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 MISA A JOUR 2021/7 INCLUSE

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

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

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

- note d'hospitalisation (facture récapitulative + facture individuelle) en cas de facturation par le gestionnaire de l'hôpital sans qu'il y ait suppression de la facture hospitalière individuelle;

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

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

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

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

- attestations individuelles de soins donnés ou attestations récapitulatives, accompagnées d'une note récapitulative (voir annexe 2 B) en cas de facturation par un groupe de dispensateurs de soins ou en cas de facturation par d'autres établissements ou d'autres dispensateurs de soins .

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

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

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

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

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

Un fichier de facturation peut être transmis de façons différentes:

Par le système CareNet/ MyCareNet (voir pages 6 à 11 incluse).
Par le support magnétique (toutes les spécifications techniques du présent document se rapportent à ce type de support).

1. Procédure générale.

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

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

Le fichier de facturation comprend toutes les factures du décompte sur un mois, groupées par mutualité suivant le numéro d'admission en cas d'hospitalisation et suivant le numéro d'ordre des factures individuelles en cas de prestations ambulatoires.
L'ordre dans lequel les factures sont enregistrées sur le fichier de facturation doit correspondre à celui des factures papier.
L'ordre des prestations figurant sur les factures papier devrait être maintenu dans la mesure du possible lors de l'enregistrement des données sur le fichier de facturation.

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

Exceptions :
Dans le cadre d'e-fac (tiers facturant = (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou spécialistes ou dentistes), un fichier de facturation au maximum est accepté par jour par numéro tiers payant (exception: l'OA300 accepte deux fichiers de facturation par jour par numéro tiers payant, un pour la mutualité 306 et un pour les autres mutualités).
Pour les (groupements de) sages-femmes, il est possible de déroger au nombre maximum d'envois par mois. Cela doit être indiqué par la valeur '050' dans l'ET 10 Z 13.
Pour les hôpitaux, trois fichiers de facturation au plus sont acceptés par mois (pour les hôpitaux psychiatriques: par trimestre jusqu'au mois facturé juin 2020 inclus, par mois à partir du mois facturé juillet 2020), à savoir :
- un fichier pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés.
- un fichier supplémentaire de correction

Lorsqu'un groupe de dispensateurs de soins est actif dans l'établissement (conseil médical), celui-ci peut facturer séparément selon les modalités fixées dans le règlement du 28 juillet 2003.
Par établissement hospitalier et par mois (pour les hôpitaux psychiatriques : par trimestre jusqu'au mois facturé juin 2020 inclus, par mois à partir du mois facturé juillet 2020), six fichiers de facturation peuvent au **MAXIMUM** être délivrés, à savoir :
- un fichier du gestionnaire de l'établissement pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier du gestionnaire de l'établissement pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés
- un fichier supplémentaire de correction du gestionnaire de l'établissement
- un fichier du groupe de dispensateurs de soins pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier du groupe de dispensateurs de soins pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés
- un fichier supplémentaire de correction du groupe de dispensateurs de soins

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

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

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

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

Hôpitaux psychiatriques, MSP, IHP, MRPA, MRS, CSJ

Pour ces établissements, une facturation trimestrielle est prévue.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit être également établi trimestriellement.
Un seul fichier de facturation par trimestre et par numéro de tiers payant est accepté.
Exception : la facturation ambulatoire des hôpitaux psychiatriques peut se faire mensuellement.

A partir du mois facturé juillet 2020, les hôpitaux psychiatriques doivent facturer mensuellement.

Procédure par OA concernant la transmission des documents de facturation papier

(☞6)	OA100	REFAC : Hôpitaux 710/720, laboratoires, centres de revalidation/rééducation (hors hôpital), Maisons de soins psychiatriques de la région wallonne et de la région bruxelloise, groupements mixtes commençant par 094 et MRPA/MRS/CSJ (à partir du 01/01/2022) : au point unique de contact (PUC) • Exception : MSP flamandes (725) : à l'Union
	OA200	A l'Union
(☞6)	OA300	Aux mutualités Exception : • Certaines conventions de rééducation : à l'Union • Mutualités wallonnes – ressources partagées (à partir du 01/01/2022 319 et 323) = Mutualité territoriale de Charleroi – Avenue des Alliés 2, 6000 Charleroi
	OA400	A l'Union
	OA500	A l'Union
	OA600	A l'Union
	OA900	- Aux mutualités (centres régionaux médicaux) - A partir de la facturation du 1er trimestre 2013 pour les MRS-MRPA-CDJ et MSP-IHP : OA 900 -CSS - bureau administratif central , rue de France, 85 section 71, 1060 BRUXELLES

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

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

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

2. Processus de facturation.

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

2.A.1. *Généralités*.

L'établissement transmet chaque mois un fichier de facturation à l'organisme assureur concerné au niveau national (voir les adresses à l'annexe 1), ainsi qu'un bordereau d'envoi (voir annexe 2 A) en triple exemplaire Sur ce support, il y a lieu d'indiquer au minimum les données de l'annexe 4 sur une face externe.

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

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

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

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

Cinq situations peuvent se produire :

1) le fichier de facturation est illisible pour raisons techniques;

2) le fichier de facturation ne comporte aucune erreur. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté;

3) le fichier de facturation comporte une erreur qui est de nature à bloquer le système. Les erreurs bloquantes sont reprises dans la liste Excel « Codes erreur ». Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. L'établissement reçoit en sus, dans la mesure du possible, une liste des rejets résultant du contrôle de l'ensemble des enregistrements du fichier de facturation;

4) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui sont de nature à bloquer le système mais l'ensemble des erreurs excède le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. Le seuil d'acceptabilité est défini en annexe 5.1.;

5) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui soient de nature à bloquer le système et l'ensemble des erreurs n'excède pas le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté.

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

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

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

1° Un exemplaire du bordereau d'accompagnement doit toujours être retourné à l'expéditeur avec mention du visa de l'organisme assureur et la date du traitement informatique en cas d'acceptation; ou la mention "refusé" avec la motivation si le fichier de facturation est refusé.

2° Le bordereau susmentionné doit être accompagné d'une liste de contrôles (annexe 5.2) avec mention du pourcentage d'erreur.

3° Dans des cas exceptionnels (par exemple d'illisibilité du support), la liste de contrôles peut être remplacée par une lettre d'accompagnement.

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

La liste de contrôles (voir annexe 5.2) comporte une ligne par enregistrement et anomalie détectée par les programmes des organismes assureurs, avec, à la fin, une statistique desdites anomalies. Les organismes assureurs se réservent le droit de limiter le nombre de lignes imprimées pour les enregistrements erronés, à 20 enregistrements par type d'erreur.

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

2.A.3. *Responsabilités*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.A.4.2. Une facture individuelle ou une attestation de soins donnés entièrement rejetée doit être réintroduite sur fichier de facturation.
Cette réintroduction se fait soit comme facture originale si la nouvelle facture est adressée à un autre organisme assureur, soit comme réintroduction de rejet avec référence à la facture précédente dans l'enregistrement de type 20, à partir de la zone 29 jusque la zone 41.

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

- les factures individuelles entièrement rejetées (une facture individuelle peut provenir d'une ou plusieurs attestation(s) de soins);

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le processus de facturation en gros.

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

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

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

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

Structure des fichiers

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

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

Inventaire des fichiers

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

Message 920000

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

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

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

Les erreurs constatées par l'OA au niveau des factures feront partie d'un fichier spécifique de rejets (920099).
Les contrôles effectués sur les zones enregistrements INAMI (10, 20, …,90) sont ceux décrits dans la liste Excel « Codes erreur ».

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

Message 931000

Ce message permet au destinataire d'un fichier spécifique (autre que les messages) de confirmer la réception de ce fichier déterminé, sans qu'il soit nécessairement accepté.
Exemple : un OA envoie un accusé de réception pour un fichier de facturation; le tiers payant envoie un accusé de réception pour un fichier décompte ou un fichier rejets.

Message 920098

Ce message est utilisé dans les cas suivants :

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

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

Le message 920098 mentionne tous les enregistrements (20, 21, 30, 40, 50, 51, 52 ou 80) pour lesquels l'OA a constaté une erreur.

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

Pour rappel :
L'information mentionnée dans ce message a un caractère préventif. A l'avenir, il doit permettre à l'établissement d'éviter de commettre des erreurs (ce ne sont pas encore des rejets définitifs). Il se limite donc à fournir les erreurs constatées.
Quels enregistrements du fichier de facturation doivent être repris ?

Toujours ET 10 et 90

ET 20 et 80:

Si erreur dans l'ET 20, seuls les ET 21, 30, 40, 50, 51 et 52 sont mentionnés s'il y a une erreur dans l'enregistrement concerné.

