

**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 2021
MISE A JOUR 2021/26 - Publication 1-4-2025**



Service des soins de santé

**INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE
OU PAR VOIE ELECTRONIQUE**

MISE A JOUR 2021/26

Pages à remplacer:

- Annexes 16.19, 22.1, 22.2, 25.1, 25.2, 25.3;
- ET 20 Z 10;
- ET 21 Z 4, Z 10, Z 11.
- ET 30 Z 3, Z 13;
- ET 50 Z 3 S 3, Z 4 S 12, Z 4 S 15, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 3, Z 14 S 4, Z 14 S 5, Z 15, Z 16, Z 33, Z 51;
- ET 51 Z 3.

Pages à ajouter:

- Annexes 22.3, 22.4.

1. **Règles de calcul et arrondis pour les montants réduits, Annexes 22.1, 22.2, 22.3, 22.4.**

Comme les tarifs à 75% pour les médecins en formation ne sont plus publiés dans les fiches tarifaires depuis le 1er janvier 2025, les règles de calcul des montants réduits (75%, 50% et 10%) sont élaborées dans les instructions de facturation. Ce faisant, quatre catégories sont définies: les tickets modérateurs fixes pour les médecins généralistes, les tickets modérateurs fixes pour les médecins spécialistes, les tickets modérateurs en pourcentage sans plafond et les tickets modérateurs en pourcentage avec plafond. Les règles relatives aux calculs multiples sont maintenues. En revanche, les règles relatives à la psychiatrie infanto-juvénile et aux visites ne sont pas incluses. En effet, les prestations qui y sont liées ne relèvent d'aucune des quatre catégories et sont toujours publiées dans les feuilles de tarifs.

Pour la création associée de la liste « règles de calcul 75% », voir le point 11.

2. **Lecture eID, Annexes 25.1, 25.2, 25.3, ET 21 Z 4, Z 10, Z 11, ET 51 Z 3.**

- **Ajout de pseudocodes relatifs à la dialyse à l'aperçu des "traitements récurrents". (Annexe 25.2)**

Les pseudocodes 471111-471122, 471133-471144, 471155-471166 et 471170-471181, concernant l'information et la formation dialyse, et les pseudocodes 470934-470945 et 767955-767966, concernant l'hémodialyse self-care sont ajoutés à l'aperçu des « traitements récurrents ».

- **Clarification « pas d'enregistrement des données de la lecture en cas de décès du patient ». (Annexe 25.3)**

En ce qui concerne l'exception pour les patients décédés pour lesquels aucune vérification a posteriori ne peut avoir lieu, il est précisé qu'il s'agit d'une période d'un mois après la date de prestation ou la date d'admission.

- **Possibilité indication dialyse de nuit répartie sur deux jours. (Annexe 25.1, ET 21 Z 4, Z 10, Z 11)**

Comme il est possible que, dans le cadre d'une dialyse de nuit répartie sur deux jours, la date de lecture eID tombe un jour après la date de prestation, il est rendu possible d'utiliser la valeur 1 dans l'ET 21 Z 10 (indication urgences ou hospitalisation de jour répartie sur deux jours) également pour l'indication d'une dialyse de nuit répartie sur deux jours. Les textes dans l'Annexe 25.1 et les zones 4 et 11 sont modifiés en conséquence.

- **Puce défectueuse comme raison de l'encodage manuel des données d'identité. (ET 51 Z 3)**

Dans l'enregistrement de type 52 (infirmières), la signification de la valeur 1 dans la zone 3 (raison encodage manuel) a été étendue à « puce défectueuse », comme c'est déjà le cas dans la zone 8 de l'enregistrement de type 21 (hôpitaux).

3. **Ajout de références manquantes au forfait groupe 1bis, ET 20 Z 10, ET 30 Z 3, Z 13, ET 50 Z 13, ET 50 Z 13 S 2.**

Certaines références manquantes au forfait hôpital de jour groupe 1bis sont ajoutées aux zones 'type de facture', 'code service' et 'norme journées d'entretien'.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1 octobre 2024.

4. **Modification textuelle relative à la convention « freezing », Annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 12, Z 4 V 15, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 V 5, Z 15, Z 16.**

Suite au changement de nom de la convention « oncofreezing » en « freezing », les références à la convention dans les instructions de facturation sont adaptées. En outre, le libellé du pseudo-code 961391-961402 (participation annuelle pour freezing à charge du bénéficiaire) est modifié, puisqu'elle prévoit désormais une période de conservation remboursable plus longue pour les patients dont le prélèvement a eu lieu avant leur seizième anniversaire.

5. **Correction textuelle relative aux prestations non remboursables, ET 50 Z 13.**

Dans la phrase stipulant que la zone 'code service' doit être mise à zéro en cas de prestations non remboursables, le terme 'supplément' est remplacé par le terme 'montant'.

6. **Rectification implants avec obligation de notification, sans liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, ET 50 Z 3 S 3.**

Pour les implants avec obligation de notification, sans liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, il est désormais fait référence à « IdentificationZone55 », au lieu de « IdentificationZone43 ».

7. **Clarification remplissage facultatif du site hospitalier, ET 50 Z 51.**

Il est précisé qu'aucun rejet ne doit intervenir lorsque le numéro d'identification d'un site hospitalier est indiqué, alors que cela n'est pas obligatoire au sens strict. La seule condition est alors que le lieu de prestation soit un hôpital.

8. **Précision remplissage facultatif de la valeur 5 (exigences particulières du patient), ET 50 Z 33.**

Il est précisé que la valeur 5 (exigences particulières) peut également être utilisée à titre facultatif par un médecin ou dentiste non conventionné pour un patient sans droit à l'intervention majorée.

9. Implants: traitement ablation par radiofréquence d'un œsophage Barrett, ET 50 Z 14 S 4.

Suite à l'Arrêté Ministériel du 20 janvier 2025 (Moniteur Belge du 5 février 2025, Numac 2024009952), les trois nouveaux pseudo-codes 185290-185301, 185312-185323 et 185334-185345 seront ajoutés au numéro d'agrément existant 164.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1 mars 2025.

10. Implants: embolectomie, ET 50 Z 14 S 3.

Suite à l'Arrêté Ministériel du 11 mars 2025 (Moniteur Belge du 17 mars 2025, Numac 2025002054), un nouveaux pseudo-code 185835-185846 est ajouté au numéro d'agrément existant 120.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1 avril 2025.

11. Liste « règles de calcul 75% ».

Une nouvelle liste est créée avec deux composantes. Premièrement, les règles de calcul des montants réduits sont expliquées à l'aide d'exemples concrets et de formules. Deuxièmement, des groupes de prestations délimités sont attribués aux différentes catégories de calcul.

12. Liste « combinaisons lecture eID hôpitaux ».

Certaines combinaisons autorisées, mais illogiques manquantes sont ajoutées au tableau des combinaisons possibles.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1 avril 2025.

13. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

14. Liste « membre traité ».

Pas de modifications.

15. Liste « prestation relative ».

Pas de modifications.

16. Liste « prescripteur ».

Pas de modifications.

17. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

-	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
-	fonction service mobile d'urgence	: 132
-	programme de soins de base en oncologie	: 133
-	programme de soins d'oncologie	: 134
(☞9, 13)	agrément soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein (jusqu'au xx/xx/202x)	: 135
(☞13)	agrément clinique du sein coordinatrice (jusqu'au xx/xx/202x)	: 136
(☞13)	agrément clinique du sein satellite (jusqu'au xx/xx/202x)	: 137
(☞22)	programme de soins spécialisé soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives	: 138
-	programme de soins de médecine de la reproduction A	: 140
-	programme de soins de médecine de la reproduction B	: 141
-	centre de chirurgie robot-assistée (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 150
-	centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3	: 151
-	centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B	: 152
-	centre « moniteur cardiaque implantable » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 153
-	centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire» (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 154
-	centre d'expertise pour patients comateux	: 155
(☞23)	centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » (jusqu'au 31/8/2024 inclus)	: 156
-	centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 157
-	centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 158
-	centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (jusqu'au 30/4/2016 inclus)	: 159
-	centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 160
-	centre « neurostimulateurs en cas de Parkinson et de tremblements essentiels »	: 161
-	centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique» (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 162
-	centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales»	: 163
-	centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage »	: 164
-	centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (à partir du 1/8/2016)	: 165
-	centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (à partir du 1/8/2016)	: 166
-	centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique » (à partir du 1/8/2016)	: 167
-	centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)	: 168
-	centre « fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire » (à partir du 1/1/2017)	: 169
(☞25)	centre « tiges magnétiques allongeables et systèmes de croissance implantables auto-expansibles » (Magec et Nemost)	: 170
(☞17)	centre « capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose » (jusqu'au 31/10/2023 inclus)	: 171
-	centre « neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de CRPS »	: 172
-	centre « valves endobronchiques unidirectionnelles »	: 173
(☞2)	centre « implants pour le traitement de l'incontinence fécale »	: 174
(☞7)	centre «neurostimulateurs des dysfonctionnements des voies urinaires inférieures»	: 175
(☞13)	centre « neurostimulation du nerf hypoglosse en cas de l'apnée obstructive du sommeil »	: 176
(☞20)	centre « neurostimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face »	: 177
(☞20)	centre « athérectomie rotationnelle coronaire percutanée »	: 178
(☞21)	centre « clou centromédullaire magnétique allongeable »	: 179
-	agrément convention reconstruction mammaire	: 190
(☞26)	agrément convention freezing (l'hôpital dispose seulement du programme de soins médecine de la reproduction B)	: 191
(☞26)	agrément convention freezing (l'hôpital dispose du programme de soins médecine de la reproduction B et répond aux normes du programme de soins en hématologie pédiatrique)	: 192
-	agrément convention chirurgie complexe pancréas	: 193
-	agrément convention chirurgie complexe œsophage	: 194
(☞17)	agrément convention obésité chez les enfants	: 195
(☞23)	agrément convention ablation percutanée sous guidage tomographique	: 196
(☞25)	agrément convention télésurveillance insuffisance cardiaque	: 197

Agrément banque de matériel corporel humain :

-	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

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

(☞26) **1) Règles générales**

Utilisez [les fiches tarifaires sur le site web de l'INAMI](#) pour la psychiatrie infanto-juvénile et les visites. Voir ci-dessous pour le reste.

Les tickets modérateurs peuvent différer entre les bénéficiaires de l'intervention majorée et les non-bénéficiaires.

Pour l'aide opératoire (10%), aucun ticket modérateur n'est appliqué.

L'honoraire réduit... est toujours arrondi selon la règle normale d'arrondi.
(arrondir vers le haut à partir de 5)

L'intervention AMI... est toujours arrondie vers le haut.
(round-up)

Le ticket modérateur... est toujours arrondi vers le bas.
(round-down)

(☞26) **2) Règles spécifiques de suivi**

Voir les groupes de prestations et les formules dans [le fichier Excel « règles de calcul 75% »](#).

Par souci de simplicité, dans la description ci-dessous avec des exemples, une réduction de 75% (MSF-MGF) est utilisée dans chaque cas, mais pour les médecins spécialistes, la même méthode de travail continue de s'appliquer avec une réduction de 50% (chirurgie) et une réduction de 10% (aide opératoire).

SI TICKET MODÉRATEUR FIXE CHEZ LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Tout d'abord, l'honoraire réduit est calculé et arrondi selon la règle normale d'arrondi.
(arrondir vers le haut à partir de 5)

Exemple: Prestation avec honoraire (à 100%) = 25,68 €

Honoraire à 75% = 25,68 € * 0,75 = 19,26 €

Ensuite, le ticket modérateur à 100% est déduit de ce montant.
(pour les médecins généralistes, les honoraires fixes ne sont pas recalculés à 75%)

Exemple (suite): Ticket modérateur fixe à 100% = 4,00 €

Intervention AMI à 75% = 19,26 € - 4,00 € = 15,26 €

SI TICKET MODÉRATEUR FIXE CHEZ LES MÉDECINS SPÉCIALISTES

Tout d'abord, l'honoraire réduit est calculé et arrondi selon la règle normale d'arrondi.
(arrondir vers le haut à partir de 5)

Exemple: Prestation avec honoraire (à 100%) = 25,27 €

Honoraire à 75% = $25,27 \text{ €} * 0,75 = 18,9525 \approx 18,95 \text{ €}$

Ensuite, le ticket modérateur à 75% est déduit de ce montant.
(pour les médecins spécialistes, les honoraires fixes sont recalculés à 75%, avec round-down)

Exemple (suite): Ticket modérateur fixe à 100% = 4,00 €

Ticket modérateur fixe à 75% = $4,00 \text{ €} * 0,75 = 3,00 \text{ €}$

Intervention AMI à 75% = $18,95 \text{ €} - 3,00 \text{ €} = 15,95 \text{ €}$

SI TICKET MODÉRATEUR EN POURCENTAGE SANS PLAFOND

Tout d'abord, l'honoraire réduit est calculé et arrondi selon la règle normale d'arrondi.
(arrondir vers le haut à partir de 5)

Exemple: Prestation avec honoraire à 100% = 47,28 €

Honoraire à 75% = $47,28 \text{ €} * 0,75 = 35,46 \text{ €}$

Ensuite, l'intervention AMI à 75% est calculée par déduire le ticket modérateur en pourcentage.
(round-up)

Exemple (suite): Ticket modérateur en pourcentage = 35%

Intervention AMI à 75% = $35,46 \text{ €} * 0,65 = 23,049 \text{ €} \approx 23,05 \text{ €}$

Ensuite, l'intervention AMI à 75% est déduite de l'honoraire à 75% (arrondir vers le haut à partir de 5), ce qui donne le ticket modérateur à 75%.

Ticket modérateur à 75% = $35,46 \text{ €} - 23,05 \text{ €} = 12,41 \text{ €}$

SI TICKET MODÉRATEUR EN POURCENTAGE AVEC PLAFOND

Tout d'abord, l'honoraire réduit est calculé et arrondi selon la règle normale d'arrondi.
(arrondir vers le haut à partir de 5)

Exemple: Prestation avec honoraire à 100% = 133,06 €
avec pourcentage du ticket modérateur = 15%

Honoraire à 75% = $133,06 \text{ €} * 0,75 = 99,795 \text{ €} \approx 99,80 \text{ €}$

Ensuite, l'intervention AMI normale est calculée à 75% par déduire le ticket modérateur en pourcentage. (round-up)

Exemple (suite): Ticket modérateur en pourcentage = 15%

Intervention AMI normale à 75% = $99,80 \text{ €} * 0,85 = 84,83 \text{ €}$

Ensuite, l'intervention AMI normale à 75% est déduite de l'honoraire à 75%, ce qui donne le ticket modérateur normal à 75%, avec une application éventuelle du plafonnement par la suite.

Si l'application du plafonnement s'avère nécessaire, le ticket modérateur ajusté à 75% est alors déduit de l'honoraire à 75%, ce qui donne l'intervention AMI ajustée.

Exemple (suite 2): Plafond du ticket modérateur = 8,68 €

Ticket modérateur normal à 75% = $99,80 \text{ €} - 84,83 \text{ €} = 14,97 \text{ €} = \text{plafonnement nécessaire!}$

Ticket modérateur ajusté à 75% = 8,68 €

Intervention AMI ajustée à 75% = $99,80 \text{ €} - 8,68 \text{ €} = 91,12 \text{ €}$

3) Exceptions: plusieurs calculs

a) Aide opératoire lors d'une intervention de chirurgie à 50%

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

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

1^{er} enregistrement: intervention chirurgicale à 50%.

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

2^e enregistrement: aide opératoire lors de cette intervention chirurgicale à 50 %

(☞ 10) *Honoraire aide opératoire (= intervention AMI)
= 398,79 € * 0,10 = 39,879 € ≈ 39,88 €*

b) Intervention chirurgicale à 50 % exécutée par un stagiaire (75%)

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

*Exemple: 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 €*

Lecture des données d'identité en milieu hospitalier – enregistrement 21

(☞5,17) Cette annexe est d'application pour tout ce qui est facturé par un hôpital (ET 10 Z 14 = n° hôpital 710/719/720).

