financier (code index) | *Valeur constante 0 (en cas de facturation par les médecins, un seul numéro de compte autorisé)* |
| | Z 4 | Version du fichier | *Valeur constante : 0001999*<br>*Pour les tests : 9991999* |
| | Z 5-6a | Numéro de compte financier A | *Toujours 0* |
| | Z 7 | Numéro d'envoi | *Obligation de compléter* |
| | Z 8a | Numéro de compte financier B | *Toujours 0* |
| | Z 9 | Code "suppression facture papier" | *Toujours 0* |
| | Z 10 | Code fichier de décompte | *Valeur 0* |
| | Z 13 | Contenu facturation | *Toujours valeur "040"* |
| (☞23) | Z 14 | Numéro tiers payant | *Numéro INAMI médecin ou groupement ou poste de garde* |
| | Z 15 | Numéro d'accréditation CIN | *Toujours 0* |
| | Z 22 | Année facturée | *Obligation de compléter* |
| | Z 23 | Mois facturé | *Obligation de compléter* |
| | Z 25-26 | Date de création | *Obligation de compléter* |
| (☞ 7) | Z 27 | Numéro BCE | *Obligation de compléter* |
| | Z 28 | Référence de l'établissement | *Facultatif* |
| | Z 31-34 | BIC – Compte financier A | *Obligation de compléter* |
| | Z 36-41 | IBAN – Compte financier A | *Obligation de compléter* |
| | Z 43a | BIC – Compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| | Z 49-52 | IBAN – Compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| | Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

| | **Enregistrement de type 20** | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| | Z 1 | Enregistrement de type 20 | *Valeur constante 20* |
| | Z 2 | Numéro d'ordre d'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| | Z 3 | Autorisation tiers payant | *0 ou 1* |
| | Z 4 | Heure d'admission | *Toujours 0* |
| | Z 5 | Date d'admission | *Toujours 0* |
| | Z 6a-6b | Date de sortie | *Toujours 0* |
| | Z 7 | Numéro de la mutualité d'affiliation | *Obligation de compléter* |
| | Z 8a-8b | Identification du bénéficiaire | *Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés* |
| | Z 9 | Sexe bénéficiaire | *Obligation de compléter* |
| | Z 10 | Type de facture | *3 (patient ambulant) ou 1 (patient hospitalisé)* |
| | Z 11 | Type de facturation | *Valeur normale= 0 ;*<br>*Peut éventuellement aussi être 1, 3 ou 4* |
| | Z 13 | Service 721 bis | *000 (si Z 10 = 3)*<br>*ou 002 (si Z 10 = 1)* |
| (☞23) | Z 14 | Numéro de l'établissement qui facture | *= ET 10 Z 14* |
| | Z 15 | Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne) | *0 (si Z 10 = 3)*<br>*ou numéro d'identification de l'établissement (si Z 10 = 1)* |
| | Z 16 | Code levée délai de prescription | *0 ou 1* |
| | Z 17 | Causes du traitement | *Obligation de compléter* |
| | Z 18 | Numéro de la mutualité de destination | *Obligation de compléter* |
| | Z 19 | Numéro d'admission | *Toujours 0* |
| | Z 20-21 | Date de l'accord traitement de rééducation | *Toujours 0* |
| | Z 22 | Heure de sortie | *Toujours 0* |
| | Z 24-25 | Numéro de la facture individuelle | *Propre numéro de suite structuré (pas le numéro de l'attestation de soins)* |
| | Z 26 | Application franchise sociale | *Toujours 0* |
| | Z 27 | Code titulaire 1 + 2 | *Obligation de compléter* |
| | Z 28 | Référence de l'établissement | *Facultatif* |
| | Z 29-31 | Numéro de la facture précédente | *Seulement si Z 11 ≠ 0* |
| | Z 32 | Flag identification bénéficiaire | *Toujours 1, sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés* |
| | Z 34-36 | Numéro de l'envoi précédent | *Seulement si Z 11 ≠ 0* |
| | Z 37 | Numéro de la mutualité de la facturation précédente | *Seulement si Z 11 ≠ 0* |
| | Z 38-39 | Référence mutualité numéro de compte financier A | *Seulement si Z 11 = 1, sinon des blancs* |
| | Z 41 | Année et mois précédemment facturés | *Seulement si Z 11 ≠ 0* |
| | Z 42-45 | Données de référence réseau | *Toujours 0* |
| | Z 47 | Date de facturation | *Facultatif* |
| | Z 49-51 | Référence mutualité numéro de compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| (☞23) | Z 53 | Date début période assurabilité | *Médecins généralistes : toujours 0 ;*<br>*Spécialistes : facultatif* |
| (☞23) | Z 54a-54b | Date fin période assurabilité | *Médecins généralistes : toujours 0;*<br>*Spécialistes : facultatif* |
| (☞23) | Z 55 | Date communication information | *Médecins généralistes : toujours 0;*<br>*Spécialistes : facultatif* |
| (☞23) | Z 56 | MAF année en cours | *Médecins généralistes : toujours 0;*<br>*Spécialistes : facultatif* |
| (☞23) | Z 57 | MAF année en cours -1 | *Médecins généralistes : toujours 0;*<br>*Spécialistes : facultatif* |
| (☞23) | Z 58 | MAF année en cours -2 | *Médecins généralistes : toujours 0;*<br>*Spécialistes : facultatif* |
| | Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

| | **Enregistrement de type 50** | | |
|---|---|---|---|
| | **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| | Z 1 | Enregistrement de type 50 | *Valeur constante 50* |
| | Z 2 | Numéro d'ordre de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| ☞23,29) | Z 3 | Norme prestation | *Méd. généralistes: 0 ou 5; Spécialistes: 1, 2, 5, 7 ou 9* |
| | Z 4 | (Pseudo-)code nomenclature | *Obligation de compléter* |
| | Z 5 | Date de première prestation effectuée | *Date de prestation* |
| | Z 6a-6b | Date de dernière prestation effectuée | *Date de prestation (=ET 50 Z 5)* |
| | Z 7 | Numéro mutualité d'affiliation | *Obligation de compléter* |
| | Z 8a-8b | Identification bénéficiaire | *Idem ET 20 Z 8a-8b* |
| | Z 9 | Sexe bénéficiaire | *Idem ET 20 Z 9* |
| | Z 10 | Accouchement | *Toujours 0* |
| | Z 11 | Référence numéro de compte financier | *Toujours 0* |
| | Z 12 | Nuit, week-end, jour férié | *Valeur 0, 1, 2 , 3 ou 4* |
| | Z 13 | Code service | *990 (si ET 20 Z 10 = 3) ou 002 (si ET 20 Z 10 = 1)* |
| | Z 14 | Lieu de prestation | *Normalement 0, mais le numéro d'identification d'un établissement (hôpital, …) est également possible (voir description de la zone)* |
| (☞ 32) | Z 15 | Identification du dispensateur | *Numéro INAMI du dispensateur, à moins qu'autre chose soit mentionné dans la description de la zone.* |
| (☞20,23) | Z 16 | Norme dispensateur | *Médecins gén. : 1, 4 ou 5 ; Spécialistes : 1, 3, 5 ou 9* |
| | Z 17-18 | Prestation relative | *Voir liste «prestation relative »* |
| | Z 19 | Intervention de l'assurance | *Montant de l'intervention* |
| | Z 20-21 | Date prescription | *Obligation de compléter si Z 24-25 ≠ 0* |
| | Z 22 | Nombre d'unités | *Normalement 1, mais peut également être > 1 (p.ex. frais de déplacement) (voir description de la zone)* |
| (☞ 36) | Z 23 | Dérogation nombre maximal ou prestation identique | *01, 02, 03, 04 ou 00* |
| | Z 24-25 | Identification prescripteur | *Voir liste « prescripteur »* |
| (☞ 23) | Z 26 | Norme prescripteur | *Médecins généralistes : 0, 1, 3, 4 ou 9 ; Spécialistes : toutes les valeurs possibles* |
| | Z 27 | Intervention personnelle patient | *Intervention personnelle réglementaire effectivement facturée* |
| | Z 28 | Référence établissement | *Facultatif* |
| (☞ 23) | Z 29 | Dent traitée | *Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif (voir description de la zone)* |
| | Z 30-31 | Supplément | *Montant qui est éventuellement facturé au patient en plus de l'intervention personnelle réglementaire* |
| (☞20,23) | Z 32 | Exception tiers-payant | *Médecins généralistes 0, 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 ou P ; Spécialistes : 0, 1, 2, 3, 5, 6, 8 ou P* |
| | Z 33 | Code facturation intervention personnelle ou supplément | *Valeur 0, 1 ou 2* |
| | Z 34 | Membre traité | *Valeur 0, 1 ou 2* |
| | Z 35 | Prestataire conventionné | *Valeur 0, 1, 2 ou 9* |
| | Z 36-37 | Heure de prestation | *Toujours 0* |
| | Z 38 | Identification administrateur du sang | *Toujours 0* |
| | Z 39-40 | Numéro attestation d'administration | *Toujours 0* |
| | Z 41-42 | Numéro bon de délivrance ou sac | *Toujours 0* |
| | Z 43 | Code implant | *Toujours 0* |
| | Z 44-45 | Libellé du produit | *Toujours des blancs* |
| (☞ 23) | Z 46 | Norme plafond | *Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : 0, 7 ou 8* |
| (☞43) | Z 47 | Valeur de base prestation | *Toujours 0* |
| | Z 48 | Transplantation | *Toujours 0* |
| (☞ 23) | Z 49 | Identification dispensateur auxiliaire | *Compléter si Z 16 = 4 ou 5, dans tous les autres cas 0* |
| | Z 51 | Site hospitalier | *Toujours 0* |
| | Z 52 | Identification association bassin de soins | *Toujours 0* |
| | Z 53-54a | Numéro de course | *Toujours 0* |
| | Z 55-56 | Code de notification implant | *Toujours 0* |
| (☞ 30) | Z 57-58-59 | Code d'enregistrement | *Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : voir description de la zone* |
| | Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

(☞ 6, 22) **Annexe 20.4**

| | | | |
|---|---|---|---|
| (☞23) | **Enregistrement de type 51 (facultatif) (seulement pour les médecins généralistes, pas pour les spécialistes)** | | |
| | **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| | Z 1 | Enregistrement de type 51 | *Valeur constante 51* |
| | Z 2 | Numero d'ordre de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| (☞ 7) | Z 4 | (Pseudo-)code nomenclature | *= ET 50 Z 4* |
| | Z 5 | Date de prestation | *= ET 50 Z 5* |
| | Z 8a-8b | Identification bénéficiaire | *= ET 20 Z 8a-8b* |
| | Z 15 | Identification du dispensateur | *= ET 50 Z 15* |
| (☞23) | Z 17-18 | Prestation relative | *Toujours 0* |
| | Z 19 | Signe + montant intervention de l'assurance | *= ET 50 Z 19* |
| | Z 27 | Code titulaire 1 + 2 | *= ET 20 Z 27* |
| (☞23) | Z 42-45 | Numéro d'agrément engagement de tarif | *Obligation de compléter* |
| | Z 55 | Date communication information | *Obligation de compléter* |
| | Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

| | **Enregistrement de type 52 (facultatif)** | | |
|---|---|---|---|
| | **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| | 1 | Enregistrement de type 52 | *Valeur constante 52* |
| | 2 | Numéro d'ordre de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| (☞ 27) | 3 | Raison encodage manuel | *Obligation de compléter lorsque Z 9 = 4* |
| | 4 | (Pseudo-)code nomenclature | *= ET 50 Z 4* |
| | 5 | Date de prestation | *= ET 50 Z 5* |
| (☞ 27) | 6 a | Date de lecture document identité | *Obligation de compléter, sauf lorsque Z 9 = 4 et Z 3 = 3* |
| | 6 b | | |
| | 8 a | Identification bénéficiaire | *= ET 20 Z 8a-8b* |
| | 8 b | | |
| | 9 | Type de saisie document identité | *Obligation de compléter* |
| | 10 | Type de support document identité | *Obligation de compléter* |
| (☞ 27) | 11 | Raison utilisation vignette | *Obligation de compléter lorsque Z 10 = 7* |
| (☞ 27) | 12 | Heure de lecture document identité | *Obligation de compléter, sauf lorsque Z 9 = 4 et Z 3 = 3* |
| | 13 | | |
| | 15 | Identification dispensateur | *= ET 50 Z 15* |
| (☞ 27) | 16 | Numéro de série du support | *Obligation de compléter, sauf lorsque Z 10 = 7, 8 ou 9* |
| | 17 | Numéro document justificatif | *Obligation de compléter* |
| (☞ 23) | 18 | N° unique appareil imagerie médicale | *Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : obligatoire pour certaines prestations (voir description de la zone)* |
| | 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

| **Enregistrement de type 80** | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Zone** | **Libéllé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| Z 1 | Enregistrement de type 80 | *Valeur constante 80* |
| Z 2 | Numéro d'ordre de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| Z 4 | Heure d'admission | *Toujours 0* |
| Z 5 | Date d'admission | *Toujours 0* |
| Z 6a-6b | Date de sortie | *Toujours 0* |
| Z 7 | Numéro de la mutualité d'affiliation | *= ET 20 Z 7* |
| Z 8a-8b | Identification bénéficiaire | *= ET 20 Z 8a-8b* |
| Z 9 | Sexe bénéficiaire | *= ET 20 Z 9* |
| Z 10 | Type de facture | *= ET 20 Z 10* |
| Z 13 | Service 721 bis | *= ET 20 Z 13* |
| Z 14 | Numéro de l'établissement qui facture | *= ET 20 Z 14* |
| Z 15 | Signe + montant numéro de compte financier B | *Toujours 0* |
| Z 17 | Causes du traitement | *= ET 20 Z 17* |
| Z 18 | Numéro de la mutualité de destination | *= ET 20 Z 18* |
| Z 19 | Signe + montant numéro de compte financier A | *Montant total de l'intervention pour le patient concerné* |
| Z 20-21 | Date de la facture | *Toujours 0* |
| Z 22 | Heure de sortie | *Toujours 0* |
| Z 24-25 | Numéro de la facture individuelle | *= ET 20 Z 24-25* |
| Z 27 | Signe + intervention personnelle patient | *Intervention personnelle totale pour le patient concerné* |
| Z 28 | Référence de l'établissement | *= ET 20 Z 28* |
| Z 30-31 | Signe + montant supplément | *Supplément total pour le patient concerné* |
| Z 32 | Flag identification bénéficiaire | *= ET 20 Z 32* |
| Z 38 | Signe + acompte numéro de compte financier A | *Toujours 0* |
| Z 98 | Chiffres de contrôle de la facture | *Obligation de compléter* |
| Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

| **Enregistrement de type 90** | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| Z 1 | Enregistrement de type 90 | *Valeur constante 90* |
| Z 2 | Numéro d'ordre de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| Z 5-6a | Numéro de compte financier A | *Toujours 0* |
| Z 7 | Numéro de l'envoi | *= ET 10 Z 7* |
| Z 8a | Numéro de compte financier B | *Toujours 0* |
| Z 14 | Numéro tiers payant | *= ET 10 Z 14* |
| Z 15 | Signe + montant total numéro de compte financier B | *Toujours 0* |
| Z 19 | Signe + montant total numéro de compte financier A | *Montant total de l'intervention pour tous les patients* |
| Z 22 | Année facturée | *= ET 10 Z 22* |
| Z 23 | Mois facturé | *= ET 10 Z 23* |
| (☞ 7) Z 27 | Numéro BCE | *= ET 10 Z 27* |
| Z 28 | Référence de l'établissement | *= ET 10 Z 28* |
| Z 31-34 | BIC – compte financier A | *= ET 10 Z 31-34* |
| Z 36-41 | IBAN – compte financier A | *= ET 10 Z 36-41* |
| Z 43a | BIC – compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 49-52 | IBAN – compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 98 | Chiffres de contrôle de l'envoi | *Obligation de compléter* |
| Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

(☞8) **Annexe 21.1**

# Facturation du transport urgent de malades

## 1. Base réglementaire : AR du 26/04/2009 (intervention de l'assurance) et AR du 07/04/1995 (tarifs)

## 2. Remplissage du fichier de facturation électronique

- Facturation dans l'enregistrement de type 50
- Z 4: pseudo-code
- Z 14: numéro du service ambulancier agréé
- Z 15: zéro
- Z 17-18: prestation relative qui indique combien de passagers ont été transportés en même temps :
  0081001: 1 passager
  0080500: 2 passagers
  0080334: 3 passagers
  0080253: 4 passagers
  0080205: 5 passagers
- Z 19: intervention AMI (50% du montant facturé)
- Z 22: nombre de km/nombre de paires d'électrodes utilisées
- Z 30-31: montant à charge du patient (différence entre le montant facturé et le montant de l'intervention).

## 3. Règles d'arrondi

- Montant facturé : montant 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.
- Montant de l'intervention (Z 19) : montant 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.

## 4. Exemple détaillé (prix au 1/1/2014)

Trois patients sont transportés dans la même ambulance sur une distance de 12 km.
Pour le troisième patient, une paire d'électrodes est utilisée.

Facture patient 1 et 2

Calcul de l'intervention

| | ntant facturé | ervention | plément |
|---|---|---|---|
| fait pour les 10 premiers km | 46 / 3 = 20.487 ≈ 20.49 € | 49 / 2 = 10.245 ≈ 10.25 € | 49 – 10.25 = 10,24 € |
| et 12e km | 4 x 2 = 12.28<br>28 / 3 = 4.093 ≈ 4.09 € | 9 / 2 = 2.045 ≈ 2.05 € | 9 – 2.05 = 2.04 € |

Remplissage des zones du fichier de facturation

| Z 4 (pseudo-code) | Z 19 (intervention AMI) | Z 22 (nombre d'unités) | Z 30-31 (supplément) |
|---|---|---|---|
| 784416 | 10.25 | 10 | 10.24 |
| 784431 | 2.05 | 2 | 2.04 |

Facture patient 3

Calcul de l'intervention

| | Montant facturé | Intervention | supplément |
|---|---|---|---|
| Forfait pour les 10 premiers km | 61.46 / 3 = 20.487 ≈ 20.49 € | 20.49 / 2 = 10.245 ≈ 10.25 € | 20.49 – 10.25 = 10,24 € |
| 11e et 12e km | 6.14 x 2 = 12.28<br>12.28 / 3 = 4.093 ≈ 4.09 € | 4.09 / 2 = 2.045 ≈ 2.05 € | 4.09 – 2.05 = 2.04 € |
| Forfait électrodes | 58,34 € | 58,34 / 2 ≈ 29,17 € | 58,34 - 29,17 = 29,17 € |

Remplissage des zones du fichier de facturation

| Z 4 (pseudo-code) | Z 19 (intervention AMI) | Z 22 (nombre d'unités) | Z 30-31 (supplément) |
|---|---|---|---|
| 784416 | 10.25 | 10 | 10.24 |
| 784431 | 2.05 | 2 | 2.04 |
| 784475 | 29,17 | 1 | 29,17 |

(☞ 14) **Annexe 22.1**

**Règles d'arrondi pour les prestations exécutées par des stagiaires à 75%, prestations de chirurgie à 50 % et aide opératoire à 10 %.**

## 1. Règles générales

Premièrement, l'honoraire réduit (75%, 50%, 10%) est calculé et arrondi selon les règles d'arrondi habituelles (arrondi vers le haut à partir de 5).

*Exemple: Prestation avec honoraire (à 100%) = 26,42 €*

*Honoraire à 75 % = 26,42 € * 0,75 = 19,815 ≈ 19,82 €*

Ensuite, sur base de l'honoraire réduit, l'intervention AMI et l'intervention personnelle sont calculées selon le pourcentage de ticket modérateur applicable.
L'intervention AMI est toujours arrondie vers le haut (round-up).
L'intervention personnelle est toujours arrondie vers le bas (round-down).

(☞23) Remarque : Il n'y a pas de ticket modérateur pour l'aide opératoire (10 %).

*Exemple (suite) :12% ticket modérateur*

*Intervention AMI = 19,82 € * 0,88 = 17,4416 ≈ 17,45 €*
*Intervention personnelle = 19,82 € - 17,45 € = 2,37 €*

Ticket modérateur plafonné :

*Exemple: Prestation avec honoraire (à 100%) = 66,53 €*
*Pourcentage ticket modérateur 15%, avec un plafond de 8,68 €*

*A 100%:*
(☞ 26) *Intervention AMI = 66,53 € * 0,85 = 56,5505 ≈ 56,56 €*
(☞ 26) *Intervention personnelle = 66,53 € - 56,56 € = 9,97 € → plafonnée à 8,68 €*
*→ intervention AMI devient donc: 66,53 € - 8,68 € = 57,85 €*

*A 50%:*
*Honoraire à 50% = 66.53 € * 0,50 = 33,265 ≈ 33,27 €*
*Intervention AMI = 33,27 € * 0,85 = 28,2795 ≈28,28 €*
*Intervention personnelle = 33,27 € - 28,28 € = 4,99 € (le plafond n'est pas atteint)* (*le montant du plafond n'est, donc, pas diminué de 50%*).

## 2. <u>Exceptions</u>: plusieurs calculs

a) <u>Aide opératoire lors d'une intervention de chirurgie à 50 %</u>

La facturation se déroule via 2 enregistrements séparés. Il y a, donc, de toute manière, un arrondi intermédiaire.

*<u>Exemple</u> : intervention chirurgicale avec honoraire (à 100%) = 797,57 €*
*(remboursement complet, pas d'intervention personnelle)*

*<u>1er enregistrement</u>: intervention chirurgicale à 50 %.*

*Honoraire à 50% (= intervention AMI)*
*= 797,57 € * 0,50 = 398,785 ≈ 398,79 €*

*<u>2e enregistrement</u>: aide opératoire lors de cette intervention chirurgicale à 50 %*

*Honoraire aide opératoire (= intervention AMI)*
*= 398,79 €* 0,10 = 39,897 ≈ 39,90 €*

b) <u>Intervention chirurgicale à 50 % exécutée par un stagiaire (75%)</u>

La facturation se déroule via 1 seul enregistrement, mais un arrondi intermédiaire est quand même fait (d'abord 50% et ensuite 75%).

*<u>Exemple</u>: Intervention chirurgicale avec honoraire (à 100%) = 797,57 €*
*(remboursement complet, pas d'intervention personnelle)*

*Honoraire à 50% (= intervention AMI)*
*= 797,57 € * 0,50 = 398,785 ≈ 398,79 €*

*Honoraire à 50% exécuté par le stagiaire (=intervention AMI)*
*= 398,79 € * 0,75 = 299,0925 ≈ 299,09 €*

# FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES DENTISTES (e-fac)

| **Enregistrement de type 10** | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| Z 1 | Enregistrement de type 10 | *Valeur constante 10* |
| Z 2 | Numéro d'ordre d'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| Z 3 | Nombre de numéros de compte financier (code index) | *Valeur constante 0 (un seul numéro de compte autorisé)* |
| Z 4 | Version du fichier | *Valeur constante : 0001999*<br>*Pour les tests : 9991999* |
| Z 5-6a | Numéro de compte financier A | *Toujours 0* |
| Z 7 | Numéro d'envoi | *Obligation de compléter* |
| Z 8a | Numéro de compte financier B | *Toujours 0* |
| Z 9 | Code "suppression facture papier" | *Toujours 0* |
| Z 10 | Code fichier de décompte | *Valeur 0* |
| Z 13 | Contenu facturation | *Toujours valeur "040"* |
| Z 14 | Numéro tiers payant | *Numéro INAMI du tiers facturant* |
| Z 15 | Numéro d'accréditation CIN | *Toujours 0* |
| Z 22 | Année facturée | *Obligation de compléter* |
| Z 23 | Mois facturé | *Obligation de compléter* |
| Z 25-26 | Date de création | *Obligation de compléter* |
| Z 27 | Numéro BCE | *Obligation de compléter* |
| Z 28 | Référence de l'établissement | *Facultatif* |
| Z 31-34 | BIC – Compte financier A | *Obligation de compléter* |
| Z 36-41 | IBAN – Compte financier A | *Obligation de compléter* |
| Z 43a | BIC – Compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 49-52 | IBAN – Compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

| **Enregistrement de type 20** | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| Z 1 | Enregistrement de type 20 | *Valeur constante 20* |
| Z 2 | Numéro d'ordre d'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| Z 3 | Autorisation tiers payant | *0 ou 1* |
| Z 4 | Heure d'admission | *Toujours 0* |
| Z 5 | Date d'admission | *Toujours 0* |
| Z 6a-6b | Date de sortie | *Toujours 0* |
| Z 7 | Numéro de la mutualité d'affiliation | *Obligation de compléter* |
| Z 8a-8b | Identification du bénéficiaire | *Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés* |
| Z 9 | Sexe bénéficiaire | *Obligation de compléter* |
| Z 10 | Type de facture | *3 (patient ambulant) ou 1 (patient hospitalisé)* |
| Z 11 | Type de facturation | *Valeur normale= 0 ;*<br>*Peut éventuellement aussi être 1, 3 ou 4* |
| Z 13 | Service 721 bis | *000 (si Z 10 = 3)*<br>*ou 002 (si Z 10 = 1)* |
| Z 14 | Numéro de l'établissement qui facture | *Numéro INAMI du tiers facturant*<br>*(= ET 10 Z 14)* |
| Z 15 | Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne) | *0 (si Z 10 = 3)*<br>*ou numéro d'identification de l'établissement (si Z 10 = 1)* |
| Z 16 | Code levée délai de prescription | *0 ou 1* |
| Z 17 | Causes du traitement | *Obligation de compléter* |
| Z 18 | Numéro de la mutualité de destination | *Obligation de compléter* |
| Z 19 | Numéro d'admission | *Toujours 0* |
| Z 20-21 | Date de l'accord traitement de rééducation | *Toujours 0* |
| Z 22 | Heure de sortie | *Toujours 0* |
| Z 24-25 | Numéro de la facture individuelle | *Propre numéro de suite structuré (pas le numéro de l'attestation de soins)* |
| Z 26 | Application franchise sociale | *Toujours 0* |
| Z 27 | Code titulaire 1 + 2 | *Obligation de compléter* |
| Z 28 | Référence de l'établissement | *Facultatif* |
| Z 29-31 | Numéro de la facture précédente | *Seulement si Z 11 ≠ 0* |
| Z 32 | Flag identification bénéficiaire | *Toujours 1, sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés* |
| Z 34-36 | Numéro de l'envoi précédent | *Seulement si Z 11 ≠ 0* |
| Z 37 | Numéro de la mutualité de la facturation précédente | *Seulement si Z 11 ≠ 0* |
| Z 38-39 | Référence mutualité numéro de compte financier A | *Seulement si Z 11 = 1, sinon des blancs* |
| Z 41 | Année et mois précédemment facturés | *Seulement si Z 11 ≠ 0* |
| Z 42-45 | Données de référence réseau | *Toujours 0* |
| Z 47 | Date de facturation | *Facultatif* |
| Z 49-51 | Référence mutualité numéro de compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 53 | Date début période assurabilité | *Toujours 0* |
| Z 54a-54b | Date fin période assurabilité | *Toujours 0* |
| Z 55 | Date communication information | *Toujours 0* |
| Z 56 | MAF année en cours | *Toujours 0* |
| Z 57 | MAF année en cours -1 | *Toujours 0* |
| Z 58 | MAF année en cours -2 | *Toujours 0* |
| Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

(☞ 22) **Annexe 23.3**

| | **Enregistrement de type 50** | | |
|---|---|---|---|
| | **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| | Z 1 | Enregistrement de type 50 | *Valeur constante 50* |
| | Z 2 | Numéro d'ordre de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| (☞ 34) | Z 3 | Norme prestation | *Valeur 0, 5 (uniquement possible pour les prestations de l'art.14, l)) ou 9 (uniquement pour les pseudo-codes des phases de fabrication des prothèses dentaires)* |
| | Z 4 | (Pseudo-)code nomenclature | *Obligation de compléter* |
| | Z 5 | Date de première prestation effectuée | *Date de prestation* |
| | Z 6a-6b | Date de dernière prestation effectuée | *Date de prestation (=ET 50 Z 5)* |
| | Z 7 | Numéro mutualité d'affiliation | *Obligation de compléter* |
| | Z 8a-8b | Identification bénéficiaire | *Idem ET 20 Z 8a-8b* |
| | Z 9 | Sexe bénéficiaire | *Idem ET 20 Z 9* |
| | Z 10 | Accouchement | *Toujours 0* |
| | Z 11 | Référence n° de compte financier | *Toujours 0* |
| | Z 12 | Nuit, week-end, jour férié | *Valeur 0, 1, 2 ou 3* |
| | Z 13 | Code service | *990 (si ET 20 Z 10 = 3) ou 002 (si ET 20 Z 10 = 1)* |
| | Z 14 | Lieu de prestation | *Normalement 0, mais le numéro d'identification d'un établissement (hôpital, …) est également possible (voir description de la zone)* |
| | Z 15 | Identification du dispensateur | *Numéro INAMI du dispensateur* |
| | Z 16 | Norme dispensateur | *Toujours 1* |
| | Z 17-18 | Prestation relative | *Voir liste «prestation relative »* |
| | Z 19 | Intervention de l'assurance | *Montant de l'intervention* |
| | Z 20-21 | Date prescription | *Obligation de compléter si Z 24-25 ≠ 0* |
| | Z 22 | Nombre d'unités | *Toujours 1* |
| (☞ 36) | Z 23 | Dérogation nombre maximal ou prestation identique | *01, 02, 03, 04 ou 00* |
| | Z 24-25 | Identification prescripteur | *Normalement 0,*<br>*<u>sauf</u> pour les radiographies reprises sur la liste « prescripteur » pour lesquelles prescripteur ≠ prestataire* |
| | Z 26 | Norme prescripteur | • *radiographies reprises sur la liste « prescripteur » :*<br>○ *1(ou9) lorsque prescripteur ≠ prestataire*<br>○ *3 lorsque prescripteur = prestataire*<br>• *Autres prestations : 0* |
| | Z 27 | Intervention personnelle patient | *Interv. personnelle réglementaire portée en compte* |
| | Z 28 | Référence établissement | *Facultatif* |
| | Z 29 | Dent traitée | *A compléter en fonction de la nomenclature : voir tarifs INAMI : prestations indiquées avec « NR/N° »* |
| (☞ 37) | Z 30-31 | Supplément | *Montant qui est éventuellement facturé au patient en plus de l'intervention personnelle réglementaire.*<br>*Dans le cas des ancrages mécaniques, substitut dentinaire bioactif ou traitement endodontique, en cas de score DETI classe B : montant total porté en compte.* |
| | Z 32 | Exception tiers-payant | *Valeur 0, 1, 3, 5, 6, 7, 8 ou P* |
| | Z 33 | Code fact. interv. pers. ou suppl. | *Valeur 0, 1 ou 2* |
| | Z 34 | Membre traité | *Toujours 0* |
| | Z 35 | Prestataire conventionné | *Valeur 1, 2 ou 9* |
| | Z 36-37 | Heure de prestation | *Toujours 0* |
| | Z 38 | Identification administrateur du sang | *Toujours 0* |
| | Z 39-40 | Numéro attestation d'administration | *Toujours 0* |
| | Z 41-42 | Numéro bon de délivrance ou sac | *Toujours 0* |
| | Z 43 | Code implant | *Toujours 0* |
| | Z 44-45 | Libellé du produit | *Toujours des blancs* |
| | Z 46 | Norme plafond | *Toujours 0* |
| (☞43) | Z 47 | Valeur de base prestation | *Toujours 0* |
| | Z 48 | Transplantation | *Toujours 0* |
| | Z 49 | Identification dispensateur auxiliaire | *Toujours 0* |
| | Z 51 | Site hospitalier | *Toujours 0* |
| | Z 52 | Ident. association bassin de soins | *Toujours 0* |
| | Z 53-54a | Numéro de course | *Toujours 0* |
| | Z 55-56 | Code de notification implant | *Toujours 0* |
| (☞30) | Z 57-58-59 | Code d'enregistrement | *Toujours 0* |
| | Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistr. | *Obligation de compléter* |

(☞ 22) **Annexe 23.4**

| | **Enregistrement de type 51 (facultatif)** | | |
|---|---|---|---|
| | **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| | Z 1 | Enregistrement de type 51 | *Valeur constante 51* |
| | Z 2 | Numéro d'ordre de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| | Z 4 | (Pseudo-)code nomenclature | *= ET 50 Z 4* |
| | Z 5 | Date de prestation | *= ET 50 Z 5* |
| | Z 8a-8b | Identification bénéficiaire | *= ET 20 Z 8a-8b* |
| | Z 15 | Identification du dispensateur | *= ET 50 Z 15* |
| (☞23) | Z 17-18 | Prestation relative | *= R 50 Z 17-18* |
| | Z 19 | Signe + montant intervention de l'assurance | *= ET 50 Z 19* |
| | Z 27 | Code titulaire 1 + 2 | *= ET 20 Z 27* |
| (☞23) | Z 42-45 | Numéro d'agrément engagement de tarif | *Obligation de compléter* |
| | Z 55 | Date communication information | *Obligation de compléter* |
| | Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

| | **Enregistrement de type 52 (facultatif)** | | |
|---|---|---|---|
| | **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| | 1 | Enregistrement de type 52 | *Valeur constante 52* |
| | 2 | Numéro d'ordre de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| (☞27) | 3 | Raison encodage manuel | *Obligation de compléter lorsque Z 9 = 4* |
| | 4 | (Pseudo-)code nomenclature | *= ET 50 Z 4* |
| | 5 | Date de prestation | *= ET 50 Z 5* |
| (☞27) | 6 a | Date de lecture document identité | *Obligation de compléter, sauf lorsque Z 9 = 4 et Z 3 = 3* |
| | 6 b | | |
| | 8 a | Identification bénéficiaire | *= ET 20 Z 8a-8b* |
| | 8 b | | |
| | 9 | Type de saisie document identité | *Obligation de compléter* |
| | 10 | Type de support document identité | *Obligation de compléter* |
| (☞27) | 11 | Raison utilisation vignette | *Obligation de compléter lorsque Z 10 = 7* |
| (☞27) | 12 | Heure de lecture document identité | *Obligation de compléter, sauf lorsque Z 9 = 4 et Z 3 = 3* |
| | 13 | | |
| | 15 | Identification dispensateur | *= ET 50 Z 15* |
| (☞27) | 16 | Numéro de série du support | *Obligation de compléter, sauf lorsque Z 10 = 7, 8 ou 9* |
| | 17 | Numéro document justificatif | *Obligation de compléter* |
| | 18 | N° unique appareil imagerie médicale | *Toujours 0* |
| | 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