Si erreur dans l'ET 80

Si erreur dans l'ET 21, 30, 40, 50, 51 ou 52

ET 21, 30, 40, 50, 51, 52 si erreur dans l'enregistrement concerné
A ce stade, les zones 107, 108, 114, 115, 116 et 117 ne sont pas complétées.

Message 920099

Le message 920099 est utilisé dans les cas suivants :

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

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

Le message 920099 mentionne tous les enregistrements (10, 20, 21, 30, 40, 50, 51, 52, 80 ou 90) pour lesquels l'OA a constaté une erreur.

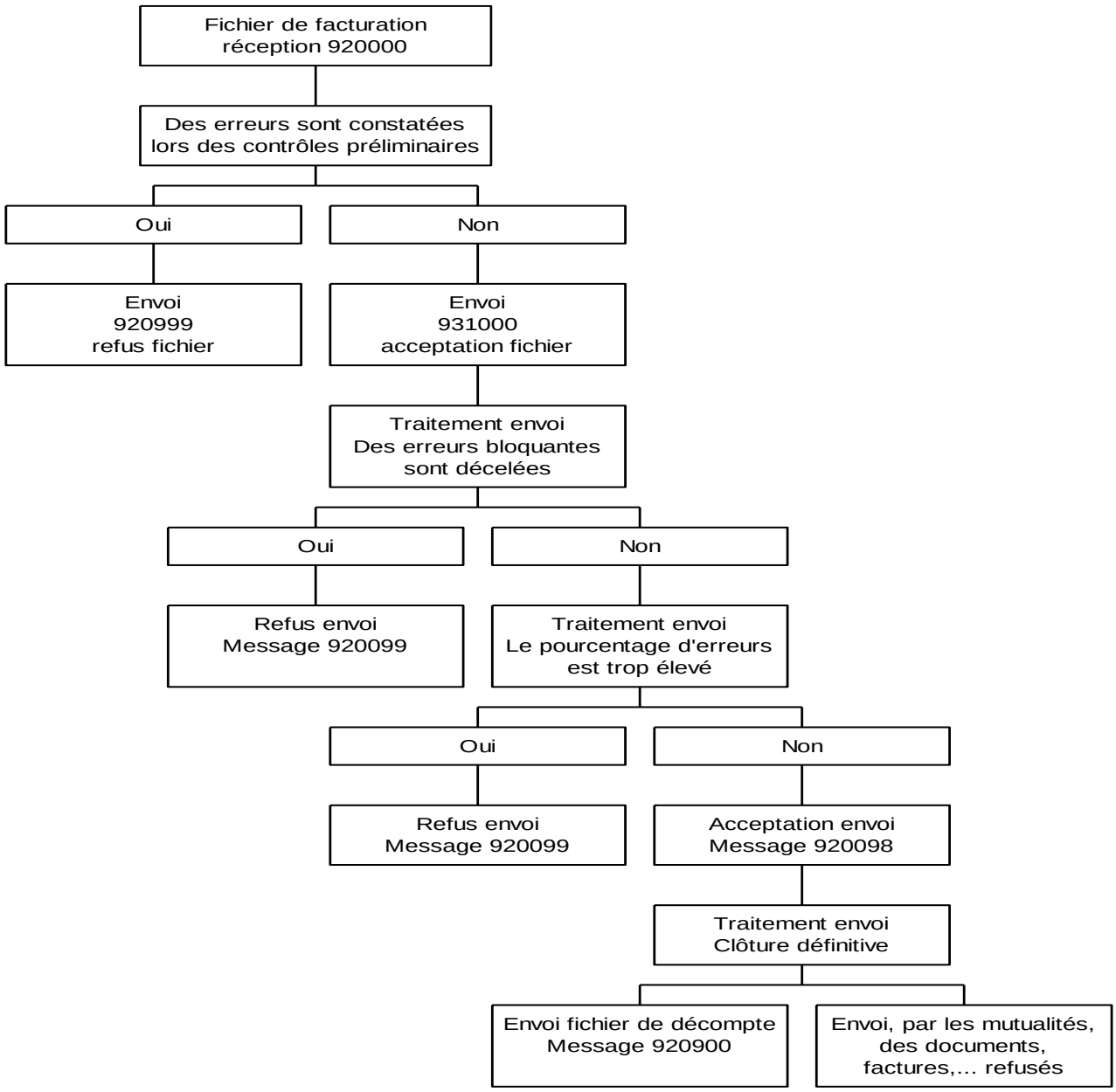
Ce fichier est transmis au tiers payant dans les deux semaines suivant la réception du fichier de facturation (message 920000).

Message 920900

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

➢ Zone 310 – pourcentage d'erreur
Le pourcentage d'erreur n'a pas d'importance dans cette phase de traitement. Cette zone doit donc être mise à zéro (voir zone 311).

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



Aperçu des tests de facturation

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

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

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

Le fichier de facturation est constitué de lignes de 350 octets.

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

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

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

La présence d'une étiquette externe (ou CD-label) est obligatoire (voir modèle en annexe 4). Cette information peut éventuellement être inscrite directement sur le CD au marqueur indélébile.

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

Les normes suivantes sont d'application pour le CD-Rom :

Format : 5.25 pouce
Capacité : 650 / 700 Mb
Protocole : ISO 9660 updatable – multisession
File system : MS-DOS (utilisable sous DOS, OS/2, WINDOWS).
Dénomination : 8 caractères, point, extension 3 caractères
pos 1 - 3 = numéro de l'union nationale (100, 200, 300, 400, 500, 600, 900)
pos 4 - 6 = numéro d'envoi (tel qu'imprimé sur la facture récapitulative)
pos 7 - 8 = usage libre (valeur par défaut = 00)
pos 9 = point
pos 10 - 12 = 000
Contenu : ASCII

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

3.2. ***Dessin d'un support magnétique***

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

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

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

- Identification de l'envoi (type 10)
- Identification de la première facture (type 20)
- lecture document d'identité électronique en milieu hospitalier (type 21)
- Identification des données pour :
  - journées d'entretien (type 30)
  - idem
  - produits pharmaceutiques (type 40)
  - idem
  - prestations ou fournitures (type 50)
  - engagement de tarif e-fac correspondant (type 51) (seulement pour groupements/postes de garde de) médecins généralistes et dentistes, pas pour les spécialistes)
  - lecture document d'identité électronique correspondant (type 52)
  - idem (type 50)
  - idem (type 51)
  - idem (type 52)
- Montant total de la première facture (type 80)
- Identification de la deuxième facture (type 20)
- lecture document d'identité électronique en milieu hospitalier (type 21)
- Identification des données (type 30, 40, 50, 51, 52)
- Montant total de la deuxième facture (type 80)
- Idem
- Montant total de la dernière facture (type 80)
- Montant total de l'envoi (type 90).

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

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

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

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

3.4. ***Dessin d'enregistrement***

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

3.5. ***Signification et codification des éléments***

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

4. Identification du patient

Afin de permettre aux organismes assureurs d'effectuer leurs ventilations comptables et statistiques en matière de dépenses en soins de santé, certaines données d'identification du patient sont nécessaires.
Les organismes assureurs communiqueront ces données sur le document "notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement". Ces données figurent aussi sur les carnets de membres ou sur les vignettes d'identification.

Il s'agit des éléments suivants :

1) Le numéro de la mutualité

Sur le fichier de facturation électronique, une distinction est faite entre la mutualité d'affiliation (ET 20/80 Z 7) et la mutualité de destination (ET 20/80 Z 18).
La manière de remplir ces zones est différente suivant l'organisme assureur auquel le fichier de facturation est destiné.
La tableau ci-dessous fournit un aperçu des procédures par OA.

