

**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 2021/9 – Publication 28-06-2022**



INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE GALILEE 5/1 – 1210 BRUXELLES

Service des soins de santé

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

MISE A JOUR 2021/9

Pages à remplacer :

- Annexes 16.19, 20.1, 20.2, 20.3, 20.6, 20.7, 23.1, 23.3, 23.6, 23.7, 25.3 ;
- ET 30 Z 33, Z 33 S 1 ;
- ET 40 Z 33 ;
- ET 50 Z 14 S 4, S 5, Z 17-18, Z 33, Z 33 S 1, Z 44-45.

Pages à ajouter :

- Annexes 26.1, 26.2, 26.3, 26.4, 26.5, 26.6.

1. Lieux de prestation, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 4, S 5.

Le 16 mai 2022 a été publié un Arrêté Ministériel (22 avril 2022) modifiant le chapitre " H. Gynécologie " de « la Liste » (implants et des dispositifs médicaux invasifs). Cela concerne les prestations (161991-162002 et 182836-182840) qui, afin de faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, devront être effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein accordé par le SPF Santé publique. Ces institutions ont reçu le numéro d'agrément 135. Celui-ci doit être mentionné comme « lieu de prestation » (ET 50 Z 14).

Le 18 mai 2022 a été publié un Arrêté Ministériel (19 avril 2022) modifiant le chapitre « E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive » de la Liste (implants et dispositifs médicaux invasifs). Cela concerne les prestations 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803 et 182814-182825 qui, afin de faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, devront être effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le traitement de l'incontinence fécale. Ces institutions dispose du numéro d'agrément 174. Celui-ci doit être mentionné comme « lieu de prestation » (ET 50 Z 14).

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/06/2022.

2. Annexes récapitulatives kinésithérapeutes, annexes 20.1, 20.2, 20.3, 20.6, 20.7, 23.1, 23.3, 23.6, 23.7, 26.1, 26.2, 26.3, 26.4, 26.5, 26.6.

Dans le cadre du développement de la facturation électronique pour les kinésithérapeutes, une annexe récapitulative a été créée (annexe 26) avec comme modèle de base les annexes médecins (annexe 20) et dentistes (annexe 23). Quelques erreurs ont été constatées dans ces deux dernières annexes et ont été corrigées.

Dans l'annexe 26, il est indiqué de remplir l'ET 50 Z 14 (lieu de prestation) sur base d'une liste. Cette liste sera disponible lors d'une prochaine mise à jour.

3. Lecture eID hôpitaux, annexe 25.3.

Les prestations ambulantes des conventions SEP/SLA/Huntington ont été ajoutées à la liste des exceptions de lecture eID car les patients ne sont pas présents à l'hôpital.

4. Détenus, ET 30 Z 33, Z 33 S 1, ET 40 Z 33, ET 50 Z 33, Z 33 S 1.

Le 01/01/2023, les détenus seront intégrés dans l'assurance maladie-invalidité obligatoire avec la prise en charge des soins médicaux qu'ils reçoivent en dehors de la prison ou d'une institution du SPF Justice. Pour ces bénéficiaires, le tiers payant doit obligatoirement être appliqué et le ticket modérateur est à charge de l'AMI. Il ne peut pas être facturé des honoraires supplémentaires ou des suppléments de chambre lors d'une hospitalisation (des honoraires supplémentaires sont possibles pour les soins ambulatoires).

Dans Z 33 des ET 30, 40 et 50, une nouvelle valeur 9 (catégorie sociale spécifique) a été créée.

Les codes erreurs ont également été adaptés.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/01/2023.

5. Prestations dentaires en dehors d'un cabinet fixe, ET 50 Z 17-18.

Le pseudo-code 389933-389944 doit être indiqué comme prestation relative pour toutes les prestations de l'art. 5 de la nomenclature qui sont effectuées en dehors d'un cabinet fixe et pour lesquelles aucune autre prestation relative n'est requise.

Voir aussi le point 7 (liste prestation relative).

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/07/2022 (sous réserve de publication de l'AR).

6. Correction du texte, ET 50 Z 44-45.

Le code « 0960XXX » a été corrigé en « 096XXXX ».

7. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R. ou A.M.	M.B.	Date d'application
182394	182825	19/04/22	18/05/2022	01/06/2022
Prestations de l'art. 5 (art dentaire)		Sous réserve de publication de l'AR (Prestation relative = 389933-389944 si la prestation est effectuée en dehors d'un cabinet fixe et si aucune autre prestation relative n'est requise.)		01/07/2022
457973 - 457984		05/12/21	28/12/21	01/07/2022*

(*) Les prestations sont applicables à partir du 01/02/2022, mais la prestation relative n'est remplie qu'à partir de la date de prestation 01/07/2022.

8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
302352	302444	Sous réserve de publication de l'AR (hygiénistes bucco-dentaires)		01/10/2022
302551	302643			01/10/2022
309492	309503			01/10/2022
372352	372444			01/10/2022
372551	372584			01/10/2022
379492	379503			01/10/2022

9. Liste « zone 23 ».

Pas de modification.