1. Principes**1.1. Hospitalisation classique, ET 20 Z 10 (type facture) = 1**

- 1 lecture par hospitalisation.

- Cette lecture a lieu dans les 3 jours après la date d'admission.

- Un enregistrement 21 par facture avec les données de la lecture

(☞ 11) Pour les séjours répartis sur différentes factures (clôture trimestrielle ou annuelle, mutation, modification assurabilité (changement CT1/CT2 ou assuré/non-assuré), ...), chaque facture doit contenir un enregistrement 21. Dans ce cas, les données de lecture qui ont été captées lors de l'admission (dans les 3 jours) sont répétées sur chaque facture.

(☞ 12) L'ET 21 de la première facture du séjour est donc copié sur les autres factures du séjour.

(☞ 12) - La lecture antérieure lors d'un passage aux urgences le même jour ou le jour précédent peut être utilisée. L'ET 21 de la facture ambulatoire (urgence) est donc repris (copié) sur la facture d'hospitalisation. En cas de refacturation par l'hôpital à la mutuelle du patient s'il a été initialement facturé comme un accident de travail mais qu'il n'est pas reconnu ultérieurement comme tel, les données de lecture saisies à l'admission (dans les 3 jours) peuvent être utilisées.

(☞ 12) - En cas de réintroductions de facture, factures de corrections et factures complémentaires (ET 20 Z 11 = 1, 2, 4 ou 5), un enregistrement de type 21 doit toujours être mentionné, qu'il s'agisse d'une répétition/copie de l'ET 21 d'origine ou d'un nouvel ET 21 (si la facture d'origine n'avait pas d'ET 21 précédemment et qu'elle avait été rejetée pour cela).

- La lecture lors d'une préadmission ne suffit pas.

1.2. Soins ambulatoires et hospitalisation de jour, ET 20 Z 10 (type facture) = 3, 4 ou 9

- Une lecture par jour.

- Cette lecture a lieu à l'arrivée à l'hôpital et donc, préalablement à la 1^{ère} prestation de santé.

- Un enregistrement 21 par jour avec les données de la lecture journalière.

- Si la facture (ET20-80) contient des prestations exécutées à des jours différents, plusieurs enregistrements 21 seront enregistrés (1 enregistrement 21 pour chaque jour) dans la facture (ET20-80) concernée.

(☞ 15,26) - Exceptions à la règle d'une lecture par jour:

o si cela concerne un traitement ambulatoire de quelques heures aux urgences réparti sur 2 jours (par ex. arrivée aux urgences à 22 heures et départ à 1 heure du matin), une hospitalisation de jour répartie sur 2 jours (par ex. lorsque le patient reste à l'hôpital après minuit et que des prestations sont encore attestées après minuit) ou une dialyse de nuit répartie sur 2 jours, une seule lecture suffit (soit le jour x de l'admission, soit le jour x + 1). La valeur 1 doit alors être remplie dans l'ET 21 Z 10.

o Si cela concerne une facture ambulatoire qui ne contient que de la médication de sortie, aucune lecture ne doit être effectuée à cette date de prestation (date de sortie), mais l'ET 21 de la facture d'hospitalisation peut être répété (copié) sur la facture ambulatoire, à condition que la valeur 3 soit remplie dans l'ET 40 Z 12.

- Si l'hospitalisation de jour ou les soins ambulatoires sont répartis sur différentes factures (factures complémentaires, ...), chaque facture doit contenir un enregistrement 21 par jour.

(☞ 1) - Pour les prestations de l'art. 8 de la nomenclature (soins infirmiers) qui sont facturées par un hôpital, les hôpitaux doivent suivre les modalités des infirmières (sauf si les prestations sont effectuées dans un cabinet au sein de l'hôpital).

Concrètement, cela signifie qu'un enregistrement 21 est nécessaire par contact avec le patient (donc en cas de multiples contacts par jour → plusieurs enregistrements 21).

(☞ 14) - Pour les prestations de l'art. 9 de la nomenclature (sages-femmes) qui sont facturées par un hôpital, les modalités pour les hôpitaux pour les prestations ambulatoires sont applicables: 1 lecture par jour.

(☞ 12) - En cas de réintroductions de facture, factures de corrections et factures complémentaires (ET 20 Z 11 = 1, 2, 4 ou 5), un enregistrement de type 21 doit toujours être mentionné, qu'il s'agisse d'une répétition/copie de l'ET 21 d'origine ou d'un nouvel ET 21 (si la facture d'origine n'avait pas d'ET 21 précédemment et qu'elle avait été rejetée pour cela).

1.3. Traitements récurrents (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, dialyse, PMA, postcure soins de santé mentale)

(☞ 3) - Au minimum une lecture par facture (la date de lecture = une des dates de prestation du traitement récurrent)

(☞ 23) - Toutefois, un ET 21 par date de prestation doit être rempli (l'ET 21 d'une lecture peut être copié pour tous les jours de prestation)

(☞ 23) - Les organismes assureurs ne donnent pas de messages d'erreur lorsque la date de lecture est postérieure à la date de prestation.

(☞ 14,15,22) - Pour les médicaments administrés dans le cadre de soins récurrents et facturés avec ceux-ci (sur la même facture), une lecture par facture suffit, à condition que la valeur 2 soit remplie dans l'ET 40 Z 12. Un ET 21 doit être indiqué pour chaque date de prestation.

- (☞1) - La liste des traitements récurrents concernés:
- chimiothérapie/immunothérapie: (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 et 767933-767944
 - (☞14,19,24) ○ radiothérapie (art. 18 §1^{er} de la nomenclature): codes 444113-444124, 444135-444146, 444150-444161, 444172-444183, 444194-444205, 444216-444220, 444231-444242, 444253-444264, 444290-444301, 444312-444323, 444334-444345, 444356-444360, 444371-444382, 444614-444625, 444393-444404, 444415-444426, 444430-444441, 444452-444463, 444474-444485, 444496-444500, 444511-444522, 444533-444544, 444555-444566, 444570-444581, 444592-444603, 444636-444640, 444651-444662, 444673-444684, 444695-444706, 444614-444625 + consultations 105932 et 105954 + 444710-444721
Rq : La lecture peut se faire lors de la simulation à condition que la simulation est reprise sur la même facture que le traitement.
 - (☞26) ○ honoraires et indemnités forfaitaires prévus dans la convention sur le financement de la dialyse: (pseudo)-codes 470293-470304, 470330-470341, 470315-470326, 470890-470901, 470934-470945, 471111-471122, 471133-471144, 471155-471166, 471170-471181 767594, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767756, 767782, 767804 et 767955-767966
 - (☞23) + produits sanguins délivrés dans le cadre de la dialyse: pseudocodes 0752113-0752124, 0752393-0752404, 0752415-0752426, 0752430-0752441, 0752452-0752463, 0752474-0752485, 0752496-0752500, 0752555-0752566, 0752570-0752581, 0752592-0752603, 0752614-0752625, 0752636-0752640, 0752651-0752662, 0752673-0752684 et 0752695-0752706
 - forfaits PMA: (pseudo)-codes 757293, 757315 et 757330
 - postcure soins de santé mentale: (pseudo)-code 762974

1.1. Facture avec uniquement des soins ne nécessitant pas de lecture du document d'identité (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes de la liste exhaustive des soins ne nécessitant pas de lecture du document d'identité, point 2.4)

- Pas de lecture.
- Pas d'enregistrement 21 avec les données de la lecture.

(☞20,22) **Attention :** Les principes du point 1.1 priment. Une facture d'hospitalisation (type de facture 1) doit donc toujours comporter un ET 21, même si elle ne contient que des *prestations* pour lesquelles aucune lecture n'est requise (p. ex. une facture complémentaire ne comportant que des prestations de biologie clinique). Une facture d'hospitalisation concernant un *patient* pour lequel aucune lecture n'est requise (3 premiers tirets du point 2.4) ou concernant un *patient hospitalisé ailleurs* (code service = 002) ne doit pas contenir d'ET 21.