	Mut. d'affiliation (Z7)	Mut. de destination (Z18)
OA100 (☞7)	Mutualité dont le bénéficiaire est membre A partir de la date de prestation du 01/04/2022, les membres des différentes mutualités chrétiennes ne feront plus partie que de deux entités juridiques (fusionnées au 01/01/2022), reprises sous les numéros suivants: - 134 (membres affiliés à une mutualité francophone) - 120 (membres affiliés à une mutualité néerlandophone) Remarque : pas d'impact sur les numéros de membres. Seule la mutualité d'affiliation sera modifiée. Pour les patients hospitalisés au 31/03/2022, vous recevrez pour chaque patient membre de la mutualité chrétienne, un message de mutation 730000 avec le nouveau numéro de mutualité d'affiliation à partir du 01/04/2022. Une souplesse dans nos contrôles sera accordée au niveau du remplissage de la zone 7 jusqu'à la date de prestation du 31/03/2023. Après ce délai, les contrôles seront activés. Nous vous conseillons donc de réaliser une consultation assurabilité avant toute facturation.	REFAC : Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier, laboratoires, maisons médicales, médecins/dentistes/spécialistes (e-fac), maisons de soins psychiatriques, centres de revalidation/rééducation (hors hôpital), MRPA/MRS/CSJ (à partir du 01/01/2022) et groupements mixtes commençant par 094 : numéro du PUC - 134 si le PUC actuel se trouve en Wallonie ou à Bruxelles (Francophone) - 120 si le PUC actuel se trouve en Flandre ou à Bruxelles (Néerlandophone) **Numéro du PUC dans la Z18 pour les envois avec mois facturé jusqu'à 03/2022** / **Numéro du PUC dans la Z18 pour les envois avec mois facturé à partir de 04/2022** 109, 128, 129, 130, 132, 134, 135, 137, 199: PUC en Wallonie et Bruxelles (Francophone) / **134** PUC en Wallonie et à Bruxelles (Francophone) 101, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 120, 121, 126 et 131: PUC en Flandre et Bruxelles (Néerlandophone) / **120** PUC en Flandre et à Bruxelles (Néerlandophone) Une souplesse dans nos contrôles sera accordée au niveau du remplissage de la zone 18 jusqu'au 31/03/2023. Après ce délai, les contrôles seront activés. Remarque : d'un point de vue organisationnel (points uniques de contact), rendez-vous sur notre page web www.mc.be/instructions-facturation
OA200	Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA300 (☞6)	Mutualité dont le bénéficiaire est membre	300 pour les affiliés de mutualités 304, 309, 311, 319, 322, et 323. 306 pour les affiliés 306. Exceptions : o Certaines conventions de rééducation : 300
OA400	Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= 400 (*)
OA500	Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA600	Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)
OA900	Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)

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

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

	7.20	Postcure – hôpitaux psychiatriques
	7.71	Rééducation motrice (5 institutions qui restent de la compétence fédérale)
	7.76.0	Rééducation médico psychosociale – VIH - SIDA.
	7.76.1	Accompagnement médical et psychosocial traitement séquelles mutilations génitales féminines
	7.76.2	Accompagnement transidentité
	7.76.6	Enfants atteints de maladies chroniques
	7.78.1	Clinique de la mémoire
	7.81.5	Affections respiratoires chroniques graves.
(☞6)	7.82.5	Rééducation médico psychosocial
	7.83.6	Suivi des enfants nés prématurément.
	7.84.5	Neuropsychiatrie infantile
	7.85	Assistance ventilatoire apnées obstructives du sommeil (nCPAP)
	7.85.2	Assistance ventilatoire à domicile (AVD)
	7.85.3	Assistance ventilatoire syndrome d'obésité hypoventilation (SOH)
	7.86.5	Insulinothérapie par perfusion continue à domicile
	7.86.7	Autogestion du diabète (circ. 370/568) chez les enfants et les adolescents
	7.86.9	Monitoring continu de la glycémie.
	7.87	Défibrillateurs cardiaques implantables
	7.89.0	Maladie métabolique monogénique héréditaire rare
	7.89.1	Centres de référence mucoviscidose
	7.89.2	Maladies neuromusculaires
	7.89.3	Epilepsie rebelle
	7.89.4	Syndrome de Fatigue Chronique « SFC »
	7.89.5	Bénéficiaires atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC)
	7.89.55	Spina bifida
	7.89.6	Rééducation de la douleur chronique
	7.89.7	Néphrologie pédiatrique
	7.89.8	Centre de coordination de l'hémophilie.
	7.89.81	Centres de référence de l'hémophilie.
	7.89.9	Lymphoedème
	9.50	Réadaptation et médecine physique
	9.51	Rééducation fonctionnelle R 30 / R 60

2) <u>Identification du bénéficiaire</u>

L'utilisation du numéro NISS est obligatoire, sauf pour les nouveau-nés et pour les conventions internationales.

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

Sa forme est :

positions 1 à 6	:	Date de naissance inversée (AA MM JJ)
position 7	:	blanc ou * * signifie que le bénéficiaire est né dans le courant du 19ème siècle (18xx) Blanc signifie que le bénéficiaire est né dans le courant du 20ème siècle (19xx) ou du 21ème siècle (20xx)
positions 8 à 10	:	numéro de suite dans la date de naissance
position 11	:	blanc ou M M signifie qu'il ne s'agit pas du véritable numéro national mais d'un numéro formé par l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes
positions 12 à 13	:	nombre de contrôle que l'on obtient comme suit : former un nombre en juxtaposant le numéro de suite (8 à 10) à la date de naissance inversée (1 à 6). Si la lettre M est indiquée dans la position 11, le nombre est augmenté de 1. Ce nombre est divisé par 97. La différence entre 97 et le reste de la division donne le nombre de contrôle. Si le nombre de contrôle trouvé ne correspond pas à celui du numéro, réitérer le calcul avec le nombre 2aammjjnnn (+1, si M en position 11). Si cette fois le nombre de contrôle est correct, cela signifie que le bénéficiaire est né après le 31-12-1999. N.B. : ce 2ème calcul n'a de sens que lorsque la date de naissance (6 premiers chiffres) est comprise entre 000101 et la date actuelle.

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

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

numéro du bénéficiaire | check-digit modulo 97

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

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

Exemple :

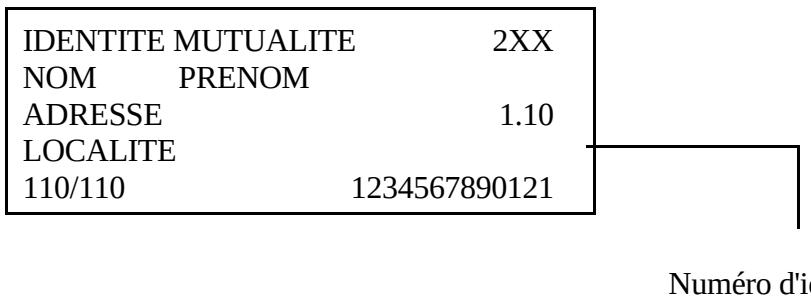
Numéro du bénéficiaire = 12345678901; check-digit = 21

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

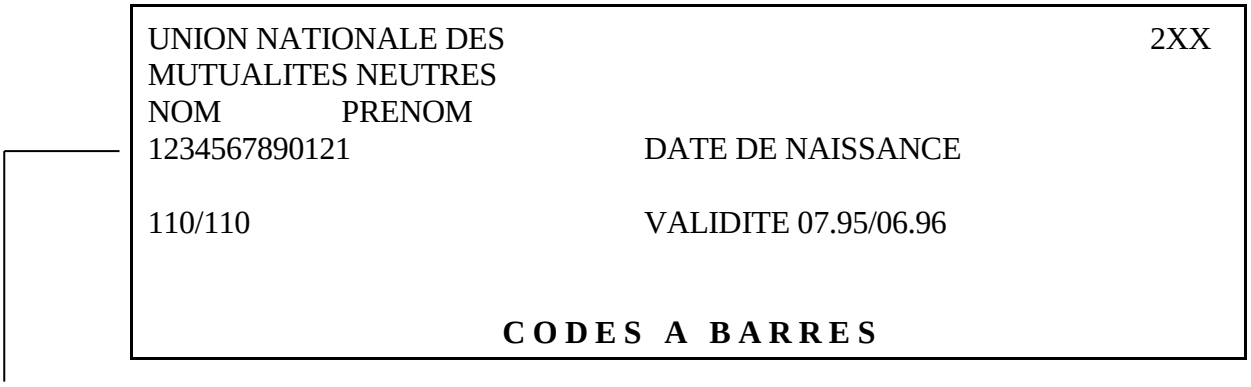
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	1

numéro du bénéficiaire | check-digit

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



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



Numéro d'identification.

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

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

Fusion des mutualités 206 et 228 au 1/1/2021.

Où dois-je envoyer mes factures à partir du 1er janvier 2021 ?

Le traitement des factures du tiers payant papier à destination des anciennes mutualités 206 et 228 se fera dorénavant à :

Mutualia (228)
Boulevard Brand Whitlock 87/93 bte 4
1200 Woluwe Saint-Lambert

Le traitement des factures du tiers payant électronique à destination des anciennes mutualités 206 et 228 continuera à s'effectuer à

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

A quoi dois-je porter attention à partir du 1er janvier 2021 ?

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

Cette opération entrainerait un rejet de votre facturation.
Le numéro de mutualité faisant partie intégrante du numéro d'identification 206/XXXXXXXXXXXX devient 228/YYYYYYYYYYYY)
Toutes les facturations doivent se faire sur la base du NISS, sauf exceptions légales.

	Soins prestés avant le 01/01/2021	Soins prestés après le 01/01/2021
Sous quelle mutualité facturer ?	206	228

En cas de refacturation, utilisez les anciens numéros de membres pour des soins prestés avant le 01/01/2021 et/ou engagements de paiements reçus.