10. 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.

Codes erreurs « lecture eID » : date d'application = prestations effectuées à partir du 01/10/22.

11. Liste « membre traité ».

Pas de modification.

- 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) - agrément soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein	: 135
- 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
- centre « tuteur coronaire et drug eluting stent »	: 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
- centre « tige magnétique allongeable » (Magec)	: 170
- centre « capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose »	: 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
- agrément convention reconstruction mammaire	: 190
- agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose seulement du programme de soins médecine de la reproduction B)	: 191
- agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose du programme de soins médecine de la reproduction B et répond aux normes du programme de soins en hémato-oncologie pédiatrique	: 192
- agrément convention chirurgie complexe pancréas	: 193
- agrément convention chirurgie complexe œsophage	: 194

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

FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES MEDECINS (e-fact)

Enregistrement de type 10		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 10	<i>Valeur constante 10</i>
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	<i>Valeur constante 0 (en cas de facturation par les médecins, un seul numéro de compte autorisé)</i>
Z 4	Version du fichier	<i>Valeur constante : 0001999 Pour les tests : 9991999</i>
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro d'envoi	<i>Obligation de compléter</i>
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 9	Code "suppression facture papier"	<i>Toujours 0</i>
Z 10	Code fichier de décompte	<i>Valeur 0</i>
Z 13	Contenu facturation	<i>Toujours valeur "040"</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro INAMI médecin ou groupement ou poste de garde</i>
Z 15	Numéro d'accréditation CIN	<i>Toujours 0</i>
Z 22	Année facturée	<i>Obligation de compléter</i>
Z 23	Mois facturé	<i>Obligation de compléter</i>
Z 25-26	Date de création	<i>Obligation de compléter</i>
Z 27	Numéro BCE	<i>Obligation de compléter</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>Facultatif</i>
Z 31-34	BIC – Compte financier A	<i>Obligation de compléter</i>
Z 36-41	IBAN – Compte financier A	<i>Obligation de compléter</i>
Z 43a	BIC – Compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
(☞9) Z 45-46-47a	Réserve réforme de l'état	<i>Toujours des blancs</i>
(☞9) Z 48	Réserve réforme de l'état	<i>Toujours 0</i>
Z 49-52	IBAN – Compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
(☞9) Z 53-54a	Réserve réforme de l'état	<i>Toujours des blancs</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

Enregistrement de type 20		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 20	Valeur constante 20
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	Obligation de compléter
Z 3	Autorisation tiers payant	Toujours 0 (à partir de la date de prestation 01/05/2022)
Z 4	Heure d'admission	Toujours 0
Z 5	Date d'admission	Toujours 0
Z 6a-6b	Date de sortie	Toujours 0
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	Obligation de compléter
Z 8a-8b	Identification du bénéficiaire	Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés
Z 9	Sexe bénéficiaire	Obligation de compléter
Z 10	Type de facture	3 (patient ambulant) ou 1 (patient hospitalisé)
Z 11	Type de facturation	Valeur normale = 0 ; Peut éventuellement aussi être 1, 3 ou 4
Z 13	Service 721 bis	000 (si Z 10 = 3) ou 002 (si Z 10 = 1)
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	= ET 10 Z 14
Z 15	Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)	0 (si Z 10 = 3) ou numéro d'identification de l'établissement (si Z 10 = 1)
Z 16	Code levée délai de prescription	0 ou 1
Z 17	Causes du traitement	Obligation de compléter
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	Obligation de compléter
Z 19	Numéro d'admission	Toujours 0
Z 20-21	Date de l'accord traitement de rééducation	Toujours 0
Z 22	Heure de sortie	Toujours 0
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	Propre numéro de suite structuré (<u>pas</u> le numéro de l'attestation de soins)
Z 26	Application franchise sociale	Toujours 0
Z 27	Code titulaire 1 + 2	Obligation de compléter
Z 28	Référence de l'établissement	Facultatif
Z 29-31	Numéro de la facture précédente	Seulement si Z 11 ≠ 0
Z 32	Flag identification bénéficiaire	Toujours 1, sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés
Z 34-36	Numéro de l'envoi précédent	Seulement si Z 11 ≠ 0
Z 37	Numéro de la mutualité de la facturation précédente	Seulement si Z 11 ≠ 0
Z 38-39	Référence mutualité numéro de compte financier A	Seulement si Z 11 = 1, sinon des blancs
Z 41	Année et mois précédemment facturés	Seulement si Z 11 ≠ 0
Z 42-45	Données de référence réseau	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : N° engagement de paiement (MDA)
Z 47	Date de facturation	Facultatif
Z 49-51	Référence mutualité numéro de compte financier B	Toujours remplies par des blancs
Z 53	Date début période assurabilité	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 54a-54b	Date fin période assurabilité	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 55	Date communication information	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 56	MAF année en cours	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 57	MAF année en cours -1	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 58	MAF année en cours -2	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

(8)

(9)