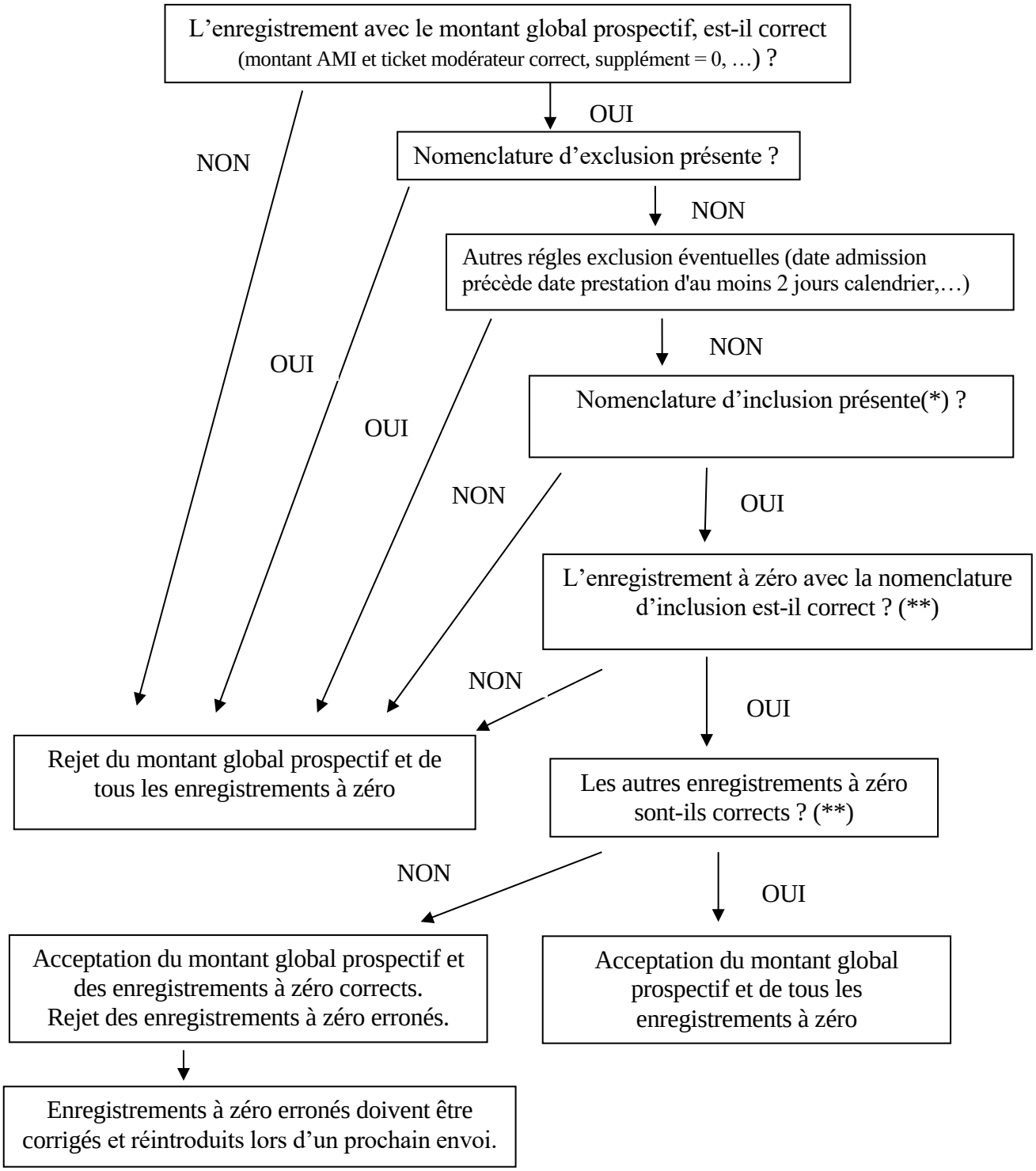
| **Enregistrement de type 80** | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Zone** | **Libéllé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| Z 1 | Enregistrement de type 80 | *Valeur constante 80* |
| Z 2 | Numéro d'ordre de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| Z 4 | Heure d'admission | *Toujours 0* |
| Z 5 | Date d'admission | *Toujours 0* |
| Z 6a-6b | Date de sortie | *Toujours 0* |
| Z 7 | Numéro de la mutualité d'affiliation | *= ET 20 Z 7* |
| Z 8a-8b | Identification bénéficiaire | *= ET 20 Z 8a-8b* |
| Z 9 | Sexe bénéficiaire | *= ET 20 Z 9* |
| Z 10 | Type de facture | *= ET 20 Z 10* |
| Z 13 | Service 721 bis | *= ET 20 Z 13* |
| Z 14 | Numéro de l'établissement qui facture | *= ET 20 Z 14* |
| Z 15 | Signe + montant numéro de compte financier B | *Toujours 0* |
| Z 17 | Causes du traitement | *= ET 20 Z 17* |
| Z 18 | Numéro de la mutualité de destination | *= ET 20 Z 18* |
| Z 19 | Signe + montant numéro de compte financier A | *Montant total de l'intervention pour le patient concerné* |
| Z 20-21 | Date de la facture | *Toujours 0* |
| Z 22 | Heure de sortie | *Toujours 0* |
| Z 24-25 | Numéro de la facture individuelle | *= ET 20 Z 24-25* |
| Z 27 | Signe + intervention personnelle patient | *Intervention personnelle totale pour le patient concerné* |
| Z 28 | Référence de l'établissement | *= ET 20 Z 28* |
| Z 30-31 | Signe + montant supplément | *Supplément total pour le patient concerné* |
| Z 32 | Flag identification bénéficiaire | *= ET 20 Z 32* |
| Z 38 | Signe + acompte numéro de compte financier A | *Toujours 0* |
| Z 98 | Chiffres de contrôle de la facture | *Obligation de compléter* |
| Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

| **Enregistrement de type 90** | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Zone** | **Libellé** | **Commentaire concernant le contenu** |
| Z 1 | Enregistrement de type 90 | *Valeur constante 90* |
| Z 2 | Numéro d'ordre de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |
| Z 5-6a | Numéro de compte financier A | *Toujours 0* |
| Z 7 | Numéro de l'envoi | *= ET 10 Z 7* |
| Z 8a | Numéro de compte financier B | *Toujours 0* |
| Z 14 | Numéro tiers payant | *= ET 10 Z 14* |
| Z 15 | Signe + montant total numéro de compte financier B | *Toujours 0* |
| Z 19 | Signe + montant total numéro de compte financier A | *Montant total de l'intervention pour tous les patients* |
| Z 22 | Année facturée | *= ET 10 Z 22* |
| Z 23 | Mois facturé | *= ET 10 Z 23* |
| Z 27 | Numéro BCE | *= ET 10 Z 27* |
| Z 28 | Référence de l'établissement | *= ET 10 Z 28* |
| Z 31-34 | BIC – compte financier A | *= ET 10 Z 31-34* |
| Z 36-41 | IBAN – compte financier A | *= ET 10 Z 36-41* |
| Z 43a | BIC – compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 49-52 | IBAN – compte financier B | *Toujours remplies par des blancs* |
| Z 98 | Chiffres de contrôle de l'envoi | *Obligation de compléter* |
| Z 99 | Chiffres de contrôle de l'enregistrement | *Obligation de compléter* |

## SOINS A BASSE VARIABILITE

### 1. Contrôles et rejets

Lorsqu'un pseudo-code « montant global prospectif » est facturé, l'OA fait consécutivement les contrôles suivants:




(*) *Exception : Ce contrôle n'est pas exécuté sur les 1ères factures partielles (ET 20 Z 11 = 6) d'un séjour avec clôture trimestrielle ou annuelle (à cheval sur 2 périodes de clôture). Le contrôle est exécuté lorsque la dernière facture relative au séjour (ET 20 Z 11 = 7) a été reçue par l'OA.*

(**) *L'OA effectue tous les contrôles classiques sur les enregistrements à zéro, aussi bien les règles de facturation (prestation relative,…) que les règles de la nomenclature (maxima, interdiction de cumul,…).*
*Les enregistrements à zéro sont, donc, pris en compte pour les maxima, cumul,…*
*Exemples:*

- *Prestation pour laquelle une prestation relative est exigée et celle-ci manque → rejet de l'enregistrement à zéro → l'hôpital doit réintroduire correctement l'enregistrement à zéro*
- *Prestation pour laquelle le nombre maximal est dépassé → rejet de l'enregistrement à zéro → la prestation n'est pas remboursable et ne peut, donc, pas être réintroduite*

## 2. Clôture annuelle (et éventuellement trimestrielle)

L'art. 11 du règlement du 28 juillet 2003 prévoit ce qui suit :
*Quel que soit le nombre de journées d'entretien :*

*a) une note d'hospitalisation partielle et un note d'honoraires doivent en tout cas être établies au 31 décembre de chaque année;*

*b) une note d'hospitalisation partielle ou un note d'honoraires peuvent exceptionnellement être établies chaque 31 mars, 30 juin et 30 septembre.*

Pour certains séjours « soins basse variabilité », il est, donc, possible que (une partie) des enregistrements à 0 et le montant global prospectif ne soient pas sur la même facture. Cela est problématique pour les OA pour pouvoir effectuer les contrôles nécessaires, comme prévu dans le schéma de l'annexe 24.1.
Afin d'être en mesure de répondre à la fois aux règles de clôture, de facturation et de permettre aux OA d'effectuer leurs contrôles, trois méthodes de facturation peuvent être appliquée dans ce cas :

**Exemple de séjour :**
- Séjour du 29 décembre 2019 au 3 janvier 2020 inclus.
- Code nomenclature d'inclusion avec date de prestation = 2 janvier 2020.
- Séjour défini comme séjour « soins à basse variabilité », le 3 janvier 2020 (toutes les conditions d'inclusion sont remplies et pas d'exclusion).

**1ère méthode :** L'hôpital facture normalement (hors SBV(*)) jusqu'à ce qu'il dispose de toutes les conditions d'inclusion pour le séjour.

(1) Une facture partielle (tarification normale hors SBV) est envoyée sur le fichier de facturation du mois facturé décembre 2019 (ET 10 Z 22-23 = déc 2019) avec ET 20 Z 11 (type facturation) = 0 et avec ET 80 Z 20-21 (date de la facture) ≤ 31/12/2019.

(2) *Après la date de sortie (3 janvier 2020), le séjour est défini comme séjour « soins à basse variabilité ».*

(3) Une note de crédit est établie (ET 20 Z 11 = 3) pour créditer la 1er facture (tarification hors SBV) envoyée dans le fichier de facturation précédent.

(4) Refacturation :

(a) Soit une seule nouvelle facture (tarification SBV) est envoyée sur le fichier de facturation du mois facturé janvier 2020 ((ET 10 Z 22-23 = jan 2020) ==> Facture (ET20-80) avec ET 20 Z 11 (type facturation) = 0 OU 1 et avec ET 80 Z 20-21 (date de la facture) ≤ 3/1/2020.

Cette facture contient :
- l'enregistrement 50 avec le montant global prospectif (date de prestation = 29/12/2019) ;
- les enregistrements de type 50 à 0 € ( Zone 54b = 1) avec date de prestation du 29/12/2019 au 31/12/2019 inclus ;
- les enregistrements 30 (journées d'entretien), 40 (médicaments) et 50 (produits/prestations hors SBV) avec date de prestation du 29/12/2019 au 31/12/2019 inclus ;
- les enregistrements de type 50 à 0 € ( Zone 54b = 1) avec date de prestation du 1/1/2020 au 3/1/2020 inclus.
- les enregistrements 30 (journées d'entretien), 40 (médicaments) et 50 (produits/prestations hors SBV) avec date de prestation du 1/1/2020 au 3/1/2020 inclus.

*Attention : Si une clôture doit avoir lieu au cours de la période (date début – date fin) de séjour, il y a lieu de scinder les enregistrements (séries de prestations facturées via 1 record, intervention forfaitaire pour une période déterminée, journées d'entretien) à la date de clôture. La date de début de la deuxième période doit être égale à la date suivant la date de fin de la première période.*

*(*) SBV = Soins à basse variabilité*

(☞ 42) (b) Soit deux nouvelles factures (tarification SBV) sont envoyées sur le fichier de facturation du mois facturé janvier 2020 ((ET 10 Z 22-23 = jan 2020) :

- Une facture (ET20-80) avec ET 20 Z 11 (type facturation) = 6 et avec ET 80 Z 20-21 (date de la facture) ≤ 3/1/2020.
  Cette facture contient :
  - l'enregistrement 50 avec le montant global prospectif (date de prestation = 29/12/2019)
  - les enregistrements de type 50 à 0 € ( Zone 54b = 1) avec date de prestation du 29/12/2019 au 31/12/2019 inclus
  - les enregistrements 30 (journées d'entretien), 40 (médicaments) et 50 (produits/prestations hors SBV) avec date de prestation du 29/12/2019 au 31/12/2019 inclus.
- Une facture (ET20-80) avec ET 20 Z 11 (type facturation) = 7 et avec ET 80 Z 20-21 (date de la facture) ≤ 3/1/2020.
  Cette facture contient :
  - les enregistrements 30 (journées d'entretien), 40 (médicaments) et 50 (produits/prestations hors SBV) avec date de prestation du 1/1/2020 au 3/1/2020 inclus (et d'éventuels médicaments et prestations résiduels de 2019).
  - les enregistrements 50 à 0 € (Zone 54b = 1) avec date de prestation du 1/1/2020 au 3/1/2020 inclus.

**2e méthode :** L'hôpital facture d'abord toutes les prestations hors SBV (médicaments, journées,…) de décembre. Le reste de la facturation est mise en attente jusqu'à ce que l'hôpital puisse définir s'il s'agit ou non d'un séjour soins à basse variabilité.

(1) Une facture partielle (tarification hors SBV) est envoyée sur le fichier de facturation du mois facturé décembre 2019 (ET 10 Z 22-23 = déc 2019) avec ET 20 Z 11 (type facturation) = 0 et avec ET 80 Z 20-21 (date de la facture) ≤ 31/12/2019.

Cette facture contient :

- les enregistrements 30 (journées d'entretien), 40 (médicaments) et 50 (produits/prestations hors SBV) avec date de prestation du 29/12/2019 au 31/12/2019 inclus.

(2) *Après la date de sortie (3 janvier 2020), le séjour est défini comme séjour « soins à basse variabilité ».*

(3) Une seule 2e facture est envoyée sur le fichier de facturation du mois facturé janvier 2020 (ET 10 Z 22-23 = jan 2020) avec ET 20 Z 11 (type facturation) = 0 OU 2 et avec ET 80 Z 20-21 (date de la facture) ≥ 1/1/2020.

Cette facture contient :

- l'enregistrement 50 avec le montant global prospectif (date de prestation = 29/12/2019) ;
- les enregistrements 50 à 0 € (Zone 54b = 1) avec date de prestation du 29/12/2019 au 3/1/2020 inclus ;
- les enregistrements 30 (journées d'entretien), 40 (médicaments) et 50 (produits/prestations hors SBV) avec date de prestation du 1/1/2020 au 3/1/2020 inclus.

*Attention : Si une clôture doit avoir lieu au cours de la période (date début – date fin) de séjour, il y a lieu de scinder les enregistrements (séries de prestations facturées via 1 record, intervention forfaitaire pour une période déterminée, journées d'entretien) à la date de clôture. La date de début de la deuxième période doit être égale à la date suivant la date de fin de la première période.*

**<u>3e méthode :</u>** L'hôpital facture déjà comme s'il s'agissait d'un séjour avec soins à basse variabilité même s'il ne dispose pas encore de toutes les conditions d'inclusion.
Cela suppose l'envoi de 2 factures partielles (une facture avec date de prestation du 29/12/2019 au 31/12/2019 ET une facture avec date de prestation du 1/1/2020 au 3/1/2020 inclus).

*Pour que les OA puissent détecter ces factures partielles (qui doivent être, ensuite, mises en concordance pour effectuer les contrôles), 2 nouvelles valeurs sont utilisées dans l'ET 20 Z 11 (type facturation) à savoir les valeurs 6 et 7.*
*Ces nouvelles valeurs 6 et 7(**) ne sont utilisées que pour les séjours « soins à basse variabilité » qui doivent être scindés suite à une clôture trimestrielle ou annuelle.*

(1) <u>Une facture partielle</u> (tarification SBV) est envoyée sur le fichier de facturation du mois facturé décembre 2019 (ET 10 Z 22-23 = déc 2019) avec ET 20 Z 11 (type facturation) = 6 et avec ET 80 Z 20-21 (date de la facture) ≤ 31/12/2019.

Cette facture contient :
- l'enregistrement 50 avec le montant global prospectif (date de prestation = 29/12/2019)
- les enregistrements 50 à 0 € (Zone 54b = 1) avec date de prestation du 29/12/2019 au 31/12/2019 inclus
- les enregistrements 30 (journées d'entretien), 40 (médicaments) et 50 (produits/prestations hors SBV) avec date de prestation du 29/12/2019 au 31/12/2019.

(2) Après la date de sortie (3 janvier 2020), le séjour est défini comme séjour « soins à basse variabilité ».

(3) <u>Une seconde facture partielle (la dernière)</u> est envoyée sur le fichier de facturation du mois facturé janvier 2020 (ET 10 Z 22-23 = jan 2020) avec ET 20 Z 11 (type facturation) = 7 et avec ET 80 Z 20-21 (date de la facture) ≥ 1/1/2020.

Cette facture contient :
- les enregistrements 30 (journées d'entretien), 40 (médicaments) et 50 (produits/prestations hors SBV) avec date de prestation du 1/1/2020 au 3/1/2020 inclus.
- les enregistrements 50 à 0 € ( Zone 54b = 1) avec date de prestation du 1/1/2020 au 3/1/2020 inclus.

*<u>Attention</u>, cette solution suppose que les OA <u>acceptent et paient</u> la 1er facture partielle du fichier du mois facturé décembre 2019 (ET 10 Z 22-23 = déc 2019) sans exécuter le contrôle sur la présence de la nomenclature d'inclusion du schéma de contrôle. Ce contrôle ne pourra être effectué par les OA qu'après la fin du séjour lorsqu'ils auront reçu la dernière facture (type 7) dans le fichier de facturation du mois facturé janvier 2020 (ET 10 Z 22-23 = jan 2020).*

(4) <u>Par contre,</u> dans le scénario où l'hôpital constaterait après la sortie du patient que tous les conditions d'inclusion ne sont pas remplies (absence de la nomenclature d'inclusion) OU qu'un critère d'exclusion est rempli, <u>alors l'hôpital doit créditer la facture partielle</u> déjà envoyée dans le fichier de facturation précédent et <u>refacturera normalement (hors SBV)</u> .

(**) Valeur 6 = facture originale partielle pour séjour « soins à basse variabilité » avec clôture trimestrielle ou annuelle (1 ou plusieurs autres factures partielles de type 6 ou la dernière facture du séjour de type 7 suivront)
Valeur 7 = dernière facture du séjour « soins à basse variabilité » avec clôture trimestrielle ou annuelle (il s'agit de la dernière facture qui suit la(es) facture(s) partielle(s) de type 6)

## 3. Modalités de test pour fin 2018

### 3.1. Participation

Lors de la Commission informatique du 14 juin 2018 :

1) Les bureaux de logiciels de facturation hospitalier suivants se sont engagés à participer aux tests : IBM, Infohos, Xperthis, Medsoc.
2) Les hôpitaux suivants se sont engagés à participer aux tests : UZ Leuven, ASZ Aalst, AZ Groeninge, AZ Sint-Jan, Jessa Ziekenhuis, AZ Imelda, Clinique A Renard, UCL, Chirec (GIBBIS), CHU Liège, ZNA, UZ Gent, CHU Saint-Pierre, Hôpitaux Iris Sud.
3) Les OA 100, 300, 500, 600 et 900 se sont engagés à participer aux tests.

### 3.2. Organisation

Quand ?
De novembre 2018 à janvier 2019.
Les participants se sont tous engagés à faire des tests à partir de décembre 2018 (selon uses cases 2 ci-dessous).
L'OA 100 pourra déjà recevoir des fichiers tests avec le use cas simplifié (1seul groupe de patient) ci-dessous à partir de novembre 2018.

(☞ 42) Procédure

OA 100

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Zone 107 | Zone 202 | Zone 304 | Environnement | ET 10 Z 4 |
| TFAC | 92 | 9991999 | Environnement de production | 9991999 |

Autres OA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Zone 107 | Zone 202 | Zone 304 | Environnement | ET 10 Z 4 |
| TFAC | 92 | 9991999 | Environnement test/pilote | 9991999 |

### 3.3. Uses Cases

Définition de 2 types de « uses cases » :
- « use case » simplifié (un groupe de patient uniquement) pour les tests de novembre 2018
- « uses cases » étendus pour les tests de décembre 2018 et janvier 2019.

Les tests seront organisés sur la base de données tests relatives aux séjours 2017-2018.

**(a) Use case novembre 2018 (limité à un seul groupe de patient)**

Envoi avec données tests d'un séjour d'un patient non BIM et qui répond aux critères suivants :

- ✓ Durée : maximum 1 mois.
- ✓ APR-DRG (All Patient Refined Diagnosis Related Groups) du séjour : 301
  Niveau de sévérité : niveau 1
- ✓ Pseudo-code montant global prospectif : 798700
  - Groupe 1 *[Groupe des patients ayant bénéficié d'une prothèse de hanche, en hospitalisation classique, de sévérité 1. Exclusion des reprises, fractures et infections de prothèses]*
  - Nomenclature d'inclusion : 289074-289085, 289030-289041, 289052-289063
  - Nomenclature d'exclusion : 293436-293440, 279016-279020, 290194-290205, 290253-290264, 290275-290286, 279053-279064, 293451-293462, 279031-279042
  - Autre exclusion : exclusion de séjours avec l'intervention principale bilatérale
  - Montant intervention AMI : 1566,96 €
  - Montant ticket modérateur : 59 €
  - Montant global prospectif : 1625,96 € (1566,96 + 59)

Appliquer les nouvelles instructions de facturation publiées et l'envoyer dans un envoi test.

**(b) Uses cases » tests décembre 2018 à janvier 2019**

(b1) Use case 1 (facturation d'un envoi complet)

Envoi avec données tests d'un mois facturé janvier (ET 10 Z 22-23 = 20xx01) et y appliquer les nouvelles instructions de facturation publiées.

Cela peut être :
- une sélection de séjours tests relevants
- une sélection de séjours tests qui auraient été acceptés dans les données des séjours relatifs aux années 2017-2018.

(b2) Use case 2 (clôture)

Envoi(s) avec données tests d'un mois facturé décembre 2017/ janvier 2018 (ET 10 Z 22-23 = 20xxxx) dans lesquel(s) la méthode de facturation (décrite dans l'annexe 24.2) qui sera utilisée, est appliquée.

(b3) Use case 3 (note de crédit)

Envoi avec données tests d'un mois facturé février (ET 10 Z 22-23 = 20xx02) dans lequel :
- 25 factures de patients différents tarifées en séjour soins à basse variabilité relatifs au mois de janvier 20xx sont créditées et refacturées normalement.
- 25 factures différentes tarifées en séjour soins à basse variabilité relatifs au mois de janvier 20xx changent de groupe de patient. Donc, des notes de crédit sont établies et le montant global prospectif + les prestations à 0 € (ET 50 Z 54b = 1) correct sont refacturés.

(b4) Use case 4 (envoi avec erreurs et corrections)

Envoi avec données tests d'un mois facturé janvier (ET 10 Z 22-23 = 20xx01).
Pour chaque partie du schéma de contrôle de l'annexe 24.1, introduire au minimum une erreur relative à chaque contrôle, soit :
- Une facture avec une erreur dans l'enregistrement avec le montant global prospectif (montant, …)
- Une facture dans laquelle le montant global prospectif est facturé avec en même temps un enregistrement (Z54b = 1) qui reprend une code nomenclature d'exclusion
- Une facture dans laquelle le montant global prospectif est facturé mais avec une erreur relative aux autres règles d'exclusions *(date admission précède date prestation d'au moins 2 jours calendrier pour APR-DRG 560, exclusion de séjours avec l'intervention principale bilatérale par exemple pour APR-DRG 026, 301, 302).*
- Une facture dans laquelle le montant global prospectif est facturé mais où il manque un des codes nomenclature d'inclusion.
- Une facture avec une erreur de tarification (m*axima, interdiction de cumul, prestation relative,…)* dans le(s) enregistrement(s) (ET 50 Z 54b = 1) avec le(s) code(s) nomenclature d'inclusion.
- Une facture avec une erreur de tarification (m*axima, interdiction de cumul, prestation relative,…)* sur un ou plusieurs enregistrements à 0 € (ET 50 Z 54b = 1) sans inclusion.

Nouvelle envoi avec données tests d'un mois facturé (suivant le précédent) février 20xx (ET 10 Z 22-23 = 20xx02) dans lequel les erreurs de l'envoi précédent sont corrigées et refacturées.

### 3.4. Les résultats des tests

Les résultats (aussi bien des hôpitaux que des OA) des tests seront communiqués par chaque participant à la Commission Informatique 3 semaines après l'envoi des tests de facturation à l'OA . Ces résultats seront examinés lors de la Commission informatique de décembre 2018 et janvier 2019. Un groupe de travail spécifique sera éventuellement organisé en fonction du déroulement des tests pour les examiner et résoudre d'éventuels problèmes techniques.

**RUBRIQUE :** ENREGISTREMENT DE TYPE 10

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 1

Ce code définit la nature de l'enregistrement.

Cette zone reste valable pour tous les types d'enregistrement.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 10 | Début d'envoi |
| | 20 | Début facture |
| | 30 | Journées d'entretien |
| | 40 | Produits pharmaceutiques |
| | 50 | Prestations ou fournitures |
| (☞ 6, 23) | 51 | Données engagement de tarif (e-fac) |
| (☞ 13) | 52 | Lecture document d'identité électronique |
| | 80 | Fin facture |
| | 90 | Fin envoi |

**RUBRIQUE :** NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT:** 6 N - 3

Ce numéro d'ordre doit permettre de numéroter les enregistrements pour faciliter l'identification de chaque enregistrement individuel.

Cette zone reste valable pour tous les types d'enregistrement.

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)

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 9

Ce code est déterminant pour le nombre de comptes financiers auxquels les paiements doivent être effectués.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 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. |
| (☞44) | 2 | Valeur réservée (réforme de l'état). |
| (☞44) | 3 | Valeur réservée (réforme de l'état). |

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 FICHIER

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N - 10

Cette zone sert à identifier la version utilisée et s'il s'agit d'un test ou non.

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".

Les republications des instructions « Edition 2006 » et « Edition 2013 » ne modifient pas le remplissage de cette zone. La version reste « 1999 ».

**RUBRIQUE :** NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 17

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.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE L'ENVOI

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 33

(☞20) Ce numéro est attribué par l'établissement/le dispensateur qui facture.

(☞20) Le numéro doit être unique par numéro tiers payant et différent de zéro.

La numérotation peut être recommencée au début d'une nouvelle année facturée.

(☞20) En cas de facturation via support magnétique (accompagnée de facturation papier), 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.

(☞20) En cas de facturation via MyCarenet, ce numéro doit être repris dans la zone 301 du segment 300 (bordereau).

**RUBRIQUE :** NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 36

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.

**RUBRIQUE :** CODE "SUPPRESSION FACTURE PAPIER"

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 49

A partir du mois facturé janvier 2010, cette zone est obligatoirement égale à zéro.

**RUBRIQUE :** CODE FICHIER DE DECOMPTE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 50

A partir du mois facturé janvier 2010, cette zone est obligatoirement égale à zéro.

**RUBRIQUE :** CONTENU DE LA FACTURATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3N - 53

Dans cette zone, il est précisé sur quelle base une dérogation au nombre maximum de fichiers de facturation par mois est accordée.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 000 | aucune dérogation au nombre mensuel prévu |
| | 010 | facturation supplémentaire exceptionnelle pour le mois |
| | 020 | dérogation systématique autorisée par le CIN |
| (☞ 3) | 030 | fichier supplémentaire de correction |
| (☞ 6, 23) | 040 | exception e-fac (seulement pour (groupements ou postes de garde de) médecins et dentistes) |
| (☞ 36) | 050 | exception pour (groupements) sages-femmes |

(☞ 3) Le fichier supplémentaire de correction ne peut comporter que des factures avec type de facturation (ET 20 zone 11) = 1, 3 ou 4.

**RUBRIQUE :** NUMERO TIERS PAYANT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 56

(☞35) C'est le numéro de l'établissement ou du dispensateur de soins qui effectue la facturation.

* 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;

(☞35) * 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 il s'agit du numéro tiers payant attribué par le Service des soins de santé.
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.

(☞35) * 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., et que la facturation s'effectue via MyCarenet alors le numéro d'identification I.N.A.M.I. du dispensateur individuel est rempli dans cette zone et un mandat doit exister entre le dispensateur de soins individuel (le mandant) et son mandataire ( une personne ou une organisation, ex : le responsable du groupement) qui enverra la facturation au nom de celui-ci. Les principes et modalités pratiques relatives à l'utilisation des mandats sont disponibles sur le site de la plateforme e-Health : https://www.ehealth.fgov.be/fr/%252Fesante/mandats

(☞35) * s'il s'agit d'un groupement de praticiens de l'art infirmier alors il s'agit du numéro tiers payant attribué par le Service des soins de santé.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 68

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.

**RUBRIQUE :** ANNEE FACTUREE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 5 N 0AAAA - 108

Le numéro de l'année.

**RUBRIQUE :** MOIS FACTURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N MM - 113

Dans cette zone, on mentionne le mois durant lequel la plupart des prestations, qui figurent dans cette facture, sont effectuées. Ce mois peut être différent du mois durant lequel la facture a été établie.

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.

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.

**RUBRIQUE :** DATE DE CREATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 120

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.

La date de création ne peut être postérieure à la date du jour.

**RUBRIQUE :** NUMERO BCE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 10 N - 128

(☞35) Le numéro BCE de l'entité qui perçoit les montants facturés doit être mentionné dans cette zone.

Cette zone peut (facultatif) être remplie à partir du mois facturé juillet 2014.

A partir du mois facturé janvier 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par les hôpitaux, les laboratoires, les praticiens de l'art infirmier et les médecins généralistes.
(☞14) A partir du mois facturé mars 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par les centres de rééducation faisant partie d'un hôpital.
(☞15) A partir du mois facturé juillet 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par tous les tiers qui facturent.
(☞12) Période transitoire : les groupements de dispensateurs en « Association de fait » et les
(☞13) dispensateurs de soins étrangers exerçant des activités en Belgique sans s'établir en Belgique ne disposent pas encore de numéro BCE et doivent provisoirement mentionner le pseudo-numéro BCE fictif 0999.999.922 dans cette zone.

(☞10) Ce numéro BCE est composé de 10 chiffres et a la structure suivante :

ZNNNNNNNCC avec:

Z = 0 ou 1

NNNNNNN = 7 chiffres de 0 à 9

CC = check-digit (= 97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 8 premiers chiffres du numéro BCE et le diviseur est égal à 97).

**RUBRIQUE :** REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 25 A - 138

Le contenu de cette zone est réservé pour l'établissement qui facture.

Voir remarque générale relative à la description des zones (dernier alinéa du point 2.a. de l'annexe 7).

**RUBRIQUE :** BIC - COMPTE FINANCIER A

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 11 A - 167

(☞35) Il s'agit du BIC du compte financier de l'entité perceptrice (dont le numéro BCE est mentionné dans l'enregistrement 10 zone 27) à laquelle le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

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).

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 >>.

A partir du mois facturé janvier 2011, il possible d'utiliser un numéro de compte étranger.

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.

**RUBRIQUE :** IBAN - COMPTE FINANCIER A

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 34 A – 179

(☞35) Il s'agit de l'IBAN du compte financier de l'entité perceptrice (dont le numéro BCE est mentionné dans l'enregistrement 10 zone 27) à laquelle le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

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.
A partir du mois facturé janvier 2011, il possible d'utiliser un numéro de compte étranger.

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.

<u>IBAN check digits control</u>
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

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.

**RUBRIQUE :** BIC - COMPTE FINANCIER B

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 11 A - 219

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.
Si la zone n’est pas remplie, elle doit être remplie par des blancs.

Voir également ET 10 Z 31-32-33-34.

**RUBRIQUE :** IBAN - COMPTE FINANCIER B

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 34 A - 271

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.
Si la zone n'est pas remplie, elle doit être remplie par des blancs.

Voir également ET 10 Z 36-37-38-39-40-41.

**RUBRIQUE :** CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 349

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

**RUBRIQUE :** NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

**RUBRIQUE :** AUTORISATION TIERS PAYANT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 9

(☞7,23) - S'il s'agit d'une exception à l'interdiction du régime tiers payant reçue par (My)CareNet
(☞13) (zone 316 du message 801900), 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,

(☞7,13,23) * la valeur 0 peut être indiquée dans la zone 32 de l'enregistrement de type 50 sauf dans le cas de e-fac médecins généralistes et dentistes;
* aucun document justificatif à l'exception ne doit être joint à la facture papier.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| (☞7,13,23) | 0 | Pas d'exception reçue par (My)CareNet (zone 316 du message 801900). |
| (☞7,13,23) | 1 | Exception reçue par (My)CareNet (zone 316 du message 801900 |

**RUBRIQUE :** HEURE D'ADMISSION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N 000HHMM - 10

'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).

- 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 17

En cas de facture d'hospitalisation, cette date figure sur l'engagement de paiement (721 bis).

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.

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.

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.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 25

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.

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.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 33

Voir le répertoire des Unions nationales et des mutualités de Belgique, Bruxelles, INAMI
ou l'aperçu sur le site web de l'INAMI
(☞ 14) (http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/autres/mutualites/Pages/contactez-mutualites.aspx)

| | | |
|---|---|---|
| | OA100 | Mutualité dont le bénéficiaire est membre |
| | OA200 | Toujours égale à « 000 » |
| | OA300 | Mutualité dont le bénéficiaire est membre |
| (☞ 11) | OA400 | Mutualité dont le bénéficiaire est membre |
| | OA500 | Toujours égale à « 000 » |
| | OA600 | Mutualité dont le bénéficiaire est membre |
| | OA900 | Numéro de Centre Médical Régional (*) |

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.

(*) 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 13 A - 36

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

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.

(☞ 36) Pour les bénéficiaires âgés de moins de 3 mois ou les personnes qui bénéficient de l'assurance obligatoire soins de santé sur base d'une carte européenne d'assurance maladie ou d'un formulaire S2, aucun enregistrement de type 52 (données vérification identité) ne doit être mentionné.
Ces bénéficiaires peuvent être identifiés sur base du numéro d'identification mentionné dans cette zone.

**RUBRIQUE :** SEXE BENEFICIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 49

Le sexe de la personne identifiée dans la zone 8 de l'enregistrement de type 20, est mentionné dans cette zone.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 1 | Homme |
| 2 | Femme |

## **RUBRIQUE :** TYPE DE FACTURE

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 50

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.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| (☞ 24) | 1 | Facture individuelle hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour, salle de plâtre, 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 et 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. |
| (☞ 24,31) | 9 | Facture individuelle hôpital chirurgical de jour, forfait - salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou 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.

Dialyse rénale

(☞24) La dialyse à domicile ou dans un centre (jusqu'au 31/7/2016 inclus : pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761526, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; à partir du 1/8/2016 : pseudo-codes repris dans la convention) peut être facturée avec le type de facture 9 à condition que le code service (ET 30 Z 13) est égal à 750. Si le code service est égal à 990, le type de facture doit être 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.

Attention : Les prestations R30-R60 (voir ET 50 Z 4 S2) et les défibrillateurs cardiaques implantables (voir ET 50 Z 4 S 6) 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.

(☞29) Les forfaits dans le cadre de la convention diabète (enfants) (voir ET 50 Z 4 S 3) doivent également être facturés sous le type de facture 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., :
- 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 ».

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

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 51

Cette zone contient une indication concernant le genre de facturation.

(☞ 41) Si cette zone contient une valeur différente de 0 ou 6 , les zones 29 à 41 de l'enregistrement de type 20 doivent être complétées par des données relatives à la facture précédente.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 0 | Facture originale |
| | 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 -) |
| (☞ 20) | 5 | Facture de correction (valeurs - et + ) pour forfaits infirmiers suite à déclassement après visite médecin conseil |
| (☞ 41) | 6 | Facture originale partielle pour séjour « soins à basse variabilité » avec clôture trimestrielle ou annuelle (1 ou plusieurs autres factures partielles de type 6 ou la dernière facture du séjour de type 7 suivront) |
| (☞ 41) | 7 | Dernière facture du séjour « soins à basse variabilité » avec clôture trimestrielle ou annuelle (il s'agit de la dernière facture qui suit la(es) facture(s) partielle(s) de type 6) |

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.
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.