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

Pour les hôpitaux :

- *Hospitalisation en cours*, vous recevrez via MyCarenet et pour chaque patient un 730000 avec les nouvelles données d'identification à partir du 01/01/2021
- *Accords médicaux* : donnés par la mutualité 206, ils seront automatiquement convertis et repris dans la mutualité 228. Vous ne devez pas envoyer de nouvelle demande d'accord médical.
- La facturation étant basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur cette base.

A partir du 01/01/2021, les données d'assurabilité actualisées de vos patients peuvent être consultées :

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

Pour les maisons médicales :

- Les abonnements ouverts dans la mutualité 206 seront automatiquement convertis dans la nouvelle mutualité 228.

A partir du 01/01/2021, les données d'assurabilité actualisées de vos patients peuvent être consultées :

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

Pour les infirmiers :

- La facturation étant basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur cette base.
- Les accords médicaux donnés par la mutualité 206 seront automatiquement convertis et repris dans la mutualité 228. Vous ne devez pas envoyer de nouvelle demande d'accord médical.

A partir du 01/01/2021, les données d'assurabilité actualisées de vos patients peuvent être consultées :

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

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

A partir du 01/01/2021, les données d'assurabilité actualisées de vos patients peuvent être consultées :

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

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

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

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

- Pour un traitement efficace de vos factures, mentionnez toujours le numéro NISS sur vos factures papier
- Pour les services de tarification qui assurent le tiers-payant manuel des médecins généralistes, nous vous invitons à partir du 01/01/2021 et avant votre facturation, à vous connecter sur www.4CP.be afin de mettre à jour les données d'assurabilité (demande individuelle ou «d'assurabilité de masse ».)

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

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

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

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

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

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

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

Additionner ces résultats au :
2ème chiffre (cent mille);
4ème chiffre (mille);
6ème chiffre (dizaine).

Calcul du 1er chiffre de contrôle possible (d'application à toutes les mutualités) :
L'unité du résultat de l'addition représente le chiffre contrôle que se place en première position.

Calcul du 2e chiffre de contrôle possible (d'application à la mutualité 319) :
On reprend le même calcul que ci-dessus et on augmente la somme obtenue de 4.

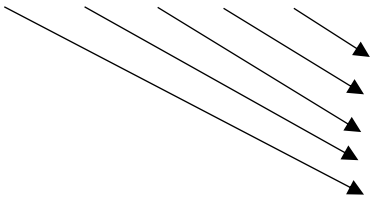
Calcul du 3e chiffre de contrôle possible (d'application à la mutualité 319) :
On reprend le même calcul que ci-dessus et on augmente la somme obtenue de 8.

Calcul du 4e chiffre de contrôle possible (d'application à la mutualité 306) :
On reprend le même calcul que ci-dessus et on augmente la somme obtenue de 5.

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

Exemple :

Identification du titulaire							Date de naissance					
C.C.	Racine						Jour		Mois		Année	
6, 0, 4 ou 1	0	2	8	2	7	6	2	3	0	6	6	1



6 x 2 = 12 - 9 = 3
+ 7
2 x 2 = 4 + 4
+ 8
2 x 2 = 4 + 4
+ 0
SOMME = 2**6**

6 est en principe le chiffre de contrôle.
S'il ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute « 4 » à la SOMME.

+ 4
= 3**0**

S'il ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute « 8 » à la SOMME.

+ 8
= 3**4**

S'il ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute « 5 » à la SOMME.

+ 5
= 3**1**

C.C. = chiffres de contrôle »

Dans cet exemple, 3 n° d'identification sont possibles à la mutualité 319 :

6 028276
0 028276
4 028276

A la mutualité 306, 2 n° d'identification sont possibles :

6 028276
1 028276

Dans les autres mutualités (304, 309, 311, 322, 323), seul un n° d'identification est possible :

6 028276

Centralisation de l'activité traitement support magnétique/électronique des mutualités wallonnes – ressources partagées
La facturation papier est transmise à la mutualité de destination.

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

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

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

(☞4) **Fusion des mutualités Solidaris Wallonie en janvier 2022.**
A partir du 1er janvier 2022, les mutualités socialistes wallonnes fusionnent pour ne former qu'une seule mutualité : « 319 Solidaris Wallonie ».
Les mutualités Solidaris concernées sont : 305 Brabant wallon, 315 Mons-Wallonie picarde, 317 Centre-Charleroi-Soignies, 319 Liège et 325 Province de Namur.
La mutualité socialiste 323 du Luxembourg ne fait donc pas partie de ce regroupement.

Toutefois, les différents sites de traitement de vos données ne changent pas, que ce soit pour la facturation via support magnétique, via (My)Carenet ou via support électronique eFact ou que ce soit pour la facturation papier et ses annexes.

Quels changements dans le fichier de facturation ?
Dans le fichier de facturation, il faudra tenir compte des nouveaux numéros d'inscriptions des bénéficiaires, les n° de mutualités 305, 315, 317 ou 325 étant remplacés par un n° d'inscription à la mutualité 319, pour toute facturation reçue à partir de janvier 2022 (cf. mutualité d'affiliation Record Type 20/80 Zone 7 et Identification du bénéficiaire sans NISS Record Type 20/80 8a-8b).

A noter : dans les cas d'exceptions où vous utilisez le n° d'identification du membre à défaut de son NISS (Record Type 20/80 8a-8b), il vous faudra changer, tant le n° de mutualité (RT 20 Zone 7) que ce n° d'identification (dont une partie reprend le n° d'inscription à la mutualité).
Exemple : 315/C*XXXXXX*-JJMMAAAA deviendra 319/C*YYYYYY*-JJMMAAAA.

- **Si vous facturez via support magnétique ou via (My)Carenet :**

Rien ne change au niveau de la mutualité de destination (Record Type 20/80 Zone 18).

- **Si vous facturez via support électronique e-Fact**

Au niveau de la mutualité de destination (Record Type 20/80 Zone 18), vous appliquerez les mêmes principes que pour les facturations via support magnétique ou (My)Carenet.

C'est-à-dire que vous indiquerez « 300 » en mutualité de destination pour tous les affiliés, sauf pour les affiliés de la mutualité du Brabant pour laquelle vous continuerez d'indiquer « 306 ».
Ceci s'applique pour toutes les facturations que nous recevrons à partir du 1er janvier 2022.

Exemples :
- Pour les prestations effectuées et les médicaments délivrés **à partir du 01/01/2022** pour des assurés de l'ancienne mutualité 315 et **facturés à partir du 01/01/2022** :
  - RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 319
  - RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 300
- Pour les prestations effectuées et les médicaments délivrés **avant le 01/01/2022** pour des assurés de l'ancienne mutualité 315 et **facturés à partir du 01/01/2022 :**
  - RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 319
  - RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 300

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

13 caractères numériques :

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

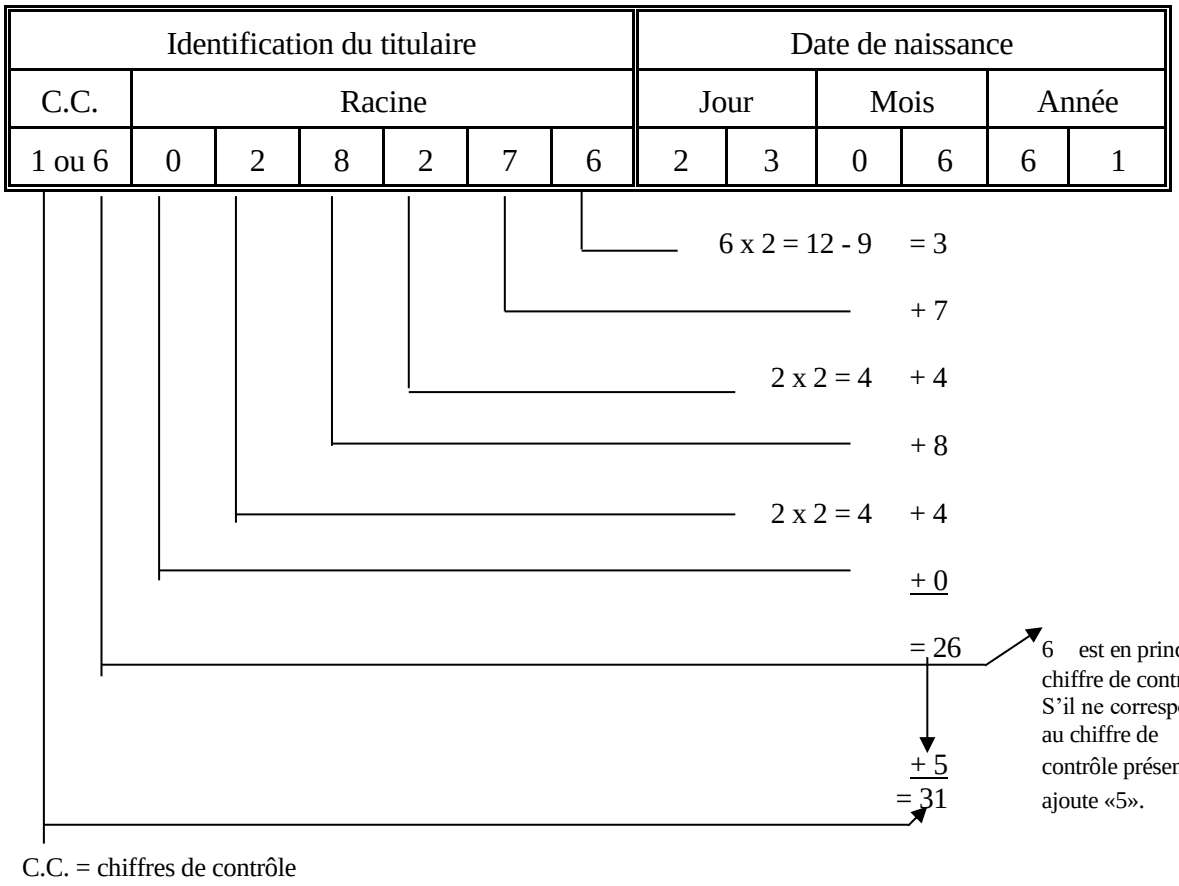
Règle de calcul du chiffre de contrôle du numéro d'identification du titulaire :