Enregistrement de type 50		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 50	Valeur constante 50
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	Obligation de compléter
Z 3	Norme prestation	Méd. généralistes: 0 ou 5; Spécialistes: 1, 2, 5, 7 ou 9
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	Obligation de compléter
Z 5	Date de première prestation effectuée	Date de prestation
Z 6a-6b	Date de dernière prestation effectuée	Date de prestation (=ET 50 Z 5)
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	Obligation de compléter
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	Idem ET 20 Z 8a-8b
Z 9	Sexe bénéficiaire	Idem ET 20 Z 9
Z 10	Accouchement	Toujours 0
Z 11	Référence numéro de compte financier	Toujours 0
Z 12	Nuit, week-end, jour férié	Valeur 0, 1, 2, 3 ou 4
Z 13	Code service	990 (si ET 20 Z 10 = 3) ou 002 (si ET 20 Z 10 = 1)
Z 14	Lieu de prestation	Normalement 0, mais le numéro d'identification d'un établissement (hôpital, ...) est également possible (voir description de la zone)
Z 15	Identification du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur, à moins qu'autre chose soit mentionné dans la description de la zone.
(☞2) Z 16	Norme dispensateur	Médecins gén. : 1, 4 ou 5 ; Spécialistes : 1, 3 ou 9
Z 17-18	Prestation relative	Voir liste « prestation relative »
Z 19	Intervention de l'assurance	Montant de l'intervention
Z 20-21	Date prescription	Obligation de compléter si Z 24-25 ≠ 0
Z 22	Nombre d'unités	Normalement 1, mais peut également être > 1 (p.ex. frais de déplacement) (voir description de la zone)
Z 23	Dérogation nombre maximal ou prestation identique	01, 02, 03, 04 ou 00
Z 24-25	Identification prescripteur	Voir liste « prescripteur »
Z 26	Norme prescripteur	Médecins généralistes : 0, 1, 3, 4 ou 9 ; Spécialistes : toutes les valeurs possibles
Z 27	Intervention personnelle patient	Intervention personnelle réglementaire effectivement facturée
Z 28	Référence établissement	Facultatif
Z 29	Dent traitée	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif (voir description de la zone)
Z 30-31	Supplément	Montant qui est éventuellement facturé au patient en plus de l'intervention personnelle réglementaire
(☞8) Z 32	Exception tiers-payant	Toujours 0 (à partir de la date de prestation 01/05/2022)
Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	Valeur 0, 1 ou 2
Z 34	Membre traité	Valeur 0, 1 ou 2
Z 35	Prestataire conventionné	Valeur 0, 1, 2 ou 9
Z 36-37	Heure de prestation	Toujours 0
Z 38	Identification administrateur du sang	Toujours 0
Z 39-40	Numéro attestation d'administration	Toujours 0
(☞9) Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac	Toujours des blancs
Z 43	Code implant	Toujours 0
Z 44-45	Libellé du produit	Toujours des blancs
Z 46	Norme plafond	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : 0, 7 ou 8
Z 47	Valeur de base prestation	Toujours 0
Z 48	Transplantation	Toujours 0
Z 49	Identification dispensateur auxiliaire	Compléter si Z 16 = 4 ou 5, dans tous les autres cas 0
Z 50a	Pourcentage dans le forfait	Toujours 0
Z 51	Site hospitalier	Toujours 0
Z 52	Identification association bassin de soins	Toujours 0
Z 53-54a	Numéro de course	Toujours 0
Z 55-56	Code de notification implant	Toujours 0
Z 57-58-59	Code d'enregistrement	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : voir description de la zone
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

Enregistrement de type 80		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 80	<i>Valeur constante 80</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 4	Heure d'admission	<i>Toujours 0</i>
Z 5	Date d'admission	<i>Toujours 0</i>
Z 6a-6b	Date de sortie	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	<i>= ET 20 Z 7</i>
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 8a-8b</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 9</i>
Z 10	Type de facture	<i>= ET 20 Z 10</i>
Z 13	Service 721 bis	<i>= ET 20 Z 13</i>
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	<i>= ET 20 Z 14</i>
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 17	Causes du traitement	<i>= ET 20 Z 17</i>
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	<i>= ET 20 Z 18</i>
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	<i>Montant total de l'intervention pour le patient concerné</i>
Z 20-21	Date de la facture	<i>Toujours 0</i>
Z 22	Heure de sortie	<i>Toujours 0</i>
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	<i>= ET 20 Z 24-25</i>
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	<i>Intervention personnelle totale pour le patient concerné</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>= ET 20 Z 28</i>
Z 30-31	Signe + montant supplément	<i>Supplément total pour le patient concerné</i>
Z 32	Flag identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 32</i>
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
(9) Z 55-56	Réserve réforme de l'état	<i>Toujours 0</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de la facture	<i>Obligation de compléter</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