(☞22) Précisions relatives au type de facturation « 5 » :

- Vu qu'une journée de soins est considérée comme "bloc", tous les enregistrements des journées de soins à régulariser doivent être mis en négatif et en positif, pas seulement les enregistrements avec les forfaits et les enregistrements statistiques s'y rapportant.
- Ordre des enregistrements dans la facture de correction: de préférence alternant (càd enregistrements négatifs journée 1, enregistrements positifs journée 1, enregistrements négatifs journée 2, enregistrements positifs journée 2, etc…). En tout cas, l'enregistrement négatif doit toujours précéder l'enregistrement positif s'y rapportant.

- C'est le montant payé (comme mentionné dans le fichier de décompte 920900) qui doit être mis en négatif. Ce montant n'est pas nécessairement égal au montant demandé.
- Ce type de facturation est seulement utilisé dans le cadre d'un déclassement par le médecin conseil. Pour les éventuelles autres corrections sur l'initiative du praticien de l'art infirmier, une note de crédit (type de facturation 3), suivie d'une facture de réintroduction (type de facturation 1), est utilisée. La note de crédit et la facture de réintroduction peuvent se trouver sur le même fichier de facturation, pour autant que la note de crédit précède la facture de réintroduction.

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 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 53

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).

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.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 56

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.

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)

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 68

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.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 80

Cette zone est remplie s'il s'agit d'une facturation tardive.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 4 N - 81

Cette zone permet de donner une première orientation comptable.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 0050 | Traitement chimiothérapeutique ambulant |
| 0060 | Maladies professionnelles |
| 0070 | Accidents de travail |
| 0080 | Accidents - droits communs (responsabilité de tiers) |
| 0090 | Autres accidents |
| 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 85

| | | |
|---|---|---|
| (☞12,16)<br>(☞22,23)<br><br>(☞30) | OA100 | = mutualité d'affiliation (Z7)<br>Exceptions :<br>• Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100<br>• Certaines conventions de rééducation : 100<br>• Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier, laboratoires et médecins/dentistes (e-fac) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation)<br>• E-fac spécialistes: 100 |
| | OA200 | Mutualité dont le bénéficiaire est membre |
| (☞1,16, 22,23, 28,32, 45,45corr2) | OA300 | 300 pour les affiliés de mutualités 304, 305, 309, 311, 315, 317, 319, 322, 323 et 325.<br>306 pour les affiliés 306.<br>Exceptions :<br>• Certaines conventions de rééducation : 300<br>• E-fac médecins généralistes<br>  ○ pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319<br>  ○ pour les mutualités Néerlandophones (304, 309, 311 et 322) et mutualité du Brabant (306) = mutualité d'affiliation<br>• E-fac dentistes<br>  ○ pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 315<br>  ○ pour les mutualités Néerlandophones (304, 309, 311 et 322) et mutualité du Brabant (306) = mutualité d'affiliation<br>• E-fac spécialistes<br>  ○ pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317 , 319, 323, 325) = 317<br>  ○ pour les mutualités Néerlandophones (304, 309, 311 et 322) et mutualité du Brabant (306) = mutualité d'affiliation |
| (☞11) | OA400 | = 400 |
| | OA500 | Mutualité dont le bénéficiaire est membre |
| | OA600 | = mutualité d'affiliation (Z7) |
| | OA900 | = mutualité d'affiliation (Z7) |

**RUBRIQUE :** NUMERO D'ADMISSION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 88

Pour les patients hospitalisés (type facture ET 20 Z 10 = 1), il s'agit du numéro d'admission encrypté attribué par les établissements hospitaliers.

En cas d'hospitalisation de jour (ET 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.

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 de prestations facturées pour des patients qui séjournent ailleurs, le contenu de cette zone peut être égal à zéro.

En cas d'hospitalisation chirurgicale de jour (avec code ambulant ou hospitalisé et type de facture = 1 ou 9), il s'agit d'un numéro d'admission dans l'hôpital chirurgical de jour encrypté.

Pour les praticiens de l'art infirmier, le contenu de la zone est égal à zéro.

Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.

**RUBRIQUE :** DATE DE L'ACCORD TRAITEMENT DE REEDUCATION OU DATE D'INSCRIPTION AU FORFAIT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 100

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.

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

Si la facture se rapporte aux prestations de rééducation interne ou externe (type de facture 5 ou 6), cette zone doit être complétée.
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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 5 N 0HHMM - 108

'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.

- 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 115

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.
- 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.
- 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 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 OA (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 récapitulative doit être suivi.

Le numéro doit être unique et différent de zéro.
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.
(☞6,22,23) En cas de facturation par des (groupements ou postes de garde de) médecins ou dentistes (« e-fac »), un numéro structuré propre doit être utilisé (pas le numéro de l'attestation de soins donnés).

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 127

Cette zone est provisoirement inutilisée, mais réservée pour une éventuelle application ultérieure.

**RUBRIQUE :** CODE TITULAIRE 1 + 2

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 10 N - 128

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.

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.

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 3ème 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;
- seulement les gros risques du régime des travailleurs indépendants (avant le 1/1/2008);
- 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.

| 1er chiffre | Régime |
|---|---|
| 1 | Régime général |
| 4 | Régime des travailleurs indépendants |
| 0 | Situation indéfinissable ou ne donnant pas lieu à l'ouverture du droit |

| 2ème chiffre | Catégorie |
|---|---|
| 0 | Personnes non protégées |
| 1 | Actifs |
| 2 | Invalides et handicapés |
| 3 | Pensionnés |
| 4 | Veufs, veuves |
| 5 | Orphelins |
| 7 | Communautés religieuses |
| 8 | Conventions internationales |

| 3ème 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 :
- les petits risques de l'assurance libre (avant le 1/1/2008);
- les petits risques des travailleurs indépendants ayant droit au remboursement des petits risques par l'assurance obligatoire(avant le 1/1/2008);
- 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

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 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 |

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 :

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 460 | Travailleurs indépendants ayant droit aux petits risques (régime non préférentiel) |
| 461 | Travailleurs indépendants ayant droit aux petits risques (régime préférentiel) (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel) |

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).

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
421 Invalides avec régime préférentiel (y compris les handicapés) (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 25 A - 138

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE LA FACTURE PRECEDENTE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 163

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente
(☞41) de 0 ou 6.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 175

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 0 | Numéro d'affiliation à l'OA |
| 1 | Numéro d'inscription à la sécurité sociale |

**RUBRIQUE :** NUMERO DE L'ENVOI PRECEDENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 177

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente (☞41) de 0 ou 6.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 180

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 (☞41) de 0 ou 6.

**RUBRIQUE :** REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 22 A - 183

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.

Si la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 1, alors cette zone est remplie par des blancs.

(☞44) A partir du 1/1/2019, cette zone devient facultative.
Lorsqu'elle n'est pas remplie (et qu'elle est, donc, remplie par des blancs), la zone 109 du fichier de décompte ne sera pas remplie non plus.

**RUBRIQUE :** ANNEE ET MOIS PRECEDEMMENT FACTURES

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N AAAAMM - 207

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 (☞41) de 0 ou 6.

**RUBRIQUE :** DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE S.I.S.

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 48 A=32A + 10N + 2N + 1N + 3N - 213

(☞11) Cette zone est réservée pour la mention des données de la consultation du réseau ((My)Carenet) ou de
(☞11) la carte S.I.S.**(*).**

(☞11) 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 :

RRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRNNNNNNNNNNNVVA000

soit R = 32 positions alphanumériques pour le numéro d'agrément de garantie de paiement (en
(☞11) 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
(☞11) 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.

(☞11) 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.

Si la position A = 2, les positions R sont complétées à partir de la zone 333, 344, 355, 366 ou 377 du
(☞11) 377 du message (My)Carenet 801900. Les positions N et V sont égales à zéro.

(☞ 11) (*) jusqu'au 31/12/2013.

**RUBRIQUE :** DATE DE FACTURATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8N AAAAMMJJ- 262

(☞ 1) Cette zone ne doit être remplie que par les hôpitaux et les centres de rééducation. Dans les autres cas, le remplissage de cette zone est facultatif.

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).

La date de facturation ne peut pas être postérieure à la date actuelle.

**RUBRIQUE :** REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 22 A - 271

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.

Si la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 1, alors cette zone est remplie par des blancs.

(☞44) A partir du 1/1/2019, cette zone devient facultative.
Lorsqu'elle n'est pas remplie (et qu'elle est, donc, remplie par des blancs), la zone 110 du fichier de décompte ne sera pas remplie non plus.

**RUBRIQUE :** DATE DEBUT PERIODE ASSURABILITE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8N AAAAMMJJ - 305

(☞11) Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2).
Elle 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.

**RUBRIQUE :** DATE FIN PERIODE ASSURABILITE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8N AAAAMMJJ - 313

(☞11) Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2).
Elle 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.

**RUBRIQUE :** DATE COMMUNICATION INFORMATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8N AAAAMMJJ - 321

(☞11) Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2).
Elle 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.

**RUBRIQUE :** MAF ANNEE EN COURS

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 4N AAAA - 329

(☞11) Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2).
Elle est remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans la zone 321 du message (My)Carenet 801900.

**RUBRIQUE :** MAF ANNEE EN COURS - 1

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 4N AAAA - 333

(☞11) Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2).
Elle est remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans la zone 322 du message (My)Carenet 801900.

**RUBRIQUE :** MAF ANNEE EN COURS - 2

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 4N AAAA - 337

(☞11) Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2).
Elle est remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans la zone 323 du message (My)Carenet 801900.

**RUBRIQUE :** CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

**RUBRIQUE :** ENREGISTREMENT DE TYPE 30

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

**RUBRIQUE :** NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

**RUBRIQUE :** NORME JOURNEES D'ENTRETIEN

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 9

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 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. |

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.

(☞5) L'hospitalisation chirurgicale de jour suit les mêmes règles de facturation que celles des miniforfait(*), maxiforfait et forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 et forfait douleur chronique 1, 2 ou 3. Dès lors, pour l'hôpital chirurgical de jour, tant dans l'enregistrement du forfait par jour que dans celui du forfait par admission, la norme 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).

(☞5,9) Pour le pseudo-code 767443 (montant par jour à 0 €), la norme journée d'entretien est toujours égale à 9.

(☞ 8) (*) Mini-forfait plus facturable à partir du 1/1/2014, mais le pseudo-code 761213 reçoit le libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse » et est mentionné sur la facture avec zones montant égales à zéro.

**RUBRIQUE :** PSEUDO-CODE JOURNEE D'ENTRETIEN ET FORFAIT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N - 10

Ce code permet d'effectuer la comptabilité selon les rubriques prévues par l'I.N.A.M.I.

Remarque : Chaque enregistrement "intervention personnelle" doit être précédé par un enregistrement "journée d'entretien" et le nombre des deux enregistrements doit être identique.
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.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| | Libellé | | Code | |
|---|---|---|---|---|
| | 1) *S'il s'agit de l'enregistrement dont la zone 19 comporte le montant intégral du prix de la journée d'entretien sans déduction de l'intervention personnelle du patient, visée à l'A.R. du 5 mars 1997, le numéro de code suivant est utilisé :* | | | |
| | dans le cas de séjour d'un nouveau-né en service N* (n) | | 0790020 | |
| | *1 bis)* | | | |
| | Hôpitaux aigus : | | | |
| | - montant par admission | | 0768003 | (**) |
| (☞5) | - montant réduit par admission (réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après une hospitalisation précédente) | | 0767421 | |
| | - montant par jour | | 0768025 | (°) |
| | Hôpital chirurgical de jour: - montant par admission | 0768036 | 0768040 | |
| | - montant par jour | 0768051 | 0768062 | |
| | **HG** Services Sp autres que palliatifs : - montant par jour | | 0768106 | (°) |
| | Hôpitaux psychiatriques (720,***,**) : montant par jour | | 0768121 | |
| (☞42) | Hôpital « Les Marronniers » : internés lits non-agréés : montant par jour | | 0767163 | |
| | **HG** Services Sp palliatifs : montant par jour | | 0768143 | |
| | Centres pour brûlés : montant par jour | | 0768165 | |
| (☞5) | Hôpitaux généraux : montant par jour à 0 € (jour de sortie en cas d'admission avant 12 h et sortie après 14h) | | 0767443 | (°) |
| | Hôpitaux aigus : prix de journée 100% | | 0768504 | (*) (°) |
| | Hôpital chirurgical de jour : prix de journée 100% | 0768471 | 0768482 | (*) |
| | **HG** Services Sp autres que palliatifs : prix de journée 100% | | 0768460 | (*) (°) |
| | **HG** Services Sp palliatifs : prix de journée 100% | | 0768445 | (*) |
| | Hôpitaux psychiatriques : prix de journée 100% | | 0768423 | (*) |
| (☞42) | Hôpital « Les Marronniers » : internés lits non-agréés : prix de journée 100% | | 0767185 | (*) |
| | Centres pour brûlés : prix de journée 100% | | 0768401 | (*) |
| | *La mention **HG** signifie que ces pseudo-codes sont réservés pour les services Sp dans les hôpitaux généraux.* | | | |
| | 2) *S'il s'agit de l'enregistrement dont la zone 19 comporte, en négatif, le ticket modérateur;* | | | |
| | A. En cas d'hospitalisation | | | |
| | a) Hospitalisation, 1er jour | | | |
| | TIP - descendants | | 0766021 | (°) |
| | TIP - chômeurs assimilés + PAC | | 0766043 | (°) |
| | TIP avec PAC ou pension alimentaire | | 0766065 | (°) |
| | TIP sans PAC | | 0766065 | (°) |
| | VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants | | 0766080 | (°) |
| | VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire | | 0766102 | (°) |
| | VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC | | 0766102 | (°) |
| | TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 % | | 0766124 | (°) |
| | ***Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.*** | | | |
| | b) A partir du 2ème jour jusque et y compris le 90ème jour du séjour dans un hôpital général | | | |
| | TIP - descendants | | 0766220 | (°) |
| | TIP - chômeurs assimilés + PAC | | 0766242 | (°) |
| | TIP avec PAC ou pension alimentaire | | 0766264 | (°) |
| | TIP sans PAC | | 0766264 | (°) |
| | VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants | | 0766286 | (°) |
| | VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire | | 0766301 | (°) |
| | VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC | | 0766301 | (°) |
| | TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 % | | 0766323 | (°) |
| | ***Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.*** | | | |

(*) à ne mentionner que dans une facture destinée aux tiers (autre que 7 OA).

(**) pour les prestations à partir du 1/7/2005, ce code ne peut plus être utilisé par les services G isolés.

(☞44) (°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les 8 « hôpitaux de rééducation » régionalisés (hôpitaux Sp/G) à partir du 1/1/2019 (mais bien par les autres hôpitaux).

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| Libellé | Code |
|---|---|
| b)*bis* A partir du 2ème jour et jusque et y compris le 90ème 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 |
| ***Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.*** | |
| c) A partir du 91ème jour jusque et y compris le 365ème 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 |
| ***Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.*** | |
| d) A partir du 91ème jour du séjour dans un hôpital général ou à partir du 366ème jour jusqu'au dernier jour de la 5ème 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 (°) |
| ***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.*** | |
| e) A partir du 1er jour de la 6ème 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 |
| ***Ces tickets modérateurs ne sont <u>PAS</u> repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.*** | |
| (☞5) f) Intervention personnelle journée d'entretien à 0 € (jour de sortie en cas d'admission avant 12h et sortie après 14u) | 0767465 (°) |

(☞44) (°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les 8 « hôpitaux de rééducation » régionalisés (hôpitaux Sp/G) à partir du 1/1/2019 (mais bien par les autres hôpitaux).

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| Libellé | Code | |
|---|---|---|
| B. En cas de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle | | |
| 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. En cas de certaines conventions avec les établissements de rééducation comme prévu dans l'arrêté royal du 29 avril 1996

| | | |
|---|---|---|
| Tickets modérateurs en cas de facturation ordinaire | 0765973 | (°) |
| Tickets modérateurs en cas de dépassement de la capacité normale de facturation | 0765995 | (°) |
| (☞37)Tickets modérateurs en cas de ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale (nCPAP) durant le sommeil | 0765951 | (*) |

***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 = XX1), aucun enregistrement ticket modérateur ne peut être mentionné.***

D. En cas de séjour en maison de soins psychiatriques

Quote-part personnelle

| | | | |
|---|---|---|---|
| - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02 | 0790731 | (°°) | - |
| - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02 | 0790753 | (°°) | - |
| - 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 sans interruption est prolongé.***

Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel (diminuée de €6,20)

| | | | |
|---|---|---|---|
| - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02 | 0790856 | (°°) | - |
| - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02 | 0790871 | (°°) | - |
| - 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 sans interruption est prolongé.***

(☞ 37)(*) Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2018, ce pseudo-code est facturé dans l'enregistrement 50.
(☞44) (°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les centres de rééducation régionalisés (mais bien par les centres de rééducation fédéraux) à partir de la date de prestation 1/1/2019.
(☞44) (°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| | Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| | 3) *Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques* | | 0750002 |
| | 3 bis) *Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pendant la période de nutrition parentérale au domicile du patient* | 0750175 | |
| | *3 ter) Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pour les patients qui séjournent dans les MSP* | 0751811 | |
| | 4) *Frais de déplacements pour prématurés* | | 0773581 |
| | 4 bis) *Frais de transport pour dialyse et chimiothérapie* | | |
| | *au départ d'un hôpital psychiatrique.(art. 4 § 4 Convention Psy-OA)* | | 0761946 |
| | *au départ d'un service isolé Sp ou G (art. 5 bis Convention Hôp-OA)* | | 0761961 |
| | 5) *Honoraires forfaitaires de biologie clinique payable par journée d'hospitalisation* | | 0592001 |
| | 6) *Hôpital militaire de Neder-Over-Heembeek* | | |
| | *a) Prix - tout - compris par journée d'hospitalisation dans le service pour des bénéficiaires atteints de graves brûlures* | | 0760524 |
| | *b) Prix de journée d'entretien pour traitement par oxygéno-thérapie hyperbare* | | 0760642 |
| | *c) Forfait « hôpital de jour »* | 0760653 | 0760664 |
| | 7) *Journée d'entretien forfaitaire* | | |
| | a) Utilisation de la salle de plâtre | 0761036 | 0761040 |
| (☞ 8,31) | Soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait) | 0761213 (*) | - |
| | Maxiforfait | 0761235 | 0761246 |
| (☞31) | Forfait soins de base oncologiques | 0767852 | 0767863 |
| (☞31) | Maxiforfait monothérapie | 0767874 | 0767885 |
| (☞31) | Maxiforfait combithérapie | 0767896 | 0767900 |
| (☞31) | Maxiforfait monothérapie + pédiatrie mono | 0767911 | 0767922 |
| (☞31) | Maxiforfait combithérapie + pédiatrie combi | 0767933 | 0767944 |
| | Forfait groupe 1 | 0768176 | 0768180 |
| | Forfait groupe 2 | 0768191 | 0768202 |
| | Forfait groupe 3 | 0768213 | 0768224 |
| | Forfait groupe 4 | 0768235 | 0768246 |
| | Forfait groupe 5 | 0768250 | 0768261 |
| | Forfait groupe 6 | 0768272 | 0768283 |
| | Forfait groupe 7 | 0768294 | 0768305 |
| | Forfait 1 douleur chronique | 0768316 | 0768320 |
| | Forfait 2 douleur chronique | 0768331 | 0768342 |
| | Forfait 3 douleur chronique | 0768353 | 0768364 |
| | Forfait manipulation cathéter à chambre | 0768375 | 0768386 |
| | b) 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) | 0761073 | - |
| | c) Journée d'entretien forfaitaire de dialyse rénale | 0761272 (**) | 0761283 (**) |

(☞ 8,31) (*) Zones montant égales à zéro.
(☞24) (**) Supprimé à partir du 1/8/2016.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|
| 8) *Dialyse à domicile ou dans un centre* | | |
| 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(*) | - |

(☞ 24) A partir du 1/8/2016, des nouveaux pseudo-codes sont d'application (voir le point B de l'annexe 1 à la Convention concernant le financement de la dialyse).

| | | |
|---|---|---|
| (☞ 4) 9) *Postcure de rééducation* | | |
| Montant par heure effectivement prestée et indivisible (art. 3, § 1 de la convention nationale établissements psychiatriques - O.A. à partir du 1/1/2014) | 0762974 | - |

(☞ 24) (*) supprimé à partir du 1/8/2016.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| | Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| | 10) *MRPA-MRS-CSJ* | | |
| (☞ 10) | *Abréviations utilisées :*<br>*IC : intervention complète*<br>*IP : intervention partielle*<br>*CS : court séjour* | | |
| | *A. Maisons de repos et de soins* | | |
| | - forfait catégorie B en MRS (IC) | 0763033 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRS (IC) | 0760233 | - |
| | - forfait catégorie C en MRS (IC) | 0763055 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRS (IC) | 0760255 | - |
| | - forfait catégorie Cdem en MRS (IC) | 0763070 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRS (IC) | 0760270 | - |
| | - forfait catégorie Cc en MRS (IC) | 0763092 | - |
| | - forfait catégorie B en MRS (IP) | 0763114 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRS (IP) | 0760292 | - |
| | - forfait catégorie C en MRS (IP) | 0763136 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRS (IP) | 0760314 | - |
| | - forfait catégorie Cdem en MRS (IP) | 0763151 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRS (IP) | 0760336 | - |
| | - forfait catégorie Cc en MRS (IP) | 0763173 | - |
| | *B. Maisons de repos pour personnes âgées* | | |
| | - établissement non-agréé, enregistré | 0764411 (°°) | - |
| | - forfait catégorie O en MRPA (IC) | 0763195 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie O en MRPA (IC) | 0760351 | - |
| | - forfait catégorie A en MRPA (IC) | 0763210 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie A en MRPA (IC) | 0760373 | - |
| | - forfait catégorie B en MRPA (IC) | 0763232 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRPA (IC) | 0760395 | - |
| | - forfait catégorie C en MRPA (IC) | 0763254 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRPA (IC) | 0760410 | - |
| | - forfait catégorie Cdem en MRPA (IC) | 0763276 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRPA (IC) | 0760432 | - |
| | - forfait catégorie D en MRPA (IC) | 0763696 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie D en MRPA (IC) | 0760454 | - |
| | - forfait catégorie O en MRPA (IP) | 0763291 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie O en MRPA (IP) | 0760476 | - |
| | - forfait catégorie A en MRPA (IP) | 0763313 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie A en MRPA (IP) | 0760675 | - |
| | - forfait catégorie B en MRPA (IP) | 0763335 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRPA (IP) | 0760690 | - |
| | - forfait catégorie C en MRPA (IP) | 0763350 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRPA (IP) | 0760712 | - |
| | - forfait catégorie Cdem en MRPA (IP) | 0763372 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRPA (IP) | 0760734 | - |
| | - forfait catégorie D en MRPA (IP) | 0763711 (°°) | - |
| (☞ 10) | - forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie D en MRPA (IP) | 0760756 | - |

(☞44) (°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | - | forfait catégorie O en MRPA (IC) – CS | 0763394 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie O en MRPA (IC) - CS | 0760771 | | - |
| | - | forfait catégorie A en MRPA (IC) - CS | 0763416 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie A en MRPA (IC) - CS | 0760793 | | - |
| | - | forfait catégorie B en MRPA (IC) – CS | 0763431 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRPA (IC) - CS | 0760815 | | - |
| | - | forfait catégorie C en MRPA (IC) – CS | 0763453 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRPA (IC) - CS | 0760830 | | - |
| | - | forfait catégorie Cdem en MRPA (IC) – CS | 0763475 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRPA (IC) - CS | 0760852 | | - |
| | - | forfait catégorie D en MRPA (IC) – CS | 0763733 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie D en MRPA (IC) – CS | 0760874 | | - |
| | - | forfait catégorie O en MRPA (IP) – CS | 0763490 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie O en MRPA (IP) – CS | 0760896 | | - |
| | - | forfait catégorie A en MRPA (IP) – CS | 0763512 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie A en MRPA (IP) – CS | 0760911 | | - |
| | - | forfait catégorie B en MRPA (IP) – CS | 0763534 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRPA (IP) – CS | 0760933 | | - |
| | - | forfait catégorie C en MRPA (IP) - CS | 0763556 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRPA (IP) – CS | 0760955 | | - |
| | - | forfait catégorie Cdem en MRPA (IP) – CS | 0763571 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRPA (IP) – CS | 0760970 | | - |
| | - | forfait catégorie D en MRPA (IP) – CS | 0763755 | (°°) | - |
| (☞ 10) | - | forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie D en MRPA (IP) – CS | 0760992 | | - |

*C. Centres de soins de jour*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Forfait F | 0764514 | (°°) | - |
| Forfait Fp | 0764912 | (°°) | - |
| Forfait D | 0764934 | (°°) | - |
| Forfait Fd | 0764956 | (°°) | - |

*D.* MRS-MRPA : Ristourne sur le coût solidarisé du matériel d'incontinence

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (☞ 10) | Patients Coma | 0763976 | | - |
| (☞ 10) | Patients SEP/SLA/Huntington | 0763991 | | - |
| | Autres patients | 0763593 | (°°) | - |

(☞44) (°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|
| 11) *Initiatives d'habitations protégées* | 0762576 (°°) | - |
| 12) *Supprimé.* | | |
| 13) *Maisons de soins psychiatriques* | | |
| 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 (°°) | - |
| (☞ 4) e) Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA) | | |
| - bénéficiaire de la catégorie a) | 0763770 (°°) | - |
| - bénéficiaire de la catégorie b) | 0763792 (°°) | - |
| - bénéficiaire de la catégorie c) | 0763814 (°°) | - |
| - bénéficiaire de la catégorie d) | 0763836 (°°) | - |
| - bénéficiaire de la catégorie e) | 0763851 (°°) | - |
| - bénéficiaire de la catégorie f) | 0763873 (°°) | - |
| - bénéficiaire de la catégorie g) | 0763895 (°°) | - |
| - bénéficiaire de la catégorie h) | 0763910 (°°) | - |

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.

14) *Hôpitaux et services psychiatriques*

Services A2 et T2 : Hospitalisation partielle de nuit

dans l'hôpital général :

| | | |
|---|---|---|
| - montant par admission | - | 0793203 |
| (☞ 5) - montant réduit par admission (réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après une hospitalisation précédente) | - | 0767480 |

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.).

(☞44) (°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|
| Hospitalisation en cas de placement familial<br>uniquement en hôpital psychiatrique | | |
| Service Tp : prix en cas de placement familial à domicile | | 0793306 |
| Absence à visée thérapeutique d'un établissement hospitalier (non-payé)<br>(dans les hôpitaux généraux et psychiatriques)<br>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 |
| Congé non-payé | 0791490 (*)(°) | 0791501 (°) |
| Congé non-payé durant une période de rééducation | | 0792503 (°) |
| Prix de journée d'entretien pour les séjours dans des camps de vacances collectifs<br>(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) *Supplément chambre individuelle* | 0761633 (°) | 0761644 (°) |

Si aucun supplément de chambre n'est porté en compte, aucun enregistrement « supplément de chambre » ne peut être établi.

(☞ 13) Dans la zone prestation relative de l'enregistrement « montant par jour » (et dans certains cas également dans l'enregistrement « montant par admission ») , le type de chambre, dans lequel le patient séjourne réellement, doit être indiqué. Voir liste prestation relative.

(*) ce pseudo-code est utilisé pour les absences en MRPA-MRS.

(☞44) (°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les institutions régionalisées (mais bien par les institutions fédérales) à partir du 1/1/2019.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| | Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| | 16) *Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions types* | | |
| | - Oxygénothérapie de longue durée à domicile (à partir du 1/7/2012) (*) | | |
| | avec un oxyconcentrateur fixe | 0797252 | |
| | avec un oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur de recharge | 0797274 | |
| | avec un oxyconcentrateur fixe et un oxyconcentrateur portable | 0797296 | |
| | par oxygène liquide (**) | 0797311 | |
| | avec un oxyconcentrateur fixe complété de petites bouteilles d'oxygène | 0797333 | |
| (☞ 4) | avec un oxyconcentrateur portable exclusivement (à partir du 1/8/2013) | 0797370 | |
| | - Surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile des nourrissons menacés de mort subite | | |
| | - surveillance cardio-respiratoire | 0775250 (***) | |
| | - surveillance cardio-respiratoire | 0775272 (***) | |
| (☞ 15) | - Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons (à partir du 1/4/2015): | | |
| | - Catégorie 1 (art. 3) | 0779133 | |
| | - Catégorie 2 (art. 3) | 0779155 | |
| | - Catégorie 3 (art. 3) | 0779170 | |
| | - ALTE (art. 4) | 0779192 | |
| (☞ 10) | - Suivi des enfants nés prématurément: | | |
| | - Une prestation complète | | |
| (☞ 45) | La prestation de bilan A (groupe 1) | 0784674 | 0784685 |
| (☞ 45) | La prestation de bilan A (groupe 2) | 0784696 | 0784700 |
| | La prestation de bilan B (groupe 1) | 0784711 | |
| | La prestation de bilan B (groupe 2) | 0784733 | |
| | La prestation de bilan C (groupe 1) | 0784755 | |
| | La prestation de bilan C (groupe 2) | 0784770 | |
| | La prestation de bilan D (groupe 1) | 0784792 | |
| | La prestation de bilan D (groupe 2) | 0784814 | |
| | - Une demi-prestation | | |
| (☞ 45) | La prestation de bilan A (groupe 1) | 0784836 | 0784840 |
| (☞ 45) | La prestation de bilan A (groupe 2) | 0784851 | 0784862 |
| | La prestation de bilan B (groupe 1) | 0784 873 | |
| | La prestation de bilan B (groupe 2) | 0784895 | |
| | La prestation de bilan C (groupe 1) | 0784910 | |
| | La prestation de bilan C (groupe 2) | 0784932 | |
| | La prestation de bilan D (groupe 1) | 0784954 | |
| | La prestation de bilan D (groupe 2) | 0784976 | |
| | - Suivi du 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 |

(*) 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.

(**) 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).

(☞ 15) (***) Supprimé au 1/6/2015.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| | Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| | - Insuline continue, thérapie d'infusion à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable | 0772450 | 0772461 |
| (☞ 25,29) | - 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 | |
| | - Education ambulatoire d'un patient trajet de soins | | |
| | a) Forfait annuel ordinaire | 0786015 | |
| | b) Forfait annuel majoré pour les patients qui commencent une autogestion | 0786030 | |
| | - Education d'un patient trajet de soins hospitalisé | | 0786085 (*) |
| | - 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 : | | |
| | a) forfait matériel (matériel pour une période de 6 mois) (une seule fois) | | 0786100 |
| | b) forfait éducation (une seule fois) | | 0786122 (*) |
| | - Forfait annuel relatif au coaching général | 0786052 (*) | |
| (☞ 24) | - Journée de prestation groupe A – piqûre au doigt | 0788756 | |
| (☞ 24) | - Journée de prestation groupe B – piqûre au doigt | 0788793 | |
| (☞ 24) | - Journée de prestation groupe C – piqûre au doigt | 0788830 | |
| (☞ 24) | - Journée de prestation groupe 1A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours | 0788874 | |
| (☞ 24) | - Journée de prestation groupe 1B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours | 0788896 | |
| (☞ 24) | - Journée de prestation groupe 2 de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours | 0788911 | |
| (☞ 24) | - Journée de prestation groupe 3A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours | 0788933 | |
| (☞ 24) | - Journée de prestation groupe 3B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours | 0788955 | |
| (☞ 10) | - Monitoring continu de la glycémie chez le patient diabétique | | |
| | - prestation pendant la période d'essai | 0784630 | 0784641 |
| | - prestation pendant les phases ultérieures | 0784652 | 0784663 |

(☞ 24) (*) Ces codes sont supprimés suite à la nouvelle convention qui entre en vigueur le 1/7/2016, mais certains d'entre eux peuvent encore être utilisés dans le cadre des mesures transitoires prévues.

(☞ 25) (**) Si les forfaits sont facturés pour un bénéficiaire hospitalisé, la facturation doit s'effectuer sous les pseudo-codes ambulatoires et sur une facture de rééducation externe (type de facture 6) avec le pseudo-code service 770.

(☞ 29) (***) Les pseudo-codes relatifs à la mesure par capteurs ont été déplacés vers l'ET 50 Z 4 S 3 (à partir de la date de prestation 1/2/2017).

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| Libellé | Ambulant |
|---|---|
| (☞ 25,29) - 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 (*) |
| - Programme pour enfants et adolescents diabétiques traités à l'aide d'une pompe à insuline | 0775456 (*) |
| - Programme pour insulinothérapie par perfusion pour diabétiques | 0775471 (*) |
| - Frais de déplacement pour l'information et l'accompagnement dans le milieu de vie du bénéficiaire | 0775493 |

| | |
|---|---|
| Journée de prestation pour un bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt | 0785573 |
| Journée de prestation pour un bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt | 0785610 |
| Journée de prestation pour un bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt | 0785654 |
| Journée de prestation pour un bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt | 0785691 |
| Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt | 0785735 |
| Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt | 0785772 |
| Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt | 0785816 |
| Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt | 0785853 |
| Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt | 0785890 |
| Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt | 0785934 |

(☞ 25) (*) Ces codes sont supprimés suite à la nouvelle convention qui entre en vigueur le 1/8/2016, mais certains d'entre eux peuvent encore être utilisés dans le cadre des mesures transitoires prévues.

(☞ 25) (**) Si les forfaits sont facturés pour un bénéficiaire hospitalisé, la facturation doit s'effectuer sous les pseudo-codes ambulatoires et sur une facture de rééducation externe (type de facture 6) avec le pseudo-code service 770.

(☞ 29) (***) Les pseudo-codes relatifs à la mesure par capteurs ont été déplacés vers l'ET 50 Z 4 S 3 (à partir de la date de prestation 1/2/2017).

| | |
|---|---|
| Journée de prestation du programme de pompe à insuline de la précédente convention pour un bénéficiaire <18 ans ayant un accord en cours – avec pompe à insuline | 0789751 |
| Journée de prestation du programme d'autogestion de la précédente convention pour un bénéficiaire <18 ans ayant un accord en cours – sans pompe à insuline | 0789773 |
| Journée de prestation du programme d'autogestion de la précédente convention pour un bénéficiaire ≥18 ans ayant un accord en cours – groupe 1A convention adultes – sans pompe à insuline | 0789795 |
| Journée de prestation du programme d'autogestion de la précédente convention pour un bénéficiaire ≥18 ans ayant un accord en cours – groupe 1B convention adultes – sans pompe à insuline | 0789810 |
| Journée de prestation du programme d'autogestion de la précédente convention pour un bénéficiaire ≥18 ans ayant un accord en cours – groupe 2 convention adultes – sans pompe à insuline | 0789832 |
| Journée de prestation du programme d'autogestion de la précédente convention pour un bénéficiaire ≥18 ans ayant un accord en cours – groupe 3 convention adultes – sans pompe à insuline | 0789854 |
| Journée de prestation du programme de pompe à insuline de la précédente convention pour un bénéficiaire ≥18 ans ayant un accord en cours – groupe 1A convention adultes – avec pompe à insuline | 0789876 |
| Journée de prestation du programme de pompe à insuline de la précédente convention pour un bénéficiaire ≥18 ans ayant un accord en cours – groupe 1B convention adultes – avec pompe à insuline | 0789891 |
| Journée de prestation du programme de pompe à insuline de la précédente convention pour un bénéficiaire ≥18 ans ayant un accord en cours – groupe 2 convention adultes – avec pompe à insuline | 0789913 |
| Journée de prestation du programme de pompe à insuline de la précédente convention pour un bénéficiaire ≥18 ans ayant un accord en cours – groupe 3 convention adultes – avec pompe à insuline | 0789935 |

- 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

- 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 0777560
  - 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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| | Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| | - 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 |
| | - Rédaction de rapports de fonctionnement multidisciplinaires dans le cadre de la nomenclature des aides à la mobilité : | | |
| (☞ 10) | - 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 790.1 | 0770276 (°°) | 0770280 (°°) |
| (☞ 10) | - 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 790.1 | 0770291 (°°) | 0770302 (°°) |
| (☞ 10) | - 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 790.0 | 0770313 (°°) | 0770324 (°°) |
| (☞ 10) | - 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 790.0 | 0770335 (°°) | 0770346 (°°) |
| (☞ 10) | - 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 790.2 | 0770350 (°°) | 0770361 (°°) |
| (☞ 10) | - 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 790.2 | 0770372 (°°) | 0770383 (°°) |

(☞44) (°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| | | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| | **CONVENTION – SAOS** | | |
| | Pression positive continue par voie nasale pendant la nuit | 0779096 (*) | 0779100(*) |
| (☞ 29) | Forfait AOM pour un bénéficiaire qui utilise pour la première fois une OAM | 0779870 (**) | 0779881(*) |
| (☞ 29) | Forfait AOM pour un bénéficiaire dont l'OAM doit être renouvelée | 0779892 (**) | 0779903(*) |
| (☞ 29) | Forfait de base AOM | 0779914 (**) | 0779925(*) |

## CONVENTION - SOH

| Convention SOH | | | | Pseudo-codes Ambulant | Pseudo-codes 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 |

(☞ 36) (*) Supprimé le 31/12/2017
(☞ 36) (**) A partir du 1/1/2018, ces pseudo-codes sont facturés dans l'enregistrement de type 50 (voir ET 50 Z 4 S 3).