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

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

Additionner ces résultats au :
2ème chiffre (cent mille);
4ème chiffre (mille);
6ème chiffre (dizaine).

L'unité du résultat de l'addition représente le chiffre contrôle que se place en première position.
Si le chiffre de contrôle calculé ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute «5» au chiffre de contrôle calculé.
Si le chiffre de contrôle correspond au chiffre de contrôle présent, le numéro d'identification du bénéficiaire est exact pour le calcul du chiffre de contrôle.
S'il ne correspond pas, le numéro d'identification est erroné.



(☞4) **Fusion de la mutualité 418 avec la mutualité 414**

Le 01/01/2022, la mutualité 418 (Mutualité Libérale du Luxembourg) fusionnera avec la mutualité 414 (Mutualité Libérale de Liège). Les assurés affiliés à la mutualité 418 seront transférés à la mutualité 414.

Identification de la nouvelle entité : **ML LIEGE LUXEMBOURG**
E40 - Business Park - Rue de Bruxelles 174G
4340 Awans

Concrètement, cela signifie :

- Les prestations fournies et les médicaments délivrés **avant le 01/01/2022** aux assurés affiliés à la 418 et facturé(e)s à partir du 01/01/2022 :
  - RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 418
  - RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 400
  - La facturation papier y afférente, les différents documents administratifs et médicaux devront être envoyés à l'Union nationale des Mutualités Libérales.

- Les prestations fournies et les médicaments délivrés **à partir du 01/01/2022** aux assurés affiliés à l'ancienne mutualité 418 :
  - RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 414
  - RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 400
  - La facturation papier y afférente, les différents documents administratifs et médicaux devront être envoyés à l'Union nationale des Mutualités Libérales.

Les pièces médicales, qui auparavant étaient envoyées aux mutualités 414 et 418, devront désormais être envoyées à l'adresse suivante : **AVENUE DE LA GARE 37 à 6700 ARLON**.

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

– les prestations opérées **avant** le 01/01/2022 = mutualité 418
– les prestations opérées **à partir** du 01/01/2022 = mutualité 414

À partir du **01/09/2022**, toutes les prestations accomplies avant le 01/01/2022 devront être uniquement facturées avec l'identification de la mutualité 414.

Informations sur la fusions

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

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

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

Erreur bloquante à partir du 01/01/2023

À partir du 01/01/2023, la facturation via identification de la mutualité 418 sera interdite et entraînera une **erreur bloquante**.

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

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

numéro du bénéficiaire | check-digit modulo 97

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

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

Exemple :

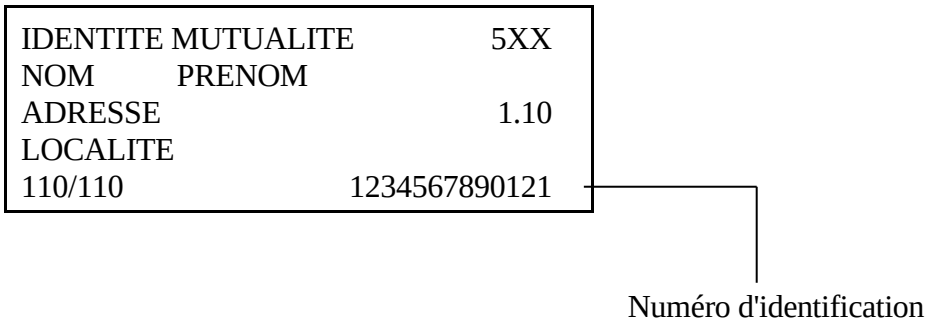
Numéro du bénéficiaire = 12345678901; check-digit = 21

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

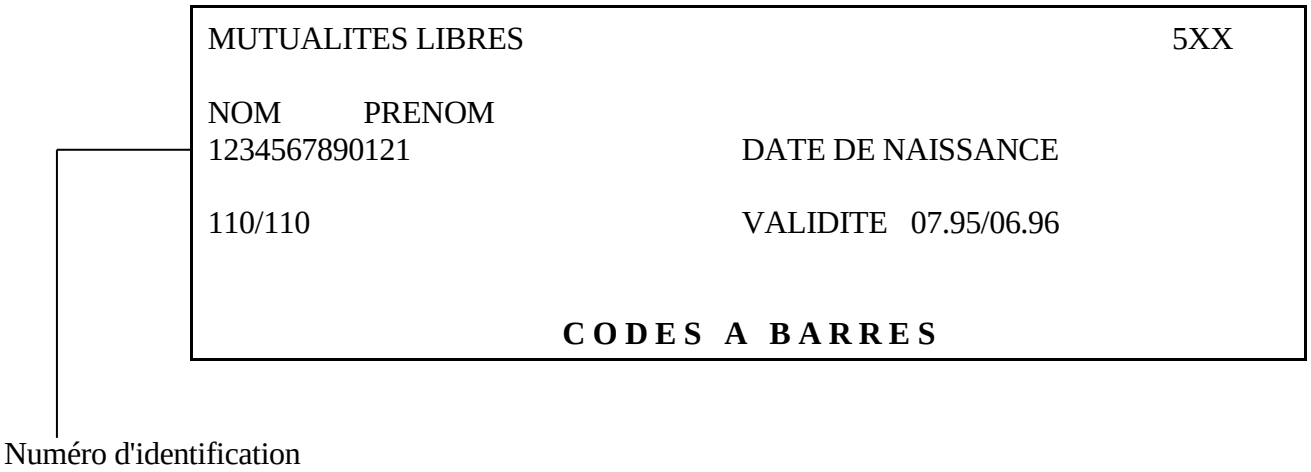
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	1

numéro du bénéficiaire | check-digit

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



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



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

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

Fusion mutualité 506 et 509 au 1/1/2020

A partir du 01/01/2020, les mutualités 509, Partenamut et 506, Omnimut, ne forment plus qu'une seule entité juridique, sous la dénomination « Partena-Mutualité Libre » (en abrégé Partenamut) et le numéro 509.

Au 01/01/2020, les bases de données des deux mutualités, auront également fusionné, entraînant la disparition de la mutualité 506 pour laisser place à :

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

Tous les membres de la 506 passent donc dans l'entité 509 et reçoivent un nouveau numéro de membre.

Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1er janvier 2020.

Cela change-t-il quelque chose pour vous ?

Oui car les patients de la mutualité 506 recevront un nouveau numéro de membre lié à l'entité 509. Dès lors il ne faut pas uniquement changer le numéro de la mutualité sur vos facturations mais également le numéro d'identification du patient.

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

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

Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1er janvier 2020.