Enregistrement de type 90		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 90	<i>Valeur constante 90</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro de l'envoi	<i>= ET 10 Z 7</i>
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>= ET 10 Z 14</i>
Z 15	Signe + montant total numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant total numéro de compte financier A	<i>Montant total de l'intervention pour tous les patients</i>
Z 22	Année facturée	<i>= ET 10 Z 22</i>
Z 23	Mois facturé	<i>= ET 10 Z 23</i>
Z 27	Numéro BCE	<i>= ET 10 Z 27</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>= ET 10 Z 28</i>
Z 31-34	BIC – compte financier A	<i>= ET 10 Z 31-34</i>
Z 36-41	IBAN – compte financier A	<i>= ET 10 Z 36-41</i>
Z 43a	BIC – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
(☞9) Z 45-46-47a	Réservé réforme de l'état	<i>Toujours des blancs</i>
Z 49-52	IBAN – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
(☞9) Z 53-54a	Réservé réforme de l'état	<i>Toujours des blancs</i>
(☞9) Z 55-56	Réservé réforme de l'état	<i>Toujours 0</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de l'envoi	<i>Obligation de compléter</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES DENTISTES (e-fac)

Enregistrement de type 10		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 10	<i>Valeur constante 10</i>
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	<i>Valeur constante 0 (un seul numéro de compte autorisé)</i>
Z 4	Version du fichier	<i>Valeur constante : 0001999 Pour les tests : 9991999</i>
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro d'envoi	<i>Obligation de compléter</i>
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 9	Code "suppression facture papier"	<i>Toujours 0</i>
Z 10	Code fichier de décompte	<i>Valeur 0</i>
Z 13	Contenu facturation	<i>Toujours valeur "040"</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro INAMI du tiers facturant</i>
Z 15	Numéro d'accréditation CIN	<i>Toujours 0</i>
Z 22	Année facturée	<i>Obligation de compléter</i>
Z 23	Mois facturé	<i>Obligation de compléter</i>
Z 25-26	Date de création	<i>Obligation de compléter</i>
Z 27	Numéro BCE	<i>Obligation de compléter</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>Facultatif</i>
Z 31-34	BIC – Compte financier A	<i>Obligation de compléter</i>
Z 36-41	IBAN – Compte financier A	<i>Obligation de compléter</i>
Z 43a	BIC – Compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
(☞9) Z 45-46-47a	Réservé réforme de l'état	<i>Toujours des blancs</i>
(☞9) Z 48	Réservé réforme de l'état	<i>Toujours 0</i>
Z 49-52	IBAN – Compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
(☞9) Z 53-54a	Réservé réforme de l'état	<i>Toujours des blancs</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

Enregistrement de type 50		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 50	Valeur constante 50
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	Obligation de compléter
Z 3	Norme prestation	Valeur 0, 5 (uniquement possible pour les prestations de l'art.14, l)) ou 9 (uniquement pour les pseudo-codes des phases de fabrication des prothèses dentaires)
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	Obligation de compléter
Z 5	Date de première prestation effectuée	Date de prestation
Z 6a-6b	Date de dernière prestation effectuée	Date de prestation (=ET 50 Z 5)
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	Obligation de compléter
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	Idem ET 20 Z 8a-8b
Z 9	Sexe bénéficiaire	Idem ET 20 Z 9
Z 10	Accouchement	Toujours 0
Z 11	Référence n° de compte financier	Toujours 0
Z 12	Nuit, week-end, jour férié	Valeur 0, 1, 2 ou 3
Z 13	Code service	990 (si ET 20 Z 10 = 3) ou 002 (si ET 20 Z 10 = 1)
Z 14	Lieu de prestation	Normalement 0, mais le numéro d'identification d'un établissement (hôpital, ...) est également possible (voir description de la zone)
Z 15	Identification du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur
Z 16	Norme dispensateur	Toujours 1
Z 17-18	Prestation relative	Voir liste «prestation relative »
Z 19	Intervention de l'assurance	Montant de l'intervention
Z 20-21	Date prescription	Obligation de compléter si Z 24-25 ≠ 0
Z 22	Nombre d'unités	Toujours 1
Z 23	Dérogation nombre maximal ou prestation identique	01, 02, 03, 04 ou 00
Z 24-25	Identification prescripteur	Normalement 0, sauf pour les radiographies reprises sur la liste « prescripteur » pour lesquelles prescripteur ≠ prestataire
Z 26	Norme prescripteur	<ul style="list-style-type: none"> • radiographies reprises sur la liste « prescripteur » : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1(ou9) lorsque prescripteur ≠ prestataire ○ 3 lorsque prescripteur = prestataire • Autres prestations : 0
Z 27	Intervention personnelle patient	Interv. personnelle réglementaire portée en compte
Z 28	Référence établissement	Facultatif
Z 29	Dent traitée	A compléter en fonction de la nomenclature : voir tarifs INAMI : prestations indiquées avec « NR/N° »
Z 30-31	Supplément	Montant qui est éventuellement facturé au patient en plus de l'intervention personnelle réglementaire. Dans le cas des ancrages mécaniques, substitut dentinaire bioactif ou traitement endodontique, en cas de score DETI classe B : montant total porté en compte.
(8) Z 32	Exception tiers-payant	Toujours 0 (à partir de la date de prestation 01/05/2022)
Z 33	Code fact. interv. pers. ou suppl.	Valeur 0, 1 ou 2
Z 34	Membre traité	Toujours 0
Z 35	Prestataire conventionné	Valeur 1, 2 ou 9
Z 36-37	Heure de prestation	Toujours 0
Z 38	Identification administrateur du sang	Toujours 0
Z 39-40	Numéro attestation d'administration	Toujours 0
(9) Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac	Toujours des blancs
Z 43	Code implant	Toujours 0
Z 44-45	Libellé du produit	Toujours des blancs
Z 46	Norme plafond	Toujours 0
Z 47	Valeur de base prestation	Toujours 0
Z 48	Transplantation	Toujours 0
Z 49	Identification dispensateur auxiliaire	Toujours 0
Z 50a	Pourcentage dans le forfait	Toujours 0
Z 51	Site hospitalier	Toujours 0
Z 52	Ident. association bassin de soins	Toujours 0
Z 53-54a	Numéro de course	Toujours 0
Z 55-56	Code de notification implant	Toujours 0
Z 57-58-59	Code d'enregistrement	Toujours 0
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistr.	Obligation de compléter