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 périthoracique | 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 |
| | | | sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive | 789714 | 789725 |
| ***Assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive*** | | | | 789736 | 789740 |

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| | Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| (☞ 10,45) | - Conventions de rééducation médico-psycho-sociale avec les centres de référence VIH/SIDA : | | |
| | - forfait de base | 0787754 | 0787765 |
| | - forfait annuel majoré | 0787776 | 0787780 |
| (☞ 45) | - forfait spécifique en cas de grossesse | 0787975 | 0787986 |
| (☞ 45) | - forfait annuel PrEP | 0787990 | 0788001 |
| | - 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): forf. annuel pour un bénéf. de 19 ans ou plus | 0783694 | 0783705 |
| | - Prestation art.13, § 4, 1er alinéa: participation du médecin traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe | 0783716 | 0783720 |
| | - Prestation art. 13, § 4, 2ème alinéa: participation du kinésithérapeute traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe | 0783731 | 0783742 |
| (☞ 5) | - Centres de références pour les troubles du spectre autistique | | |
| | - séance de diagnostic (1 heure) | 0784571 (°°) | 0784582 (°°) |
| | - séance de coordination | 0783635 (°°) | 0783646 (°°) |
| | - Centres de référence en néphrologie pédiatrique | | |
| | - prestation annuelle | 0787511 | 0787522 |
| | - Clinique de la mémoire | | |
| | - Séance en clinique | 0784512 | 0784523 |
| | - Séance à domicile (1ère séance) | 0784534 | - |
| | - Séance à domicile (2e séance le même jour) | 0784556 | - |
| (☞ 9) | - Accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines | | |
| | - Séance | 0784593 | 0784604 |
| | - Opération de reconstruction (y compris l'anesthésie générale) | 0784615 | 0784626 |
| (☞ 33) | - Accompagnement de la transidentité | | |
| | - Séance | 0787916 | 0787920 |
| | - Entretien | 0787931 | 0787942 |
| | - Forfait médicaments | 0787953 | 0787964 |
| (☞ 11) | - Centre de coordination de l'hémophilie | 0787813 | 0787824 |
| (☞ 11) | - Centres de références de l'hémophilie | 0787791 | 0787802 |
| (☞ 39) | - Centres lymphoedème: journée de traitement | 0779973 | 0779984 |

(☞44) (°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|
| (☞ 16) - Centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC | | |
| - Bilan multidisciplinaire | 0787835 | 0787846 |
| - Suivi du traitement | 0787850 | 0787861 |

*17) Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions spécifiques*

| | | |
|---|---|---|
| **Facturation normale** | | |
| Rééducation professionnelle (770) | 0772015 (°°) | 0772026 (°°) |
| Rééducation motrice (771) | 0772030 (°) | 0772041 (°) |
| Rééducation psychosociale (772) | 0772052 (°°) | 0772063 (°°) |
| Alcooliques et toxicomanes (773) | 0772074 (°°) | 0772085 (°°) |
| Psychotiques (774) | 0772096 (°°) | 0772100 (°°) |
| Troubles précoces de l'interaction parents/enfants (774-5) | 0773371 (°°) | 0773382 (°°) |
| Epileptiques (776-5) | 0772133 (°°) | 0772144 (°°) |
| Malentendants (779) | 0772192 (°°) | 0772203 (°°) |
| Rééducation enfants/adolescents ayant des troubles neurologiques | 0775213 | 0775224 |
| Paralysés cérébraux (784) | 0772295 (°°) | 0772306 (°°) |
| Rééducation pour enfants maltraités | - | 0772402 |
| Rééducation pour des patients mucoviscidose (776-5) | 0772413 (°°) | 0772424 (°°) |
| Refacturation de rééducation | 0774012 | 0774023 |
| Unités de répit (776-7) | - | 0776705 (°°) |
| Rééducation fonctionnelle pédiatrique | 0777291 | 0777302 |
| 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 |

| | | |
|---|---|---|
| **Dépassement de la "capacité normale de facturation" (facturation d'un prix réduit)** | | |
| Rééducation professionnelle (770) | 0775596 (°°) | 0775600 (°°) |
| Rééducation motrice (771) | 0775611 (°) | 0775622 (°) |
| Rééducation psychosociale (772) | 0775633 (°°) | 0775644 (°°) |
| Programmes de rééducation fonctionnelle pour alcooliques et toxicomanes (773) | 0775515 (°°) | 0775526 (°°) |
| Programmes de rééducation fonctionnelle pour psychotiques (774) | 0775530 (°°) | 0775541 (°°) |
| Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents/enfants (774-5) | 0776451 (°°) | 0776462 (°°) |
| Programmes de rééducation fonctionnelle pour épileptiques (776-5) | 0775552 (°°) | 0775563 (°°) |
| Programmes de rééducation fonctionnelle pour malentendants (779) | 0775670 (°°) | 0775681 (°°) |
| Programmes de rééducation fonctionnelle pour paralysés cérébraux (784) | 0775574 (°°) | 0775585 (°°) |
| Programmes de rééducation fonctionnelle pour enfants maltraités | - | 0775740 |
| Programmes de rééducation fonctionnelle pour mucoviscidose (776-5) | 0775751 (°°) | 0775762 (°°) |
| Unités de répit (776-7) | - | 0776801 (°°) |
| Rééducation fonctionnelle pédiatrique | 0777313 | 0777324 |
| 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 |

**Remarque :** Les journées qui dépassent la capacité maximale ne doivent pas être mentionnées sur la facture.

(☞44) (°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les institutions 771 régionalisées (mais bien par les 4 institutions 771 qui sont restées fédérales) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

(☞44) (°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|
| Centres généraux (950) | 0773614<br>0773673<br>0773732<br>0773754<br>0773776<br>0773791<br>0773813<br>0773872 | 0773625<br>0773684<br>0773743<br>0773765<br>0773780<br>0773802<br>0773824<br>0773883 |
| Soins palliatifs | | |
| - montant forfaitaire unique | 0774056(°°) | - |
| - montant forfaitaire réduit | 0774071(°°) | - |
| Jours de congé payés durant une période de rééducation | - | 0772004(°°) |
| Jours de congé payés durant une période de rééducation en cas de dépassement de la capacité normale de facturation | - | 0771002(°°) |

(☞44) (°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| C.R.A. - convention secteur ORL-PSY (°°) | | | |
|---|---|---|---|
| ***Groupes cibles (cf. art.3)*** | ***Séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 15)*** | ***Séances de rééducation ordinaires (cf. art. 19)*** | ***Séances de groupe pour enseignants (cf. art. 20)*** |
| **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 | | |

(☞44) (°°) tous ces codes ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

| | | Pseudo-code de la nomenclature | |
|---|---|---|---|
| | | **Ambulant** | **Hospitalisé** |
| | Conventions de rééducation : forfaits de rattrapage | | |
| (☞ 10) | Centre de rééducation des paralysés cérébraux Arthur Regnier (770) | 0784114(°°) | 0784125(°°) |
| | Etablissement de rééducation motrice (771) | 0784136(°) | 0784140 (°) |
| | Etablissements de rééducation psycho-sociale pour adultes (772) | 0783893(°°) | 0783904(°°) |
| | Etablissements de rééducation pour toxicomanes (773) | 0783915(°°) | 0783926(°°) |
| | Etablissements de rééducation pour enfants et adolescents présentant des troubles mentaux graves (774) | 0784151(°°) | 0784162(°°) |
| | Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents-enfants (774-5) | 0784173(°°) | 0784184(°°) |
| | Etablissements de rééducation pour enfants atteints d'affections respiratoires (776-5) | - | 0777280(°°) |
| | Centres de rééducation pédiatrique | 0777335 | 0777346 |
| (☞ 11) | Clinique de la mémoire (778-1) | 0785551 | 0785562 |
| | Etablissements de rééducation pour malentendants (779) | 0784210(°°) | 0784221(°°) |
| | Etablissements de rééducation pour paralysés cérébraux (784) | 0784232(°°) | 0784243(°°) |
| | Neuropsychiatrie infantile (784-5) | 0784254 | 0784265 |
| | Centres de référence pour SFC (789-4) | 0784276 | 0784280 |
| | 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 fontionnelle médico-psycho-sociale spécialisées | 0784011 | 0784022 |
| | Centres de référence Spina Bifida | 0784070 | 0784081 |
| | Centres de références pour les troubles du spectre autistique (774-6) | 0785514(°°) | - |
| | Institution « Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle » à Fraiture | 0785536 (°°) | 0785540 (°°) |
| | Convention-C.R.A. (953/965) | 0784490 (°°) | 0784501(°°) |
| | 18) *Conventions Comité de l'Assurance* | | |
| | Sclérose en plaques (SEP) | 0764551 | 0764562 |
| | Sclérose latérale amyotrophique (SLA) | 0764573 | 0764584 |
| | Huntington | 0764595 | 0764606 |
| | Intervention art.10bis SEP | 0764853 | - |
| | Intervention art.10bis SLA | 0764816 | - |
| | Intervention art.10bis Huntington | 0764831 | - |

(☞44) (°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les institutions 771 régionalisées (mais bien par les 4 institutions 771 qui sont restées fédérales) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

(☞44) (°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

**RUBRIQUE :** DATE PREMIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 17

La date du premier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.
(1er jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

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.

(☞12) Convention de rééducation médico-psychosociale avec les centres de référence VIH/SIDA (à partir du 1/8/2014):

- A partir du 1/8/2014, la date du premier contact original (= jour x) est mentionnée dans cette zone. Pour les périodes annuelles qui vont suivre, le jour x du 1er contact original (jour x de chaque période annuelle) est mentionné dans cette zone.

(☞13) • Disposition transitoire :
Si le 1er contact (= jour x) a lieu avant le 1/8/2014 et le 2e contact au plus tôt le 1/8/2014, la date du 2e contact est mentionnée dans cette zone. Cette date de 2e contact peut se situer en 2014 ou en 2015 (au plus tard à la date du dernier jour de la période, cf. zone 6). Pour les périodes annuelles qui vont suivre, le jour x du 1er contact original (jour x de chaque période annuelle) est mentionné dans cette zone.

(☞ 4) Les codes prestation 0762156 et 0762171 (postcure de rééducation à titre expérimental) (jusqu'au 31/12/2013 inclus) et 0762974 (postcure de rééducation à partir du 1/1/2014) doivent être enregistrés jour par jour.

(☞ 5) Montant par admission (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): date d'admission ou date de l'admission dans le 1er service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.

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<br>établir 721<br>facturation journée d'entretien 0768025 |
| | | jours 4 et 5 et 6 | : retour auprès de la mère<br>pas de journée d'entretien |
| | | jour 7 | : retour de la mère à la maison, enfant vers 190N*<br>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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 25

La date du dernier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.
(dernier jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

(☞12) Convention de rééducation médico-psychosociale avec les centres de référence VIH/SIDA (à partir du 1/8/2014) :
- Le jour (x-1) du 1er contact repris dans la zone 5 + 12 mois est mentionné dans cette zone.
- Dispositions transitoires : si le 1er contact (= jour x) a lieu avant le 1/8/2014 et le 2e contact au plus tôt le 1/8/2014, le jour (x– 1) de la date du 1er contact + 12 mois est mentionné dans cette zone.

(☞15) Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons (à partir du 1/4/2015): lorsque le forfait est facturé avant la fin de la période de monitoring, la date de facturation (= ET 20 Z 47) est mentionnée dans cette zone au lieu de la date de fin du monitoring.

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.

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 précédant la date de changement de service si le transfert a lieu avant 12 heures.

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)
- les centres de référence en néphrologie pédiatrique (7.89.7xx.xx)
- autogestion de patients atteints du diabète sucré : pseudo-codes 786015, 786030, 786052 et 786100

(☞14) - centre de coordination national et centres de référence hémophilie (7.89.8xx.xx)

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 de facture** | **montant par admission** | **montant par jour** | **intervention personnelle** | **montant par jour** | **intervention personnelle** | **montant par jour** | **intervention personnelle** |
| 1 | 2 n | 1-2 | 20 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| 2 | 6 n | 3-8 | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero | 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 | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero |
| 8 a | 12 n | 36-47 | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero |
| 8 b | 1 n | 48-48 | | | | | | | | |
| 9 | 1 n | 49-49 | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur |
| 10 | 1 n | 50-50 | 1 | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur |
| 11 | 1 n | 51-51 | valeur | reference | reference | reference | reference | reference | reference | 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 | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero |
| 15 | 12 n | 68-79 | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero | 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 | refer. etablissement | refer. etablissement | refer. etablissement | refer. etablissement | refer. etablissement | refer. etablissement | 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 | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | 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 | 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 carte s.i.s. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 43 | 12 n | 219-230 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 44 | 4 n | 231-234 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 45 | 26 n | 235-260 | | 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 | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | 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 |
| 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 | c.c enregistrement | c.c enregistrement | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement | c.c. enregisitrement | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement |

| enregistrement de type | | | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **zone** | **longueur** | **positions** | **montant par jour** | **intervention personnelle** | **conge non paye** | **montant par jour** | **intervention personnelle** | **supplement chambre** | **supplement chambre** | **supplement chambre** |
| 1 | 2 n | 1-2 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| 2 | 6 n | 3-8 | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero | 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 | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero |
| 8 a | 12 n | 36-47 | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero |
| 8 b | 1 n | 48-48 | | | | | | | | |
| 9 | 1 n | 49-49 | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur |
| 10 | 1 n | 50-50 | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur |
| 11 | 1 n | 51-51 | reference | reference | reference | reference | reference | reference | reference | 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 | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero |
| 15 | 12 n | 68-79 | numero | numero | numero | numero | numero | numero | numero | 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 | refer. etablissement | refer. etablissement | refer. etablissement | refer. etablissement | refer. etablissement | refer. etablissement | 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 | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | 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 | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | valeur | 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 | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement |

| enregistrement de type | | | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** | **30** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **zone** | **longueur** | **positions** | **forfait bio clinique** | **forfait bio clinique** | **forfait bio clinique** | **forfait bio clinique** | **forfait medicaments** | **Forfait 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 | refer. etablissement | refer. etablissement | refer. etablissment | refer. etablissement | 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 | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement | c.c. enregistrement |

**RUBRIQUE :** NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 33

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

**RUBRIQUE :** SEXE BENEFICIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 49

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

**RUBRIQUE :** ACCOUCHEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 50

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 51

Il y a lieu d'indiquer au moyen d'un code à quel compte financier le montant de la zone 19 doit être transféré.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 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). |
| | 1 | Le montant dû doit être transféré au compte financier B (voir ET 10 ~~Z 8a~~, Z 43a, Z 49-50-51-52). |
| (☞ 44) | 3 | Valeur réservée (réforme de l'état). |

Seuls les établissements hospitaliers peuvent utiliser la valeur 1.

**RUBRIQUE :** CODE SERVICE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 53

Voir table de codification des enregistrement de type 50 zone 13.

(☞ 5) Il s'agit du code service où séjourne le patient à 12h (midi) à la date mentionnée dans la zone 5 ou
(☞5,31) le pseudo-code service en cas d'utilisation de la salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulant), journée forfaitaire psychiatrie, revalidation (interne ou externe), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou autres prestations ambulatoires.

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.

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.

Forfaits pharmaceutiques 750175 et 751811 : code service 990.

(☞ 5) Montant par admission (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): 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.

(☞24) Dialyse rénale à domicile ou dans un centre (jusqu'au 31/7/2016 inclus : pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; à partir du 1/8/2016 : pseudo-codes repris dans la convention): code service 750 ou 990 selon le type de facture mentionné dans l'ET 20 Z 10.

Journées d'entretien forfaitaires dans le service A (0761073) et forfait de postcure de
(☞ 4) rééducation (0762974): code service 760.

Hôpital chirurgical de jour avec codes ambulants : code service 320.

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.

Hôpital militaire (0760524, 0760642, 0760653 et 0760664) : code service = 000

Exemples de facturation de journées d'entretien (montant par admission et montant par jour).
(☞ 5) (valable pour les hospitalisations jusqu'au 31/12/2013 inclus)

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) (1er 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) (1er 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

Exemples de facturation de journées d'entretien (montant par admission et montant par jour).
(valables pour les hospitalisations à partir du 1/1/2014)

Exemple 7

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 23/09 à 9h ; sortie le 24/9 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

Facturation montant par jour (0767443) (à 0 €)
Z 5 (date) = 24/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 8

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 11h ; sortie le 24/9 à 10h.

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 9

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 15h ; sortie le 24/9 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) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 10

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 16h ; transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h ; sortie le 24/9 à 12h.

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025) (1er jour facturable = 23/9)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 24/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 11

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 16h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h ; sortie le 24/9 à 15h.

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025) (1er jour facturable = 23/9)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation montant par jour (768025)
Z 5 (date) = 24/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 12

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 8h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h ; sortie le 24/9 à 15h.

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

Facturation montant par jour (0767443) (à 0 €)
Z 5 (date) = 24/9
Z 13 (code service) = 210

**RUBRIQUE :** LIEU DE PRESTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 56

(☞ 25) Convention concernant le financement de la dialyse

(☞ 40) Jusqu'au 30/6/2018 inclus :

* Le numéro de l'hôpital + 561 (centre d'hémodialyse chronique) s'il s'agit des interventions forfaitaires 767594, 767616, 767664, 767701

* Le numéro de l'hôpital + 562 (centre d'hémodialyse chronique pédiatrique) s'il s'agit des interventions forfaitaires 767631, 767686, 767723

(☞ 37) * Le numéro de l'hôpital + 563 (centre de dialyse à domicile) s'il s'agit de l'intervention forfaitaire 767734 ou 767955-767966

* Le numéro de l'hôpital + 564 (centre de dialyse péritonéale ambulatoire) s'il s'agit des interventions forfaitaires 767815 à 767841 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 565 à 569 (centre d'autodialyse collective) s'il s'agit des interventions forfaitaires 767756, 767782, 767804

(☞ 40) A partir du 1/7/2018 : numéro de l'hôpital + 560 pour toutes les interventions forfaitaires de la convention dialyse

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 68

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.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N - 81

Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée
(☞14) sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»). Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

(☞ 7) Pour les prestations qui ne figurent pas sur la liste, aucune prestation relative ne peut être remplie et cette zone doit, donc, obligatoirement être remplie avec des zéros.

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 11 N - 88

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

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 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

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.

Exceptions:
- Convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs (9.68.0xx.xx) (le tarif = le tarif applicable à la date de la 1ère intervention de l'équipe).
- Convention pour l'autogestion du diabète sucré (7.86.0xx.xx ou 7.86.1xx.xx) et
(☞14) convention néphrologie pédiatrique (7.89.7xx.xx) et convention hémophilie (7.89.8xx.xx) (tarif = tarif en vigueur à la date de fin de la période 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).
(☞10) - Conventions de rééducation médico-psychosociale avec les centres de référence VIH/SIDA
(☞12) (7.76.0 à partir du 1/8/2014): tarif = tarif applicable à la date de début (= jour x de chaque période annuelle = jour 1er contact original).
(☞12) Dispositions transitoires: si le 1er contact a lieu avant le 1/8/2014 et le 2e contact au plus tôt le 1/8/2014, tarif = tarif applicable à la date du 2e contact.
(☞15) - Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons (7.83.5 à partir du 1/4/2015): tarif = tarif applicable à la date de début.

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.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

**RUBRIQUE :** SIGNE + NOMBRE DE JOURS FACTURES, DE JOURS DE CONGE OU FORFAITS

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 4 N - 108

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.

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.

En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

(☞ 4) Postcure de rééducation:
code 0762134 (jusqu'au 31/12/2013 inclus): toujours 1
codes 0762156 et 0762171 (jusqu'au 31/12/2013 inclus): nombre d'heures
code 0762974 (à partir du 1/1/2014): nombre d'heures

Dans le cas de frais de déplacements pour prématurés (0773581) ou de frais de transports pour dialyse 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 11 N - 115

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.

(☞ 42) Cette zone n'est complétée que lorsque la zone 4 = 0767163, 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.

**RUBRIQUE :** SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 9 N - 128

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.

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.

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.

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.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

**RUBRIQUE :** REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 25 A - 138

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 9 N - 165

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.

Les montants à rembourser au patient dans le cadre de la dialyse à domicile doivent être mentionnés en négatifs dans cette zone.

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.

(☞24,25) L'éventuel supplément facturé au patient dans le cadre de la convention diabète (enfants) (parce qu'il souhaite quand même utiliser le matériel pour la mesure par capteur) doit être mentionné dans cette zone.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

**RUBRIQUE :** EXCEPTION TIERS PAYANT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 175

(☞ 7) A partir du mois facturé janvier 2015, cette zone est toujours égale à zéro.

## **RUBRIQUE :** CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 176

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).

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 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). |
| | 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).<br>Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*) |
| | 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%).<br>Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*) |
| (☞ 36) | 6 | Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice) |
| (☞ 36) | 7 | Interné placé pour lequel les tickets modérateurs sont 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).<br>Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*) |
| (☞ 36) | 8 | Interné placé pour lequel la communication droit au MAF a été 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%).<br>Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*) |
| | 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.

(☞36) Attention : les valeurs 3, 4, 6, 7 et 8 priment sur la valeur 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.

(☞ 5) Dans le cas du pseudo-code 767465 (interv. pers. journée d'entretien à 0 €), cette zone est toujours égale à 0.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

(☞36) (*) Les valeurs 3, 4, 7 ou 8 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3, 4, 7 ou 8 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 366e 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).

**Exemple**

Facturation 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 (aprés 366e 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 (aprés 366e jour) |
| 750002 | +18,40 | + 23 | +0 | +0 | +0 | 2 ou 3 | TM forfaitaire médicaments |

**RUBRIQUE :** DATE DE L'ACCORD PRESTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 262

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.

**RUBRIQUE :** TRANSPLANTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 270

Cette zone doit être complétée dans le cadre de transplantations d'organe ou de moelle osseuse.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 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. |
| 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 287

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.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 293

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.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 34

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

**RUBRIQUE :** ENREGISTREMENT DE TYPE 40

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

**RUBRIQUE :** NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

**RUBRIQUE :** NORME PRESTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 9

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 0 | Dans tous les autres cas qui ne sont pas repris dans la valeur 1, 2 ou 9. |
| (☞ 39) | 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, 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) |
| (☞ 39) | 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, 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. |

Voir exemples détaillés dans l'annexe 14.

**RUBRIQUE :** PSEUDO-CODE CATEGORIE MEDICAMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N - 10

Ce code donne la catégorie de remboursement du produit pharmaceutique ou la nature du forfait concerné.

- 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, 3, 4 et 5;

- 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;

° 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 | Numéro de code Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| | 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 |
| (☞3) | catégorie SAgc | - | 0750842 |
| | catégorie SAr | - | 0753723 |
| | catégorie SB | - | 0750746 |
| (☞3) | catégorie SBgc | - | 0750864 |
| | catégorie SBr | - | 0753745 |
| | catégorie SC | - | 0750761 |
| (☞3) | catégorie SCgc | - | 0750886 |
| | catégorie SCr | - | 0753760 |
| | catégorie SCs | - | 0750783 |
| (☞3) | catégorie SCsgc | - | 0750901 |
| | catégorie SCsr | - | 0753782 |
| | catégorie SCx | - | 0750805 |
| (☞3) | catégorie SCxgc | - | 0750923 |
| | catégorie SCxr | - | 0753804 |
| | catégorie pour tous les médicaments non remboursables | - | 0750820 |
| | catégorie SFa | - | 0757606 |
| | catégorie SFb | - | 0757621 |
| (☞4) | moyens de contraste catégorie B, Bgc, Br à 90% (classe ATC V08) | - | 0757945 |
| (☞ 30,37) | catégorie A, $A_{gc}$, $A_r$ à 90% | - | 0759021 |
| (☞ 30,37) | catégorie B, $B_{gc}$, $B_r$ à 90% | - | 0759043 |
| (☞37) | catégorie C, $C_{gc}$, $C_r$ à 90% | - | 0759625 |
| (☞37) | catégorie Cs, $Cs_{gc}$, $Cs_r$ à 90% | - | 0759640 |
| (☞37) | catégorie Cx, $Cx_{gc}$, $Cx_r$ à 90% | - | 0759662 |
| (☞ 30,37) | catégorie Fa à 90% | - | 0759065 |
| (☞ 30,37) | catégorie Fb à 90% | - | 0759080 |
| (☞42) | contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans | - | 0795023 |
| | 2. Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés | | |
| | catégorie SA | 0750912 | - |
| (☞3) | catégorie SAgc | 0750853 | - |
| | catégorie SAr | 0753911 | - |
| | catégorie SB | 0750934 | - |
| (☞3) | catégorie SBgc | 0750890 | - |
| | catégorie SBr | 0753933 | - |
| | catégorie SC | 0750956 | - |
| (☞3) | catégorie SCgc | 0750875 | - |
| | catégorie SCr | 0753955 | - |
| | catégorie SCs | 0750971 | - |
| (☞3) | catégorie SCsgc | 0750831 | - |
| | catégorie SCsr | 0753970 | - |
| | catégorie SCx | 0750993 | - |
| (☞3) | catégorie SCxgc | 0750816 | - |
| | catégorie SCxr | 0753992 | - |
| | catégorie pour tous les médicaments non remboursables | 0751015 | - |
| | oxygène gazeux | 0751030 | - |
| | oxygène liquide | 0751052 | - |
| | catégorie SFa | 0757632 | - |
| | catégorie SFb | 0757654 | - |
| (☞4) | moyens de contraste catégorie B, Bgc, Br à 90% (classe ATC V08) | 0757912 | - |
| (☞1) | contraceptifs remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans | 0757956 | - |
| (☞1) | contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans | 0757971 | - |
| (☞ 30,37) | catégorie A, $A_{gc}$, $A_r$ à 90% | 0759091 | - |
| (☞ 30,37) | catégorie B, $B_{gc}$, $B_r$ à 90% | 0759113 | - |
| (☞37) | catégorie C, $C_{gc}$, $C_r$ à 90% | 0759673 | - |
| (☞37) | catégorie Cs, $Cs_{gc}$, $Cs_r$ à 90% | 0759695 | - |
| (☞37) | catégorie Cx, $Cx_{gc}$, $Cx_r$ à 90% | 0759710 | - |
| (☞ 30,37) | catégorie Fa à 90% | 0759135 | - |
| (☞ 30,37) | catégorie Fb à 90% | 0759150 | - |
| | 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 | - |
| 5.1. Supprimé | | |
| 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 : 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 Z 19.

6. Supprimé

| | 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 |
| | Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique | - | 0753465 |
| (☞42) | contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans | - | 0795045 |
| | 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 | - |
| | pansements actifs non remboursables | 0757271 | - |
| (☞42) | diffuseurs portables/cassettes (section 7) | 0754390 | - |
| | Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique | 0753454 | - |
| (☞1) | contraceptifs remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans | 0753631 | - |
| (☞1) | contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans | 0753653 | - |
| (☞42) | diffuseurs portables préremplis (muco) (section 11) | 0759496 | - |
| (☞42) | cassettes préremplies (muco) (section 11) | 0759511 | - |
| (☞42) | diffuseurs portables vides (muco) (section 11) | 0759533 | - |
| (☞42) | cassettes vides (muco) (section 11) | 0759555 | - |
| (☞42) | dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins (muco) (section 11) | 0759570 | - |
| (☞42) | honoraires pour le remplissage (muco) (section 11) | 0759592 | - |
| | 12a. <u>Honoraires et forfaits</u> | | |
| | Installation et délivrance de l'oxygène gazeux et des accessoires (AR du 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 10) | 0755952 | - |
| | Honoraire pour la coordination et l'accompagnement du traitement par oxygène médical gazeux (AR 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 10) | 0757455 | - |
| | Oxyconcentrateur (AR 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 6) | 0757470 | - |
| | Honoraire oxyconcentrateur (AR 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 6) | 0757831 | - |
| | Honoraires et forfaits méthadone | 0755974 | - |

(☞42,45) (*) supprimé à partir du 1/1/2019.

12b. Trajets de soins

| | |
|---|---|
| Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes | 0757352 |
| Trajet de soins diabète – glucomètre | 0757374 |
| Programme 'éducation et autogestion' – tigettes et lancettes | 0757396 |
| Programme 'éducation et autogestion' – glucomètre | 0757411 |
| Trajet de soins 'insuffisance rénale chronique' – tensiomètre | 0757433 |

Remarque : Chaque délivrance d'un paquet de tigettes/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.

| | Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| | 13. Spécialités délivrées aux bénéficiaires hospitalisés dans les hôpitaux aigues (*): | | |
| | 13.1 Forfait par admission | - | 0756000 |
| (☞5) | Forfait réduit par admission (réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après une hospitalisation précédente) | - | 0767502 |
| | 13.2 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans l'hôpital même (x): | | |
| | catégorie SA | - | 0756022 |
| (☞3) | catégorie SAgc | - | 0756044 |
| | catégorie SAr | - | 0756066 |
| | catégorie SB | - | 0756081 |
| (☞3) | catégorie SBgc | - | 0756103 |
| | catégorie SBr | - | 0756125 |
| | catégorie SC | - | 0756140 |
| (☞3) | catégorie SCgc | - | 0756162 |
| | catégorie SCr | - | 0756184 |
| | catégorie SCs | - | 0756206 |
| (☞3) | catégorie SCsgc | - | 0756221 |
| | catégorie SCsr | - | 0756243 |
| | catégorie SCx | - | 0756265 |
| (☞3) | catégorie SCxgc | - | 0756280 |
| | catégorie SCxr | - | 0756302 |
| | catégorie SFa | - | 0757680 |
| | catégorie SFb | - | 0757702 |
| (☞4) | moyens de contraste catégorie B, Bgc, Br à 90% (classe ATC V08) | - | 0757864 |
| (☞ 30,37) | catégorie A, $A_{gc}$, $A_r$ à 90% | - | 0759183 |
| (☞ 30,37) | catégorie B, $B_{gc}$, $B_r$ à 90% | - | 0759205 |
| (☞37) | catégorie C, $C_{gc}$, $C_r$ à 90% | - | 0759743 |
| (☞37) | catégorie Cs, $Cs_{gc}$, $Cs_r$ à 90% | - | 0759765 |
| (☞37) | catégorie Cx, $Cx_{gc}$, $Cx_r$ à 90% | - | 0759780 |
| (☞ 30,37) | catégorie Fa à 90% | - | 0759220 |
| (☞ 30,37) | catégorie Fb à 90% | - | 0759242 |
| | 13.3 Médicaments non forfaitarisés: | | |
| | catégorie SA | - | 0756324 |
| (☞3) | catégorie SAgc | - | 0756346 |
| | catégorie SAr | - | 0756361 |
| | catégorie SB | - | 0756383 |
| (☞3) | catégorie SBgc | - | 0756405 |
| | catégorie SBr | - | 0756420 |
| | catégorie SC | - | 0756442 |
| (☞3) | catégorie SCgc | - | 0756464 |
| | catégorie SCr | - | 0756486 |
| | catégorie SCs | - | 0756501 |
| (☞3) | catégorie SCsgc | - | 0756523 |
| | catégorie SCsr | - | 0756545 |

(*) 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.

(x) Ces pseudo-codes sont également utilisés dans le cas exceptionnel décrit dans l'annexe 17.2.

| | Libellé | Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| | catégorie SCx | - | 0756560 |
| (☞3) | catégorie SCxgc | - | 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 |
| | catégorie SFa | - | 0757724 |
| | catégorie SFb | - | 0757746 |
| (☞ 30,37) | catégorie A, $A_{gc}$, $A_r$ à 90% | - | 0759264 |
| (☞ 30,37) | catégorie B, $B_{gc}$, $B_r$ à 90% | - | 0759286 |
| (☞37) | catégorie C, $C_{gc}$, $C_r$ à 90% | - | 0759802 |
| (☞37) | catégorie Cs, $Cs_{gc}$, $Cs_r$ à 90% | - | 0759824 |
| (☞37) | catégorie Cx, $Cx_{gc}$, $Cx_r$ à 90% | - | 0759846 |
| (☞ 30,37) | catégorie Fa à 90% | - | 0759301 |
| (☞ 30,37) | catégorie Fb à 90% | - | 0759323 |
| (☞42) | contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans | - | 0795060 |

(**) 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.