Dans la pratique pour les hôpitaux

- Pour les patients hospitalisés au 31/12/2019:
  - vous recevrez pour chaque patient membre de la mutualité 506, un message de mutation 730000 avec le nouveau numéro de mutualité 509 et les nouvelles données d'identification à partir de 01/01/2020.
  - Les accords médicaux donnés par la mutualité 506 seront automatiquement repris dans la mutualité 509 et ce jusqu'à 31/12/2019.
  - En ce qui concerne la facturation de vos prestations ambulatoires : si la facturation se base sur un **engagement de paiement** 801900 (de la mutualité 506), cette facture sera acceptée.
  - Si votre facturation papier ambulatoire est basée sur une vignette qui renvoie à la mutualité 506, ces prestations seront automatiquement converties par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 à partir de 01/01/2020

- *Pour les hospitalisations de patients 506 clôturées au 31/12/2019, vous pouvez nous envoyez les messages s'y rapportant même en 2020 avec les données de la 506. Notre système les convertira.*
  - *Si vous utilisez les données du message 730000 lors de la facturation du séjour, les prestations facturées seront acceptées. Idem pour les factures supplémentaires éventuelles.*
  - ***Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !***

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

Dans la pratique pour les pharmaciens

- Etant donné que la facturation des pharmaciens est basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur la base de cet engagement de paiement même si celui-ci fait référence à la 506 et est utilisé en 2020.

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

Dans la pratique pour les maisons médicales

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509.

Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet (via vos prestataires de soins).

- Les abonnements ouverts par la mutualité 506 seront automatiquement repris dans la mutualité 509.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**

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

Dans la pratique pour les infirmiers

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509.
- Pour que la facturation de vos soins en 2020 soit correcte, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Les accords médicaux et les notifications donnés par la mutualité 506 seront automatiquement repris dans la mutualité 509 et ce pour tout l'historique.

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

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509.
- Si vous facturez via MyCareNet, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Nous vous invitons, à partir du 01/01/2020 et dans tous les cas avant toute facturation en 2020 à consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

Règles particulières pour la facturation du tiers-payant papier centralisé à l'Union

- Veuillez toujours mentionner le NISS des patients sur vos factures papier.
- Pour les tiers qui travaillent avec le tiers-payant manuel : lorsque la vignette mentionne les données d'identification à la mutualité 506 au lieu de la 509, notre organisme assureur y apportera les corrections nécessaires.
- Pour les services de tarification qui assurent le traitement des tiers-payants manuels: nous vous invitons, à partir du 01/01/2020 et dans tous les cas avant votre facturation en 2020, à consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

L'adresse de la facturation centralisée du tiers-payant sur papier est et reste :

Union Nationale des Mutualités Libres
PO Box 80500
1070 Bruxelles

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

Union Nationale des Mutualités Libres
Route de Lennik 788 A
1070 Bruxelles

Avez-vous encore des questions ?

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

Fusion mutualité 501 et 526 au 1/1/2022

A partir du 01/01/2022, les mutualités 526 « Partena Ziekenfonds Vlaanderen » et 501 « Onafhankelijke Ziekenfonds », ne forment plus qu'une seule entité juridique, sous la dénomination « Helan Onafhankelijk ziekenfonds » et le numéro 526.

Au 01/01/2022, les bases de données des deux mutualités, auront également fusionné, entraînant la disparition de la mutualité 501 pour laisser place à :

Helan Onafhankelijk Ziekenfonds (526), Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

Tous les membres de la 501 passent donc dans l'entité 526 et reçoivent un nouveau numéro de membre.

Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1er janvier 2022.

Cela change-t-il quelque chose pour vous ?

Oui car les patients de la mutualité 501 recevront un nouveau numéro de membre lié à l'entité 526. Dès lors il ne faut pas uniquement changer le numéro de la mutualité sur vos facturations mais également le numéro d'identification du patient.

Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !
Cette opération entrainerait un rejet de votre facturation. Le N° de Mutualité fait partie intégrante du N° d'identification.
501-YYYYYYYYYYYY devient 526-XXXXXXXXXXXX

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

Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1er janvier 2022.

Dans la pratique pour les hôpitaux

- Pour les patients hospitalisés au 31/12/2021:
  - vous recevrez pour chaque patient membre de la mutualité 501, un message de mutation 730000 avec le nouveau numéro de mutualité 526 et les nouvelles données d'identification à partir de 01/01/2022.
  - Les accords médicaux donnés par la mutualité 501 seront automatiquement repris dans la mutualité 526 et ce jusqu'à 31/12/2021 inclus.
  - En ce qui concerne la facturation de vos prestations ambulatoires : si la facturation se base sur un **engagement de paiement** 801900 (de la mutualité 501), cette facture sera acceptée.
  - Si votre facturation papier ambulatoire est basée sur une vignette qui renvoie à la mutualité 501, ces prestations seront automatiquement converties par nos services en nouvelles données de la mutualité 526 à partir de 01/01/2022.

- *Pour les hospitalisations de patients 501 clôturées au 31/12/2021, vous pouvez nous envoyez les messages s'y rapportant même en 2022 avec les données de la 501. Notre système les convertira.*
- *Si vous utilisez les données du message 730000 lors de la facturation du séjour, les prestations facturées seront acceptées. Idem pour les factures supplémentaires éventuelles.*
- ***Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !***

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

Dans la pratique pour les pharmaciens

- Etant donné que la facturation des pharmaciens est basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur la base de cet engagement de paiement même si celui-ci fait référence à la 501 et est utilisé en 2022.

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

Dans la pratique pour les maisons médicales

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 526.

Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet.

- Les abonnements ouverts par la mutualité 501 seront automatiquement repris dans la mutualité 526.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**

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

Dans la pratique pour les infirmiers

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 526.
- Pour que la facturation de vos soins en 2022 soit correcte, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Les accords médicaux et les notifications donnés par la mutualité 501 seront automatiquement repris dans la mutualité 526 et ce pour tout l'historique.

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

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 526.
- Si vous facturez via MyCareNet, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Nous vous invitons, à partir du 01/01/2022 et dans tous les cas avant toute facturation en 2022 à consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

Règles particulières pour la facturation du tiers-payant papier centralisé à l'Union

- Veuillez toujours mentionner le NISS des patients sur vos factures papier.
- Pour les tiers qui travaillent avec le tiers-payant manuel : lorsque la vignette mentionne les données d'identification à la mutualité 501 au lieu de la 526, notre organisme assureur y apportera les corrections nécessaires.
- Pour les services de tarification qui assurent le traitement des tiers-payants manuels: nous vous invitons, à partir du 01/01/2022 et dans tous les cas avant votre facturation en 2022, à consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

L'adresse de la facturation centralisée du tiers-payant sur papier est et reste :

Union Nationale des Mutualités Libres
PO Box 80500
1070 Bruxelles

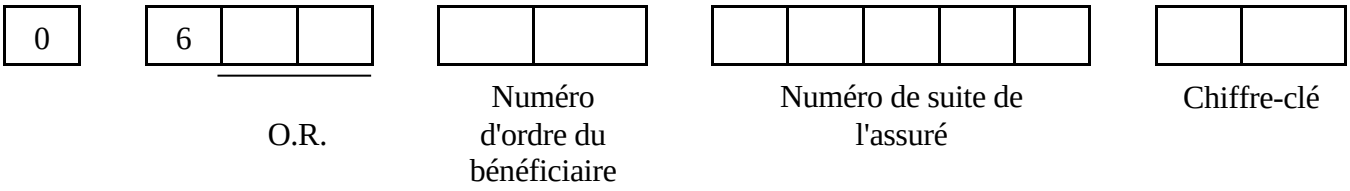
L'adresse de facturation de tous les envois électroniques est et reste :

Union Nationale des Mutualités Libres
Route de Lennik 788 A
1070 Bruxelles

Avez-vous encore des questions ?

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

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



Numéro d'identification :

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

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

- Le deuxième chiffre est un 6 (O.A. = Caisse auxiliaire)

- Les deux chiffres suivants identifient le bureau local au sein de l'office régional ou l'office régional au sein de l'O.A.

Les deux chiffres peuvent uniquement être les suivants :

01 : office régional d'Anvers

02 : office régional **de Bruxelles-Capitale**

03 : office régional de la Flandre Occidentale

04 : office régional de la Flandre Orientale

05 : office régional du Hainaut - bureau de Mons

15 : office régional du Hainaut - bureau de Charleroi

06 : office régional de Liège

07 : office régional du Limbourg

08 : office régional du Luxembourg

09 : office régional de Namur

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

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

12 : office régional Brabant Flamand

22 : office régional Brabant Wallon

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

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

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

Ce numéro identifie le titulaire et ses personnes à charge dans le cadre de l'office régional ou du bureau local de l'office régional.
Le numéro de suite de l'assuré et de ses personnes à charge est le même.
Les personnes à charge sont identifiées au moyen de leur numéro d'ordre (voir ci-avant point 3).

Remarque : Les 0 à gauche sont indiqués.

Conventions Internationales : Le premier chiffre du numéro de suite est toujours 9.
Ce chiffre indique qu'il s'agit du numéro d'identification d'un assuré social étranger séjournant temporairement en Belgique.
(formulaires E.111, E.112 ou documents bilatéraux équivalents des conventions internationales).