2. Exceptions

2.1. Vérification à postériori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6 ou 8)

- (☞23) La vérification de l'identité peut être réalisée à postériori en introduisant manuellement le NISS dans l'ET 20 Z 8 et le numéro de série dans l'ET 21 Z 9 ou via une lecture à postériori dans les cas suivant (la date et l'heure de la lecture doivent toujours être renseignées) :
- si le patient ne peut pas soumettre de document d'identité valide au moment des soins
 - (☞14) - si le patient est arrivé aux urgences ou via le SMUR et est, ensuite, hospitalisé : pour les prestations exécutées aux urgences ou dans le SMUR, l'identité du patient est lue dans les 3 jours qui suivent le jour d'admission (hospitalisation)
 - si le patient est arrivé aux urgences tard le soir avant minuit : pour les prestations exécutées aux urgences, l'identité du patient peut être lue le lendemain (*remarque : elle peut également avoir lieu le soir même*).
 - si la prestation est dispensée en dehors des heures d'ouverture administrative de l'hôpital
 - en cas de panne du système informatique
- (☞10,22) La vérification de l'identité peut être réalisée à postériori en introduisant manuellement le NISS dans l'ET 20 Z 8 et le numéro de série dans l'ET 21 Z 9 dans le cas suivant :
- absence d'interconnectivité entre logiciels
- La raison est enregistrée dans l'ET 21 Z 8 (raison encodage manuel ou lecture à postériori).

2.2. Encodage manuel préalablement à la 1^{ère} prestation de santé (ET 21 Z 5 = 7)

Les données d'identité peuvent être encodées manuellement (préalablement à la 1^{ère} prestation de santé) dans les cas suivants :

- indisponibilité du lecteur de carte
- utilisation d'un document d'identité sans puce ou avec une puce défectueuse

La raison est enregistrée dans l'ET 21 Z 8 (raison encodage manuel ou lecture à postériori).

2.3. Utilisation de la vignette comme support (ET 21 Z 6 = 4)

La vérification de l'identité peut être réalisée à l'aide d'une vignette en introduisant manuellement le NISS ou en lisant le code-à-barres de la vignette dans les cas suivants :

- en cas de force majeure si le patient ne possède pas de document d'identité
- dans le cas d'une prestation pour laquelle la réglementation n'exige pas la présence simultanée du patient et du dispensateur de soins

La raison est enregistrée dans l'ET 21 Z 7 (raison utilisation vignette).

2.4 Pas d'enregistrement des données de la lecture du document d'identité (pas d'enregistrement 21)

- (☞4)
(☞12,26) - Pour les bénéficiaires âgés de moins de 3 mois. (C'est l'âge au moment de l'admission qui compte).
- Dans le cas où la prestation a déjà été effectuée, que le patient décède dans le mois qui suit la date de prestation/date d'admission et que la vérification à postériori n'a pas eu lieu.
- (☞4) - Pour 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 ou d'un formulaire E111, E128 ou d'une médicarte australienne. Cela englobe TOUS les patients et uniquement les patients dont le CT1 = 18X.
- (☞8,10,23) - Prestations de consultation multidisciplinaire sans la présence du patient: (pseudo)-codes 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346, 105350-105361, 350114-350125, 350136-350140, 350151-350162, 350173-350184, 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420, 350475-350486, 350674-350685, 350696-350700, 350711-350722, 350733-350744, 350755-350766, 350770-350781 et 350792-350803.
- (☞17,18,19,22,23,25) - Autres prestations sans la présence du patient:
- rapport écrit d'une période d'hospitalisation: 350313-350324
 - mammographie de dépistage en 2e lecture: 450214-450225
 - convention 'obésité chez les enfants': conseil/soutien au 1^{er} niveau: 400676-400680, forfait trimestriel: 400632- 400643, forfait annuel: 400654.
 - convention 'trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale': concertation de (p)réhabilitation: 400750-400761, 400875-400886, 400993-401004, 401111-401122
 - concertation pluridisciplinaire (psychiatrie infanto-juvénile): 109336, 109351, 109373, 109395, 109410, 109432, 109454 et 109675
 - convention 'troubles de l'alimentation': concertation multidisciplinaire: 401310
 - évaluation néphrologique pluridisciplinaire: 103994
 - convention 'télésurveillance insuffisance cardiaque': 403012-403023, 403034-403045, 403056-403060, 403071-403082, 403093-403104 et 403115-403126
 - convention 'accompagnement de la transidentité': 783451-783462 et 783473-783484.
- (☞8,14,22,23) - Forfaits pour l'alimentation parentérale à domicile: (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413, 751951, 751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936, 764971, 766172 et 766194, ainsi que pour les spécialités incorporées dans l'alimentation parentérale (à distinguer au moyen de la prestation relative).
- Chimiothérapie orale: (pseudo)-codes 767852 et 767863
- Transport urgent du patient vers l'hôpital B effectué et facturé par l'hôpital A: (pseudo)-codes 784416, 784431, 784453 (ces codes ne s'appliquent qu'aux transports en hélicoptère, voir bas de page ET 50 Z 4 S 13).
- (☞8) - Dialyse au domicile du patient : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 et 767830-767841 ainsi que les produits pharmaceutiques facturés avec un code service 750.
- (☞11,14) - Médication/prestations administrées/effectuées en SMUR (dans laquelle le patient n'est pas transporté à l'hôpital du SMUR), à condition que la valeur 1 soit remplie dans l'ET 40 Z 12 et/ou l'ET 50 Z 50b
- (☞6) - Pour toutes les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique (art. 3 § 1 AII, § 1 B (2 prestations) et § 1 CI, Art.1 CI, Art. 18 § 2 B, e, Art. 24, Art. 24bis, Art. 32, Art. 33, Art. 33bis et Art. 33ter de la Nomenclature; prestations de la convention Genetic Counseling (589750, 589761, 589772, 589783, 589794, 589805); AR du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés,
- (☞17,24,25) ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations (592815, 592911, 592992, 593014, 593110), les tests Covid et les prestations 559812-559823, 559834-559845, 559856-559860 (*activité de laboratoire FIV*); prestations de la convention Dépistage du Virus de la Variole du Singe* (557233-557244, 557270-557281); prestations de la convention Next Generation Sequencing (535010 jusqu'à 536023)).
- (☞5,21) - Pour les forfaits dans le cadre des conventions de revalidation visées aux articles 22, 6^o et 23, §3 de la loi coordonnée du 14/7/1994 c'est-à-dire les forfaits attestés par l'hôpital dans le cadre d'une convention de rééducation (il s'agit des pseudo-codes des paragraphes 16) et 17) de l'ET 30 Z 4 et des paragraphes 5bis, 5ter, 5quater, 5quinquies et 8b) de l'ET 50 Z 4), qui sont facturés avec le code service 770 et le type de facture 5 ou 6). L'exception vaut également pour les prestations facturées avec le forfait de rééducation sur la même facture de type 5/6.
- (☞9) - Pour les pseudo-codes ambulants du paragraphe 18) de l'ET 30 Z 4 (conventions SEP/SLA/Huntington: 764853, 764816, 764831, 770136, 770151 et 770173)
- Equipes mobiles : lorsque l'hôpital facture uniquement les pseudo-codes IN/OUT (793715, 793730, 793752 et 793774) et les visites à domicile des psychiatres (104473, 104495).
- (☞11) - Tous les produits radio-pharmaceutiques (voir liste sur le site de l'INAMI: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/radiopharmaceutiques/produits-radio-pharmaceutiques-remboursables-listes-et-fichiers-de-reference>)
- (☞11) - La prestation « avis » du chapitre II de la nomenclature (109012).
- (☞11,12) - Pour les notes de crédit (ET 20 Z 11=3).
- (☞8,14,19,23) - Pour toutes les prestations, produits, services et médicaments non-remboursables. Les médicaments gratuits (ET 40 Z 16=1) sont assimilés aux médicaments non-remboursables.
- (☞14) - Prestations effectuées sur le donneur (potentiel) et facturées au receveur (ET 30, 40, 50 Z 48 = 2)
- (☞14,21) - Prestations à distance: prestations du point 1 de la circulaire avec les prestations temporaires COVID-19 (<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/tarifs-prestations-temporaires-COVID19.aspx>) + les prestations de l'art. 37 de la nomenclature + les prestations 309411-309422, 309433-309444, 379411-379422 et 379433-379444 de l'art. 5 de la nomenclature
- (☞14) - Factures d'hospitalisation à domicile (identifiables par le type de facture 7 et le pseudo-code service 980)
- (☞19) - Pour les prestations avec norme 7 dans l'ET 50 Z 3
- (☞20) - Pseudo-codes IN/OUT projet pilotes « soins transmuraux pour les enfants souffrant de maladies chroniques » (799956-799960 et 799971-799982).
- (☞25) - Pseudo-codes à 0 euros sous la convention « troubles d'alimentation » (401472-401483, 401494-401505, 401516-401520, 401531-401542, 401553-401564 et 401575-401586).