(***) 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.

| | Libellé | Numéro de code Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| | 13.4 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un autre hôpital aigu: | | |
| | catégorie SA | - | 0756641 |
| (☞3) | catégorie SAgc | - | 0756663 |
| | catégorie SAr | - | 0756685 |
| | catégorie SB | - | 0756700 |
| (☞3) | catégorie SBgc | - | 0756722 |
| | catégorie SBr | - | 0756744 |
| | catégorie SC | - | 0756766 |
| (☞3) | catégorie SCgc | - | 0756781 |
| | catégorie SCr | - | 0756803 |
| | catégorie SCs | - | 0756825 |
| (☞3) | catégorie SCsgc | - | 0756840 |
| | catégorie SCsr | - | 0756862 |
| | catégorie SCx | - | 0756884 |
| (☞3) | catégorie SCxgc | - | 0756906 |
| | catégorie SCxr | - | 0756921 |
| | catégorie SFa | - | 0757761 |
| | catégorie SFb | - | 0757783 |
| (☞4) | moyens de contraste catégorie B, Bgc, Br à 90% (classe ATC V08) | - | 0757886 |
| (☞ 30,37) | catégorie A, $A_{gc}$, $A_r$ à 90% | - | 0759345 |
| (☞ 30,37) | catégorie B, $B_{gc}$, $B_r$ à 90% | - | 0759360 |
| (☞37) | catégorie C, $C_{gc}$, $C_r$ à 90% | - | 0759861 |
| (☞37) | catégorie Cs, $Cs_{gc}$, $Cs_r$ à 90% | - | 0759883 |
| (☞37) | catégorie Cx, $Cx_{gc}$, $Cx_r$ à 90% | - | 0759905 |
| (☞ 30,37) | catégorie Fa à 90% | - | 0759382 |
| (☞ 30,37) | catégorie Fb à 90% | - | 0759404 |
| | 13.5 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique: | | |
| | categorie SA | - | 0756943 |
| (☞3) | categorie SAgc | - | 0756965 |
| | categorie SAr | - | 0756980 |
| | categorie SB | - | 0757002 |
| (☞3) | categorie SBgc | - | 0757024 |
| | categorie SBr | - | 0757046 |
| | categorie SC | - | 0757061 |
| (☞3) | categorie SCgc | - | 0757083 |
| | categorie SCr | - | 0757105 |
| | categorie SCs | - | 0757120 |
| (☞3) | categorie SCsgc | - | 0757142 |
| | categorie SCsr | - | 0757164 |
| | categorie SCx | - | 0757186 |
| (☞3) | categorie SCxgc | - | 0757201 |
| | categorie SCxr | - | 0757223 |
| | catégorie SFa | - | 0757805 |
| | catégorie SFb | - | 0757820 |
| (☞4) | moyens de contraste catégorie B, Bgc, Br à 90% (classe ATC V08) | - | 0757901 |
| (☞ 30,37) | catégorie A, $A_{gc}$, $A_r$ à 90% | - | 0759426 |
| (☞ 30,37) | catégorie B, $B_{gc}$, $B_r$ à 90% | - | 0759441 |
| (☞37) | catégorie C, $C_{gc}$, $C_r$ à 90% | - | 0759920 |
| (☞37) | catégorie Cs, $Cs_{gc}$, $Cs_r$ à 90% | - | 0759942 |
| (☞37) | catégorie Cx, $Cx_{gc}$, $Cx_r$ à 90% | - | 0759964 |
| (☞ 30,37) | catégorie Fa à 90% | - | 0759463 |
| (☞ 30,37) | catégorie Fb à 90% | - | 0759485 |

14. Intervention forfaitaire pour le traitement de l'infertilité féminine

| | |
|---|---|
| PMA1 | 0757293 |
| PMA2 | 0757315 |
| PMA3 | 0757330 |

**Communication des codes CNK pour les préparations magistrales.**

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.
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.

Chaque facturation d'une préparation magistrale remboursable doit être suivie d'au moins un enregistrement de détail.
Par préparation magistrale, les principes actifs sont mentionnés dans les enregistrements avec la zone 4 = 0750212 (voir Chapitres I à IV de l'annexe à l'AR du 12/10/2004 + fichier de référence sur le site INAMI
(☞14) (http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/magistrales/Pages/default.aspx#Enregistrement_du_détail_-_Fichier_de_référence)
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) doi(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.

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.

La mention des enregistrements de détail (0750212) est obligatoire à partir du 1/1/2009.

Aucun contrôle du tarif n'est effectué sur base des enregistrements de détail.
En cas de rejet pour un enregistrement du bloc « enregistrement de facturation + enregistrements de détail », le bloc complet doit être rejeté.

**Règles de remboursement pour les préparations magistrales.** (art. 22 de l'AR du 12-10-2004)

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;

(☞ 8) 2° de la base de remboursement des excipients pour crèmes, gels, onguents ou pâtes, arrondie comme précisé au 1°, exprimée en valeur de P par gramme et forfaitarisée comme suit: P 0,01 ;

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° ;

(☞ 8) 4° En ce qui concerne les rectioles, peut être porté en compte à l'assurance, à concurrence de la base de remboursement maximale exprimée en valeur de P, l'élément repris ci-après: pièce: P 0,20.

(☞ 8) <u>En pratique:</u>

→ L'addition des points 1° à 3° donne la base de remboursement de la préparation (à l'exception 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 rectioles) auquel on soustrait l'intervention personnelle du bénéficiaire pour obtenir le montant de l'intervention de l'assurance.

(☞ 8) **Exemples au 01.01.2014** (bénéficiaire sans régime préférentiel)

Lettre P valeur au 01.01.2014 = 1,826737

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 crème 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 x P0,01 = 1,82 euros
Tarification de la préparation
Prix principe actif : 2,46 euros
**Prix excipients : 1.82 euros**
Honoraires : 17,04 euros
TOTAL : 21,32 euros
→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros
→ intervention assurance : 18,92 euros

Exemple 2
Erythromycine 200 mg
Dt 20 gélules gastro-résistantes

Principe actif : Erythromycine
Tarification de la préparation
Prix principe actif : 1,91 euros
Prix excipients : 0,37 euros (gélules) + 0,37 euros (enrobage)
Honoraires : 9,13 euros
TOTAL : 11,78 euros
→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros
→ intervention assurance : 9,38 euros

(☞ 8) **Exemples au 01.04.2014** (bénéficiaire sans régime préférentiel)

Lettre P valeur au 01.04.2014 = 1,826737

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 crème 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 x P0,01 = 1,82 euros
Tarification de la préparation
Prix principe actif : 2,46 euros
**Prix excipients : 1.82 euros**
Honoraires : 21,03 euros
TOTAL : 25,31 euros
→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros
→ intervention assurance : 22,91 euros

Exemple 2
Erythromycine 200 mg
Dt 20 gélules gastro-résistantes

Principe actif : Erythromycine
Tarification de la préparation
Prix principe actif : 1,91 euros
Honoraires et excipients : 12,93 euros
Enrobage gastro-résistant : 3,29 euros
TOTAL : 18,13 euros
→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros
→ intervention assurance : 15,73 euros

Remarque :
Ces exemples sont purement informatifs. Ils ne peuvent pas être utilisés pour des contrôles de tarif exacts.

(☞ 8) CONTENU DES ZONES SUR LE SUPPORT ELECTRONIQUE (à partir du 1/4/2014)

| 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 | 22,91 | 2 | 0 | 2,40 | 032 | 0 |
| 40 | 750212 | 0 | 121 | 02 | 0 | 0 | 0570333 |
| 40 | 750035 | 15,73 | 2 | 0 | 2,40 | 071 | 0 |
| 40 | 750212 | 0 | 200 | 02 | 0 | 0 | 0521427 |
| 80 | | 38,64 | | | 4,80 | | |

**RUBRIQUE :** DATE PREMIER JOUR FACTURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 17

- *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000 ou*
(☞5) *0767502):* date d'admission.
Il s'agit de la date d'admission à l'hôpital.
(☞5) Le forfait médicaments (0756000 ou 0767502) 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.

- *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).

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).

**RUBRIQUE :** DATE DERNIER JOUR FACTURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 25

(☞5) - *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000 ou 0767502):* date d'admission;

- *pour les autres produits :* date de fin de la période de délivrance ou date de délivrance.

- *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).

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).

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 33

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

**RUBRIQUE :** SEXE BENEFICIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 49

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

**RUBRIQUE :** ACCOUCHEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 50

Voir enregistrement de type 30 zone 10.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 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. |
| (☞ 5) | 4 | Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9). |
| (☞ 5) | 5 | 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) et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) . |
| (☞ 9) | 6 | Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère qui a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) . |

**RUBRIQUE :** REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 51

Voir enregistrement de type 30 zone 11.

**RUBRIQUE :** CODE SERVICE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 53

Voir enregistrement de type 30 et 50 zone 13.

En cas de délivrances par l'officine hospitalière de produits parapharmaceutiques non remboursables (0960374 - 0960385 ou 0960396 - 0960400), cette zone doit être mise à zéro.

(☞ 5) En cas de forfait par admission pour les médicaments (0756000 ou 0767502), le service d'admission doit être mentionné dans cette zone.

**RUBRIQUE :** LIEU DE PRESTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 56

(☞ 43) En cas de médicaments délivrés dans le cadre d'une convention de dialyse (aussi bien code ambulant que code hospitalisé), le numéro d'identification du centre de dialyse doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 24) 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.

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.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 68

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 80

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.

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.

(☞5) Un médicament gratuit peut donner lieu à l'imputation d'un miniforfait(*) ou maxiforfait.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 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. |

(☞ 8) (*) Mini-forfait plus facturable à partir du 1/1/2014, mais le pseudo-code 761213 reçoit le libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse » et est mentionné sur la facture avec zones montant égales à zéro.

**RUBRIQUE :** PRESTATION RELATIVE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N - 81

Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée
(☞14) sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»). Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

(☞ 7) Pour les prestations qui ne figurent pas sur la liste, aucune prestation relative ne peut être remplie et cette zone doit, donc, obligatoirement être remplie avec des zéros.

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 11 N - 88

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.

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

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 répos et de soins.

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

(☞5) • Si la zone 4 = 0756000 (ou 0767502), cette zone est égale au montant (réduit) du forfait.
Si la zone 4 = 0756022, 0756044; 0756066, 0756081, 0756103, 0756125, 0756140, 0756162, 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).

- 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.

- 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.

(☞30,37) • Pour les produits de contraste (classe ATC V08) et les autres médicaments à 90%, l'intervention de l'assurance est diminuée de 10 %.

(☞1) • Si la zone 4 = 0753631 ou 0757956, cette zone est égale à l'intervention prévue dans l'AR du 21/12/2001 augmentée de l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013).
(☞42) Si la zone 4 = 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060 cette zone est égale à l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013).

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

**RUBRIQUE :** DATE DE PRESCRIPTION ZONE RESERVEE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 100

Cette zone est réservée mais provisoirement non utilisée.

**RUBRIQUE :** SIGNE + NOMBRE D'UNITES

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 4 N - 108

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.

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.
(☞39) Lorsque le nombre d'unités dans une tube, flacon, ampoule,… divisé par l'unité dans laquelle le prix est exprimé n'est pas un nombre entier, le nombre d'unités doit être arrondi vers le bas.

Exemple 1: *Replagal 797-381*
Prix * et ** vaut par 0,2 ml
1 ampoule contient 3,5 ml, donc 17,5 unités (3,5/0,2)
En cas de délivrance de 1 ampoule, 17 unités peuvent être facturées.
En cas de délivrance de 3 ampoules, 51 unités (= 3*17) peuvent être facturées.

Exemple 2: *Gyno-daktarin 0708-164*
Prix * et ** vaut par 5 g
1 tube contient 78 g, donc 15,6 unités (78/5)
En cas de délivrance d'1 tube, 15 unités peuvent être facturées.

- En cas de forfait, le contenu de cette zone doit toujours être égal 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 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. 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).

- Si la zone 4 = 0755952 ou 0757455, alors cette zone est égale à 1.

- Si la zone 4 = 0755974, alors on mentionne dans cette zone le nombre de jours de traitement.

- Si la zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 ou 0757433, la zone est égale à 1.

En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

**RUBRIQUE :** UNITE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 113

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.
Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 01 | ml |
| 02 | mg |
| 03 | microgramme |
| 04 | goutte |
| 05 | 1000 unités |
| 06 | centimètre carré |
| 07 | litre |
| 08 | pièces |
| 10 | gramme |
| 11 | 10.000 unités |
| 12 | 100.000 unités |
| 13 | microlitre |

**RUBRIQUE :** IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 115

Cette zone doit être complétée s'il s'agit de médicaments délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés.

Cette zone est égale à zéro s'il s'agit de médicaments ou de produits délivrés aux bénéficiaires hospitalisés (ET 40 Z 4 = pseudo-code du point 1, point 8, point 10 ou point 13 ou pseudo-code 0961026, 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, 0750116 ou 0961015, 0960374 ou 0960396).

Pour les 3 pseudo-codes 0757293, 0757315 et 0757330, le prescripteur (médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique) doit être mentionné.

**RUBRIQUE :** SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 9 N - 128

Dans cette zone, la quote-part personnelle réelle et réglementaire effectivement imputée doit être mentionnée.

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.

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.

Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.

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.

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 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.

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.

Si la zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 ou 0757433, la zone est égale à zéro.

(☞1) Si la zone 4 = 0753631 ou 0757956, alors cette zone est égale à l'intervention personnelle prévue dans l'AR du 7 mai 1991 diminuée de l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/09/2013 (MB du 20/09/2013).

(☞42) Si la zone 4 = 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060 alors cette zone est égale à zéro.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

**RUBRIQUE :** REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 25 A - 138

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT OU MONTANT POUR PRODUITS NON-REMBOURSABLES

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 9 N - 165

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;
- 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;
- Les produits parapharmaceutiques non remboursables : 0960374-0960385, 0960396-0960400.
- 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.
- pansements actifs non remboursables : 0757271 ;
- supplément éventuel en cas de délivrance d'un tensiomètre dans le cadre du trajet de soins « insuffisance rénale chronique » : 0757433.
- supplément éventuel en cas de délivrance des accessoires pour l'oxygène médical gazeux par le fournisseur non pharmacien: 0755952.
- (☞1) différence entre le prix et l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013) dans le cas des contraceptifs non-remboursables délivrés aux femmes de (☞42) moins de 21 ans: 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

**RUBRIQUE :** EXCEPTION TIERS PAYANT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 175

Voir enregistrement de type 30 zone 32.

**RUBRIQUE :** CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 176

Voir enregistrement de type 30 zone 33.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 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). |
| (☞ 36) | 6 | Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice) |
| | 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.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

**RUBRIQUE :** CODE EXCEPTION PROPHYLAXIE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 177

Cette zone est toujours égale à zéro.

**RUBRIQUE :** FLAG DCI

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 179

Dans cette zone, il est indiqué si le médicament est prescrit sous le nom de marque ou sous sa DCI (dénomination commun internationale).

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 0 | médicament prescrit sous le nom de marque |
| 1 | médicament prescrit sous sa DCI |

**RUBRIQUE :** FORME GALENIQUE PREPARATION MAGISTRALE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 180

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).

Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0.

| | Valeur | | Signification |
|---|---|---|---|
| | 01 | | gélules |
| (☞ 8) | 02 | (*) | cachets |
| | 08 | | suppo adultes |
| | 09 | | suppo enfants |
| | 10 | | ovules |
| | 11 | | rectioles |
| | 13 | | ampoules |
| | 15 | | poudres à diviser |
| | 20 | | solutions usage interne |
| (☞ 8) | 21 | | solutions usage externe |
| (☞ 8) | 22 | (*) | solutions usage externe (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum) |
| | 27 | | gouttes ophtalmiques |
| | 28 | | lotions ophtalmiques |
| (☞ 8) | 30 | | pommades |
| | 31 | | pommades ophtalmiques |
| (☞ 8) | 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) |
| | 91 | | préparations préfabriquées |

En cas d'imputation d'honoraires supplémentaires, la valeur est précédée de « 1 »
Dans tous les autres cas la valeur est précédée de « 0 »
(☞ 8) A partir du 1/4/2014, la première position de cette zone est toujours égale à zéro. En effet, un honoraire supplémentaire est seulement encore prévu pour les gélules enrobées (« 71 »).

(☞ 8) (*) supprimé pour les délivrances à partir du 1/4/2014

**RUBRIQUE :** NUMERO OFFICE DE TARIFICATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 183

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 9 N - 195

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.

Médicaments remboursables

a) Délivrance à des patients hospitalisés
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) (*).
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.

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.
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

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.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

(☞30,37) (*)Cette définition n'est pas valable pour les produits de contraste et les autres médicaments à 90 %, pour lesquels l'intervention est diminuée de 10%.

**RUBRIQUE :** NUMERO DU PRODUIT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N - 205

Dans ces zones, il y a lieu d'indiquer le code individuel du produit pharmaceutique.

Cette zone doit toujours être complétée; excepté lorsqu'il s'agit de préparations magistrales délivrées
(☞5) aux patients ambulants, du forfait par admission pour les médicaments (0756000 ou 0767502) et les interventions forfaitaires 0757293, 0757315 et 0757330. Dans ces cas, la zone doit être mise à zéro.

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.

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 | 07100001 | (*) |
| - diffuseurs pour perfusion vides | 07100019 | (*) |
| - location de pompe à perfusion | 07100027 | (*) |
| - réservoirs préremplis pour pompe à perfusion | 07100035 | (*) |
| - réservoirs vides pour pompe à perfusion | 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 | 07100050 | (*) |
| - forfait pour dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins | 07100068 | |
| - honoraires de remplissage | 07100076 | |

Dans l'ET 40 Z 4, ces pseudo-codes CNK doivent être regroupés sous le pseudo-code catégorie 0755392.
(☞42,45) (pour les délivrances jusqu'au 31/12/2018).
(☞42,45) A partir du 1/1/2019, les nouveaux pseudo-codes 0759496, 0759511, 0759533, 0759555, 0759570 et 0759592 sont utilisés.

5. Honoraires pour la livraison et l'installation de l'oxygène au domicile du bénéficiaire.

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.

Honoraires pour la coordination et l'accompagnement

- coordination et accompagnement de l'oxygénothérapie gazeuse 07105745

Dans l'ET 40 Z 4, le pseudo-code catégorie 0757455 est utilisé pour ce pseudo-code CNK.

(☞42,45) (*) Ces pseudo-codes CNK sont supprimés pour les délivrances à partir 1/1/2019. A partir de cette date, des codes CNK de la liste (section 7 de l'AR du 24/10/2002) doivent être utilisés.

6. Trajets de soins

| | |
|---|---|
| Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes - coût du matériel | 07104656 |
| Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes - honoraire | 07104664 |
| Trajet de soins diabète – glucomètre - coût du matériel | 07104672 |
| Trajet de soins diabète – glucomètre - honoraire | 07104680 |
| Programme 'éducation et autogestion' – tigettes et lancettes – coût du matériel | 07104698 |
| Programme 'éducation et autogestion' – tigettes 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 48 A - 213

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.

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.

**RUBRIQUE :** DATE DE L'ACCORD PRESTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 262

Voir enregistrement de type 30 zone 47.

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.

Pour les pseudo-codes 0757293, 0757315, 0757330, la date de l'accord du médecin conseil doit être complétée.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

**RUBRIQUE :** TRANSPLANTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 270

Voir enregistrement de type 30 zone 48.

**RUBRIQUE :** NUMERO DU PHARMACIEN TITULAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 271

Dans cette zone, le pharmacien titulaire est identifié par le numéro d'identification de l'I.N.A.M.I..
(☞ 1) Le numéro d'identification du pharmacien qui a signé la facture récapitulative (relative au mois facturé mentionné dans l'ET 10 Z 22-23) doit être mentionné dans cette zone.

| A | B | C | | | | | D | | E | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 0 | 2 | | | | | | | | | | |

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 4 N - 283

L'utilisation de cette zone est provisoirement facultative.

L'année de naissance du bénéficiaire mentionnée dans la zone 8 est indiquée dans cette zone.

**RUBRIQUE :** SITE HOSPITALIER

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 287

Voir enregistrement de type 30 zone 51.

**RUBRIQUE :** IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 293

Voir enregistrement de type 30 zone 52.

**RUBRIQUE** : FLAG TVA

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT** : 2 N - 347

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'une prestation/délivrance sur laquelle de la TVA est due.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 01 | prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient et sur lesquelles 21% de TVA est dû |
| 02 | prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient avec exemption de TVA |
| 00 | tous les autres cas |

**RUBRIQUE :** CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

**RUBRIQUE :** ENREGISTREMENT DE TYPE 50

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

**RUBRIQUE :** NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

**RUBRIQUE :** NORME PRESTATION (POURCENTAGE)

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 9

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 1 | Aide opératoire en cas de 1ère intervention chirurgicale ou de prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale (*).<br>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.<br>Les 7 chiffres suivants du code de prestation contiennent le code de prestation pour lequel l'aide opératoire est portée en compte. |
| (☞ 5) | 3 | Honoraire forfaitaire réduit par admission pour l'imagerie médicale, pour la biologie clinique ou pour la permanence (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans un délai de 10 jours après une hospitalisation précédente). |
| | 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. |
| (☞4,8,13) | 6 | Les matériaux de l'art. 28, de l'art. 35 (à l'exception du §18, a)) et de l'art. 35bis de la nomenclature (jusqu'au 30/6/2014 inclus) ou issus de la « liste » (AR xx/xx/2014) (à partir du 1/7/2014) et les défibrillateurs cardiaques implantables (jusqu'au 31/12/2013 inclus) pour lesquels le prix d'achat est inférieur au prix-INAMI, ne sont par conséquent,<br>tarifés qu'au niveau du montant de la facture**.** |
| | 7 | Prestations hors réglementation tiers payant mais sont sur le support magnétique pour mémoire et une facture O.A. par paiement comptant suit. |

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

(*) Pour les prestations exécutées à partir du 1/11/2011, la norme 1 est seulement encore utilisée en cas de 1ère 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 OA) est mise à zéro.

(☞34) Pour les prothèses dentaires, l'enregistrement avec le code de prestation doit être précédé d'enregistrements avec pseudo-codes qui désignent les phases de fabrication. Dans ces enregistrements, la date de chaque phase doit être complétée (Z 5 = Z 6). Le code norme est égal à 9. Les zones montant sont égales à zéro.
Les enregistrements avec le code norme 9 doivent être mentionnés dans une série continue et être immédiatement suivis par le dernier enregistrement de prestation avec le code norme 0.
Cas particuliers :

- Si la situation du patient ambulant-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 (ambulant 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 ambulant, ou inversément.
- 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.

- 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.

(☞ 7) Pour les *prestations 427534, 427556, 427571 et 429251*, 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 le code nomenclature 427534, 427556, 427571

(☞ 7) ou 429251. 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.

(☞ 8) - Pour les tuteurs coronaires (jusqu'au 30/6/2014 inclus: 687875-687886; à partir du 1/7/2014: 158992-159003), tuteurs coronaires ou drug eluting stents (jusqu'au 30/6/2014 inclus: 680352-680363; à partir du 1/7/2014: 159036-159040) ou drug eluting stents (jusqu'au 30/6/2014 inclus: 680315-680326; à partir du 1/7/2014: 159014-159025) et pour les prestations relatives aux endoprothèses (jusqu'au 30/6/2014 inclus: 634012 à 634325 inclus; à partir du 1/7/2014: 161114 à 161420 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;

Attention: implantation sur plusieurs jours: voir instructions ET 50 Z 3 S 5 et Z 4 S 18

(☞ 1) - 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.

(☞ 1) (*) Les instructions concernant les combinaisons de produits visco-élastiques sont valables pour les prestations exécutées jusqu'au 31/3/2013 inclus.

(☞ 8) - 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 (jusqu'au 30/6/2014 inclus):

* 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.

  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.

(☞ 8) - Pour les neurostimulateurs rechargeables 715116-715120 et 715131-715142, la facturation se fait comme suit (jusqu'au 30/6/2014 inclus) :

* 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)

- 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 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;
  * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, la zone 22 est toujours égale à "+0001", la zone 43 est toujours égale à zéro;
  * 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;

(☞ 8) 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 (à la
(☞14) page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique») (mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus et reste valable pour les pseudo-codes dans le cadre des déclarations d'accord et dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ») ou avec la valeur 2 dans la zone « identificationZone43 » du fichier de référence « LIST » (à partir du 1/7/2014).

- 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 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;
  * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, la zone 55-56 est toujours égale à zéro;
  * 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;

(☞ 8) Les prestations qui doivent être facturées de cette façon, sont indiquées avec la valeur
(☞ 14) « 1 » dans la feuille « Z55-56 » de la liste implants (mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus et reste valable pour les pseudo-codes dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ») ou avec la valeur 2 dans la zone « notificationZone55 » du fichier de référence « LIST» (à partir du 1/7/2014).
Un exemple concret est détaillé dans l'ET 50 Z 4 S 25 et S 26.

(☞ 30) - Pour les prestations 180235-180246 et 180250-180261, la facturation s'effectue comme suit :
  * le nombre d'enregistrements consécutifs est égal au nombre d'éléments utilisés + 1;
  * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de drug-coated ballons) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
  * le(s) enregistrement(s) suivant(s) (nombre égal au nombre de tuteurs) 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;
  * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, les zone 43 et 55-56 sont égales à zéro;
  * 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.
    Dans le fichier de référence « LIST », ces prestations sont indiquées avec la valeur « 2 » aussi bien dans la zone « notificationZone55 » que dans la zone « identificationZone43 ».

0 Toutes les autres situations ...

**Mise en place des stents sur plusieurs jours.**

(☞ 8) A partir du 1/7/2014:
La condition de remboursement F-§05, point 5.1 prévoit que par séjour, seule une des prestations
(☞26) 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 et 170656-170660
peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

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 18.

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.

(☞26) Remarque:
Cette méthode ne vaut pas pour la prestation 158970-158981: pour cette prestation, ni un code d'identification, ni un code de notification ne doit être mentionné; il n'y a, donc, pas d'enregistrements statistiques avec norme 9.

**RUBRIQUE :** CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N - 10

Code de la prestation qui a été fournie.

Ces numéros de code figurent en général dans la nomenclature des prestations de santé et sont précédés d'un zéro.

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.

| | Libellé | Pseudo-code nomenclature 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 | - |
| (☞ 4) | 2. Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses | | |
| | a) praticiens de l'art infirmier | 0418913 | - |
| | b) accoucheuses | 0422973 | - |
| | 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 | - |
| (☞ 28) | - DMG+ (70%) | 0103272 (*) | - |
| (☞ 28) | - DMG+ (30%) | 0103294 (*) | - |
| (☞ 28) | - suivi patient diabétique de type 2 en maison médicale | 0109594 | - |
| | 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 |

(☞ 28) (*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/4/2016.

| 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 min | - | 0771201 |
| - Séance collective pluridisciplinaire d'une durée minimale de 60 min. | 0771212 | 0771223 |
| d) Prestations de diététique et de podologie | | |
| - évaluation et/ou intervention diététique individuelle | 0771131 | - |
| - examen ou traitement podologique individuel | 0771153 | - |
| e) Prestations de rééducation fonctionnelle suite à l'entrée en vigueur des trajets de soins | | |
| - diététique | 0794010 | - |
| - podologie | 0794032 | - |
| - éducation de départ | 0794054 (*) | - |
| - éducation de suivi | 0794076 (*) | - |
| - supplément d'éducation en cas de complications | 0794091 (*) | - |
| (☞39) - prestations d'éducation associées à la prestation de suivi | | |
| - séance individuelle par l'éducateur en diabétologie | 0794253 | - |
| - séance individuelle par le diététicien | 0794275 | - |
| - séance individuelle par l'infirmier | 0794312 | - |
| - séance de groupe par l'éducateur en diabétologie | 0794334 | - |
| - séance de groupe par le diététicien | 0794356 | - |
| - séance de groupe par le kinésithérapeute | 0794393 | - |
| (☞39) - prestations d'éducation associées au trajet de soins diabète | | |
| - séance individuelle par l'éducateur en diabétologie au cabinet | 0794415 | - |
| - séance individuelle par l'éducateur en diabétologie au domicile | 0794430 | - |
| - séance de groupe groepszitting par l'éducateur en diabétologie | 0794452 | - |
| 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 individualisé, adapté au handicap, vers centre de rééducation conventionné, organisé par le centre de rééducation | 0771971 (°) | 0771982 (°) |
| - Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers centre de rééducation conventionné, adapté à la voiture personnelle | 0773150 (°) | 0773161 (°) |
| - 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(°°) |

(☞39) Supprimé le 1/1/2019

(☞44) (°) ne peuvent plus être facturé au niveau fédéral (compte A/B) par les institutions régionalisées (mais bien par les institutions fédérales) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

(☞44) (°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

| Libellé | Pseudo-code nomenclature Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|
| (☞29) 5quater. Convention diabète (enfants) (méthode de mesure par capteur) | | |
| Journée de prestation groupe C – mesure par capteur | 0788852 | |
| Journée de prestation groupe B – mesure par capteur | 0788815 | |
| Journée de prestation groupe A – mesure par capteur | 0788771 | |
| Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur | 0785750 | |
| Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur | 0785794 | |
| Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur | 0785831 | |
| Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur | 0785875 | |
| Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur | 0785912 | |
| Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur | 0785956 | |
| Journée de prestation bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur | 0785713 | |
| Journée de prestation bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur | 0785676 | |
| Journée de prestation bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur | 0785632 | |
| Journée de prestation bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur | 0785595 | |

Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 6 et le code service 770.

| | | |
|---|---|---|
| (☞36)5quinquies. Convention SAOS | | |
| Forfait AOM pour un bénéficiaire qui utilise pour la première fois une OAM | 0779870 | |
| Forfait AOM pour un bénéficiaire dont l'OAM doit être renouvelée | 0779892 | |
| Forfait de base AOM | 0779914 | |
| Forfait de départ nCPAP | 0779936 | |
| Forfait de base nCPAP | 0779951 | |
| (☞37) Intervention personnelle nCPAP (AR 29/4/1996) | 0765951 | |

Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 6 et le code service 770.
Les pseudo-codes ambulatoires sont également utilisés dans le cas d'une hospitalisation temporaire (sous le type de facture 6 et avec code service 770).

| | | |
|---|---|---|
| 6. a) Bains désinfectants pour brûlures : | | |
| - Global | - | 0754526 |
| - Brûlure isolée sur un des quatre membres | - | 0754541 |
| b) Nutrition parentérale au domicile du patient | | |
| - Poches « à la carte » adultes | 0751354 | - |
| - Poches « à la carte » enfants | 0751376 | - |
| - Pré-mélanges industriels | 0751391 | - |
| - Poches « perdialytique » | 0751413 | - |
| (☞33) - Forfait par jour pour l'administration d'électrolytes | 0751951 | - |
| c) Seringues d'insuline stériles | 0754736 | - |
| d) Alimentation entérale par sonde au domicile du patient | | |
| - l'administration d'un produit polymérique | 0751251 | - |
| - l'administration d'un produit semi-élémentaire | 0751273 | - |
| - l'utilisation du matériel sans pompe | 0751295 | - |
| - l'utilisation du matériel avec pompe | 0751310 | - |
| - 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 |
| - alopécie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire | 0755451 | 0755462 |
| - alopécie cicatricielle d'origine radiothérapeutique | 0754154 | 0754165 |

| Libellé | Pseudo-code nomenclature Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|
| f) Conventions art. 56 | | |
| - traitement des enfants avec aversion grave de l'alimentation orale | | |
| - 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 4ième mois) enfants de 0 à 17 ans inclus | 0751855 | - |
| - suivi (à partir du 4ième mois) autres bénéficiaires | 0751892 | - |
| 7. Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales | - | 0700000 |
| 8. a) Article 35, catégorie 5 : | | |
| (☞ 5) ● Neurostimulateur et accessoires implantés pour le traitement de mouvements irréguliers (à partir du 1/12/2013): | | |
| - neurostimulateur implantable | 0702914 (*) | 0702925(*) |
| - neurostimualteur implantable – Remplacement | 0702973 (*) | 0702984(*) |
| - électrodes et accessoires (par pièce) | 0702936 (*) | 0702940(*) |
| - électrode implantée – Remplacement (par pièce) | 0702995 (*) | 0703006(*) |
| - électrode en cas de stimulation d'essai négative (par pièce) | 0702951 (*) | 0702962(*) |
| - neurostimualteur implantable rechargeable | 0703371 (*) | 0703382(*) |
| - neurostimualteur implantable rechargeable – Remplacement | 0703393 (*) | 0703404(*) |
| ● Matériel pour assistance ventriculaire utilisé en cas de "bridge - to - transplant" | 0684714 (*) | 0684725(*) |
| 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 (*) | |
| 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 (*) | |
| ● 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(*) |
| ● Endoprothèse fenêtrée et/ou multibranche | 0703415(***) | 0703426(***) |
| ● Moniteur cardiaque implantable et accessoires | 0693910(**) | 0693921(**) |

(☞25) (*) Supprimé à partir du 1/8/2016.
(☞22) (**) Supprimé à partir du 1/3/2016.
(☞23) (***) Supprimé à partir du 1/5/2016.

| | Libellé | Pseudo-code nomenclature Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|---|
| (☞3) | ● Stent valvulaire percutané implantable dans la position pulmonaire | | |
| | - Stent valvulaire percutané implantable avec système de placement placé dans le outflow tract du ventricule droit | 0704616 (*) | 0704620 (*) |
| | - Ensemble du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable placé dans le outflow tract du ventricule droit, le stent valvulaire percutané implantable avec système de placement non compris | 0704631 (*) | 0704642 (*) |
| | - Ensemble du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable dans le outflow tract du ventricule droit, le stent valvulaire percutané implantable avec système de placement non compris dans le cas où il y a eu une prédilatation et/ou préstenting et qu'il n'y a pas eu de redilatation et/ou restenting pendant la procédure, pendant laquelle un stent valvulaire percutané implantable est placé dans le outflow tract du ventricule droit | 0704653 (*) | 0704664 (*) |
| (☞ 9) | ● Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique (12.000 €) | 0680153 (*) | 0680164 (*) |
| | Accessoires d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique (3.000 €) | 0680175 (*) | 0680186 (*) |
| | Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique, y compris les accessoires (3.082,31 €) | 0680993 (*) | 0681004 (*) |
| | b) Article 35bis, catégorie 3 : | | |
| | Ensemble du matériel de consommation pour l'exécution de la prostatectomie totale, y compris l'exérèse du bloc vésiculaire avec suture urétro-vésicale par chirurgie robotisée endoscopique | 0777114 (***) | 0777125 (***) |
| | Sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire | 0703496 (***) | 0703500 (***) |
| (☞8) | c) Marge de délivrance des implants (cette marge doit être facturée au même moment que les prestations correspondantes) | | |
| | ● <u>Implants et dispositifs médicaux invasifs jusqu'au 30/6/2014 inclus</u> | | |
| | - pour les prestations de l'art. 28, § 1er | 0618715 | 0618726 |
| | - pour les prestations des catégories 1, 2 et 5 de l'art. 35 | 0685812 | 0685823 |
| | - pour les prestations des catégories 3 et 4 de l'art. 35 | 0685834 | 0685845 |
| | - pour les prestations de l'article 35bis, catégories 1, 2 et 3 | 0685856 | 0685860 |
| | - pour les prothèses de la parole | 0785352 (**) | 0785363(**) |
| | ● <u>Implants et dispositifs médicaux invasifs à partir du 1/7/2014</u> | | |
| | - implants et dispositifs médicaux invasifs de la "liste" | 0619673 | 0619684 |
| | - art. 35 catégorie 5 | 0685812 (*) | 0685823 (*) |
| | - art. 35bis catégorie 3 | 0685856 (***) | 0685860 (***) |
| | - pour les prothèses de la parole | 0785352 (**) | 0785363 (**) |
| | ● <u>Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes à partir du 1/1/2014</u> | | |
| | - défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable dans l'enveloppe | 0680374 | 0680385 |
| | - électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable | 0680190 | 0680201 |
| (☞ 11) | - défibrillateur cardiaque implantable (de remplacement) après liquidation totale de l'enveloppe ou lors d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe ou sous garantie | 0704933 | 0704944 |
| (☞ 11) | - électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable après liquidation totale de l'enveloppe ou lors d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe | 0704955 | 0704966 |

(☞25,35) (*) Supprimé à partir du 1/8/2016.
(**) La marge de délivrance est à charge de l'assurance maladie obligatoire (voir Convention avec les fournisseurs d'implants). Le montant doit donc être mentionné dans <u>la zone 19.</u>
(☞22,35) (***) Supprimé à partir du 1/3/2016.

| Libellé | Pseudo-code nomenclature Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|

Le montant de la marge de délivrance est plafonné.
Dans le cas où le plafond est d'application sur la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations, il faut alors indiquer au moyen de la norme 8 ou 7 dans la Z 46 de l'ET 50, si le montant mentionné dans la Z 27 est le résultat du calcul exact sur le prix d'achat (Z 19 + Z 27 de l'ET 50 correspondant); ou la différence entre la valeur plafond et la somme des marges de délivrance mentionnées dans les ET 50 précédents indiqués avec la norme 8.
L'enregistrement dans lequel le plafond est atteint et dans lequel le montant de la Z 27 est par conséquent plus petit que la marge de délivrance normale, est indiqué par la norme 7.
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 Z 27 égal à zéro et avec la norme 7.

d) Supprimé

e) Défibrillateur cardiaque implantable

| | | | |
|---|---|---|---|
| (☞ 5) | Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable | 0704815 | 0704826 |
| (☞ 5) | Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable | 0704830 | 0704841 |
| (☞ 11) | Tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable | 0704896 | 0704900 |
| (☞ 36) | Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient | 0705095 | 0705106 |
| (☞ 11) | Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe | 0704970 | 0704981 |
| (☞ 11) | Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe | 0704992 | 0705003 |
| (☞ 11) | Tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe | 0705036 | 0705040 |
| (☞ 36) | Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient à la valeur du montant restant dans l'enveloppe | 0705154 | 0705165 |
| (☞ 5) | Défibrillateur cardiaque implantable après liquidation totale de l'enveloppe | 0704852 | 0704863 |
| (☞ 5) | Défibrillateur cardiaque de remplacement implantable après liquidation totale de l'enveloppe | 0704874 | 0704885 |
| (☞ 5) | Electrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable après liquidation totale de l'enveloppe | 0704911 | 0704922 |
| (☞ 36) | Défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient après liquidation totale de l'enveloppe | 0705110 | 0705121 |
| (☞ 11) | Défibrillateur cardiaque implantable remplacé sous garantie | 0705051 (*) | 0705062 (*) |
| (☞ 36) | Défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé en cas d'une end-of-life | 0694993 | 0695004 |
| (☞ 41) | Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable | 0705176 | 0705180 |
| (☞ 41) | Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable | 0705191 | 0705202 |
| (☞ 41) | Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable | 0705213 | 0705224 |
| (☞ 41) | Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient | 0705235 | 0705246 |
| (☞ 41) | Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable diminué de la valeur du montant restant de l'enveloppe | 0705250 | 0705261 |
| (☞ 41) | Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable diminué de la valeur du montant restant de l'enveloppe | 0705272 | 0705283 |
| (☞ 41) | Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable diminué de la valeur du montant restant de l'enveloppe | 0705294 | 0705305 |
| (☞ 41) | Montant de récupération de la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient, diminué de la valeur du montant restant de l'enveloppe | 0705316 | 0705320 |

Ces prestations se référent 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).
Pour l'ANMC, dans le cadre de REFAC, les documents doivent être transmis au point unique de contact.