Enregistrement de type 80		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 80	<i>Valeur constante 80</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 4	Heure d'admission	<i>Toujours 0</i>
Z 5	Date d'admission	<i>Toujours 0</i>
Z 6a-6b	Date de sortie	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	<i>= ET 20 Z 7</i>
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 8a-8b</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 9</i>
Z 10	Type de facture	<i>= ET 20 Z 10</i>
Z 13	Service 721 bis	<i>= ET 20 Z 13</i>
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	<i>= ET 20 Z 14</i>
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 17	Causes du traitement	<i>= ET 20 Z 17</i>
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	<i>= ET 20 Z 18</i>
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	<i>Montant total de l'intervention pour le patient concerné</i>
Z 20-21	Date de la facture	<i>Toujours 0</i>
Z 22	Heure de sortie	<i>Toujours 0</i>
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	<i>= ET 20 Z 24-25</i>
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	<i>Intervention personnelle totale pour le patient concerné</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>= ET 20 Z 28</i>
Z 30-31	Signe + montant supplément	<i>Supplément total pour le patient concerné</i>
Z 32	Flag identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 32</i>
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
(9) Z 55-56	Réservé réforme de l'état	<i>Toujours 0</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de la facture	<i>Obligation de compléter</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

Enregistrement de type 90		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 90	<i>Valeur constante 90</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro de l'envoi	<i>= ET 10 Z 7</i>
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>= ET 10 Z 14</i>
Z 15	Signe + montant total numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant total numéro de compte financier A	<i>Montant total de l'intervention pour tous les patients</i>
Z 22	Année facturée	<i>= ET 10 Z 22</i>
Z 23	Mois facturé	<i>= ET 10 Z 23</i>
Z 27	Numéro BCE	<i>= ET 10 Z 27</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>= ET 10 Z 28</i>
Z 31-34	BIC – compte financier A	<i>= ET 10 Z 31-34</i>
Z 36-41	IBAN – compte financier A	<i>= ET 10 Z 36-41</i>
Z 43a	BIC – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
(☞9) Z 45-46-47a	Réservé réforme de l'état	<i>Toujours des blancs</i>
Z 49-52	IBAN – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
(☞9) Z 53-54a	Réservé réforme de l'état	<i>Toujours des blancs</i>
(☞9) Z 55-56	Réservé réforme de l'état	<i>Toujours 0</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de l'envoi	<i>Obligation de compléter</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

2.4. 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).

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

- (☞4) - Pour les bénéficiaires âgés de moins de 3 mois. (C'est l'âge au moment de l'admission qui compte).
- (☞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.
- (☞1) - Pour les prestations de santé suivantes :
 - (☞8) ○ prestations de consultation multidisciplinaire sans la présence du patient: (pseudo)-codes 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 et 350733-350744.
 - (☞8) ○ forfaits pour l'alimentation parentérale à domicile : (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413 et 751951 et les codes des conventions art.56. (751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936).
 - 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.
 - intervention d'un médecin urgentiste en SMUR (dans laquelle le patient n'est pas transporté à l'hôpital) : (pseudo)-codes 590472, 590435, 590446 et 590413-590424
 - visites à domicile par des psychiatres dans le cadre d'équipes mobiles : (pseudo)-codes 104473 et 104495 (voir convention et liste des prix sur le site internet).
- (☞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, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations (592815, 592911, 592992, 593014, 593110) et les tests Covid).
- (☞5) - Pour les forfaits dans le cadre des conventions de revalidation visées aux articles 22, 6° 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 (+ un nombre limité de codes des conventions de rééducation facturés en R 50), 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.
- (☞8) - Pour toutes les prestations, médicaments et services non-remboursables (codes 96xxxx).

3. Situations spécifiques

a) Transfert de patients entre hôpitaux :

- le patient ambulatoire est soigné dans l'hôpital A et est transféré pour un examen vers l'hôpital B : tant l'hôpital A que l'hôpital B doivent enregistrer les données de lecture du document d'identité (enregistrement 21).
- le patient est hospitalisé dans l'hôpital A et est transféré pour un examen vers l'hôpital B, où il est ensuite hospitalisé : tant l'hôpital A que l'hôpital B doivent enregistrer les données de lecture du document d'identité (enregistrement 21).

FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES KINESITHERAPEUTES (e-fact)

Enregistrement de type 10		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 10	Valeur constante 10
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	Obligation de compléter
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	Valeur constante 0 (un seul numéro de compte autorisé)
Z 4	Version du fichier	Valeur constante : 0001999 Pour les tests : 9991999
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	Toujours 0
Z 7	Numéro d'envoi	Obligation de compléter
Z 8a	Numéro de compte financier B	Toujours 0
Z 9	Code "suppression facture papier"	Toujours 0
Z 10	Code fichier de décompte	Valeur 0
Z 13	Contenu facturation	Toujours valeur "040"
Z 14	Numéro tiers payant	Numéro INAMI du tiers facturant
Z 15	Numéro d'accréditation CIN	Toujours 0
Z 22	Année facturée	Obligation de compléter
Z 23	Mois facturé	Obligation de compléter
Z 25-26	Date de création	Obligation de compléter
Z 27	Numéro BCE	Obligation de compléter
Z 28	Référence de l'établissement	Facultatif
Z 31-34	BIC – Compte financier A	Obligation de compléter
Z 36-41	IBAN – Compte financier A	Obligation de compléter
Z 43a	BIC – Compte financier B	Toujours remplies par des blancs
Z 45-46-47a	Réservé réforme de l'état	Toujours des blancs
Z 48	Réservé réforme de l'état	Toujours 0
Z 49-52	IBAN – Compte financier B	Toujours remplies par des blancs
Z 53-54a	Réservé réforme de l'état	Toujours des blancs
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

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

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

Enregistrement de type 52 (facultatif, sauf zone 19)		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
1	Enregistrement de type 52	Valeur constante 52
2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	Obligation de compléter
3	Raison encodage manuel	Obligation de compléter lorsque Z 9 = 4
4	(Pseudo-)code nomenclature	= ET 50 Z 4
5	Date de prestation	= ET 50 Z 5
6 a	Date de lecture document identité	Obligation de compléter, sauf lorsque Z 9 = 4 et Z 3 = 3
6 b		
8 a	Identification bénéficiaire	= ET 20 Z 8a-8b
8 b		
9	Type de saisie document identité	Obligation de compléter
10	Type de support document identité	Obligation de compléter
11	Raison utilisation vignette	Obligation de compléter lorsque Z 10 = 7
12	Heure de lecture document identité	Obligation de compléter, sauf lorsque Z 9 = 4 et Z 3 = 3
13		
15	Identification dispensateur	= ET 50 Z 15
16	Numéro de série du support	Obligation de compléter, sauf lorsque Z 10 = 7, 8 ou 9
17	Numéro document justificatif	Obligation de compléter
18	N° unique appareil imagerie médicale	Toujours 0
19	Numéro d'accord	Obligation de compléter
99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

Enregistrement de type 80		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 80	Valeur constante 80
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	Obligation de compléter
Z 4	Heure d'admission	Toujours 0
Z 5	Date d'admission	Toujours 0
Z 6a-6b	Date de sortie	Toujours 0
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	= ET 20 Z 7
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	= ET 20 Z 8a-8b
Z 9	Sexe bénéficiaire	= ET 20 Z 9
Z 10	Type de facture	= ET 20 Z 10
Z 13	Service 721 bis	= ET 20 Z 13
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	= ET 20 Z 14
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	Toujours 0
Z 17	Causes du traitement	= ET 20 Z 17
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	= ET 20 Z 18
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	Montant total de l'intervention pour le patient concerné
Z 20-21	Date de la facture	Toujours 0
Z 22	Heure de sortie	Toujours 0
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	= ET 20 Z 24-25
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	Intervention personnelle totale pour le patient concerné
Z 28	Référence de l'établissement	= ET 20 Z 28
Z 30-31	Signe + montant supplément	Supplément total pour le patient concerné
Z 32	Flag identification bénéficiaire	= ET 20 Z 32
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	Toujours 0
Z 55-56	Réservé réforme de l'état	Toujours 0
Z 98	Chiffres de contrôle de la facture	Obligation de compléter
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

Enregistrement de type 90		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 90	Valeur constante 90
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	Obligation de compléter
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	Toujours 0
Z 7	Numéro de l'envoi	= ET 10 Z 7
Z 8a	Numéro de compte financier B	Toujours 0
Z 14	Numéro tiers payant	= ET 10 Z 14
Z 15	Signe + montant total numéro de compte financier B	Toujours 0
Z 19	Signe + montant total numéro de compte financier A	Montant total de l'intervention pour tous les patients
Z 22	Année facturée	= ET 10 Z 22
Z 23	Mois facturé	= ET 10 Z 23
Z 27	Numéro BCE	= ET 10 Z 27
Z 28	Référence de l'établissement	= ET 10 Z 28
Z 31-34	BIC – compte financier A	= ET 10 Z 31-34
Z 36-41	IBAN – compte financier A	= ET 10 Z 36-41
Z 43a	BIC – compte financier B	Toujours remplies par des blancs
Z 45-46-47a	Réservé réforme de l'état	Toujours des blancs
Z 49-52	IBAN – compte financier B	Toujours remplies par des blancs
Z 53-54a	Réservé réforme de l'état	Toujours des blancs
Z 55-56	Réservé réforme de l'état	Toujours 0
Z 98	Chiffres de contrôle de l'envoi	Obligation de compléter
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