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

Formule : modulo 97 :
Le chiffre-clé est calculé sur les 11 positions numériques précédentes, à savoir :
- le code organisme assureur + office régional;
- le numéro d'ordre du bénéficiaire;
- le numéro de suite de l'assuré.

Il est égal au reste de la division de ces 11 chiffres par 97.
Si le reste est égal à 0, le chiffre-clé est 97.

Pour les conventions internationales:
modulo 97 (voir si dessus)
ou
modulo 89 (à partir du 1/6/2015):
Le chiffre-clé est calculé sur les 11 positions numériques précédentes, à savoir :
- le code organisme assureur + office régional;
- le numéro d'ordre du bénéficiaire;
- le numéro de suite de l'assuré.

Il est égal au reste de la division de ces 11 chiffres par 89.
Si le reste est égal à 0, le chiffre-clé est 89

Régime général

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

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

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

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

10 = descendant

Conventions Internationales

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

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

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

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

01 = conjoint

Titulaire : Exemple 06020091234/48 : 89 = 06020091234 reste 48 = check-digit

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

Personne à charge : Exemple 06020191234/12 : 89 = 06020191234 reste 12= check-digit

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

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

Exemple :

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

Numéro d'identification

<u>Numéro d'affiliation à la C.S.S.</u> = **13 N**

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

<u>Signification des rubriques</u> :

1 Code Catégorie :

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

2 Identification du titulaire :

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

3 Année de naissance du titulaire

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

4 Numéro de suite :

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

5 Chiffre auto-contrôle :

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

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

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

5 + 4 + 4 + 0 = 13

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

0 x 2 = 00
0 + 0 + 13 = 13

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

9 x 2 = 18
1 + 8 + 13 = 22

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

4 x 2 = 08
0 + 8 + 22 = 30

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

0 x 2 = 00
0 + 0 + 30 = 30

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

10 - 0 = 10

6 Numéro de Rang :

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

00 = titulaire
> 00 = personne à charge du titulaire

Aperçu des annexes

Annexe 1 : Liste des adresses des centres de calcul auxquels les supports magnétiques doivent être envoyés.

Annexe 1.1 : Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.

Annexe 2 A : Bordereau d'expédition pour supports magnétiques

Annexe 2 B : Etat pour la facturation dans le système du tiers payant, de prestations ne figurant pas sur une note d'hospitalisation.

Annexe 3 : Dessin support magnétique.

Annexe 4 : Etiquette externe.

Annexe 5.1 : Description de la codification des erreurs.

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

Annexe 5.3 : Bande de décompte.

Annexe 6 : Dessin d'enregistrement.

Annexe 7 : Libellé des zones.

Annexe 8 : Remplissage des différentes zones en fonction de l'identité de l'institution qui facture.

Annexe 9 : Utilisation de la zone "intervention personnelle" et zone "supplément".

Annexe 10 : Transferts les plus fréquents des nouveau-nés.

Annexe 11 : Transmission des données de facturation par support magnétique ou électronique des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP.
Application de l'art. 6, § 16, 3° du Règlement du 28/7/2003.

Annexe 12 : Facturation sur support magnétique par les Maisons Médicales.

Annexe 13 : Facturation sur support magnétique par les Maisons de Soins Psychiatriques.

Annexe 14 : Règles d'arrondis pour les médicaments.

Annexe 15 : Facturation de la nutrition parentérale au domicile du patient.

Annexe 16 : Structure des numéros d'identification INAMI.

Annexe 17 : Forfaitarisation des médicaments en hôpital.

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

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

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

Annexe 21 : Facturation du transport urgent de malades.

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

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

Annexe 24 : Soins à basse variabilité.

Annexe 25 : Lecture des données d'identité en milieu hospitalier.

Annexe 1

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

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

Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.

O.A. **Nom**	**Numéro Tél.**	**Numéro Fax**	**Compétence**

A.N.M.C.

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

Analyse et rejets:
- Tiers REFAC: Point Unique de Contact (PUC)
- Autres tiers: Contact Center Soins de Santé (mycarenet@mc.be; 02/246.43.28)

U.N.M.N.

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

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

Helpdesk: supports@unmn.be

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

Helpdesk: ccq@unmn.be

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

Helpdesk: modcare@unmn.be

U.N.M.S.

(☞2) Documents et flux Carenet : helpdesk.carenet@socmut.be
Tiers payant électronique : factuur.300@socmut.be
Tarification : tar.300@socmut.be

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

M.L.O.Z.

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

Numéro de fax : 02/778.94.06

Adresse E-mail :
Opercontfac@mloz.be

C.A.A.M.I.

Helpdesk facturation électronique (NL): 02 229 34 34
Helpdesk facturation électronique (FR): 02 229 34 33

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

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

Numéro de fax : 02 229 34 38

C.S.S. de HR RAIL

(☞2) Mr Sören COEMAN
Adresse E-mail: 900-factura@hr-rail.be

Annexe 2 A

BORDEREAU D'EXPEDITION POUR SUPPORTS MAGNETIQUES

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

Identification établissement :

Dénomination :
Adresse :
Code postal - Commune :
N° d'agréation :
Numéro BCE :
N° compte de l'Ets. :
IBAN de l'Ets. :
BIC de l'Ets.
N° compte Conseil méd :
IBAN du Conseil méd :
BIC du Conseil méd :

Identification Conseil médical (2) :

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

Identification organisme assureur :

Dénomination :
Adresse :
Code postal - Commune :

Facturation AMBULANT - HOSPITALISE - MIXTE (1)
Version fichier (zone 4) : ...
N° envoi (zone 7) : ...
Identification supports magnétiques : N° ...
Année et mois facturés (zones 22-23) : .../...
Date de création (zone 25-26) :
Responsable : Nom - Prénom : ...

N° mutualité	Nombre d'enregistrements (a)	N° de contrôle par mutualité (b)	Montants à charge de l'O.A. cpte Ets. (c)	cpte Cons méd. (d)	Total (e)
000					
001					
002					
.					
.					
099					
Totaux	Somme des nombres repris ci-dessus + 2				

Visa établissement (hospitalier) :

Date :
Nom :
Fonction :
Signature

Visa Conseil médical :

Date :
Nom :
Fonction :
Signature

Réservé à l'organisme assureur :
Date de réception :
Nom :
Signature

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

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

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

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

- Sur la ligne "Totaux", on indiquera le numéro de contrôle de l'envoi (cf. type d'enregistrement 90 zone 98).

Directives concernant l'utilisation du bordereau d'expédition

- Dans le cas du système de facturation 1) il y a lieu de compléter les colonnes (a), (b) et (e), la colonne (c) étant facultative; seul le visa de l'établissement (hospitalier) est apposé.

- Dans le cas du système de facturation 2) il y a lieu de compléter les colonnes (a), (b), (c), (d) et (e); le visa du Conseil médical doit être apposé en regard du visa de l'établissement (hospitalier).

- Dans le cas du système de facturation 3) il y a lieu de compléter toutes les colonnes. Dans ce cas, le bordereau d'expédition peut être composé de deux volets; une première partie où les colonnes (a), (b) et (c) sont complétées, et une deuxième partie où les colonnes (a), (b) et (d) sont complétées. Avant expédition, il faut cependant fixer ensemble les deux volets, et sur chacun doivent figurer les visas des deux parties (établissement (hospitalier) & Conseil médical).

- Dans le cas du système de facturation 4) il y a lieu de compléter toutes les colonnes. Dans ce cas, le bordereau d'expédition doit être composé de deux volets; une première partie où les colonnes (a), (b), (c) et (d) sont complétées, et une deuxième partie où les colonnes (a), (b) et (d) sont complétées. Avant expédition, il faut cependant fixer ensemble les deux volets, et sur chacun doivent figurer les visas des deux parties (établissement (hospitalier) & Conseil médical).

Ordre séquentiel

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

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

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

Annexe 2B

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

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

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

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

TOTAL

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

Date :
Nom :
Signature :

(1) A remplir si le montant de l'intervention de l'assurance est versé sur le compte de l'établissement.
(2) A remplir le cas échéant.
(3) A remplir lorsqu'il s'agit du décompte pour 1 seul dispensateur.

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

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

EDITION 2021

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

Annexe 3

Dessin support magnétique.

A partir du 1er juillet 2008, un support magnétique ne peut plus contenir qu'un seul fichier de facturation logique (envoi).
Un envoi forme un fichier logique qui commence par un ET 10 et finit par un ET 90.
Un bordereau d'envoi est exigé par envoi (en triple exemplaires).

1 fichier physique avec 1 fichier logique.

La zone 1 de l'enregistrement de type 10 du fichier logique se trouve dans les deux premières positions du fichier physique.
Les enregistrements sont inscrits consécutivement sans signe séparateur distinct (comme par ex. "CR").
La zone 99 de l'enregistrement de type 90 du fichier logique se trouve dans les deux dernières positions du fichier physique.