(☞ 36) (*) supprimé le 1/1/2018.

| Libellé | Pseudo-code nomenclature Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|
| (☞ 8) f) Marge de sécurité des implants (jusqu'au 30/6/2014 inclus) (***) | 0618730 | 0618741 |
| Marge de sécurité des implants (à partir du 1/7/2014) (***) | 0619695 | 0619706 |

La marge de sécurité doit être facturée via un enregistrement distinct. Le montant est repris dans la zone 27. Le (pseudo-)code 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".

(☞40) 10. Montant global prospectif (voir pseudo-codes dans l'annexe à l'AR portant exécution de la loi relative au financement groupé des activités hospitalières).

(☞ 8) (***) 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 (jusqu'au 30/6/2014 inclus) ou tel que défini dans l'AR du 25/6/2014 (à partir du 1/7/2014).

**Codification des bandes et autres matières plâtrées, du sang et du plasma sanguin pour transfusion et du lait maternel.**

| Libellé | Pseudo-code nomenclature | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Ambulant | | Hospitalisé | |
| | 100 % | 75 % (*) | 100 % | 75 % (*) |
| APPAREIL PLATRE OU ORTHOPEDIQUE | | | | |
| 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 |

(*) Les pseudo-codes relatifs à l'intervention à 75% sont supprimés à partir du 1/3/2012.

| | | (*) | | (*) |
|---|---|---|---|---|
| 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 |

MOULAGE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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 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 |

(*) Les pseudo-codes relatifs à l'intervention à 75% sont supprimés à partir du 1/3/2012.

| | | (*) | | (*) |
|---|---|---|---|---|
| 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 |

(*) Les pseudo-codes relatifs à l'intervention à 75% sont supprimés à partir du 1/3/2012.

| Libellé | Pseudo-code nomenclature Ambulant | Hospitalisé |
|---|---|---|
| Intervention de l'assurance dans le coût du sang humain total et de certains produits sanguins labiles (A.R. du 20/04/2010) Dans le cas d'une administration dans un établissement hospitalier, la facturation est effectuée par cet établissement. | | |
| Sang humain total | | |
| par unité de sang humain total | 0752113 | 0752124 |
| Concentré érythrocytaire déleucocyté | | |
| 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 |
| c) unité "autologue", par unité "autologue" de concentré érythrocytaire déleucocyté, filtre inclus | 0752555 | 0752566 |
| Concentré érythrocytaire déleucocyté irradié | | |
| 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 |
| Concentré plaquettaire déleucocyté | | |
| a) par multiple entier de l'unité contenant au minimum $0,5.10^{11}$ plaquettes et dont le nombre de leucocytes ne dépasse pas $1.10^{6}$ dans le produit fini, filtre inclus | 0752496 | 0752500 |
| b) par unité de minimum $4 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus | 0752614 | 0752625 |
| Concentré plaquettaire déleucocyté irradié | | |
| a) par unité de $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus | 0752636 | 0752640 |
| b) par unité de minimum $4 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus | 0752651 | 0752662 |
| Concentré plaquettaire déleucocyté pathogénes-réduits | | |
| a) par unité de $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus | 0752673 | 0752684 |
| b) par unité de minimum $4 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus | 0752695 | 0752706 |
| Concentré leucocytaire | | |
| par unité de concentré leucocytaire | 0752393 | 0752404 |
| Plasma humain frais congelé destiné à être utilisé pour les transfusions autologues programmées | | |
| par unité de plasma humain frais congelé | 0752415 | 0752426 |
| Plasma humain frais congelé viro-inactivé | | |
| par unité de plasma humain frais congelé viro-inactivé | 0752430 | 0752441 |
| Lait maternel (en ml.) | 0695052 | 0695063 |

(☞15) Codification des produits radio-pharmaceutiques à visée thérapeutique (AR 22/5/2014, MB 28/5/2014).

| Libellé | Pseudo-code nomenclature 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(*) |
| Iodium 125 | 0698515(*) | 0698526(*) |
| Solution de chlorure d'Yttrium 90 | 0698530(*) | 0698541(*) |

(☞15) (*) Supprimé à partir de la date de prestation 1/6/2015.
Ces pseudo-codes ont été remplacés par de nouveaux pseudo-codes publiés via un fichier Excel sur le site web de l'INAMI (http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/radiopharma/Pages/default.aspx)

(☞15) Codification des produits radio-pharmaceutiques à visée diagnostique (AR 22/5/2014, MB 28/5/2014).

| | Libellé | Pseudo-code nomenclature 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 T1 201 | 0699193(*) | 0699204(*) |
| | - Radio-isotopes de poids atomique bas | 0699215(*) | 0699226(*) |
| | - I 123 utilisé pour l'exploration de patients présentant un syndrôme parkinsonien cliniquement douteux | 0699230(*) | 0699241(*) |
| (☞3) | - ADREVIEW (I 123 iobenguane marqué) | 0699473(**) | 0699484(**) |

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 personelle 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
(☞15) du 21/12/2001 (jusqu'au 31/5/2015 inclus) ou comme prévu dans l'art. 27 de l'AR du 22/5/2014 (MB du 28/5/2014) (à partir du 1/6/2015).

(☞15) (*) Supprimé à partir de la date de prestation 1/6/2015.
Ces pseudo-codes ont été remplacés par de nouveaux pseudo-codes publiés via un fichier Excel sur le site web de l'INAMI.( http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/radiopharma/Pages/default.aspx)

(☞3) (**) Supprimé à partir de la date de prestation 1/6/2013.

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).

(☞20) Forfait INAMI PET (Art. 27/1 de l'A.R. du 22 mai 2014) : 747913-747924.

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;

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

(☞26 ) Convention reconstruction mammaire
Les pseudo-codes (et les tarifs s'y rapportant) sont repris dans la convention entre le Comité de l'Assurance de l'INAMI et l'établissement hospitalier agréé.

(☞ 32) Convention oncofreezing
Les pseudo-codes des prestations remboursables (et les tarifs s'y rapportant) sont repris dans la convention entre le Comité de l'Assurance de l'INAMI et l'établissement hospitalier agréé.
Les pseudo-codes 96xxxx pour les montants à charge du bénéficiaire sont repris dans l'ET 50 Z 4 S 15.

(☞ 45) Convention « équipes mobiles » et « soins de psychologie de première ligne »
Les pseudo-codes (et les tarifs associés) des prestations remboursables (respectivement visites à domicile du psychiatre et séances de psychologie par des psychologues ou des orthopédagogues) sont repris dans les conventions concernées.

(☞35) Kinésithérapie : indemnité « ouverture du dossier »

| | |
|---|---|
| 639855-639866 | Indemnité pour les prestations 560011, 560114, 560210, 560313 et 560501. |
| 639892 | Indemnité pour les prestations 560416, 564395 et 560571 |
| 639870 – 639881 | Indemnité pour la prestation 560534-560545 |

| | | **Ambulant** | **Hospitalisé** |
|---|---|---|---|
| | 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, § 1er, 2°, 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, § 1er, 3° | | |
| | à l'article 7, § 13 → utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1er, 4° | | |
| | 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 : | | |
| | 1er cycle | 0559812 | 0559823 |
| | 2ème cycle | 0559834 | 0559845 |
| | 3ème cycle et suivants | 0559856 | 0559860 |
| | Il s'agit uniquement de la mention du nombre de cas, toutes les zones "montant" sont égales à zéro. 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). | | |
| (☞27) | Projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté » | | |
| | Début de prise en charge dans le projet | 0793590 | 0793601 |
| | Fin de prise en charge dans le projet | 0793612 | 0793623 |
| (☞33) | Projet "hospitalisation à domicile" | | |
| | Début de prise en charge dans le projet antibiothérapie | 0793634 | 0793645 |
| | Fin de prise en charge dans le projet antibiothérapie | 0793656 | 0793660 |
| | Début de prise en charge dans le projet traitement oncologique | 0793671 | 0793682 |
| | Fin de prise en charge dans le projet traitement oncologique | 0793693 | 0793704 |
| (☞ 45) | Convention « équipes mobiles » | | |
| | Début de prise en charge dans l'équipe mobile 2a | 0793715 | |
| | Fin de prise en charge dans l'équipe mobile 2a | 0793730 | |
| | Début de prise en charge dans l'équipe mobile 2b | 0793752 | |
| | Fin de prise en charge dans l'équipe mobile 2b | 0793774 | |
| | 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 | |
| (☞5) | 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 (d'application à partir du 1/10/2013) | 0793575 | |
| (☞45) | Transport urgent de malades | | |
| | Forfait pour les 10 premiers km | 0784416 (*) | 0784420 (*) |
| | Intervention à partir du 11e jusqu'au 20e km inclus | 0784431 (*) | 0784442 (*) |
| | Intervention à partir du 21e km | 0784453 (*) | 0784464 (*) |
| | Intervention par paire d'électrodes | 0784475 (*) | 0784486 (*) |
| | Convention dialyse hépatique | | |
| | Dialyse de détoxification: élimination des toxines hydrosolubles et des toxines liées à l'albumine | 0761972 | 0761983 |
| (☞29) | 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 |

(☞44) (°°) à partir de la date de prestation 1/1/2019, ces codes ne peuvent plus être facturées au niveau fédéral (compte A/B) (depuis la date de prestation 1/1/2017, ils ne pouvaient déjà plus être facturés pour les patients domiciliés à la région flamande).

(☞45) (*) A partir de la date de prestation 1/1/2019, ces pseudo-codes peuvent uniquement être facturés pour les bénéficiaires transportés par un hélicoptère du CHU Sart Tilman ou de l'AZ St. Jan Brugge dans le cadre de l'aide médicale urgente.

**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 diagnostiques non remboursables |
| | 0960072 | 0960083 | Prestations de soins thérapeutiques non remboursables |
| (☞23) | 0961251 | 0961262 | Interventions esthétiques non remboursables |

(☞ 32) Convention oncofreezing

| | | |
|---|---|---|
| 0961376 | 0961380 | Participation annuelle pour oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans l'article 12 de la convention (le bénéficiaire avait déjà un contrat au moment de l'entrée en vigueur de la convention) |
| 0961391 | 0961402 | Participation annuelle pour oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans l'article 13 de la convention (prolongation de la conservation au-delà de la période de 10 ans). |

(☞22) Implants et autres produits

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 0960234 | 0960245 | Implants non remboursables avec obligation de notification |
| | 0960536 | 0960540 | Implants non remboursables sans obligation de notification |
| (☞22) | 0961236 | 0961240 | Produits radiopharmaceutiques non remboursables |
| (☞24) | 0961295 | 0961306 | Matériel piqûre au doigt à charge du patient dans le cadre de la convention diabète |
| (☞25) | 0961310 | 0961321 | Matériel piqûre au doigt à charge du patient dans le cadre de la convention diabète enfants |
| (☞29) | 0961332 | 0961343 | Matériel mesure par capteurs à charge du patient dans le cadre de la convention diabète |
| (☞29) | 0961354 | 0961365 | Matériel mesure par capteurs à charge du patient dans le cadre de la convention diabète enfants |
| (☞23) | 0961273 | 0961284 | Montant total TVA |

Frais divers dans les hôpitaux ou MSP

| | | |
|---|---|---|
| 0960492 | 0960503 | Confort de chambre |
| 0960190 | 0960201 | Frais personne accompagnante |
| 0960411 | 0960422 | Nourriture et boissons |
| 0960433 | 0960444 | Produits d'hygiène sans code APB |
| 0960455 | 0960466 | Autres produits/services fournis à la demande du patient |
| 0960470 | 0960481 | Frais d'ambulance (*) |

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 |

(☞45) (*) L'indemnité forfaitaire (60 €) qui peut, à partir du 1/1/2019, être facturée au patient pour le transport en ambulance suite à un appel 100/112, est également mentionnée sous ce pseudo-code.

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 (*montant en négatif*) |
| 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 |
| 0960956 | Frais médecin *(mention facultative)* |
| 0960971 | Frais kiné *(mention facultative)* |
| 0960993 | Frais labo *(mention facultative)* |
| 0960094 | Frais policlinique *(mention facultative)* |
| 0961111 | Ristourne convention art.10bis SEP *(montant en négatif)* |
| 0961133 | Ristourne convention art.10bis SLA *(montant en négatif)* |
| 0961155 | Ristourne convention art.10bis Huntington *(montant en négatif)* |

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 |
| 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.

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.

| | 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/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/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/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 | 000000000000 |
| 25 | | | | |
| 27 | QUOTE-PART PERSONNELLE | +000000000 | +000005222 | +000001524 |
| 30-31 | MONTANT SUPPLEMENT | +000000000 | +000000000 | +000000000 |
| 43 | CODE IMPLANT | 0XXXYYYZZZZZC | 000000000000 | 000000000000 |

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

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/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 |
| 16 | NORME DISPENSATEUR | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 17<br>18 | PRESTATION RELATIVE | 0589024 | 0589024 | 0589024 | 0687886 |
| 19 | MONTANT O.A. | +00000000000 | +00000000000 | +00000205016 | +00000000000 |
| 20<br>21 | DATE PRESCRIPTION | 19980630 | 19980630 | 19980630 | 00000000 |
| 22<br>23 | NOMBRE DE PRESTATIONS | +0001 | +0001 | +0001 | +0001 |
| 24<br>25 | IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 |
| 27 | QUOTE-PART PERSONNELLE | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000014874 |
| 30-31 | MONTANT SUPPLEMENT | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000000000 |
| 43 | CODE IMPLANT | 0XXXYYYAAAAAC | 0XXXYYYBBBBBC | 0000000000000 | 000000000000 |

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

b) 4 tuteurs sont implantés :
- 1 tuteur de type 0XXXYYYAAAAAC, le 5/4/2004
- 3 tuteurs du type 0XXXYYYBBBBBC, 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 |
| 5 | DATE DEBUT PRESTATION | 20040405 | 20040405 | 20040405 | 20040412 |
| 6 | DATE FIN PRESTATION | 20040405 | 20040405 | 20040405 | 20040412 |
| 15 | PRESTATAIRE | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/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/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 | 01/XXXXX/CC/KKK |
| 25 | | | | | |
| 27 | QUOTE-PART PERSONNELLE | +000000000 | +000000000 | +000014874 | +000000000 |
| 30-31 | MONTANT SUPPLEMENT | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000000000 |
| 43 | CODE IMPLANT | 0XXXYYYAAAAAC | 0000000000000 | 000000000000 | 0XXXYYYBBBBBC |

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 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)

| 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 | 0589024 | 0687886 | 0687886 | 0687886 | 0686464 |
| 18 | RELATIVE | | | | | |
| 19 | MONTANT O.A. | +00000205016 | +00000000000 | +00000000000 | +00000100000 | +00000000000 |
| 20 | DATE PRESCRIPTION | 20031130 | 00000000 | 20031130 | 20031130 | 00000000 |
| 21 | | | | | | |
| 22 | NOMBRE DE PRESTATIONS | +0001 | +0001 | +0001 | +0001 | +0001 |
| 23 | | | | | | |
| 24 | IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR | 01/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 |
| 25 | | | | | | |
| 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 |

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 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)

| 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. | +00000000000 | +00000205016 | +00000000000 | +00000000000 | +00000100000 | +00000000000 |
| 20 | DATE PRESCRIPTION | 20031130 | 20031130 | 00000000 | 20031130 | 20031130 | 00000000 |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | NOMBRE DE PRESTATIONS | +0001 | +0001 | +0001 | +0001 | +0001 | +0001 |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | IDENTIFICATION DU | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 |
| 25 | PRESCRIPTEUR | | | | | | |
| 27 | QUOTE-PART PERSONNELLE | +000000000 | +000000000 | +000014874 | +000000000 | +000000000 | +000000000 |
| 30-31 | MONTANT SUPPLEMENT | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000000000 |
| 43 | CODE IMPLANT | XXXYYYBBBBBC | 000000000000 | 000000000000 | XXXYYYAAAAAC | 000000000000 | 000000000000 |
| 46 | NORME PLAFOND | 0 | 0 | 7 | 0 | 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/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 |
| 16 | NORME DISPENSATEUR | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 17 | PRESTATION RELATIVE | 0589024 | 0589024 | 0589024 | 0680326 |
| 18 | | | | | |
| 19 | MONTANT O.A. | +00000000000 | +00000000000 | +00000211419 | +00000000000 |
| 20 | DATE PRESCRIPTION | 20110630 | 20110630 | 20110630 | 00000000 |
| 21 | | | | | |
| 22 | NOMBRE DE PRESTATIONS | +0001 | +0001 | +0001 | +0001 |
| 23 | | | | | |
| 24 | IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 |
| 25 | | | | | |
| 27 | QUOTE-PART PERSONNELLE | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000014874 |
| 30-31 | MONTANT SUPPLEMENT | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000000000 |
| 43 | CODE IMPLANT | 0XXXYYYAAAAAC | 0XXXYYYBBBBBC | 0000000000000 | 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 0XXXYYYAAAAAC + 2 éléments avec le code implant 0YYYZZZAAAAAC

2 éléments (drainage veineux) : 1 élément avec le code implant 0XXXYYYBBBBBC + 1 élément avec le code implant 0XXXZZZBBBBBC

| | | canules artérielles | | | | | | | drainage veineux | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | enreg statistique | enreg statistique | enreg statistique | enreg de facturation | marge de sécurité | | enreg de facturation | enreg statistique | enreg statistique | enreg de facturation | marge de sécurité | | enreg de facturation |
| **ET Zone** | **50 Prestations** | **50** | **50** | **50** | **50** | **50** | **ou** | **50** | **50** | **50** | **50** | **50** | **ou** | **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/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | | 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 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 |
| **17-18** | prestation relative | 0 | 0 | 0 | 0 | 689765 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 689780 | | |
| **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 presripteur | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 | | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 | | 01/XXXXX/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 | 0XXXYYYAAAAAC | 0YYYZZZAAAAAC | 0YYYZZZAAAAAC | 000000000000 | 000000000000 | | 000000000000 | 0XXXYYYBBBBBC | 0XXXZZZBBBBBC | 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 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/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 | 06/XXXXX/CC/300 |
| 16 | NORME DISPENSATEUR | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 17<br>18 | PRESTATION RELATIVE | 0245055 | 0245055 | 0245055 | 0682511 |
| 19 | MONTANT O.A. | +00000000000 | +00000000000 | +00000006337 | +00000000000 |
| 20<br>21 | DATE PRESCRIPTION | 20091102 | 20091102 | 20091102 | 00000000 |
| 22<br>23 | NOMBRE DE PRESTATIONS | +0001 | +0001 | +0001 | +0001 |
| 24<br>25 | IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 01/XXXXX/CC/KKK | 000000000000 |
| 27 | QUOTE-PART PERSONNELLE | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000000633 |
| 30-31 | MONTANT SUPPLEMENT | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000000000 |
| 43 | CODE IMPLANT | 0119002000205 | 0119004000132 | 0000000000000 | 000000000000 |

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I.

(☞ 1) Attention : cet exemple est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/3/2013 inclus.

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 plafonée 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 | +00000000000 | +00000019107 | +000000000000 | +00000000000 |
| 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.

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 corporéale, broche filetée, 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 délivrance | | Implant 1 | Marge de délivrance | Implant 2 | Implant 2 | Implant 2 | Implant 2 | Marge de |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | (2 pièces) | (4 pièces) (enregistr. stat.) | (4 pièces) (enregistr. stat.) | (4 pièces) (enregistr. stat.) | (4 pièces) (enregistr. de fact.) | | |
| 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/xxxxx/cc/300 | 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 | 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/xxxxx/cc/kkk | 0 | 01/xxxxx/cc/kkk | 01/xxxxx/cc/kkk | 01/xxxxx/cc/kkk | 01/xxxxx/cc/kkk | 0 |
| 27 | Ticket modérateur | +000000000 | +000005700 | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000009174 |
| 30-31 | Montant supplément | +000043998 | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000000000 | +000116488 | +00000000 |
| 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.

| | | | | Colonne 1 | Colonne 2 | Colonne 3 | Colonne 4 | Colonne 5 | Colonne 6 | Colonne 7 | Colonne 8 | Colonne 9 | Colonne 10 | Colonne 11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enregistrement 50 | | Enregistrement 52 | | 50 | 52 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 52 | 50 | 50 | 52 |
| Z | libellé | Z | libellé | (5) (10) | (5) (10) | (5) | (5) | | (9) | (11) | (11) | | (11) | (11) |
| 1 | TYPE ET | 1 | TYPE ET | 50 | 52 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 52 | 50 | 50 | 52 |
| 3 | NORME | 3 | RAISON ENC. MAN. | 9 | 0, 1, 2 ou 3 | 9 | 9 | 0 | 9 | 0 | 0, 1, 2 ou 3 | 0 | 0 | 0, 1, 2 ou 3 |
| 4 | (PSEUDO)-CODE | 4 | (PSEUDO)-CODE | 0426635 | 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, 0427991, 0429015, 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 | 0429015, 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424896 | voyage rural | Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991 | Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991 |
| 5 | DATE DEBUT | 5 | DATE PREST. | jour 1 | jour 1 | jour 1 | jour 1 | jour 1 | si exécuté jour 1 | si exécuté jour 1 | si exécuté jour 1 | si exécuté jour 1 | si exécuté jour 1 | si exécuté jour 1 |
| 15 | PRESTATAIRE | 6a-6b | DATE LECTURE | 04XXXXXCC4X X | jour 1 | 04XXXXXCC4X X | 04XXXXXCC4X X | 04XXXXXCC4X X (3) | 04XXXXXCC4X X | 04XXXXXCC4X X | si exécuté jour 1 | 04XXXXXCC4X X | 04XXXXXCC4X X | si exécuté jour 1 |
| 17-18 | PREST. RELATIVE | 9 | TYPE SAISIE | forfait (1) | 1, 2, 3 ou 4 | forfait (1) | forfait (1') | 0426613(2) ou pseudo-code annexe 85 du Règlement (2') | 0427534, 0427556 0427571 ou 0429251 | 0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2') | 2 ou 4 | 0 | 0 | 2 ou 4 |
| 19 | MONTANT O.A. | 10 | TYPE SUPPORT | 0 | 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ou 9 | 0 | 0 | montant | 0 | montant | 7 | montant | montant | 7 |
| 20-21 | DATE PRESCRIPTION | 11 | RAISON VIGNETTE | 0 | 0, 1 ou 2 | si exigé | 0 | date (6) | exigé | exigé (7) | 1 | 0 | exigé (8) | 1 |
| 22-23 | NOMBRE | 12-13 | HEURE LECTURE | 1 | Heure visite | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | Heure jour 1 | 1 | 1 | Heure jour 1 |
| 24-25 | PRESCRIPTEUR | 15 | PRESTATAIRE | 0 | 04XXXXXCC4X X | si exigé | 0 | si exigé | exigé | exigé (7) | 04XXXXXCC4X X | 0 | exigé (8) | 04XXXXXCC4X X |
| 27 | QP PERSONNELLE | 16 | NUMERO SERIE | 0 | si exigé | 0 | 0 | montant | 0 | montant | 0 | montant | Montant (si nomencl.) ou 0 (si trajet de soins) | 0 |
| | | 17 | NUMERO JUSTIF. | | exigé | | | | | | exigé | | | exigé |

(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.
(☞ 21) (2') seulement pour les prestations de l'art. 8 , §1, 3°
(☞ 9) (3) le même que dans l'enregistrement (statistique) 1ère prestation de base, sauf si le prestataire de la 1ère prestation de base ne dispose pas de la qualification nécessaire pour attester 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)
(☞ 7) (7) excepté pour codes 0424395, 0424690, 0424852, 0427991 et 0429015 et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 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
(☞ 7) (9) ces enregistrements statistiques doivent, le cas échéant, être mentionnés lorsqu'un enregistrement de facturation avec la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 suit.
(☞ 29 ) (10) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un enregistrement 52. Ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que le nombre de visites durant le jour de soins concerné.
(☞29 ) (11) A partir du 1/10/2017, pour les prestations qui n'engendrent pas de visites (par ex : consultation,…), la valeur 7 est indiquée dans l'ET 52 Z 10 et la valeur 1 est indiquée dans l'ET 52 Z 11. L'ET 52 suit l'ET 50 concerné et forment un bloc.

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 pour 1 patient.

| | ET | jour | nomenclature | remarque |
|---|---|---|---|---|
| | 50 | 1 | pseudo-code palliatif précédé de la norme «9»<br>dans la zone 3<br>plusieurs pseudo-codes palliatifs possibles | si PN imputé et prestation<br>art. 8, § 5bis, 5°, d) |
| | 50 | 1 | honoraire supplémentaire PN | si patient palliatif<br>1 fois par jour |
| | 50 | 1 | prestation de base | obligation |
| (☞ 29) | 52 (*) | 1 | prestation de base | obligation à partir du 1/10/2017 |
| | 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 | |
| | ... | | | |
| (☞ 7) | 50 | 1 | pseudo-code(s) avec norme « 9 » dans la zone 3 | si prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 imputée et prestation art. 8, § 9 |
| (☞ 7) | 50 | 1 | soins techniques spécifiques + éventuellement 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424874, 0424896, 0429015 | si exécutés |
| (☞29,36) | 52 (**) | 1 | 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424896, 0429015 | si exécutée |
| | 50 | 1 | voyage rural<br>plusieurs voyages ruraux possibles | si exécuté |
| (☞ 39) | 50 | 1 | nomenclature patients diabétiques<br>ou trajet de soins diabète<br>ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991 | si exécutée |
| (☞ 29)<br>(☞ 39) | 52 (**) | 1 | nomenclature patients diabétiques<br>ou trajet de soins diabète (423135,…)<br>ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991 | si exécutée |

ATTENTION : 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
- (☞ 39) les prestations concernant le trajet de soins "diabète" (423813, 423835, 423850) (jusqu' 31/12/2018).
- (☞ 39) à partir du 1/5/2018: éducation au diabète chapitre V de l'AR du 10/1/1991
- (☞ 7) les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques)
- à partir du 1er février 2009 : le code 0429015 (consultation infirmière)
- à partir du 1er juin 2012 : le code 0424896 (avis et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments)

---

| | | | |
|---|---|---|---|
| 50 | 2 | pseudo-code palliatif précédé | … |
| etc... | | | |

(☞ 29) (*) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrements 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un enregistrement 52. Ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que le nombre de visites durant le jour de soins concerné.

(☞ 29) (**) A partir du 1/10/2017, pour les prestations qui n'engendrent pas de visites (par ex : avis et concertation en vue de la préparation de médicaments,…), un ET 52 suit l'ET 50 concerné. Dans l'ET 52, la valeur 7 est indiquée dans la zone 10 et la valeur 1 est indiquée dans la zone 11. Si la prestation se présente de maniére autonome, un ET 52 suit également l'ET 50 concerné.

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 27)**.

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 |

(☞ 29) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit, donc, toujours être suivi par un enregistrement 52.

(☞ 29) **Prestation technique (colonne 3)**.

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 |
| (☞ 7) date prescription | : | date 703 ou message MyCarenet 410000 (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 |

(☞ 9) * la prestation appartient au groupe 7 (soin supplémentaire A.R. 18/06/90)

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 |

(☞ 29) **Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs (colonne 4)**.

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).*

(☞ 29) **Honoraire forfaitaire (colonne 5)**.

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. S'il n'est pas qualifié pour attester le forfait alors il s'agit du premier praticien de l'art infirmier qui dispose de la qualification nécessaire |
| (☞ 9) | | |
| plusieurs dispensateurs | : | toujours 1 ou 9 (*) |
| date prescription | : | date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de forfait) |
| nombre prestations | : | toujours 1 |
| prescripteur | : | • si seules des prestations de base et des prestations techniques du groupe 1 ou groupe 7 ont été effectuées, alors 0 (norme prescripteur = 0)<br>• 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 |

*(*) La norme 9 doit seulement être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents.*

(☞ 29)Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9) (colonne 6).

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 |

(☞ 29)*Remarque : la colonne 6 est répétée autant de fois que des actes infirmiers différents sont effectués*
(☞ 7) *dans le cadre de la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251.*

(☞ 29)**Prestation technique spécifique (colonne 7)**.

(☞ 7) Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques) , 0429015 (consultation infirmière) et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 (prestation multiple et contraignante chez un patient très dépendant) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

(☞ 7) Les codes 0424395/690/852 , 0427991, 0429015 et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 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

| | | |
|---|---|---|
| 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 |

*(*) La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques*
(☞ 7) *précédents (dans le cas de la prestation 0427534, 0427556, 0427571ou 0429251).*

(☞ 29)**Indemnité de déplacement rural (colonne 9)**.

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 |

(☞29,39) **Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète ou éducation au diabète chapitre V de l'AR du 10/1/1991 (colonne 10)**.

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 |
| prestation relative | : | toujours 0 |
| date prescription | : | toujours 0 |
| nombre prestations | : | toujours 1 |
| prescripteur | : | toujours 0 |
| norme prescripteur | : | toujours 0 |

**Soins palliatifs – honoraire supplémentaire PN**

Manière de compléter les zones

| | | | |
|---|---|---|---|
| (☞ 9) | dispensateur | : | premier praticien de l'art infirmier qui dispose de la qualification nécessaire pour l'attestation de l'honoraire |
| | plusieurs dispensateurs | : | valeur 1 ou 9(*) |
| | prestation relative | : | toujours 0 |
| | date prescription | : | date modèle 90 ou message MyCarenet 420000 (notification soins palliatifs) |
| | nombre prestations | : | toujours 1 |
| | prescripteur | : | toujours 0 |
| | norme prescripteur | : | toujours 0 |

*(*) 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.).

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 |
| (☞21,22) | prestation relative | : | dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) 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 |

(☞ 29) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit, donc, toujours être suivi par un enregistrement 52.

**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 |
| (☞21,22) | prestation relative | : | dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas) |
| (☞ 7) | date prescription | : | date 703 ou message MyCarenet 410000 (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 |
| (☞21,22) | prestation relative | : | dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) 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 |

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 |
| (☞ 7) | prestation relative | : | 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 |
| | date prescription | : | date prescription médicale |
| | nombre prestations | : | toujours 1 |
| | prescripteur | : | médecin prescripteur |
| | norme prescripteur | : | toujours 1 |

**Prestation technique spécifique**.

(☞ 7) Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques), 0429015 (consultation infirmière), 0424874 et 0424896 (préparation hebdomadaire de médicaments) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

(☞ 7) Les codes 0424395/690/852, 0427991, 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 |
| plusieurs dispensateurs | : | valeur 1 ou 9(*) |
| (☞21,22) prestation relative | : | pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0 (dans les autres cas) |
| date prescription | : | date prescription médicale |
| nombre prestations | : | toujours 1 |
| prescripteur | : | médecin prescripteur |
| norme prescripteur | : | toujours 1 |

*(*) La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques*
(☞ 7) *précédents (dans le cas de la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251).*

**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 |
| prestation relative | : | toujours 0 |
| date prescription | : | toujours 0 |
| nombre prestations | : | toujours 1 |
| prescripteur | : | toujours 0 |
| norme prescripteur | : | toujours 0 |

(☞ 39) **Nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète ou éducation au diabète chapitre V de l'AR du 10/1/1991**

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 |
| 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).*
*Exception doit être faite pour les prestations techniques spécifiques (et similaires), l'indemnité de déplacement rural, la nomenclature soins diabétiques, le trajet de soins*
(☞ 39) *diabète et l'éducation au diabète (chapitre V de l'AR du 10/1/1991)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 week-end

**<u>Addendum</u>: Questions et réponses relatives à la nomenclature 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**

(☞ 7) 5. Pas de prescription pour 424255/410/550/712 et 427836 (surveillance-bio) mais bien pour les soins de plaies avec pansement bioactif comme tels. Cette prescription est-elle alors utilisée pour le support magnétique ?

(☞ 7) En effet, les prestations 424255, 424410, 424550, 424712 et 427836 (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
(☞ 7) surveillance des soins de plaies avec pansement bioactif (424255/410/550/712 et 427836) 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 ?

(☞ 7) La signification des prestations 424255/410/550/712 et 427836 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 pseudcodes, 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 infirmièr 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)

(☞ 7) Les prestations 424395/690/852 et 427991 (visite d'un infirmier relais pour soins de plaie(s) spécifiques) ne donnent pas lieu à une prestation de base pour les patients qui ne sont pas au forfait 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).

**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

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 17

Il s'agit de la date à laquelle la prestation a été effectuée, ou la date à laquelle une série de prestations a débuté.

La facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 est seulement possible 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).

En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de début de période doit être transmise.

Pour la biologie clinique, la médecine nucléaire in vitro, l'anatomopathologie et les examens génétiques
(☞ 43) (aussi bien pour les honoraires forfaitaires par date de prélèvement (AR 24/9/1992) que pour les prestations techniques), il faut reprendre dans cette zone la date de prélèvement de l'échantillon.
(☞ 2) Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est égale
(☞ 44) à la date de réception de la prescription (cette exception ne vaut pas pour la biologie clinique).

Pour les forfaits « genetic counseling », la date du rapport final doit être mentionnée.

(☞ 32) Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Pour les maisons médicales, le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans
(☞ 28) cette zone pour les (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614 et 0109594.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : date de la prescription;

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;

0590310, 0590332: date maxiforfait ou forfait hôpital de jour ou hôpital chirurgical de jour ;

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.

(☞40) Montant global prospectif : date d'admission

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).
Date d'utilisation comme greffe (= date de l'implantation).

(☞ 43) Intervention dans les coûts de typage et de transport des cellules souches hématopoïétiques (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))
La date de la facture (*invoice date*) de la facture de l'organisme qui a exécuté le typage et/ou le transport.
Exception : date de décès si le patient est décèdé à la *invoice date*.

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.