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

(9) Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle, qui devrait être mentionnée dans la zone 27, ou le supplément, qui est normalement mentionné dans la zone 30-31, n'a pas été pris en charge par le patient ou seulement en partie.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
(9) 2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales.
(9) 3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF. 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. (*)
6**	Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice)
(9) 7**	Interné placé pour lequel les tickets modérateurs sont portés dans le cadre de la réglementation MAF 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 (***)
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 9 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.

Dans le cas du pseudo-code 767465 (interv. pers. journée d'entretien à 0 €), cette zone est toujours égale à 0.

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

(*) Les valeurs 3, 4, 7 ou 8 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3, 4, 7 ou 8 ne peuvent être utilisées dans le cas d'une facturation de l'intervention personnelle dans le prix de la journée d'hospitalisation à partir du 366^e jour d'admission dans un hôpital psychiatrique (voir pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 S 2, point d) et e)) et en cas de facturation de suppléments de chambre (pseudo-codes 0761622, 0761644).

(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.

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 33 SUITE 1

Exemple

Facturation normale

Z 4	Z19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	Intervention AMI	Nombre	Montant 100%	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
768003	77,85	+1	0	0	+0	0 ou 4	Montant/admission
768025	9,58	+1	199,68	0	+0	0 ou 4	Montant/jour
766102	-40,08	+1	0	40,08	+0	0 ou 4	Intervention personnelle
750002	0	+1	0	0,62	+0	0 ou 4	TM forfaitaire médicaments
761622	+0	+1	+0	+0	+ 18,95	0	Supplément chambre
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	0 ou 4	Montant/jour Psy
766780	-312,57	+ 23	+0	+312,57	+0	0	IP (après 366 ^e jour)
750002	+0	+ 23	+0	+18,40	+0	0 ou 4	TM forfaitaire médicaments

Facturation à 100% (tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales ou dans le cadre de la réglementation MAF)

Z 4	Z19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	Intervention AMI	Nombre	Montant 100%	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
768003	77,85	+1	0	0	+0	2 ou 3	Montant/admission
768025	9,58	+1	199,68	0	+0	2 ou 3	Montant/jour
766102	+0	+1	0	0	+0	2 ou 3	Intervention personnelle
750002	0,62	+1	0	0	+0	2 ou 3	TM forfaitaire médicaments
761622	+0	+1	+0	+0	+ 18,95	0	Supplément chambre
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	2 ou 3	Montant/jour Psy
766780	-312,57	+ 23	+0	+312,57	+0	0	IP (après 366 ^e jour)
750002	+18,40	+ 23	+0	+0	+0	2 ou 3	TM forfaitaire médicaments

(9) Facturation à 100% en raison de catégorie sociale spécifique

Z 4	Z19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	Intervention AMI	Nombre	Montant 100%	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
768003	77,85	+1	0	0	+0	9	Montant/admission
768025	9,58	+1	199,68	0	+0	9	Montant/jour
766102	+0	+1	0	0	+0	9	Intervention personnelle
750002	0,62	+1	0	0	+0	9	TM forfaitaire médicaments
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	9	Montant/jour Psy
766780	+0	+ 23	+0	+0	+0	9	IP (après 366 ^e j.)
750002	+18,40	+ 23	+0	+0	+0	9	TM forfaitaire médicaments

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

Voir enregistrement de type 30 zone 33.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
6*	Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice)
(☞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.

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.

(☞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.

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

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 4

- * Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 158550 à 158642 inclus, 158734 à 158760 inclus, 158874 à 158922 inclus, 158955 à 158966 inclus, 170590 à 170623 inclus, 172572-172583
- * Le numéro de l'hôpital + 126 (agrément path. cardiaque P) s'il s'agit des prestations 158653 à 158723 inclus, 172395 à 172465 inclus
- (☞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
- * 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
- * Le numéro de l'hôpital + 156 (centre « tuteur coronaire et drug eluting stent ») s'il s'agit des prestations 158970 à 158981 inclus, 158992 à 159040 inclus, 159552 à 159563 inclus, 170656 à 170660 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 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
- * Le numéro de l'hôpital + 164 (centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage) s'il s'agit des prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664
- * Le numéro de l'hôpital + 165 (centre « neurostimulateurs en cas de trouble obsessionnel compulsif ») s'il s'agit des prestations 173014 à 173541 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 166 (centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux ») s'il s'agit des prestations 173552 à 173902 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 167 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique») s'il s'agit de la prestation 172734-172745.
Le numéro de l'hôpital + 167 ou + 120 s'il s'agit des prestations 172756-172760, 172771-172782.
- * 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.
- * 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.
- * Le numéro de l'hôpital + 170 (centre «tige magnétique allongeable» (Magec))) s'il s'agit des prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324.
- * Le numéro 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.