* Cette convention ne reste en vigueur que jusqu'à la date de prestation 31/12/2024 incluse.

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.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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 <u>et</u> autres types que ceux prévus aux codes 4, 5, 6 et 9.
4	Facture individuelle maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques ou maisons de repos pour personnes âgées ou initiatives d'habitations protégées.
5	Revalidation interne.
6	Revalidation externe.
(☞ 14) 7	Hospitalisation à domicile.
(☞ 12,26) (☞ 3) 9	Facture individuelle hôpital chirurgical de jour, forfait - salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie et forfaits refroidissements cuir chevelu, mains et pieds, forfait groupe 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis 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

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.

(☞ 14) Hospitalisation à domicile

Le type de facture 7 doit toujours être utilisé en combinaison avec le pseudo-code service 980.

RUBRIQUE : DATE DE PRESTATION OU DATE D'ADMISSION A LAQUELLE SE RAPPORTE LA LECTURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 13

Zone à remplir lors de la vérification de l'identité du patient en milieu hospitalier.

Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire en milieu hospitalier.

Cette zone contient la date à laquelle se rapporte la lecture (ou l'encodage manuel).

Pour les factures ambulatoires (y compris l'hôpital de jour), il s'agit de la date de prestation à laquelle se rapporte l'enregistrement 21 (règle générale : un ET21 par date de prestation). Pour les factures d'hospitalisation, il s'agit de la date d'admission (règle générale : un ET21 par admission).

Cette zone doit toujours être remplie.

Cette date est égale à la date dans l'ET 21 Z 11, sauf dans les cas suivants :

- Lecture a posteriori ou encodage manuel a posteriori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6 ou 8).
- Factures d'hospitalisation: maximum 3 jours d'écart.
- Traitements récurrents.
- Facture ambulatoire avec médicaments de sortie (ET 40 Z 12 = 1).

(☞ 26) - Passage aux urgences, hospitalisation de jour, dialyse de nuit réparti sur 2 jours (ET 21 Z 10 = 1) : maximum 1 jour d'écart.

RUBRIQUE : INDICATION URGENCES/HOSPITALISATION DE JOUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 40

Zone à remplir lors de la vérification de l'identité du patient en milieu hospitalier.

Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire en milieu hospitalier.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞26)	1	Il s'agit d'un passage aux urgences, d'une hospitalisation de jour ou une dialyse de nuit réparti sur 2 jours
	0	Tous les autres cas

Lorsque cette zone est égale à 1, il ne devrait y avoir qu'une différence d'un jour au maximum entre la date de lecture (zone 11) et la date de prestation (zone 4).

RUBRIQUE : DATE DE LECTURE DOCUMENT IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 41

Zone à remplir lors de la vérification de l'identité du patient en milieu hospitalier.

Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire en milieu hospitalier.

Cette zone indique la date à laquelle la lecture (ou l'encodage manuel) a eu lieu.

Cette zone doit toujours être remplie.

Cette date est égale à la date dans l'ET 21 Z 4, sauf dans les cas suivants :

- Lecture a posteriori ou encodage manuel a posteriori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6 ou 8).

- Factures d'hospitalisation : maximum 3 jours d'écart.

- Traitements récurrents.

- Facture ambulatoire avec médicaments de sortie (ET 40 Z 12 = 3).

- Passage aux urgences, hospitalisation de jour ou dialyse de nuit réparti sur 2 jours (ET 21 Z 10 = 1) : maximum 1 jour d'écart.

(☞23)

(☞26)

RUBRIQUE : NORME JOURNEES D'ENTRETIEN**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9**

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	S'il s'agit du premier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.
2	S'il s'agit d'un décompte unique des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.
9	S'il s'agit du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.
0	S'il ne s'agit pas du premier, du seul ou du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.

Les organismes assureurs doivent communiquer à l'I.N.A.M.I. le nombre d'hospitalisations.

La valeur norme ne doit être mentionnée que lorsqu'il s'agit d'une facture d'hospitalisation (ET 20 Z 10 = 1) contenant au moins un enregistrement de type 30 avec des journées d'entretien.

Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à zéro.

L'hospitalisation chirurgicale de jour suit les mêmes règles de facturation que celles des miniforfait(*), maxiforfait, forfait groupe 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 et forfaits refroidissements cuir chevelu, mains et pieds.

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).

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

(*) 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 : CODE SERVICE**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53**

Voir table de codification des enregistrement de type 50 zone 13.

Il s'agit du code service (*) où séjourne le patient à 12h (midi) à la date mentionnée dans la zone 5 ou le pseudo-code service en cas d'utilisation de la salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, forfaits refroidissements cuir chevelu, mains et pieds, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulante), journée forfaitaire psychiatrie, revalidation (interne ou externe), forfait groupe 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis 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.

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.

Unité de traitement de grands brûlés : code service 290.

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 posture de 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

(*) Lorsqu'il s'agit d'un séjour d'un nouveau-né, cela peut également être un pseudo-code service (170 ou 180).

- 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;

(☞ 23)

Les prestations à facturer de cette manière sont indiquées par la valeur 2 dans la zone « identificationZone43 » du fichier de référence « LIST ».

- 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;

(☞ 23,26)

Les prestations à facturer de cette manière sont indiquées par la valeur 2 dans la zone « identificationZone55 » du fichier de référence « LIST ».

Un exemple concret est détaillé dans l'ET 50 Z 4 S 21 et S 22.

- 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 ...

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 12

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).

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 effectuée sur un patient hospitalisé dans une fonction agréée de soins intensifs;

478181: prestation 477142 effectuée sur un patient hospitalisé dans une fonction agréée de soins intensifs;

478203: prestation 478100 effectuée sur un patient hospitalisé dans une fonction agréée de soins intensifs;

AR du 27/2/2019 (MB 13/3/2019) modifiant l'art. 17bis et l'art. 17quater de la nomenclature

La valeur de certaines échographies de l'art.17bis et art.17quater est augmentée de 50% en cas de grossesses multiples. Dans ce cas, il y a lieu d'utiliser les pseudo-codes suivants:

461856 - 461860: prestation 461731- 461742 en cas de grossesse multiple

461871 - 461882: prestation 461753 - 461764 en cas de grossesse multiple

461893 - 461904: prestation 461775 - 461786 en cas de grossesse multiple

461915 - 461926: prestation 461790 - 461801 en cas de grossesse multiple

461930 - 461941: prestation 461812 - 461823 en cas de grossesse multiple

461952 - 461963: prestation 461834 - 461845 en cas de grossesse multiple

468856 - 468860: prestation 468731 - 468742 en cas de grossesse multiple

468871 - 468882: prestation 468753 - 468764 en cas de grossesse multiple

468893 - 468904: prestation 468775 - 468786 en cas de grossesse multiple

468915 - 468926: prestation 468790 - 468801 en cas de grossesse multiple

468930 - 468941: prestation 468812 - 468823 en cas de grossesse multiple

468952 - 468963: prestation 468834 - 468845 en cas de grossesse multiple

Toutes les règles de nomenclature qui sont d'application sur les codes nomenclature sont également d'application sur les pseudo-codes correspondants.