(☞27,33,45) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » et convention « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles »
793590-793601, 793634-793645, 793671-793682, 793715, 793752: date de début de prise en charge dans le projet.
793612-793623, 793656-793660, 793693-793704, 793730, 793774: date de fin de prise en charge dans le projet

## **RUBRIQUE :** DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 25

Il s'agit de la date à laquelle une série de prestations a pris fin.

Les 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).
La facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 est seulement possible pour les honoraires de surveillance (art. 25, §1). Dans ce cas, si une modification est intervenue dans le prix unitaire de l'intervention au cours de la période (date début – date fin), la facturation doit s'effectuer via 2 ou de plusieurs enregistrements (un enregistrement par prix unitaire).

En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de fin de période doit être transmise.

S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examens
(☞ 43) génétiques (aussi bien pour les honoraires forfaitaires par date de prélèvement (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.
(☞ 2) Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est
(☞ 44) égale à la date de réception de la prescription (cette exception ne vaut pas pour la biologie clinique).

Pour les forfaits « genetic counseling », la date du rapport final doit être mentionnée.

(☞ 32) Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Pour les maisons médicales, le dernier jour du mois facturé (AAAAMMJJ) doit être mentionné dans cette zone pour les codes 0109616, 0509611, 0409614.
(☞ 28) Pour le pseudo-code 0109594, date fin = date début.

(☞ 40) Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires ou montant global prospectif :

date fin = date début.

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.

(☞ 43) Intervention dans les coûts de typage et de transport des cellules souches hématopoïétiques (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))
date de fin = date de début

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.

(☞27,33,45) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » et convention « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles »
793590-793601, 793634-793645 ou 793671-793682, 793715, 793752: date de début de prise en charge dans le projet.
793612-793623, 793656-793660 ou 793693-793704, 793730, 793774 : date de fin de prise en charge dans le projet.

Remarques :
1. Une date-fin doit toujours être mentionnée, même lorsqu'elle est égale à la date-début.
2. Pour les soins infirmiers, la date de fin est toujours égale à celle du début.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 33

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

**RUBRIQUE :** IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

**RUBRIQUE :** SEXE BENEFICIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 49

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

**RUBRIQUE :** ACCOUCHEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 50

Voir enregistrement de type 30 zone 10.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 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. |
| (☞ 5) | 4 | Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9). |
| (☞ 5) | 5 | 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) et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) . |
| (☞ 9) | 6 | Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère qui a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) . |

Pour les praticiens de l'art infirmier, cette zone est toujours égale à zéro.

**RUBRIQUE :** REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 51

(☞ 44) Voir enregistrement de type 30 zone 11.

**RUBRIQUE :** NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 52

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 0 | Autres |
| 1 | Nuit |
| 2 | Week-end |
| 3 | Jour férié<br>(☞22) En cas de facturation par des dentistes (e-fac), cette valeur est aussi utilisée pour un pont. |
| 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.<br>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. |

Dans le cas des prestations de biologie clinique, la mention est facultative.

Remarque : en cas d'honoraires forfaitaires par admission, la valeur est toujours égale à zéro.

## RUBRIQUE : CODE SERVICE

## LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53

Il s'agit du code service du service dans lequel le patient séjourne à la date mentionnée dans la zone 5 ou du
(☞5,31) pseudo-code service en cas d'utilisation de salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, dialyse rénale dans un hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3, forfait manipulation cathèter 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.

(☞ 6) Cette règle est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/1/2014 inclus.

(☞ 2) S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examens génétiques
(☞ 43) (aussi bien l'honoraire forfaitaire par date de prélèvement que les prestations techniques), il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service du (pseudo-)service où le patient séjournait à la date reprise dans les zones 5 et 6.

(☞ 5) S'il s'agit de prestations effectuées pour un nouveau-né alors que la mère séjourne dans l'hôpital (valeur 2, 3, 4 ou 5 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).

* 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.

* En cas de marge de délivrance ou de marge de sécurité des implants, cette zone doit être mise à zéro.

* <u>Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles</u> :
(☞ 9) 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591076, 0591091, 0591113, 0591135, honoraires forfaitaires par
(☞ 43) date de prélèvement 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.

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)

(☞ 9) 0590181, 0590203, 0591080, 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.

(☞ 40) * <u>Montant global prospectif</u> : service d'admission

* 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.

* Pour les prestations de biologie clinique effectuées pour des patients séjournant dans un centre de rééducation, le code service 770 doit être utilisé.

(☞ 29) * Pour les prestations R30-R60, les défibrillateurs cardiaques implantables, les forfaits méthode mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants), le code service 770 doit toujours être utilisé.

* 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.

* En cas de transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), cette zone est égale à zéro.

(☞ 16) * Pour le code ambulatoire 599970, le code service 190 doit être mentionné. La nomenclature prévoit explicitement que l a prestation dot être effectuée dans le service N* (code service 190).

(☞27,33,45)* Pour les pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 et 793693-793704 (Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile ») et 793715, 793730, 793752, 793774 (convention équipes mobiles), cette zone est égale à zéro.

## 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 néonatals 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 néonatals 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. | Placement familial Tf dans un hôpital (à partir du 01/04/2000) |
| 450 | Tp | Psy. | Placement familial 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 |
| 002 | Gén. | Prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement |
| 710 | Gén. | Salle de plâtre |
| (☞8,31) 720 (*) | Gén. | Soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait) + forfait soins de base oncologiques |
| (☞31) 730 | Gén. | Maxiforfait + maxiforfait oncologie |
| 750 | Gén. | Dialyse rénale |
| 760 | Psy. | Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation |
| 770 | | Rééducation |
| 840 | Gén. | Forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 + forfait douleur chronique 1, 2, 3 + forfait manipulation cathèter 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 polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés |
| 660 | 315 | S6 | d'affections psychogériatriques |

(☞8,31) (*) Ce pseudo-code service est utilisé dans toutes les situations qui donnaient lieu à la facturation du mini-forfait avant le 1/1/2014 (soins urgents et perfusion intraveineuse) et pour le forfait soins de base oncologiques.

## **RUBRIQUE :** LIEU DE PRESTATION

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 56

(☞ 1) * Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour la biologie clinique :
(☞ 1)
- s'il s'agit de prestations de biologie clinique, médecine nucléaire in vitro ;
- 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 <u>doit</u> être mentionné, pour autant que ces prestations soient effectuées dans un laboratoire agréé;
  si non,
  - le numéro d'identification de l'hôpital <u>doit</u> être mentionné en cas de prestations effectuées dans un établissement de soins.
  - le numéro d'identification de l'établissement de séjour <u>doit</u> 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 <u>doit</u> être mentionné s'il s'agit de patients qui subissent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
  - la zone <u>doit</u> être mise à zéro dans tous les autres cas.
- 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.

(☞ 1) * Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour l'anatomopathologie s'il s'agit de prestations de l'art. 32 de la nomenclature.

(☞23) * Le numéro d'identification du laboratoire du centre agréé de génétique humaine s'il s'agit de forfaits "genetic counseling" (589750-589761, 589772-589783, 589794-589805)
(☞35,36) ou de prestations de l'art. 33.

* 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 ;
- s'il s'agit de prestations de logopédie dispensées dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle (711373, 712375, etc…).

* 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.
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 |
| 271434 | 271445 | 272370 | 272381 | A 52° | 213 |
| 272672 | 272683 | 272716 | 272720 | A 1° | 218 |
| 272731 | 272742 | 272753 | 272764 | A 58° | 220 |
| 272775 | 272786 | 272790 | 272801 | A 59° | 213 |

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;
- (☞ 32) s'il s'agit des produits, prestations ou services non remboursables par l'AMI (codes 096XXXX), sauf pour les codes 0961376-0961380 et 0961391-0961402 pour lesquels le numéro d'agrément « numéro hôpital + 191 ou + 192 » doit être mentionné;
- s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile ;
- (☞ 20) s'il s'agit des conventions art. 56 (0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936)
- s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).
- (☞ 40) s'il s'agit du montant global prospectif.

* 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.

* 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).

(☞ 33) * S'il s'agit des projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » ou « hospitalisation à domicile » (793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 et 793693-793704), le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 45) * Convention « équipes mobiles »:
Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): numéro réseau de santé mentale.
Pseudo-codes visite à domicile (104473, 104495): numéro équipe mobile.

(☞ 45) * Convention « soins de psychologie de première ligne » (pseudo-codes 790031, 790053, 790075, 790090): numéro réseau de santé mentale.

* 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.

* 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 des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.

* 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

* 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.

(☞23) * Le numéro de l'hôpital + 000 s'il s'agit d'un examen SPECT exécuté intra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT.

(☞23) * S'il s'agit d'un examen SPECT exécuté extra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT, cette zone est mise à zéro.

(☞23) <u>Produits radiopharmaceutiques</u>

(☞42) * Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations des paragraphes 10001 et 10002 du Chapitre II de la liste en annexe de l'AR du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques.

* Numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit du forfait 747913-747924

(☞23) <u>AR 26/5/2016 (MB 31/5/2016)</u>

* Le numéro du laboratoire du centre agréé de génétique humaine s'il s'agit de prestations de l'art. 33 de la nomenclature (565014 à 565600 inclus, 588674-588685, 588711-588722)

(☞44,45)* Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) s'il s'agit des prestations 457855 à 457903 inclus, 458452-458463, 458570 à 458603 inclus, 458673-458684, 458732-458743, 458813 à 458905 inclus, 458953-458964, 459351-459362, 459373-459384, 459550 à 459642 inclus, 459675-459701

* Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) ou + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 459874 à 459922 inclus

(☞45) * Le numéro de l'hôpital + 111 (tomographe à résonance magnétique) s'il s'agit des prestations 457914 à 457962 inclus, 459395 à 459546 inclus, 459830-459841

* Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 442676 à 442761 inclus, 442971- 442982

* Le numéro de l'hôpital + 113 (service de radiothérapie) s'il s'agit des prestations 444113 à 444242 inclus, 444290 à 444323 inclus, 444356 à 444603 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 229655-229666, 589190-589201, 589632-589643

* Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) ou numéro de l'hôpital + 127 (programmes partiels B1 et B2) s'il s'agit des prestations 453552 à 453600 inclus, 464155 à 464203 inclus, 589013 à 589046 inclus, 589153 à 589164 inclus, 589735 à 589746 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) s'il s'agit des prestations 476652-476663

* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) s'il s'agit des prestations 589551 – 589562

* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 475952-475963, 476276-476280, 476630-476641, 589492 à 589540 inclus, 589573-589584

* Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) s'il s'agit des prestations 590181, 590310, 590516 à 590995 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) ou numéro de l'hôpital + 130 (premier accueil des urgences) s'il s'agit des prestations 212015 et 214012

(☞40) * Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) ou numéro de l'hôpital + 130 (premier accueil des urgences) s'il s'agit de la prestation 211013 lorsqu'elle a été effectuée dans une fonction reconnue soins d'urgence.

(☞24) * Le numéro de l'hôpital + 132 (fonction service mobile d'urgence) s'il s'agit des prestations 590413-590424, 590435, 590446 ou 590472

(☞24) * Le numéro de l'hôpital + 134 (programme de soins d'oncologie) s'il s'agit de la prestation 350291-350302

* Le numéro de l'hôpital + 141 (centre de médecine de reproduction B) s'il s'agit des prestations 432714 à 432725 inclus, 559812 à 559860 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 155 (centre d'expertise pour patients comateux) s'il s'agit de la prestation 477606

(☞24) * Le numéro d'identification du centre de dialyse s'il s'agit des prestations 470374-470385, 470400, 470422, 470433-470444, 470470-470481, 474714-474725 ou des honoraires de la convention dialyse

(☞25) <u>Convention concernant le financement de la dialyse</u>

(☞ 40) <u>Jusqu'au 30/6/2018 inclus</u> :

* Le numéro de l'hôpital + 561 (centre d'hémodialyse chronique) s'il s'agit des prestations 470293 à 470326 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 562 (centre d'hémodialyse chronique pédiatrique) s'il s'agit de la prestation 470890-470901

(☞37)* Le numéro de l'hôpital + 563 (centre de dialyse à domicile) s'il s'agit de la prestation 470352 ou 470934-470945

* Le numéro de l'hôpital + 564 (centre de dialyse péritonéale ambulatoire) s'il s'agit des prestations 470875, 470912

* Le numéro de l'hôpital + 565 à 569 (centre d'autodialyse collective) s'il s'agit de la prestation 470330-470341

(☞ 40) <u>A partir du 1/7/2018</u> : numéro de l'hôpital + 560 pour toutes les prestations de la convention dialyse

(☞23) <u>Implants</u>

* Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 172594-172605

(☞25,29,39)* Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) s'il s'agit des prestations 159574- 159585, 172793 à 172933 inclus, 180331 à 180471 inclus, 684714 à 684725 inclus, 701035 à 701050 inclus

(☞25) * Le numéro de l'hôpital + 123 (agrément path. cardiaque C) s'il s'agit des prestations 159471-159482, 172955 à 173003 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) s'il s'agit des prestations 158933-158944

* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 158550 à 158642 inclus, 158734 à 158760 inclus, 158874 à 158922 inclus, 158955 à 158966 inclus, 170590 à 170623 inclus, 172572-172583

* Le numéro de l'hôpital + 126 (agrément path. cardiaque P) s'il s'agit des prestations 158653 à 158723 inclus, 172395 à 172465 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 150 (centre de chirurgie robot-assistée) s'il s'agit des prestations 777114-777125 (jusqu'au 29/2/2016)

(☞39) * Le numéro de l'hôpital + 151 (centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3) ou + 152 (centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B3) s'il s'agit des prestations 161114 à 161206 inclus, 161210-161221, 161350 à 161405 inclus, 161453-161464, 180493-180504 et 180515-180526

* Numéro de l'hôpital + 152 (centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B) s'il s'agit des prestations 161232 à 161346 inclus, 161416 à 161442 inclus, 172690 à 172723 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 153 (centre « moniteur cardiaque implantable ») s'il s'agit des prestations 693910 à 693921 inclus (jusqu'au 29/2/2016)

(☞25) * Le numéro de l'hôpital + 154 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire ») s'il s'agit des prestations 704616 à 704664 inclus (jusqu'au 31/7/2016)

* Le numéro de l'hôpital + 156 (centre « tuteur coronaire et drug eluting stent ») s'il s'agit des prestations 158970 à 158981 inclus, 158992 à 159040 inclus, 159552 à 159563 inclus, 170656 à 170660 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 157 (centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire ») s'il s'agit des prestations 703496 à 703500 inclus (jusqu'au 29/2/2016)

(☞25) * Le numéro de l'hôpital + 158 (centre « neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif ») s'il s'agit des prestations 697933 à 697966 inclus, 703511 à 703625 inclus (jusqu'au 31/7/2016)

* Le numéro de l'hôpital + 159 (centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches ») s'il s'agit des prestations 703415 à 703426 inclus (jusqu'au 30/4/2016)

(☞25) * Le numéro de l'hôpital + 160 (centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de mouvements anormaux ») s'il s'agit des prestations 702914 à 703006 inclus, 703371 à 703404 inclus (jusqu'au 31/7/2016)

* Le numéro de l'hôpital + 161 (centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de Parkinson et de tremblements essentiels ») s'il s'agit des prestations 151454 à 151981 inclus

(☞25) * Le numéro de l'hôpital + 162 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique») s'il s'agit des prestations 680153 à 680186 inclus, 680993 à 681004 inclus (jusqu'au 31/7/2016 inclus)

* Le numéro de l'hôpital + 163 (centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales ») s'il s'agit des prestations 172491-172502 et 172513-172524

* Le numéro de l'hôpital + 164 (centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage) s'il s'agit des prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664

(☞25) * Le numéro de l'hôpital + 165 (centre « neurostimulateurs en cas de trouble obsessionnel compulsif ») s'il s'agit des prestations 173014 à 173541 inclus

(☞25) * Le numéro de l'hôpital + 166 (centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux ») s'il s'agit des prestations 173552 à 173902 inclus

(☞25) * Le numéro de l'hôpital + 167 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique») s'il s'agit de la prestation 172734-172745.
Le numéro de l'hôpital + 167 ou + 120 s'il s'agit des prestations 172756-172760, 172771-172782.

(☞ 30) * Le numéro de l'hôpital + 168 (centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)) s'il s'agit des prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263.

(☞29) * Le numéro de l'hôpital + 169 (centre «fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire ») s'il s'agit des prestations 180272-180283 et 180294-180305.

(☞34) * Le numéro de l'hôpital + 170 (centre «tige magnétique allongeable» (Magec))) s'il s'agit des prestations 182210-182221, 182232-182243,182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324.

* Le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire s'il s'agit des prestations 170892 à 171080 inclus, 152773 à 152924 inclus, 171496 à 171824 inclus

* Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

(☞ 26) Convention reconstruction mammaire: numéro hôpital + 190

(☞ 32) Convention oncofreezing (également pour les codes 96):
- pour un bénéficiaire à partir de 16 ans : numéro hôpital + 191 ou + 192
- pour un bénéficiaire de moins de 16 ans (quel que soit la prestation) : numéro hôpital + 192

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 68

(☞ 35) Pour la structure des numéros INAMI des dispensateurs de soins : voir annexe 16.

Le numéro d'identification est composé de 11 positions et est toujours précédé d'un zéro dans la première position de la zone 15.

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.

Exceptionnellement, pour les maisons médicales, le numéro d'agréation de celles-ci est à indiquer
(☞ 28) dans cette zone lors de la facturation des (pseudo-)codes 0102852(*) et 0109594.
Cette zone est égale à zéro pour les forfaits 0109616, 0509611 et 0409614.

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.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

(☞ 9) 0460784, 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146,
(☞32,40) 0700000, pseudo-codes oncofreezing et pseudo-codes montant global prospectif: pseudo-numéro dispensateur 01.00001.06.999

de 0590166 à 0590332 : numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde.

(☞ 43) honoraires forfaitaires par date de prélèvement 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.

(☞ 28) (*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/1/2017.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain
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
Lorsque les codes 0269872 à 0269964 sont mentionnés dans la Z 4, le contenu de cette zone doit être égal à zéro.

Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
Numéro du prestataire des implants.

(☞23) Plâtre, lait maternel et bains désinfectants pour brûlures
Lors de la facturation des bandes et autres matières plâtrées, du lait maternel, des bains désinfectants pour brûlures, cette zone doit être mise à 0.

(☞23) Produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I.
Pour les produits, prestations et services non remboursables, cette zone doit est égale à 0.

(☞26) Exception: pour le pseudo-code 960035-960046 (prestations de laboratoire non remboursables), le dispensateur de soins doit obligatoirement être mentionné.

Fécondation in vitro (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860)
Numéro du prestataire.

Alimentation parentérale (et interventions liées dans le cadre de l'art. 56)
Lors de l'indication du code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751833, 0751855, 0751870, 0751892,
(☞33) 751914, 751936 ou 751951 dans la zone 4, le contenu de cette zone est égal à 0.

Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle
Pour les prestations 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776473, 0776484, 0776495 et 0776506, cette zone doit être mise à zéro.

(☞29) Prestations mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants)
Pour les prestations du point 5quater dans l'ET 50 Z 4 S 3, cette zone doit être mise à zéro.

(☞36,37) Convention SAOS (à partir du 1/1/2018)
Pour les forfaits du point 5quinquies dans l'ET 50 Z 4 S 3, cette zone doit toujours être remplie.
Pour les pseudo-codes 779936, 779951 et 765951 (nCPAP), il s'agit du " médecin posant le diagnostic" ; pour les pseudo-codes 779870, 779892 et 779914 (AOM), il s'agit du spécialiste AOM (voir art.17 §1 de la convention).
Selon l'art. 3, §6 de la convention, les prestations accordées par le médecin-conseil restent remboursables pendant la période de prise en charge que le médecin-conseil a déjà accordée, même dans le cas où le centre ne dispose provisoirement pas d'un médecin posant le diagnostic ou d'un spécialiste OAM. Dans ce cas, le pseudo-numéro prestataire 01.00001.06.999 est mentionné dans cette zone.

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.

(☞45) Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente (0793553), décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (0793575) et le transport urgent de malades (0784416 à 0784486 inclus) : cette zone est égale à zéro.

Dialyse de détoxification (0761972-0761983): numéro du prestataire.

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.
Remarque : Pour la Croix Rouge Flamande, il s'agit du médecin responsable « local ».

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.

Convention "genetic counseling": Numéro d'identification du médecin spécialiste habilité à attester les forfaits.

(☞26) Convention reconstruction mammaire: Numéro d'identification du médecin spécialiste qui est habilité à attester les prestations (voir liste des prestataires habilités sur le site Web de l'INAMI).

(☞27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » (pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 et 793693-793704) : numéro d'identification du médecin qui suit le patient.

(☞ 45) Convention « équipes mobiles »:
Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): numéro équipe mobile.
Pseudo-codes visite à domicile (104473, 104495): numéro d'identification du psychiatre.

(☞ 45) Convention « soins de psychologie de première ligne » (pseudo-codes 790031, 790053, 790075 et 790090) : numéro d'identification psychologue ou orthopédagogue.

**RUBRIQUE :** NORME DISPENSATEUR

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 80

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 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. |
| (☞1,17,23) | 2 | Prestation ou série de prestations attestée par un infirmier, mais effectuée par un aide soignant |
| | 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. |
| (☞ 6) | 4 ** | Lettre « G » sur l'attestation de soins (médecin a accès aux données du DMG mais n'est pas le gestionnaire de celui-ci). |
| (☞17,22,23) | 5 | Prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire (seulement dans le cadre d'e-fac médecins, pas pour les dentistes). |
| | 9 | Prestation ou série de prestations ne pouvant pas être affectées à un dispensateur unique, car celle-ci a été effectuée collégialement 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;
de 0590166 à 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : toujours la valeur 9;
(☞ 9) 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000
(☞ 32) et pseudo-codes oncofreezing : toujours la valeur 1.

(☞ 1) Forfaits soins infirmiers
Si toutes les prestations dans le cadre du forfait ont été effectuées par un ou plusieurs *infirmiers*, alors la valeur 1 ou 9 doit être mentionnée.
Dès qu'une des prestations dans le cadre du forfait a été effectuée par un *aide soignant*, alors la valeur 2 doit être mentionnée.
La valeur 2 est, donc, prioritaire sur les valeurs 1 et 9.

(☞ 1) Soins infirmiers : prestation de base
Si, lors d'un passage, une des prestations a été effectuée par un aide soignant, la prestation de base doit être indiquée par la norme 2.

(☞20) (**) La norme 4 peut seulement être utilisée lorsque, dans le circuit papier, la lettre "G" est utilisée (donc seulement pour les prestations avec diminution du ticket modérateur grâce au DMG).

**RUBRIQUE :** PRESTATION RELATIVE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N - 81

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.

Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée
(☞14) sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

(☞ 7) Pour les prestations qui ne figurent pas sur la liste, aucune prestation relative ne peut être remplie et cette zone doit, donc, obligatoirement être remplie avec des zéros.

Cas particulier: zone remplie facultativement

En cas de soins infirmiers, fournis aux bénéficiaires qui, pour une même journée cumulent la qualité
(☞21,22) d'hospitalisé et de patient ambulant, et pour autant que le code PN ou un pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement 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

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 11 N - 88

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

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 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

(☞ 45) 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.

Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales, le pseudo-code nomenclature 0700000 indique une valeur négative.

(☞ 8) Implants (jusqu'au 30/6/2014 inclus):

- 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.

(☞ 45) (*) A partir de la date de prestation 1/1/2019, il existe uniquement une intervention pour les bénéficiaires transportés par un hélicoptère du CHU Sart Tilman ou de l'AZ St. Jan Brugge dans le cadre de l'aide médicale urgente.

(☞ 8) Implants (à partir du 1/7/2014) (AR du 24/6/2014):

Catégorie I = implants, Catégorie II = dispositifs médicaux invasifs

Catégorie A : remboursés sur la base du prix individuel lorsqu'ils sont repris sur une liste nominative
Catégorie B : remboursés de façon non-forfaitaire sans être repris sur une liste nominative et si le prix ne dépasse pas la marge de sécurité
Catégorie C : remboursés de façon non forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative (une marge de sécurité est fixée)
Catégorie D : remboursés de façon forfaitaire sans être repris sur une liste nominative
Catégorie E : remboursés de façon forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative
Catégorie F : remboursés sur base du prix de vente TVA incluse (fixé par le CMD)
Catégorie G : remboursés dans le cadre d'une "Application Clinique Limitée"
Catégorie H : remboursés dans le cadre d'un contrat conclu avec l'INAMI

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.

(☞27,33,45) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » et convention « équipes mobiles » : en cas de pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682, 793693-793704, 793715, 793730, 793752, 793774 dans l'ET 50 Z 4 , le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

(☞40) « Enregistrements à zéro » dans le cadre du montant global prospectif : toujours égal à zéro

Lait maternel (pseudo-code 695052-695063).

Base légale (art. 3 de l'AR du 21 mai 1987 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des bandes et autres matières plâtrées et du lait maternel) :
*L'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité dans le coût du lait maternel est fixée comme suit :*
*a) pour une quantité de 200 ml ou moins, l'assurance rembourse la différence entre le prix de base, qui est de 0,32 EUR/10 ml, et l'intervention forfaitaire de 0,30 EUR à charge du bénéficiaire;*
*b) par tranche de 20 ml supplémentaire, l'intervention de l'assurance est fixée à 0,62 EUR*

Règles de calcul
- Le nombre de millilitres est arrondi vers le bas, par tranche :
  p.ex 188 ml ➔ pour le calcul : 180ml : 18 tranches de 10 ml (8 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)
  p.ex 233 ml ➔ pour le calcul : 220 ml : 20 tranches de 10 ml et 1 tranche de 20 ml (13 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)
  En dessous de 200ml, il y a, donc, des tranches de 10 ml et au dessus de 200ml des tranches de 20 ml.
- L'intervention personnelle est de 0.30 euro, seulement pour la première tranche de 200ml. Pas d'intervention personnelle pour les tranches au dessus de 200 ml.
- Cas particulier : quantité > 9 999 ml : la facturation doit être scindée en différents enregistrements (vu que la zone 22 ne compte que 4 positions)

Exemple 1

556 ml est facturé ➔ zone 22 = 556

556 ml ➔ 20 * 10 ml + 17 * 20 ml = 540 ml (16 ml est insuffisant pour la prochaine tranche de 20 ml)
remboursement : 20 * 0,32 euro + 17 * 0,62 euro = 16,94 euros avec une intervention personnelle de 0,30 euro
➔ zone 19 = 16,64 euros et zone 27 = 0,30 euro.

Exemple 2

173 ml est facturé ➔ zone 22 = 173

173 ml ➔ 17 * 10 ml = 170 ml (3 ml est insuffisant pour la prochaine tranche de 10 ml )
Remboursement : 17 * 0,32 euro = 5,44 euros avec une intervention personnelle de 0,30 euro
➔ zone 19 = 5,14 euros et zone 27 = 0,30 euro

Exemple 3

10 173 ml est facturé

1er enregistrement ➔ zone 22 = 9 980
9 980 ml ➔ 20 * 10 ml + 489 * 20 ml
Remboursement : 20 * 0,32 euro + 489 * 0,62 euro = 309,58 euros avec une intervention personnelle de 0,30 euro
➔ zone 19 = 309,28 euro et zone 27 = 0,30 euro

2ème enregistrement ➔ zone 22 = 193
193 ml ➔ 19 * 10 ml
Remboursement : 19 * 0,32 euro = 6,08 euro avec une intervention personnelle de 0,30 euro
➔ zone 19 = 5,78 euro et zone 27 = 0,30 euro

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

**RUBRIQUE :** DATE PRESCRIPTION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 100

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.

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
(☞ 7) ou le message MyCarenet 410000 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
(☞ 7) demande de toilette sur le document 703ter ou le message MyCarenet 410000; s'il s'agit de prestations de base, cette zone est toujours égale à 0.

Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes :

La date de la demande d'intervention est considérée comme la date de la prescription.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain
Cette zone est égale à zéro.

Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles
La date de la prescription doit être mentionnée dans cette zone.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 4 N - 108

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).

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.

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 être facturés en série.

Remarques :
- 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;
(☞ 5) - pour le matériel corporel humain (AR du 2/6/2010), il y a lieu d'indiquer le nombre de fois que le tarif unitaire a été porté en compte; dans le cas d'un remboursement par cm (57° allogreffe veineuse), par $cm^2$ (11° peau conservée dans l'azote liquide ou le glycérol, 12° kératinocytes, 58° membrane amniotique à usage dermatologique) ou par $cm^3$ (59° poudre d'os cortical avec capacité d'ostéoinduction), le nombre de cm, $cm^2$ ou $cm^3$ doit, donc, être mentionné;
(☞ 2) - le lait maternel doit être indiqué en ml (voir aussi règles de calcul en Z 19 S 1) ;
(☞40) - pour les honoraires forfaitaires ou le montant global prospectif, le nombre est toujours 1;
(☞ 4) - pour les frais de déplacement dans le cadre de prestations de rééducation et pour les frais de déplacement des accoucheuses (422973), il faut mentionner le nombre de kilomètres parcourus à l'aller et au retour.
(☞ 20) - pour les frais de déplacement des médecins dans les régions rurales (109955), cette zone est égale à (distance en km x 2)
- pour les frais divers en hôpital (voir ET 50 Z 4 S 15), le nombre d'unités peut être plus grand que 1.
- pour l'intervention du SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en 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.
(☞ 45) - transport urgent de malades : nombre de kilomètres (si pseudo-codes 784416 à 784464 inclus) ou nombre de paires d'électrodes utilisées (si pseudo-code 784475-784486).

En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

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 $cm^2$ (ou par point de contact) :
  - pour les implants avec une liste nominative 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 $cm^2$ 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.
  - (☞ 28) pour les implants sans liste nominative (avec ou sans forfait), le nombre d'unités est égal au nombre de $cm^2$, 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 $cm^2$). 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 $cm^2$ 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 1/12/2016)**

**Exemple 1 : 157931 - 157942 (avec liste nominative et sans forfait)**

Délivrance d'1 filet avec code d'identification 320010000826 (surface = 176,63 $cm^2$):
Enregistrement filet : Z 22 = 1 ; Z 19 = 529,89; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 1; Z 27 = 158,96 EUR
Enregistrement marge de délivrance : Z 22 = 1 ; Z 27 = 68,88 EUR

Délivrance de 2 filets avec code d'identification 320010000826 :
Enregistrement filet: Z 22 = 2; Z 19 = 1059,78 EUR; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 158,96 = 317,92 EUR
Enregistrement marge de délivrance : Z 22 = 2 ; Z 27 = 2* 68,88 = 137,76 EUR

**Exemple 2: 158012 - 158023 (avec liste nominative et forfait par filet)**

Délivrance de 2 filets avec code d'identification 321010002530
Enregistrement filet: Z 22 = 2; Z 19 = 2*146,40 = 292,80 EUR; Z 27 = 2*48,80 EUR = 97,60EUR
Enregistrement marge de délivrance: Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 19,52 = 39,04 EUR

**Exemple 3: 157894 - 157905 (sans liste nominative 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 $cm^2$. Celle-ci est arrondie à 149 $cm^2$.
Enregistrement filet : Z 22 = 149 ; Z 19 = 149 * 0,5 = 74,50 EUR ; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 1; Z 27 = prix – montant de remboursement (74,50 EUR)
si prix <= 74,50 + 50% de 74,50
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 $cm^2$. Celle-ci est arrondie à 89 $cm^2$.
Enregistrement filet : Z 22 = 89 ; Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50 EUR ; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 1; Z 27 = prix – montant de remboursement (44,50 EUR)
si prix <= 44,50 + 50% de 44,50
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 $cm^2$ par filet. Celle-ci est arrondie à 89 $cm^2$.
Enregistrement 1er filet: Z 22 = 89; Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50 EUR; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité 1er filet: Z 22=1; Z 27 = prix – montant de remboursement (44,50)
si prix <= 44,50 + 50% de 44,50
Enregistrement marge de délivrance 1er filet: Z 22 = 1; Z 27 = 10% du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR
Enregistrement 2e filet: Z 22 = 89; Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50 EUR; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité 2e filet: Z 22 = 1; Z 27 = prix – montant de remboursement (44,50)
si prix <= 44,50 + 50% de 44,50
Enregistrement marge de délivrance 2e filet: Z 22 = 1; Z 27 = 10% du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

**Exemple 4: 160495 - 160506 (sans liste nominative 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 * 75,08 = 150,16 EUR; Z 27 = 0
Enregistrement marge de délivrance: Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 7,5= 15 EUR

**RUBRIQUE :** DEROGATION NOMBRE MAXIMAL OU PRESTATION IDENTIQUE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 113

Pour certaines prestations, les règles d'application de la nomenclature prévoient un nombre maximal de prestations dans une certaine période.
Dans certains cas, la nomenclature prévoit également des dérogations à ce nombre maximal.
De telles dérogations peuvent être communiquées dans cette zone via les valeurs « 01 » et « 02 ».
Les justificatifs pour la dérogation sont tenus à disposition des organismes assureurs pour des contrôles à posteriori.

Cette zone est aussi utilisée pour indiquer qu'il s'agit bien d'une deuxième (ou troisième ou suivante) prestation identique le même jour pour des prestations sans règles de maxima (valeur « 03 » ou « 04 »).
(☞44) Les valeurs « 03 » et « 04 » sont seulement utilisées pour les consultations/visites facturées via e-fact ou e-attest.

(☞42) Une liste est publiée sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»). Cette liste contient les prestations pour lesquelles la valeur 1 doit être remplie lorsqu'une exception à la règle des maxima (comme prévue dans la nomenclature) est d'application.
Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

(☞44) Lors de l'utilisation de la valeur « 02 » (autre séance/prescription), il suffit de mentionner la valeur pour une des prestations.

(☞44) Lorsqu'une valeur spécifique doit être mentionnée dans cette zone, il suffit de mentionner cette valeur pour la prestation de base, elle ne doit pas être répétée pour p.ex. l'aide opératoire, l'anesthésie, l'honoraire d'urgence,…

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 01 | Dérogation au nombre maximal. |
| 02 | Autre séance/prescription. |
| 03 | 2e prestation identique de la journée. |
| 04 | 3e ou suivante prestation identique de la journée. |
| 00 | Dans les autres cas. |

**RUBRIQUE :** IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 115

- 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).

(☞ 8) - Ce numéro doit être mentionné si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 1, 4, 5, 6 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.

Une liste limitative des prestations pour lesquelles un prescripteur doit être rempli, est publiée sur le
(☞14) site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
Cette liste est actualisée régulièrement.

(☞ 7) Pour les prestations qui ne figurent pas sur la liste, aucun prescripteur ne peut être rempli et cette zone doit, donc, obligatoirement être remplie avec des zéros.

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.