- * 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.
- * 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

Convention chirurgie complexe pancréas : numéro hôpital + 193

Convention chirurgie complexe œsophage : numéro hôpital + 194

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.

Convention oncofreezing (également pour les codes 96):

- pour un bénéficiaire à partir de 16 ans : numéro hôpital + 191 ou + 192
- pour un bénéficiaire de moins de 16 ans (quel que soit la prestation) : numéro hôpital + 192

Dans tous les autres cas que ceux mentionnés ci-dessus, cette zone est mise à zéro.

- Remarques :
- Dans le cas où plusieurs des conditions se présentent simultanément, l'ordre d'importance suivant est respecté :
 1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
 2. centre de rééducation;
 3. établissement hospitalier.
 - Dans le cas où la facture est établie par un centre de rééducation, la hiérarchie suivante doit être respectée :
 1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
 2. établissement hospitalier;
 3. centre de rééducation.

RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81

Cette zone doit toujours être complétée, conformément aux dispositions de la nomenclature des prestations de santé, lorsque le remboursement de la prestation mentionnée dans la zone 4 du même enregistrement dépend de l'exécution d'une autre prestation.

C'est cette dernière, justifiant la tarification retenue, qui doit être mentionnée comme prestation relative.

Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»). Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

Pour les prestations qui ne figurent pas sur la liste, aucune prestation relative ne peut être remplie et cette zone doit, donc, obligatoirement être remplie avec des zéros.

Cas particulier: zone remplie facultativement

En cas de soins infirmiers, fournis aux bénéficiaires qui, pour une même journée cumulent la qualité d'hospitalisé et de patient ambulant, et pour autant que le code PN ou un pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement n'ait pas encore été mentionné dans la zone, le prestataire peut mentionner le code 0426613 pour information pour les organismes assureurs.

- (9) Concernant les soins dentaires, toutes les prestations de l'article 5 de la nomenclature qui sont effectuées en dehors d'un cabinet fixe et qui ne nécessitent aucune autre prestation relative, doivent être facturées avec un pseudocode « prestation relative » 389933-389944 comme prévu à l'article 6 §20 de la nomenclature des prestations de santé. Si la prestation de l'article 5 nécessite déjà la mention d'une autre prestation relative, celle-ci reste utilisée prioritairement.

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

(☞9) Voir enregistrement de type 30 zone 33.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
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. (*)
5	Suppléments d'honoraires attestés par un médecin/dentiste conventionné suite à des exigences particulières du patient, comme prévu dans les accords médico-mut et dento-mut (Z35 = 1 et Z30-31 ≠ 0)
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

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 33 SUITE 1

Exemple

Facturation normale

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) code nom.	Intervention AMI	Nombre	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
149026	+16,69	+1	+5,56	+0	0 ou 4	Prest. médicale technique
682765	+100,18	+1	+0	+0	0 ou 4	implant
618741	+0	+1	+52,22	+0	0 ou 4	marge de sécurité
685823	+0	+1	+15,24	+0	0 ou 4	marge de délivrance
700000	- 16,40	+1	+16,40	+0	0 ou 4	I.P. prestations techniques médicales
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	Frais divers
699123	+ 36,81	+1	+0	+0	0 ou 4	Radio-isotope

Facturation à 100% (tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales ou dans le cadre de la réglementation MAF)

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) code nom.	Intervention AMI	Nombre	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
149026	+22,25	+1	+0	+0	2 ou 3	Prest. médicale technique
682765	+100,18	+1	+0	+0	2 ou 3	implant
618741	+52,22	+1	+0	+0	2 ou 3	marge de sécurité
685823	+15,24	+1	+0	+0	2 ou 3	marge de délivrance
700000	+0	+1	+0	+0	2 ou 3	I.P. prestations techniques médicales
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	Frais divers
699123	+ 36,81	+1	+0	+0	2 ou 3	Radio-isotope

(☞9) Facturation à 100% en raison de catégorie sociale spécifique

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) code nom.	Intervention AMI	Nombre	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
149026	+22,25	+1	+0	+0	9	Prest. médicale technique
682765	+100,18	+1	+0	+0	9	implant
618741	+52,22	+1	+0	+0	9	marge de sécurité
685823	+15,24	+1	+0	+0	9	marge de délivrance
700000	+0	+1	+0	+0	9	I.P. prestations techniques médicales
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	Frais divers
699123	+ 36,81	+1	+0	+0	9	Radio-isotope

RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 30 A - 231

- (~~9~~9) Si un code 096XXXX est utilisé dans la zone 4, pour la mention de suppléments pour les produits, prestations ou services non remboursables par l'AMI, le libellé du produit, de la prestation ou du service doit être communiqué dans cette zone.
S'il s'agit de suppléments dans des MRPA-MRS-CSJ, un libellé doit seulement être mentionné pour les pseudo-codes 0960691 et 0960713.

Pour le code 0961273-0961284 et les codes 961332-961343 et 961354-961365, cette zone ne doit pas être remplie.