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

(☞23,25) Conventions reconstruction mammaire, chirurgie complexe, ablation percutanée sous guidage tomодensitométrie et télésurveillance insuffisance cardiaque

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.

(☞26) Convention freezing

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.

(☞12) 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.

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

(☞12) (*) Depuis le 01/09/2021, la facturation des prestations dans le cadre de la convention « soins de psychologie de première ligne » n'a plus lieu via le circuit de facturation habituel.

(26) Convention freezing

0961376	0961380	Participation annuelle pour freezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans <u>l'article 12</u> de la convention (le bénéficiaire avait déjà un contrat au moment de l'entrée en vigueur de la convention)
0961391	0961402	Participation annuelle pour freezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans <u>l'article 13</u> de la convention (prolongation de la conservation au-delà de la période de 10 ans, ou 20 ans pour les patients dont le prélèvement a eu lieu avant leur seizième anniversaire).
0961273	0961284	Montant total <u>TVA</u>

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

Suppléments MRPA-MRS-CSJ.

0960551	Frais d'hébergement: chambre d'une personne
0960573	Frais d'hébergement: chambre de deux personnes
0960595	Frais d'hébergement: chambre commune
0960610	Frais de séjour en CSJ
0960632	Frais d'hébergement: abonnement télévision
0960654	Frais d'hébergement: abonnement internet
0960676	Frais d'hébergement: dépenses téléphone
0960691	Suppléments liés aux soins: matériel de soins non compris dans le forfait
0960713	Suppléments liés aux soins: matériel d'incontinence
0960735	Suppléments liés aux soins: produits (para)pharmaceutiques
0960750	Suppléments liés aux soins: compléments nutritionnels
0960772	Suppléments liés aux soins: ristournes (<i>montant en négatif</i>)
0960794	Autres suppléments: buanderie
0960816	Autres suppléments: pédicure
0960831	Autres suppléments: manucure
0960853	Autres suppléments: boissons
0960875	Autres suppléments n'appartenant pas aux catégories précédentes
0960890	Transport lié aux soins: taxi
0960912	Transport lié aux soins: ambulance
0960934	Transport lié aux soins: transport domicile/CSJ
0960956	Frais médecin (<i>mention facultative</i>)
0960971	Frais kiné (<i>mention facultative</i>)
0960993	Frais labo (<i>mention facultative</i>)
0960094	Frais policlinique (<i>mention facultative</i>)
0961111	Ristourne convention art.10bis SEP (<i>montant en négatif</i>)
0961133	Ristourne convention art.10bis SLA (<i>montant en négatif</i>)
0961155	Ristourne convention art.10bis Huntington (<i>montant en négatif</i>)

Accidents de travail conventions internationales :

0961030	0961041	Biologie clinique non remboursable
0961052	0961063	Prestations de soins diagnostiques non remboursables
0961074	0961085	Prestations de soins thérapeutiques non remboursables
0961096	0961100	Déplacements non remboursables
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.

(*) 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.

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.

(☞23) Pour la biologie clinique, la médecine nucléaire in vitro, l'anatomopathologie et les examens génétiques (aussi bien pour les honoraires forfaitaires par date de prélèvement (AR 24/9/1992) que pour les prestations techniques) et pour les pseudocodes de la convention NGS, il faut reprendre dans cette zone la date de prélèvement de l'échantillon.

Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est 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.

(☞26) Pour les forfaits « freezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Maisons médicales :

Le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans cette zone pour les (pseudo-)codes

(☞18) 0109616, 0509611, 0409614 et 0109594 (jusqu'au 31/12/2023) ou 0400396 (à partir du 1/1/2024).

(☞12) Pour les prestations à l'acte, la date de prestation doit être mentionnée.

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 1^{er} service qui entre en compte pour la facturation du forfait, 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.

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).

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 décédé 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.

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'exams 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.

Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est 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.

(☞26) Pour les forfaits « freezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Maisons médicales :

Le dernier jour du mois facturé (AAAAMMJJ) doit être mentionné dans cette zone pour les codes 0109616, 0509611, 0409614.

(☞18) Pour le pseudo-code 0109594 (jusqu'au 31/12/2023) ou 0400396 (à partir du 1/1/2024): date fin = date début.

(☞12) Pour les prestations à l'acte, la date de prestation doit être mentionnée.

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.

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.

(☞14) Conventions « hospitalisation à domicile », « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles »,

(☞17,18) « obésité chez les enfants », trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale,

(☞20,25) « soins transmuraux chez les enfants souffrant de maladies chroniques », « télésurveillance insuffisance cardiaque », « troubles d'alimentation »: Z 5 = Z 6

Remarques :

1. Une date de fin doit toujours être mentionnée, même lorsqu'elle est égale à la date de début.
2. Pour les soins infirmiers, la date de fin est toujours égale à celle du début.

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 pseudo-code service en cas d'utilisation de salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, forfaits refroidissements cuir chevelu, mains et pieds, dialyse rénale dans un hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis et 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3, forfait manipulation cathéter à chambre, hospitalisation à domicile 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.

Cette règle est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/1/2014 inclus.

S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examens génétiques (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.

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).

- (☞26) *
- * En cas de montants 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.
 - * Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :
0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591076, 0591091, 0591113, 0591135, honoraires forfaitaires par 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)
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.
 - * Montant global prospectif : 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.
- (☞3) *
- * Pour les prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50 et 9.51, 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.
 - * Pour le code ambulatoire 599970, le code service 190 ou 180 doit être mentionné. La nomenclature prévoit explicitement que la prestation doit être effectuée dans le service N*.
- (☞14,20,25) *
- * Pour les pseudo-codes 793715, 793730, 793752, 793774 (début et fin de prise en charge convention équipes mobiles), 799956-799960, 799971-799982 (début et fin de prise en charge soins transmuraux chez les enfants souffrant de maladies chroniques) et 401472-401483, 401494-401505, 401516-401520, 401531-401542, 401553-401564, 401575-401586 (troubles de l'alimentation), cette zone est égale à zéro.
- (☞14) *
- * Convention "hospitalisation à domicile" :
 - forfaits facturés par l'hôpital + pseudo-codes à 0 € pour début et fin de prise en charge: pseudo-code service 980
 - forfaits facturés par le médecin généraliste ou l'infirmier: pseudo-code service 990

(*) Lorsqu'il s'agit d'un séjour d'un nouveau-né, cela peut également être un pseudo-code service (170 ou 180).

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 INAMI	Type hôpital	Libellé
002	Gén.	Prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement
710	Gén.	Salle de plâtre
(*) 720	Gén.	Soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait) + forfait soins de base oncologiques
(☞12) 730	Gén.	Maxiforfait + maxiforfait oncologie + forfaits refroidissements cuir chevelu, mains et pieds
750	Gén.	Dialyse rénale
760	Psy.	Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation
770		Rééducation
(☞3,26) 840	Gén.	Forfait groupe 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis ou 7 + forfait douleur chronique 1, 2, 3 + forfait manipulation cathéter à chambre
(☞14) 980	Gén.	Hospitalisation à domicile
990	Gén./Psy.	Autres patients ambulants ou dialyse rénale ambulatoire

Pseudo-codes service nouveau-nés		
Pseudo-code INAMI	Type hôpital	Libellé
170	Gén.	Nouveau-né hospitalisé en chambre chez la mère dans un service M
180	Gén.	Nouveau-né hospitalisé en service N* alors que la mère est également présente comme patiente à l'hôpital

CODIFICATION POUR LE SERVICE Sp

Pseudo-code INAMI	Code comptable Santé publique	Index R.C.M./R.I.M.	Libellé
610	310	S1	Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinée à des patients atteints ...
620	312	S2	d'affections cardio-pulmonaires
630	311	S3	d'affections locomotrices
640	314	S4	d'affections neurologiques
650	313	S5	d'affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
660	315	S6	de polyopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
			d'affections psychogériatriques