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

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

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 127

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 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. |
| (☞ 4) | 5 | La prestation peut être attribuée à un prescripteur et elle a été substituée. |
| (☞ 4) | 6 | La prestation est prescrite par différents prescripteurs et elle a été substituée. |
| | 9 | La prestation est prescrite par différents prescripteurs. 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

(☞22) Combinaisons valides pour les prestations de radiologie art. 5 (prestations 0307090 à 0307145, 0307230 à 0307285, 0377090 à 0377145 et 0377230 à 0377241 et 377274 à 377285)

| | 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<br>- la prestation est prescrite | A | 1 ou 9 | B |
| Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et<br>- la prestation est prescrite | A | 1 ou 9 | B |
| Le prestataire a une qualification comme repris à l'art. 4, §1 de la nomenclature (= dentistes) | | | |
| - 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 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 |
| (☞ 4) - la prestation est prescrite et a été substituée | A | 5 ou 6 | B |
| Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et | | | |
| - la prestation est prescrite | A | 1 ou 9 | B |
| (☞ 4) - la prestation est prescrite et a été substituée | A | 5 ou 6 | B |

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Prestations 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 |
| (☞ 4) - la prestation est prescrite et a été substituée | A | 5 ou 6 | 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 |
| (☞ 4) - la prestation est prescrite et a été substituée | A | 5 ou 6 | B |

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 prescripteur

Combinaisons 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 est médecin-spécialiste avec une qualification autre que le radiodiagnostic et<br>- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur) | A | 0 | 12 zéros |

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

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, 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 |
| | - 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 |
| (☞17) | - la prestation est prescrite par le médecin spécialiste en anatomopathologie même | A | 3 | 12 zéros |
| (☞23) | (en cas de prestation 588954-588965 ou 588932-588943) | | | |
| | 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 prestations de l'art. 3, de l'art. 24 et de l'art. 24bis) ou en anatomopathologie (en cas de prestations de l'art. 32) , 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 |
| | Les médecins spécialistes dans une discipline autre que la biologie clinique ou l'anatomo-pathologie, et pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité (seulement pour les prestations de l'art.3, | A | 3 | 12 zéros |
| (☞9) | de l'art.24, et de l'art.32, pas pour l'art.24bis) | | | |
| | 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 | A | 1 ou 9 | B |
| (☞9) | et de l'art. 24bis ou est un pharmacien agréé avant le 1/1/1980 pour les prestations de l'art.32 | | | |

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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de médecine nucléaire in vivo
(art. 18, § 2, B, a) jusqu'à d)quater inclus)

| | 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 médecine nucléaire et | | | |
| - la prestation est prescrite | A | 1 ou 9 | B |
| - la prestation est prescrite et a été substituée | A | 5 ou 6 | B |
| (☞22) - la prestation est prescrite par le spécialiste même pour ses propres patients (pas possible pour la prestation 442735-442746) | A | 3 | 12 zéros |
| Le dispensateur a une double qualification dont la médecine nucléaire et | | | |
| - la prestation est prescrite | A | 1 ou 9 | B |
| - la prestation est prescrite et a été substituée | A | 5 ou 6 | B |
| (☞22) - la prestation est prescrite par le spécialiste même pour ses propres patients (pas possible pour la prestation 442735-442746, sauf lorsque le spécialiste est également neurologue, psychiatre ou gériatre) | A | 3 | 12 zéros |

## **RUBRIQUE :** SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 9 N - 128

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.

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.

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.

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.

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.

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.

(☞ 8) Implants :

- Jusqu'au 30/6/2014 inclus : 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.
  - les prestations 0683874-0683885 et 0693711-0693722 de l'art. 35
  - les prestations 702553-702564, 702870-702881, 702575-702586 et 702892-702903 de l'art. 35
  - (☞ 2) les prestations 703231-703242, 703253-703264, 703275- 703286, 703290-703301, 703312-703323, 703334-703345, 703356-703360, 703430-703441, 703452-703463, 703474-703485 de l'art. 35
  - (☞ 1) la prestation 699952-699963 de l'art.35

- A partir du 1/7/2014: pour les prestations de la "liste" (annexe à l'AR du xx/xx/2014), l'intervention personnelle suivante est d'application (voir zone "personalContribution" du fichier de référence "*LIST*"):
  - pour les prestations avec valeur a dans la zone "reimbursementSubCategory", il n'y a pas d'intervention personnelle
  - pour les prestations avec valeur b, c, d ou e dans la zone "reimbursementSubCategory", une intervention personnelle réglementaire est prévue

- Le montant de la marge de délivrance doit être mentionné dans cette zone, sauf la marge de délivrance pour les prothèses de la parole (785352/363) qui doît être mentionnée dans la zone 19.

- 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 (jusqu'au 30/6/2014 inclus) ou dans la « liste » (AR du xx/xx/2014) (à partir du 1/7/2014)) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 8) Pour les implants avec des listes nominatives, le montant exact de la marge de délivrance et de la marge de sécurité est publié par l'INAMI dans les listes concernées.
Pour les implants sans listes nominatives, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies vers le bas.
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.

(☞ 7) La marge de délivrance pour les défibrillateurs cardiaques implantables (à partir du 1/1/2014) doit toujours être calculée sur base des montants de base des tranches, également dans le cas d'un(e) appareil/électrode après la liquidation complète de l'enveloppe (appareil/électrode à 1€) ou dans
(☞11) le cas de la dernière tranche ou dans le cas d'un remplacement sous garantie.

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.

(☞27,33,45) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » et convention « équipes mobiles » : en cas de pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682, 793693-793704, 793715, 793730, 793752, 793774 dans l'ET 50 Z 4 , le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

(☞40) « Enregistrements à zéro » dans le cadre du montant global prospectif : toujours égal à zéro

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

**RUBRIQUE :** REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 25 A - 138

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

**RUBRIQUE :** DENT TRAITEE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 163

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
  (☞14) (http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/dentiste.aspx)
- pour la prestation 317236-317240 (art 14,l de la nomenclature des soins de santé), si elle est exécutée par un dentiste. Pour les stomatologues, le remplissage de cette zone est facultatif.

(☞22) Si dans le cadre de certains forfaits (par ex : 375575/586), plusieurs dents sont traitées, alors le numéro de dent de la dent sur laquelle la plupart du travail a été fait doit être mentionné.

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT OU MONTANT POUR PRODUITS, PRESTATIONS OU SERVICES NON-REMBOURSABLES

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 9 N - 165

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.

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.

(☞22) Les montants portés en compte pour les produits, prestations ou services non-remboursables, dont les pseudo-codes sont publiés dans l'enregistrement de type 50 zone 4 suite 15, doivent être mentionnés dans cette zone.

(☞45) Transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009) (jusqu'au 31/12/2018 inclus)
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.

(☞45) Transport urgent de malades à partir du 1/1/2019

- Hélicoptère CHU Sart Tilman ou AZ St. Jan Brugge: La différence entre le montant facturé et l'intervention de l'assurance est mentionnée dans cette zone.
- Autres transports urgents de malades (appel 100/112): L'indemnité forfaitaire facturée au patient (60€) est mentionnée dans cette zone.

Implants :

(☞4,8)
- Aucun supplément ne peut être imputé et mentionné dans cette zone sauf pour les prestations figurant à l'art. 28, § 1 (jusqu'au 30/6/2014 inclus) et pour la prestation « cortex osseux » (jusqu'au 30/6/2014 inclus : 735276-735280 ; à partir du 1/7/2014: 167694-167705).
- 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.

(☞27,33,45) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » et convention « équipes mobiles » : en cas de pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682, 793693-793704, 793715, 793730, 793752, 793774 dans l'ET 50 Z 4 , le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

(☞22,37) Dentistes:
Les montants qui sont facturés (au patient) pour les ancrages mécaniques, pour l'utilisation d'un substitut dentinaire bioactif et lors d'un traitement endodontique, en cas de score DETI classe B, documenté dans le dossier, sont mentionnés dans cette zone.

(☞40) Montant global prospectif: toujours égal à zéro.
« Enregistrements à zéro »: supplément possible

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

**RUBRIQUE :** EXCEPTION TIERS PAYANT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A - 175

La cause de l'exception à l'interdiction de l'application du régime tiers payant est mentionnée, au
(☞ 18) moyen d'un code, dans cette zone (voir A.R. du 18/9/2015).

Lorsque le contenu de cette zone est différent de zéro, l'exception doit être justifiée selon les
(☞23,36) modalités fixées dans la circulaire O.A 2017/305 du 23 octobre 2017.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| (☞ 18,36) | 1 | A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 4° (décès, coma) |
| (☞ 18,36) | 2 | A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 5° (état d'urgence financière) |
| (☞ 18,36) | 3 | A.R. 18/9/2015, art. 9/2**,** 6° (VIPO tarif préférentiel), 7° (revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence), 8° (chômeurs longue durée), 9° (droit aux allocations familiales majorées) |
| (☞ 18,36) | 4 | A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 1° (prestations dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations) |
| (☞ 18,36) | 5 | A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 2° (prestations dispensées dans les centres de santé mentale, centres de planning familial et d'information sexuelle et centres d'accueil pour toxicomanes) |
| (☞ 18,36) | 6 | A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 3° (prestations dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés) |
| (☞ 18,36) | 7 | A.R. 18/9/2015, art. 9/2, dernière alinéa (prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde de médecine générale) |
| (☞ 18,36) | 8 | A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 10° (statut affection chronique) |
| (☞ 18,36) | P | A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 11° (patients palliatifs) |
| | 0 | Tous les autres cas |

(☞7,13,23) Lorsque l'exception a été reçue via (My)CareNet (ET20 Z3 = 1), alors cette zone peut être égale à zéro sauf dans le cas d'e-fac médecins généralistes ou dentistes (où la justification tiers payant qui est communiquée dans la réponse à la consultation du tarif doit être mentionnée dans cette zone).

(☞ 7) Le contenu de cette zone est toujours égal à zéro pour toutes les prestations qui ne tombent pas sous l'interdiction du régime du tiers payant.

## **RUBRIQUE:** CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 176

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).

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 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). |
| | 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).<br>Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*) |
| | 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%).<br>Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*) |
| (☞ 29) | 5 | Suppléments d'honoraires attestés par un médecin/dentiste conventionné suite à des exigences particulières du patient, comme prévu dans les accords médico-mut et dento-mut (Z35 = 1 et Z30-31 ≠ 0) |
| (☞ 36) | 6 | Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice) |
| (☞ 36) | 7 | Interné placé pour lequel les tickets modérateurs sont 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).<br>Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*) |
| (☞ 36) | 8 | Interné placé pour lequel la communication droit au MAF a été 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%).<br>Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*) |
| | 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.

(☞36) Attention : les valeurs 3, 4, 6, 7 et 8 priment sur la valeur 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.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

(☞36) (*)Les valeurs 3, 4, 7 ou 8 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3, 4, 7 ou 8 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).

**Exemple**

Facturation 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 177

- 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 :

(☞ 43) - les prestations d'ophtalmologie 245151-245162 de l'art. 14 h), §1, I, 1° de la nomenclature;
- 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), § 1er, II, 3° de la nomenclature)

(☞ 21,26) et les prestations 248334-248345 et 248415-248426 de l'art. 14, h), §1, II, 1° de la nomenclature;
- les radiographies du système ostéo-articulaire (prestations de l'art. 17, § 1er, 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.

(☞ 4) - les prestations de chirurgie vasculaire de l'art.14, f), 4° de la nomenclature des soins de santé à l'exception des 238011-238022, 238276-238280 et 238335-238346.

(☞ 26) - les prestations 252652-252663 et 252696-252700 (convention reconstruction mammaire)

(☞ 30) - les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 (implant d'ancrage pour prothèse externe).

(☞ 5) Cette zone peut également être remplie facultativement pour d'autres prestations que celles énumérées ci-dessus.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 1 | Gauche |
| 2 | Droit |
| 0 | Tous les autres cas |

**RUBRIQUE :** PRESTATAIRE CONVENTIONNE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 178

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.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 0 | Pas de convention |
| 1 | Prestataire conventionné |
| 2 | Prestataire partiellement conventionné |
| 9 | Prestataire non conventionné |

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 4 N HHMM - 179

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.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 183

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 195

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 A - 207

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.

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

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 219

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.

(☞ 8) Jusqu'au 30/6/2014 inclus: XXX-YYY-ZZZZZ-C.

XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;
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).

(☞ 8) A partir du 1/7/2014: XXX-YY-ZZZZZ-CC.

XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;
YY = 2 positions numériques qui identifient la classe du type de produit;
ZZZZZ = 5 positions numériques qui identifient le produit même.
CC = 2 positions numériques (check-digit) (= 97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 10 premiers chiffres du code d'identification et le diviseur est égal à 97).

(☞10) Attention: Dans le cadre des déclarations d'accord, les codes d'identification ont toujours l'ancienne structure avec 1 check-digit calculé selon le modulo 7.

Une liste limitative des prestations pour lesquelles un code implant doit être mentionné, est publiée sur
(☞ 14) le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
(☞ 8) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation et est mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus.
(☞ 8) A partir du 1/7/2014, le fichier de référence « LIST » est utilisé : les prestations pour lesquelles un code d'identification doit être rempli sont indiquées avec la valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone « *identificationZone43* ».
(☞ 14) La liste Excel "implants" (sheet Z 43) reste également encore valable après le 30/6/2014 pour les pseudo-codes dans le cadre des déclarations d'accord et dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ».
De plus, un code implant doit également être mentionné pour les pseudo-codes suivants :
(☞ 22) 680153-680164 et 680993-681004 (stent valvulaire percutané implantable en position aortique).
704970 à 705003 inclus et 705051-705062 (défibrillateurs cardiaques implantables).

(☞29) A partir de la date de prestation 1/2/2017, cette zone est également utilisée pour mentionner le code d'identification des capteurs utilisés dans le cadre de la convention diabète (enfants).
Le code d'identification doit obligatoirement être rempli pour les pseudo-codes du point 5quater de l'ET 50 Z 4 S 3 et pour les pseudo-codes 961332-961343 et 961354-961365 de l'ET 50 Z 4 S 15.

(☞44) Lorsque des prestations ambulatoires de l'art. 27 (bandagistes) ou de l'art. 31 (audiciens) sont facturées via le fichier de facturation électronique de l'hôpital et que la mention du code d'identification du produit est une condition de remboursement, alors le code d'identification doit être mentionné dans cette zone. Attention: l'attestation de délivrance papier reste obligatoire.

**RUBRIQUE :** LIBELLE DU PRODUIT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 30 A - 231

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.

(☞15) A partir de la date de prestation 1/6/2015, cette zone ne doit plus être remplie pour les produits radio-pharmaceutiques.

(☞ 21) A partir de la date de prestation 1/1/2016, cette zone ne doit plus être remplie pour les prestations radioactives.

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.
S'il s'agit de suppléments dans des MRPA-MRS-CSJ, un libellé doit seulement être mentionné pour les pseudo-codes 0960691 et 0960713.

(☞ 23,30) Pour le code 0961273-0961284 et les codes 961332-961343 et 961354-961365, cette zone ne doit pas être remplie.

**RUBRIQUE :** NORME PLAFOND

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 261

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 7 ou 8 | 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 ou égale au plafond.<br>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.<br>Si d'autres enregistrements contenant des prestations suivent encore, leur montant O.A. sera égal à zéro et leur norme sera égale à 7.<br>La norme 7 est seulement utilisée pour les prestations effectuées à partir du 1er janvier 1995.<br><br>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.<br><br>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). |
| 0 | Dans tous les autres cas. |

**RUBRIQUE :** VALEUR DE BASE PRESTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 7 N - 262

Lorsque la zone 54b = 1 (« enregistrement à zéro » dans le cadre d'un montant global prospectif), la valeur de base de la prestation doit être mentionnée dans cette zone. Il s'agit de la base de calcul pour l'éventuel supplément mentionné dans la zone 30-31.

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 :** TRANSPLANTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 270

Cette zone doit être complétée dans le cadre de transplantations d'organe ou de moelle osseuse.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 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. |
| 2 | Il y a eu (préparation d'une) transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au donneur (potentiel). |

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.

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 :** DISPENSATEUR AUXILIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 271

(☞ 1) S'il s'agit d'une prestation attestée par un infirmier mais effectuée par un aide soignant dans le cadre
(☞ 5) de l'art.8 § 12 (*Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier)* de la nomenclature alors le numéro d'identification de l'aide soignant qui a effectué la prestation est mentionné dans cette zone.

En cas de forfait : si les prestations dans le cadre du forfait ont été effectuées par plusieurs aides soignants, alors cette zone doit contenir le numéro d'identification du premier aide soignant.

(☞17,26)Lorsqu'il s'agit d'une prestation attestée par un médecin mais effectuée par un stagiaire alors cette zone est complétée par le numéro d'identification du médecin stagiaire qui a effectué la prestation.

(☞ 6 ) Le numéro INAMI du gestionnaire du DMG doit être mentionné dans cette zone lorsque l'ET 50 Z 16 = 4 (lettre « G » sur l'attestation de soins : médecin a accès aux données du DMG mais n'est pas le gestionnaire de celui-ci).

Le numéro d'identification est composé de 11 chiffres et est toujours précédé d'un zéro.

(☞ 6, 17) Cette zone doit seulement être remplie si ET 50 Z 16 = 2, 4 ou 5.

**RUBRIQUE :** SITE HOSPITALIER

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 287

Voir enregistrement de type 30 zone 51.

**RUBRIQUE :** IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 293

Voir enregistrement de type 30 zone 52.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE COURSE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 11 A - 305

(☞ 45) Lors de la facturation du transport urgent de malades (pseudo-codes 0784416-0784420, 0784431-0784442, 0784453-0784464, 0784475-0784486), le numéro de course,
(☞ 11) attribué par le centre d'appel, doit obligatoirement être rempli dans cette zone.
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).

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 :
PPAAJJJMMMM
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 :
DSAAJJJNNNN
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** : FLAG GPS

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT** : 1 N – 316

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'un « enregistrement à zéro » dans le cadre d'un montant global prospectif (AR portant exécution de la loi relative au financement groupé des activités hospitalières).

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 1 | Il s'agit d'un « enregistrement à zéro » dans le cadre d'un montant global prospectif |
| 0 | Tous les autres cas |

Lorsque cette zone est égale à 1, les zones 19 et 27 doivent être égales à zéro.

**RUBRIQUE :** CODE NOTIFICATION IMPLANT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 321

Chaque implant notifié reçoit un code de notification unique, qui doit être mentionné dans cette zone pour :
- les implants non remboursables avec obligation de notification (pseudo-code 960234-960245)
- les implants remboursables sans liste nominative avec obligation de notification

Une liste limitative des prestations pour lesquelles un code de notification doit être mentionné, est
(☞14) publiée sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
(☞ 8) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation et est mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus.
(☞ 8) A partir du 1/7/2014, le fichier de référence « LIST » est utilisé : les prestations pour lesquelles un code de notification doit être rempli sont indiquées avec la valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone « *notificationZone55* ».
(☞14) La liste Excel "implants" (sheet Z 55-56) reste également encore valable après le 30/6/2014 pour les pseudo-codes dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ».
(☞14) De plus, un code de notification doit également être mentionné pour les pseudo-codes 705036-705040 (électrodes pour défibrillateur cardiaque implantable).

(☞ 20) Lorsqu'un dispositif sur mesure est utilisé pour les prestations de la catégorie I.D. Chapitre I (Pneumologie et système respiratoire) ou de la catégorie II.D (tous les chapitres) pour lesquelles la mention d'un code notification est obligatoire (*càd des prestations avec valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone "notificationZone55" du fichier de référence "LIST"*), le pseudo-code notification 999999999850 doit être rempli dans cette zone.

Dans tous les autres cas (notamment, pour les implants avec des listes nominatives), cette zone est égale à zéro.

Le code de notification est composé de 10 chiffres + 2 check-digits : XXXXXXXXXX-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 :** CODE ENREGISTREMENT

## **LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 14 N - 333

Pour certains dispositifs médicaux et certains actes médicaux l'intervention de l'assurance maladie est subordonné à l'enregistrement de données. Afin de prouver qu'il y a eu enregistrement de données un code d'enregistrement généré après enregistrement des données doit être mentionné dans cette zone.
Ce code d'enregistrement a la structure suivante :

0XXXAAZZZZZZCC
XXX = type produit ou prestation (voir ci-dessous)
AA = année
ZZZZZZ = numéro d'ordre
CC = check-digit (= reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 11 premiers chiffres du code d'enregistrement et le diviseur est égal à 97)

Les tableaux ci-dessous reprennent, pour chaque enregistrement de données, le code XXX ainsi que la date de début et de fin de l'obligation de mentionner le code d'enregistrement dans cette zone.

Implants et dispositifs médicaux
En cas de facturation des dispositifs médicaux pour lesquels la zone « Qermid » du fichier de référence «LIST» est égale à 2, le code d'enregistrement doit être mentionné dans cette zone, sauf dans les enregistrements statistiques (norme 9). Cette zone est égale à zéro pour la marge de délivrance ou pour la marge de sécurité du matériel avec code Qermid = 2.
En cas de facturation des montants de récupération pour les défibrillateurs cardiaques le code d'enregistrement doit être mentionné dans cette zone.

| Implant – nom du registre | XXX | Date prestation à partir du | Date prestation jusqu'au (inclus) | Remarque |
|---|---|---|---|---|
| Défibrillateurs cardiaques et électrodes | 101 | 01/01/2017 | 31/12/2017 | Uniquement pour la facturation des montants de récupération |
| Stimulateurs cardiaques et électrodes | 102 | 01/09/2015 | 30/11/2018 | Primo-implantations et remplacements |
| | | 01/04/2017 | 30/11/2018 | Remplacements anticipés |
| | 105 | 01/12/2018 | | |
| Endoprothèses | 103 | 01/02/2018 | | |
| Dilatations coronaires | 104 | 01/09/2015 | | |
| Stent valvulaire pulmonaire | 110 | 01/08/2016 | | |
| Prothèses articulaires du genou - orthopride | 201 | 01/09/2015 | | |
| Prothèses articulaires de la hanche - orthopride | 202 | 01/09/2015 | | |
| Implants permettant l'ancrage d'une prothèse externe - amputation | 203 | 01/02/2017 | | |
| Filets implantables pour réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale - prolapse | 302 | 01/06/2017 | | |
| Neurostimulateurs en cas de douleurs chroniques - Neuro-Pain | 401 | 01/01/2018 | | |

Actes médicaux

| Acte médical | XXX | Date prestation à partir du | Date prestation jusqu'au (inclus) | Remarque |
|---|---|---|---|---|
| Implantation d'endoprothèses – nomenclature, article 34 § 1er | 103 | 01/02/2018 | | |

**RUBRIQUE** : FLAG TVA

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT** : 2 N - 347

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'une prestation/délivrance sur laquelle de la TVA est due.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 01 | prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient et sur lesquelles 21% de TVA est dû |
| 02 | prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient avec exemption de TVA |
| 00 | tous les autres cas |

**RUBRIQUE :** CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

**RUBRIQUE :** ENREGISTREMENT DE TYPE 51

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

**RUBRIQUE :** NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

**RUBRIQUE :** CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N - 10

Voir enregistrement de type 50 zone 4.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

**RUBRIQUE :** DATE PRESTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 17

Voir enregistrement de type 50 zone 5.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

**RUBRIQUE :** IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

**RUBRIQUE :** IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 68

Voir enregistrement de type 50 zone 15.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

**RUBRIQUE :** PRESTATION RELATIVE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N - 81

Voir enregistrement de type 50 zone 17-18.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des dentistes (e-fac).

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 11 N - 88

Voir enregistrement de type 50 zone 19.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

**RUBRIQUE :** CODE TITULAIRE 1 + 2

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 10 N - 128

Voir enregistrement de type 20 zone 27.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

(☞23) **RUBRIQUE :** NUMERO AGRÉMENT ENGAGEMENT DE TARIF

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 48 A - 213

(☞23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

(☞23) Cette zone est réservée pour la mention du numéro d'agrément de l'engagement de tarif. La consultation des données du tarif via le réseau est seulement possible pour les secteurs autorisés via MyCareNet.

(☞23) S'il n'y a aucune utilisation du service « consultation tarif », l'ET 51 ne sera pas présent.

Le contenu de cette zone est structuré comme suit :

RRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRNNNNNNNNNNVVA000

soit :

(☞23)
- R = 32 positions alphanumériques pour le numéro d'agrément d'engagement de tarif obtenu via le service « consultation tarif ».
- N = 10 positions numériques, remplies de zéros.
- V = 2 positions numériques, remplies de zéros.

(☞23)
- A = 2 : consultation tarif (1 position numérique)
- 0 = 3 positions numériques de réserve, remplies de zéros.

(☞23) La zone est complétée avec le contenu de la zone 'financialcontract' ('numéro d'agrément engagement de tarif') du message de réponse à la consultation du tarif.

**RUBRIQUE :** DATE COMMUNICATION INFORMATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8N AAAAMMJJ - 321

(☞23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

Cette zone est remplie avec la date à laquelle l'OA a communiqué les données du tarif via le message de réponse à la consultation du tarif.
Cette date se trouve dans la zone 'kmehrmessage/transaction/date'.

**RUBRIQUE :** CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 349

(☞23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

**RUBRIQUE :** ENREGISTREMENT DE TYPE 52

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

**RUBRIQUE :** NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

**RUBRIQUE :** RAISON ENCODAGE MANUEL

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 9

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Cette zone doit obligatoirement être remplie lorsque l'ET 52 Z 9 = 4.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 1 | Utilisation d'un document d'identité sans puce |
| | 2 | Indisponibilité du lecteur de carte |
| (☞ 35) | 3 | Panne du système informatique ou vérification différée sans panne ou absence d'interconnectivité entre logiciels (*) (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies) |
| (☞ 35) | 4 (*) | Vérification différée sans panne parce que le patient ne pouvait pas soumettre de document d'identité valide (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies) |
| (☞ 35) | 5 (*) | Vérification différée sans panne suite à un oubli de lecture du document d'identité (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies) |
| (☞ 35) | 6 (*) | Absence d'interconnectivité entre logiciels (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies) |

(☞35) (*) Jusqu'au mois facturé décembre inclus, la « vérification différée sans panne » ou « l'absence d'interconnectivité entre logiciels » sont indiquées par la valeur 3.
A partir du mois facturé janvier 2018, les valeurs 4, 5 ou 6 doivent être utilisées.

**RUBRIQUE :** CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N - 10

Voir enregistrement de type 50 zone 4.

**RUBRIQUE :** DATE PRESTATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 17

Voir enregistrement de type 50 zone 5.

**RUBRIQUE :** DATE DE LECTURE DOCUMENT IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 25

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

(☞19) La date de lecture du document d'identité du patient est mentionnée dans cette zone.

(☞27,35) Cette zone doit toujours être remplie, sauf lorsque l'ET 52 Z 9 = 4 et l'ET 52 Z 3 = 3, 4, 5 ou 6.

**RUBRIQUE :** IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

**RUBRIQUE :** TYPE DE SAISIE DOCUMENT IDENTITÉ

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A - 49

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Ce code fait la distinction entre les différents types de saisie du document d'identité.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| | 1 | Lecture puce |
| | 2 | Lecture code-à-barres |
| | 3 | Lecture QR code |
| (☞27) | 4 | Encodage manuel<br>Lorsque cette valeur est utilisée, la raison doit être mentionnée dans l'ET 52 Z 3. |

**RUBRIQUE :** TYPE DE SUPPORT DOCUMENT IDENTITÉ

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A - 50

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Ce code fait la distinction entre les différents types de support du document d'identité.

| | Valeur | Signification |
|---|---|---|
| (☞27) | 1 | Carte d'identité électronique belge (ou Kids-id) |
| (☞35) | 2 | Carte d'identité électronique étranger ou document de séjour électronique |
| (☞27) | 3 | Carte Kid-id (*) |
| | 4 | Carte ISI+ |
| (☞19,35) | 5 | Document de séjour électronique (***) |
| (☞19) | 6 | Une carte d'identité sociale (SIS) encore valide (**) |
| (☞19,27) | 7 | Vignette avec code-à-barres<br>Lorsque cette valeur est utilisée, la raison doit être mentionnée dans l'ET 52 Z 11. |
| (☞19,27) | 8 | Attestation d'assuré social |
| (☞27) | 9 | Attestation de perte ou de vol d'une carte d'identité électronique belge, d'une carte électronique d'étranger ou d'un document de séjour électronique |

(☞19) Pour le médecin généraliste qui gère le dossier médical global, la lecture du document d'identité s'effectue seulement au moment de la consultation ou de la visite sur base de laquelle le médecin a ouvert la gestion d'un dossier médical.

(☞19) Lorsque la vérification de l'identité du patient par la lecture du document d'identité est obligatoire, cette zone est différente de zéro et doit obligatoirement être remplie avec une des valeurs prévues.

(☞27) (*) possible jusqu'au mois facturé décembre 2016; à partir du mois facturé janvier 2017, la valeur 1 est utilisée en cas d'utilisation de Kids-id.
(☞27) (**) possible jusqu'au 31/12/2016 inclus
(☞35) (***) possible jusqu'au 30/9/2017; à partir du 1/10/2017, la valeur 2 est utilisée en cas d'utilisation d'un document de séjour électronique.

**RUBRIQUE :** RAISON UTILISATION VIGNETTE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 51

Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Ce code indique pourquoi une vignette a été utilisée.

Cette zone doit obligatoirement être remplie lorsque l'ET 52 Z 10 = 7.

| Valeur | Signification |
|---|---|
| 1 | Le bénéficiaire n'est pas présent au moment de la prestation et sa présence simultanée et celle du dispensateur n'est pas réglementairement requise |
| 2 | Le bénéficiaire ne dispose pas de document d'identité |

**RUBRIQUE :** HEURE DE LECTURE DOCUMENT IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 4 N HHMM - 52

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

(☞19) L'heure de lecture du document d'identité du patient est mentionnée dans cette zone.

(☞27,35) Cette zone doit toujours être remplie, sauf lorsque l'ET 52 Z 9 = 4 et l'ET 52 Z 3 = 3, 4, 5 ou 6.

**RUBRIQUE :** IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 68

Voir enregistrement de type 50 zone 15.

**RUBRIQUE :** NUMÉRO DE SÉRIE DU SUPPORT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 15 A - 80

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Le numéro de série du support (carte eId,…) doit être mentionné dans cette zone.

(☞27) Cette zone doit toujours être remplie, aussi dans le cas d'encodage manuel (ET 52 Z 9 = 4), sauf lorsque l'ET 52 Z 10 = 7, 8 ou 9.

**RUBRIQUE :** NUMÉRO DOCUMENT JUSTIFICATIF

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 25 N - 95

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Le numéro du document justificatif délivré au patient doit être mentionné dans cette zone.
Ce numéro doit être unique et différent de zéro.

(☞27) Cette zone doit toujours être remplie.

**RUBRIQUE :** NUMERO UNIQUE APPAREIL IMAGERIE MEDICALE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 120

Dans cette zone, le numéro de l'appareil d'imagerie médicale doit être complété pour les prestations mentionnées dans l'AR du 26/5/2016 portant exécution de l'article 64, § 1er, alinéa 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (MB 31/5/2016).

(☞ 29) Le numéro d'appareil doit également être complété pour le forfait INAMI PET 747913-747924 (Art. 27/1 de l'AR du 22/5/2014).

Il s'agit d'un numéro à 12 positions avec la structure 0YYYYYYCD000

avec YYYYYYCD = numéro de facturation INAMI

YYYYYY = un numéro d'ordre non signifiant
CD = 2 positions numériques (check-digit) (= 83 - reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 6 premiers chiffres YYYYYY et le diviseur est égal à 83).

Le statut « défectueux/remplacement » de l'appareil n'est pas communiqué par l'INAMI.
Cependant, si l'appareil est défectueux et que l'examen est, donc, exécuté sur un appareil de remplacement, alors le numéro d'identification de l'appareil attribué par l'INAMI (« numéro de facturation INAMI ») doit être suivi par « 001 » au lieu de « 000 ».

**RUBRIQUE :** CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

**RUBRIQUE :** ENREGISTREMENT DE TYPE 80

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

**RUBRIQUE :** NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

**RUBRIQUE :** HEURE D'ADMISSION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 7 N 000HHMM - 10

Voir enregistrement de type 20 zone 4.

**RUBRIQUE :** DATE D'ADMISSION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 17

Voir enregistrement de type 20 zone 5.

**RUBRIQUE :** DATE DE SORTIE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 25

Voir enregistrement de type 20 zone 6a-6b.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 33

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

**RUBRIQUE :** IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

**RUBRIQUE :** SEXE BENEFICIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 49

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

**RUBRIQUE :** TYPE DE FACTURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 50

Voir enregistrement de type 20 zone 10.

**RUBRIQUE :** SERVICE 721 bis

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 53

Voir enregistrement de type 20 zone 13.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 56

Voir enregistrement de type 20 zone 14.

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 11 N - 68

Il s'agit du montant de la facture que l'organisme assureur doit transférer au compte financier B.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 4 N - 81

Voir enregistrement de type 20 zone 17.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 85

Voir enregistrement de type 20 zone 18.

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 11 N - 88

Il s'agit du montant de la facture que l'organisme assureur doit transférer au compte financier A.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 8 N AAAAMMJJ - 100

La date de la facture individuelle doit être mentionnée dans cette zone (= date d'enregistrement de la facture concernée dans la comptabilité).

(☞3) Cette zone doit être remplie seulement pour les prestations (aussi bien ambulants qu'hospitalisés) facturées par le gestionnaire de l'établissement ou par le Conseil Médical (aussi bien en cas de suppression de la facture individuelle papier que sans SFP).

(☞3) Cette zone ne doit, donc, pas être remplie pour les prestations facturées par d'autres prestataires/ institutions.

**RUBRIQUE :** HEURE DE SORTIE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 5 N 0HHMM - 108

Voir enregistrement de type 20 zone 22.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 115

Voir enregistrement de type 20 zone 24-25.

**RUBRIQUE :** SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 9 N - 128

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.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

**RUBRIQUE :** REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 25 A - 138

Voir enregistrement de type 20 zone 28.

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 9 N - 165

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 ET 30, 40 et 50 qui précèdent.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

**RUBRIQUE :** FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 N - 175

Voir enregistrement de type 20 zone 32.

**RUBRIQUE :** SIGNE + ACOMPTE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 11 N - 183

Cette zone contient le montant de l'acompte destiné au compte financier A.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

**RUBRIQUE :** CHIFFRES DE CONTROLE DE LA FACTURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 347

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,
(☞8,15) 40, 50, 51 et 52, 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 :

```
  101010
+ 101010
--------
  202020
```

et **pas** 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 6

**RUBRIQUE :** CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

**RUBRIQUE :** ENREGISTREMENT DE TYPE 90

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

**RUBRIQUE :** NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 17

Voir enregistrement de type 10 zone 5-6a.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE L'ENVOI

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 3 N - 33

Voir enregistrement de type 10 zone 7.

**RUBRIQUE :** NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 36

Voir enregistrement de type 10 zone 8a.

**RUBRIQUE :** NUMERO TIERS PAYANT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 12 N - 56

Voir enregistrement de type 10 zone 14.

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER B

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 11 N - 68

Signe et montant total de l'envoi qui doit être transféré au compte financier B.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER A

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 11 N - 88

Signe et montant total de l'envoi qui doit être transféré au compte financier A.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

**RUBRIQUE :** ANNEE FACTUREE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 5 N 0AAAA - 108

Voir enregistrement de type 10 zone 22.

**RUBRIQUE :** MOIS FACTURE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N MM - 113

Voir enregistrement de type 10 zone 23.

**RUBRIQUE :** NUMERO BCE

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 10 N - 128

Voir enregistrement de type 10 zone 27.

**RUBRIQUE :** REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 25 A - 138

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

**RUBRIQUE :** BIC - COMPTE FINANCIER A

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 11 A - 167

Voir enregistrement de type 10 zone 31-32-33-34.

**RUBRIQUE :** IBAN - COMPTE FINANCIER A

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 34 A - 179

Voir enregistrement de type 10 zone 36-37-38-39-40-41

**RUBRIQUE :** BIC - COMPTE FINANCIER B

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 11 A - 219

Voir enregistrement de type 10 zone 43a.

**RUBRIQUE :** IBAN - COMPTE FINANCIER B

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 34 A - 271

Voir enregistrement de type 10 zone 49-50-51-52

**RUBRIQUE :** CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENVOI

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 347

Ce chiffre de contrôle est calculé de la façon suivante :

(☞8,13) Les valeurs des zones 4 de tous les enregistrements de type 30, 40, 50, 51 et 52, 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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.