(*) 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.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 3

- (☞17) * Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) ou numéro de l'hôpital + 127 (programmes partiels B1 et B2) pour les prestations 453552 à 453600 inclus, 464155 à 464203 inclus, 589013-589046, 589153-589164, 589735-589746, 590251-590262 et 590273-590284
- (☞8) * Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) pour les prestations 181473-181484, 181554-181565, 183610, 183632 et 476652-476663
- * Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) pour la prestation 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) pour les prestations 475952-475963, 476276-476280, 476630-476641, 589492 à 589540 inclus, 589573-589584
- * Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) pour les 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) pour les prestations 212015 et 214012
- * Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) ou numéro de l'hôpital + 130 (premier accueil des urgences) pour la prestation 211013 lorsqu'elle a été effectuée dans une fonction reconnue soins d'urgence.
- * Le numéro de l'hôpital + 132 (fonction service mobile d'urgence) pour les prestations 590413-590424, 590435, 590446 ou 590472
- (☞21) * Le numéro de l'hôpital + 134 (programme de soins d'oncologie) pour la prestation 350291-350302 (à partir du 1/8/2024 uniquement en l'absence de diagnostic de cancer du sein ; en cas de diagnostic de cancer du sein, l'agrément 135 est requis).
- (☞21) * Le numéro de l'hôpital + 135 (programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein) pour les prestations
- 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350453-350464, 350394-350405 en 350475-350486 en cas de diagnostic de cancer du sein
 - 252453-252464, 252475-252486, 252490-252501, 252534-252545, 252556-252560, 252571- 252582, 252512-252523 et 252615-252626
 - 227636-227640, 227651-227662, 227673-227684, 27695-227706, 227710-227721, 227732-227743, 27754-227765, 227776-227780, 227791-227802, 227813-227824, 227835-227846, 227894-227905 et 26936-226940
 - 227592-227603 en 227614-227625 en cas de diagnostic de cancer du sein (à partir du 1/8/2024).
- (☞22) * Le numéro de l'hôpital + 138 (programme de soins spécialisé soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives) pour la prestation 588991-589002
- * Le numéro de l'hôpital + 141 (centre de médecine de reproduction B) pour les prestations 432714 à 432725 inclus, 559812 à 559860 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 155 (centre d'expertise pour patients comateux) pour la prestation 477606

Convention concernant le financement de la dialyse

Le numéro de l'hôpital + 560 pour toutes les prestations de la convention dialyse

Implants

- (☞3,21,26) * Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) pour les prestations 172594-172605, 158815 à 158863 inclus, 180810 à 180843 inclus, 181915 à 181941 inclus, 185253 à 185286 inclus, 185835-185846.
- (☞17) * Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) pour les prestations 159574- 159585, 172793 à 172933 inclus, 180331 à 180471 inclus, 181414 à 181580 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 123 (agrément path. cardiaque C) pour les prestations 159471-159482, 172955 à 173003 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) pour les prestations 158933-158944
- (☞13) et 182851 à 183002 inclus

- * 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.
- (☞12) * Le numéro de l'hôpital + 126 (agrément path. cardiaque P) s'il s'agit des prestations 158653 à 158723 inclus, 172395 à 172465 inclus, et 184015-184026.
- (☞23,24) * Le numéro de l'hôpital + 120 (agrément path. cardiaque B) ou numéro de l'hôpital + 127 (agrément path. cardiaque B1 + B2) s'il s'agit des prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660 (à partir de 1/9/2024).
- (☞9) * Le numéro de l'hôpital + 135 (agrément soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein) s'il s'agit des prestations 161991-162002 et 182836-182840 (jusqu'au xx/xx/202x, à partir du xx/xx/202x : 136 ou 137).
- (☞13) * Le numéro de l'hôpital + 150 (centre de chirurgie robot-assistée) s'il s'agit des prestations 777114-777125 (jusqu'au 29/2/2016).
- * 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, 180515-180526, 180854 à 180880 inclus.
- * 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.
- (☞23) * 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 (jusqu'au 31/8/2024).
- * 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.
- * 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.
- (☞26) * Le numéro de l'hôpital + 164 (centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage) s'il s'agit des prestations 172616-172620, 172631-172642, 172653-172664, 185290-185301, 185312-185323 et 185334-185345.
- (☞11) * Le numéro de l'hôpital + 165 (centre « neurostimulateurs en cas de trouble obsessionnel compulsif ») s'il s'agit des prestations 173014 à 173541 inclus et 183654 à 183982 inclus.
- * Le numéro de l'hôpital + 166 (centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux ») s'il s'agit des prestations 173552 à 173902 inclus.
- (☞13) * Le numéro de l'hôpital + 167 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique») s'il s'agit des prestations 172734-172745 et 181952-181963.
Avant le 01/05/23 : le numéro de l'hôpital + 167 ou + 120 s'il s'agit des prestations 172756-172760, 172771-172782.
A partir du 01/05/23 : le numéro de l'hôpital + 167 s'il s'agit des prestations 172756-172760, 172771-172782.
- * 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.
- (☞11) * 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(*).
- (☞25) * Le numéro de l'hôpital + 170 (centre «tiges magnétiques allongeables et systèmes de croissance implantables auto-expansibles» (Magec et Nemost)) s'il s'agit des prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302, 182313-182324, 185371-185382, 185393-185404 et 185415-185426.
- (☞17) * Le numéro de l'hôpital + 171 (centre «capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose») s'il s'agit des prestations 174370 à 174521 inclus (jusqu'au 31/10/2023).
- (☞11) (*) Cette prestation est supprimée à partir du 01/12/22.

- * Le numéro de l'hôpital + 172 (centre «neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de CRPS ») s'il s'agit des prestations 174532 à 174661 inclus.
- * Le numéro de l'hôpital + 173 (centre « valves endobronchiques unidirectionnelles») s'il s'agit des prestations 180773–180784 et 180795-180806.
- (☞9) * Le numéro de l'hôpital + 174 (centre « implants pour le traitement de l'incontinence fécale ») s'il s'agit des prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 157511-157522, 181672-181683, 181694-181705, 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803 et 182814-182825.
- (☞7) * Le numéro de l'hôpital + 175 (centre « neurostimulateurs des dysfonctionnements des voies urinaires inférieures») s'il s'agit des prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626.
- (☞13) * Le numéro de l'hôpital + 176 (centre « neurostimulation du nerf hypoglosse en cas de l'apnée obstructive du sommeil ») s'il s'agit des prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166
- (☞20) * Le numéro de l'hôpital + 177 (centre « neurostimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face ») s'il s'agit des prestations 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 et 185172-185183.
- (☞20) * Le numéro de l'hôpital + 178 (centre «athérectomie rotationnelle coronaire percutanée») s'il s'agit des prestations 184936-184940 et 184951-184962.
- (☞21) * Le numéro de l'hôpital + 179 (centrum « clou centromédullaire magnétique allongeable ») s'il s'agit de la prestation 185194-185205.
- * 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

Convention reconstruction mammaire: numéro hôpital + 190

(☞20) Convention chirurgie complexe pancréas + 185231-185242: numéro hôpital + 193

Convention chirurgie complexe œsophage: numéro hôpital + 194

(☞23) Convention ablation percutanée sous guidage tomodensitométrique: numéro hôpital + 196

Ces numéros d'agrément doivent être mentionnés pour tous les pseudo-codes repris dans les conventions, également pour les codes « *Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin spécialiste référant qui ne fait pas partie du staff du centre* » et « *Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin généraliste traitant* », qui sont éventuellement facturés par le médecin spécialiste ou le médecin généraliste lui-même et pas par l'hôpital.

(☞26) Convention freezing (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

(☞17) Convention obésité chez les enfants: numéro hôpital + 195 (sauf pour le forfait annuel pour le médecin généraliste ou le pédiatre (400654))

(☞25) Convention télésurveillance insuffisance cardiaque: numéro de l'hôpital + 197 (sauf pour le forfait annuel pour le médecin généraliste (403115-403126), pour lequel le lieu de prestation = Zéro)

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68**

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.

Les règles spécifiques pour les praticiens de l'art infirmier sont reprises dans l'ET 50 Z 4 S 23 et suivantes.

Exceptionnellement, pour les maisons médicales, le numéro d'agrément de celles-ci est à indiquer dans cette zone

(☞ 18) lors de la facturation du pseudo-code 0109594 (jusqu'au 31/12/2023) ou 0400396 (à partir du 1/1/2024).

Cette zone est égale à zéro pour les forfaits 0109616, 0509611 et 0409614.

(☞ 12) Pour les prestations à l'acte, le prestataire doit être mentionné.

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

0460784, 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146,

(☞ 26) 0700000, pseudo-codes freezing et pseudo-codes montant global prospectif: pseudo-numéro dispensateur 01.00001.06.999

(☞ 8) 0590181, 0590203, 0590310 et 0590332 : numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde.

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.

(☞ 10) 0641524 : numéro du bandagiste.

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.

(☞ 14) Matériel thrombectomie mécanique (convention art. 56): Numéro du fournisseur d'implant (actif dans un établissement hospitalier ayant adhéré à la convention).

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.

Produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I.

Pour les produits, prestations et services non remboursables, cette zone doit être égale à 0.

(☞ 22) Exception : pour le pseudo-code 960035-960046 (prestations de laboratoire non remboursables) et pour les codes de transparence (codes 384016 à 384241), le dispensateur de soins doit obligatoirement être mentionné.

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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas de dispensateur communiqué dans la zone 15.
1	Prestation ou série de prestations pouvant être affectées au dispensateur unique qui l'a effectuée.
2	Prestation ou série de prestations attestée par un infirmier, mais effectuée par un aide soignant.
(☞8)	Prestation attestée par un praticien de l'art dentaire / stomatologue, mais effectuée par un hygiéniste bucco-dentaire.
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.
4 **	Lettre « G » sur l'attestation de soins (médecin a accès aux données du DMG mais n'est pas le gestionnaire de celui-ci).
(☞2)	5 Prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire (seulement dans le cadre d'e-fac médecins généralistes, pas pour les médecins spécialistes ni pour les dentistes).
9	Prestation ou série de prestations ne pouvant pas être affectées à un dispensateur unique, car celle-ci a été effectuée collégalement par plusieurs dispensateurs.

Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176: valeur 1 ou 9 selon que les prestations de la prescription sont effectuées par 1 ou plusieurs dispensateurs;

(☞8) 0590181, 0590203, 0590310, 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465(***), 0641480(***), 0641502(***), 0641524, 0656165 et 0656180: toujours la valeur 9;

(☞26) 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000 et pseudo-codes freezing: toujours la valeur 1.

(☞3) Prestations infirmières pour lesquelles des enregistrements statistiques avec pseudo-codes sont nécessaires(*) :

- Lorsque tous les soins dans le cadre d'une de ces prestations ont été effectués par 1 infirmier:
Prestation + tous les pseudo-codes: norme 1
- Lorsque tous les soins dans le cadre d'une de ces prestations ont été effectués par 1 aide soignant:
Prestation + tous les pseudo-codes: norme 2
- Lorsque les soins ont été effectués par plusieurs infirmiers et/ou aides soignants:
Prestation: norme 9
Pseudo-codes: norme 1 pour les prestations effectuées par un infirmier; norme 2 pour les prestations effectuées par un aide soignant

Conventions chirurgie complexe

Toujours norme 9 (puisque les prestations doivent être effectuées par deux médecins-spécialistes en chirurgie).

(☞3) (*) Forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, prestations 427534, 427556, 427571 ou 429251 ainsi que les honoraires supplémentaires PN.

(**) 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).

(☞8) (***)Supprimés à partir du 01/04/2022.

RUBRIQUE: CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176**

(☞9) 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). |
| 3 | Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*) |
| 4 | Communication droit au MAF reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%).
Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*) |

(☞24) 5 **** Supplément d'honoraires attesté en raison d'exigences particulières du patient, comme prévu dans les accords médico-mut et dento-mut. Cette valeur doit être utilisée si un médecin/dentiste conventionné (Z 35 = 1) facture un supplément d'honoraires ou si un médecin/dentiste, conventionné ou pas, facture un supplément d'honoraires à un bénéficiaire de l'intervention majorée.

6 ** Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice).

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).
Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)

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%).
Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)

(☞9) 9 *** Catégorie sociale spécifique (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).

0 Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31).

Pour les interventions personnelles réglementaires qui ne sont pas portées en compte par le prestataire, la valeur 0 est mentionnée dans la zone 27 et la zone 33 est égale à 1.

(☞9) Attention : les valeurs 3, 4, 6, 7, 8 et 9 priment sur la valeur 1. La valeur prime aussi sur les valeurs 3 et 4.

Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

(*) 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).

(☞9) (**) Cette valeur est supprimée à partir de la date de prestation du 01/01/2023. Pour les internés placés, les règles d'application seront les mêmes que pour les détenus (valeur 9).

(☞9) (***) Il s'agit des détenus pour lesquels le ticket modérateur est pris en charge par l'assurance maladie.

(☞11) Cette valeur ne peut pas être utilisée pour les prestations effectuées sur un nouveau-né et facturées au nom de la mère (détenue) (ET 50 Z 10 = 2, 3, 4 ou 5)

(☞15) Cette valeur ne peut également pas être utilisée pour les prestations non remboursables (codes 96xxxx).

(☞26) (****) Cette valeur peut également être utilisée à titre facultatif par un médecin ou dentiste non conventionné pour un patient n'ayant pas droit à l'intervention majorée.

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 ».

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.

- (☞ 13) A partir de la date de prestation du 01/07/2023, cette zone doit également être complétée pour les prestations 161991-162002 et 182836-182840 et pour les pseudo-codes de la convention « reconstruction mammaire ».
- (☞ 21) A partir de la date de prestation 1/8/2024, cette zone devra également être complétée pour les prestations qui ne sont remboursées que dans les cliniques du sein agréées, comme prévu par l'AR portant exécution de l'art. 64 de la Loi.
- (☞ 20,21) A partir de la date de prestation 1/1/2025, cette zone doit être complétée pour toutes les prestations de « La Liste » (implants et des dispositifs médicaux invasifs), également pour les éventuels enregistrements statistiques (avec norme 9) et pour les enregistrements “marge de délivrance” et “marge de sécurité”.
- (☞ 23) A partir de la date de prestation 1/4/2025, cette zone doit également être complétée pour les prestations donnant lieu au remboursement des frais de voyage, à savoir:
- 101592, 101614, 470293, 470315, 470330, 470875, 470890, 470912 et 470934.
 - 444113, 444135, 444150, 444172, 444194, 444216, 444231, 444253, 444290, 444312, 444334, 767874, 767896, 767911 et 767933.
 - 102270, 102292, 102351, 102373, 105932, 105954, 106293, 106315, 106330 et 106352 (uniquement si le patient a déjà bénéficié d'une des prestations 444113, 444135, 444150, 444172, 444194, 444216, 444231, 444253, 444290, 444312, 444334, 767874, 767896, 767911 ou 767933).
- (☞ 26) Pour toutes les autres prestations effectuées dans l'hôpital (Z 14 = numéro hôpital), cette zone peut facultativement être remplie.

Le numéro d'identification d'un site est composé de 4 positions (cf. codification SPF Santé Publique) et est précédé de 2 zéros.

RUBRIQUE : RAISON ENCODAGE MANUEL

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

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.

Cette zone doit obligatoirement être remplie lorsque l'ET 52 Z 9 = 4.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞26)	1	Utilisation d'un document d'identité sans puce ou avec une puce défectueuse
	2	Indisponibilité du lecteur de carte
	3	Panne du système informatique (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)
	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)
	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)
	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)
(☞15,19)	7	Encodage manuel car le bénéficiaire ne peut pas produire de document d'identité (tel que visé à article 3 de l'AR du 18/09/2015) lors des soins de santé mais son identité a été établie