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

Annexe 4

Etiquette externe

A	B	C	D	E	F	G
XXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX	XXX	XXXXXX	XXX	XXX

L'étiquette

Cette étiquette peut être lue comme suit :

A : X X X X X X X : La version du fichier

B : X X X X X X X X X X X X : Le numéro du tiers payant (ET 10 Z 14).

C : X X X : Le numéro de l'envoi (ET 10 Z 7).

D : X X X : Le numéro de l'organisme assureur (100, 200, 300, 400, 500, 600 ou 900).

E : X X X X X X : Les quatre premières positions donnent l'année : 1998, 1999, 2000, 2001, ... (ET 10 Z 22) et les deux suivantes donnent le mois : 01 ... 12 (ET 10 Z 23).

F : X X X : Le numéro d'ordre de la bande magnétique.
(000 : dans le cas où le fichier se trouve sur un seul support magnétique
ou
001, 002, ... : dans le cas où le fichier se trouve sur plusieurs supports magnétiques, les différents supports successifs doivent être numérotés)
Pour les disquettes, cette valeur est toujours égale à 000 (Multi-volumes plus autorisés)

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

Structure de la codification des anomalies

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

RR = type d'enregistrement.

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

NN = numéro d'ordre attribué à l'anomalie.
La partie "NN" donne les possibilités suivantes:
00 jusque et y compris 99
a0 jusque et y compris a9
…
z0 jusque et y compris z9
0a jusque et y compris 0z
…
9a jusque et y compris 9z

Accords:
La zone (111b, 112b ou 113b) peut uniquement contenir des caractères de « 0 » jusque et y compris « 9 » et de « a » jusque et compris « z ».
Si la zone ne comporte pas de code erreur, elle est remplie par des zéros (0)

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

01 = donnée non numérique.

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

03 = donnée non autorisée.

09 = caractères interdits.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nature des erreurs

Les anomalies peuvent être de diverses natures.

B : erreur bloquante.

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

R : erreur entraînant un rejet.

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

(☞7) E : erreurs qui n'entrainent pas de rejet et qui ne sont pas comptabilisées dans le taux d'erreurs mais qui sont communiquées (de manière informative) sur le fichier de décompte.

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

Principes

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

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

B RRZZ01 : Montant non numérique
B RRZZ05 : Première position du montant différente de + ou -
B RRZZ06 : Partie numérique de la zone contient un montant signé

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

B RRZZ01 : Contenu zone différent de zéro
B RRZZ04 : X premier(s) (dernier) chiffre(s) de la zone différent(s) de zéro

Règles des contrôles

a) Anomalies bloquantes et non-bloquantes

Il y a deux types d'erreurs bloquantes :

Type "B" : Ces erreurs bloquent la procédure de contrôle.
Le fichier de facturation entier est rejeté et renvoyé à l'établissement de facturation.

Toutes les communications d'erreurs dans les enregistrements de type 10 et 90 sont bloquantes, ainsi qu'un nombre restreint d'erreurs dans les enregistrements de type 20, 30, 40, 50, 51, 52 et 80.

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

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

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

b) Seuils de tolérance

I. Processus de calcul du seuil de tolérance

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

Les seuils de tolérance sont calculés selon la formule suivante :

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

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

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

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

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

Le seuil de tolérance est fixé à 5 %.
A partir du 1/4/2020, les laboratoires et les hôpitaux peuvent choisir un pourcentage inférieur à 5% et communiquer cela aux OA via les adresses e-mail suivantes :
OA100: Point Unique de Contact
OA200: CCQ@LNZ.BE
OA300: 300.pourcentage@solidaris.be
OA400: gerda.heymans@lm.be en Gezondheidszorgen1@lm.be
OA500: contfac@mloz.be
OA600: elecfac@caami.be
OA900: 900-factura@hr-rail.be
Si souhaité, le pourcentage peut régulièrement être modifié (par e-mail à chaque fois).
Les OA envoient à chaque fois dans les 5 jours ouvrables un accusé de réception avec communication de la date à partir de laquelle (date de réception du fichier de facturation), le pourcentage est adapté dans leur fichier.

Annexe 5.2

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME ASSUREUR

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

ETABLISSEMENT : XXXX

FICHIER DE DECOMPTE

Quelques concepts :

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

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

Dessin d'enregistrement pour le fichier de décompte

			10	20	21	30	40	50	51	52	80	90
1 à 99	350	1	Enregistrement initial									
100	3N	351	Identification envoi (= ET 10 Z 7)									
101	8N	354	Date création O.A.	Date création envoi (= ET 10 Z 25-26)								9
102	6N	362	1	Mois et année de facturation (= ET 10 Z 22-23)								9
103	3N	368	1	Mutualité (= ET 20 Z 18)								9
104	12N	371	1	0	0						0	9
105	12N	383	1	0	0						0	9
106	12N	395	9									
107	3N	407	1	CT1 ou 0	0	CT1	CT1	CT1	CT1	0	0	9
108	3N	410	1	CT2 ou 0	0	CT2	CT2	CT2	CT2	0	0	9
109	22A	413	1	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	9
110	22A	435	1	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	9
111a	1A	457	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1
111b	4N+2A	458	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1
112a	1A	464	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2
112b	4N+2A	465	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2
113a	1A	471	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3
113b	4N+2A	472	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3
114	1A+11N	478	1	0	0	Montant tarifé Compte A	Montant tarifé Compte A	Montant tarifé Compte A	0	0	Montant tarifé Compte A	9
115	1A+11N	490	1	0	0	Montant tarifé Compte B	Montant tarifé Compte B	Montant tarifé Compte B	0	0	Montant tarifé Compte B	9
116	1A+11N	502	1	0	0	Montant tarifé patient	Montant tarifé patient	Montant tarifé patient	0	0	Montant tarifé patient	9
117	7N	514	1	0	0	Code nomenclature corrigé	Code nomenclature corrigé	Code nomenclature corrigé	0	0	0	9
118	1N	521	1	0								9
119	1A+11N	522	1	0	0	Résultat OA	Résultat OA	Résultat OA	0	0	0	9
149	200A	534	1	Commentaire du code erreur								9
150a	1A+11N	734	1	0	0	Réservé (réforme de l'état)	Réservé (réforme de l'état)	Réservé (réforme de l'état)	0	0	Réservé (réforme de l'état)	9
150b	49A	746	1	Réserve								9
151	6N	795	1	Index								9

PRINCIPES RELATIFS A LA DELIVRANCE D'UN FICHIER DE DECOMPTE

1. La délivrance d'un fichier de décompte est liée à la transmission du fichier de facturation par le système (My)CareNet.
2. Les fichiers de décompte sont établis par les 7 organismes assureurs au niveau national.
3. Un fichier de décompte est transmis par paiement (un ou plusieurs par envoi) par l'OA.
   En cas de paiement sur 2 comptes bancaires différents, un seul fichier de décompte est transmis.

   Le paiement s'effectue pour tous les organismes assureurs via un paiement central par UNION à l'exception de l'UNMS (paiement séparé et fichier de décompte distinct pour mutualité 306).

   Les traitements d'un fichier de facturation peuvent être répartis dans plusieurs fichiers de décomptes, avec la restriction que l'ensemble des traitements par une mutualité ne peut être divisé.

5. Toutes les factures d'un fichier de facturation seront finalement reprises dans un fichier de décompte
   - s'il s'agit d'une facture entièrement acceptée, seuls les enregistrements de type 20 et 80 doivent être repris;
   - s'il s'agit d'une facture partiellement acceptée, en plus des enregistrements de type 20 et 80, les enregistrements erronés intermédiaires doivent être repris;
   - s'il s'agit d'une facture entièrement rejetée, tous les enregistrements de la facture concernée doivent être repris.
6. Trois codes rejets sont, au maximum, mentionnés par enregistrement rejeté.
7. En cas de correction automatique par les organismes assureurs, le montant tarifié (et donc effectivement payé) est mentionné dans la zone 114 et/ou 115. Il n'y a aucun code de rejet mentionné dans la zone 111, 112 ou 113.
8. Le fichier est encadré par un enregistrement de début et de fin, dans lequel chaque position de chaque zone est complétée par des données non significatives,
   - «1» dans l'ET 10, à l'exception des zones 1 à 101 incluse et 111 à 113 incluse,
   - «9» dans l'ET 90, à l'exception des zones 1 à 100 incluse et 111 à 113 incluse.
9. Les zones 114/115 du fichier de décompte doivent être complétées comme suit :
   - S'il s'agit d'un ET 20: toujours 0
   - S'il s'agit d'un ET 21: toujours 0
   - S'il s'agit d'un ET 51, 52: toujours 0
   - S'il s'agit d'un ET 30, 40, ou 50 :

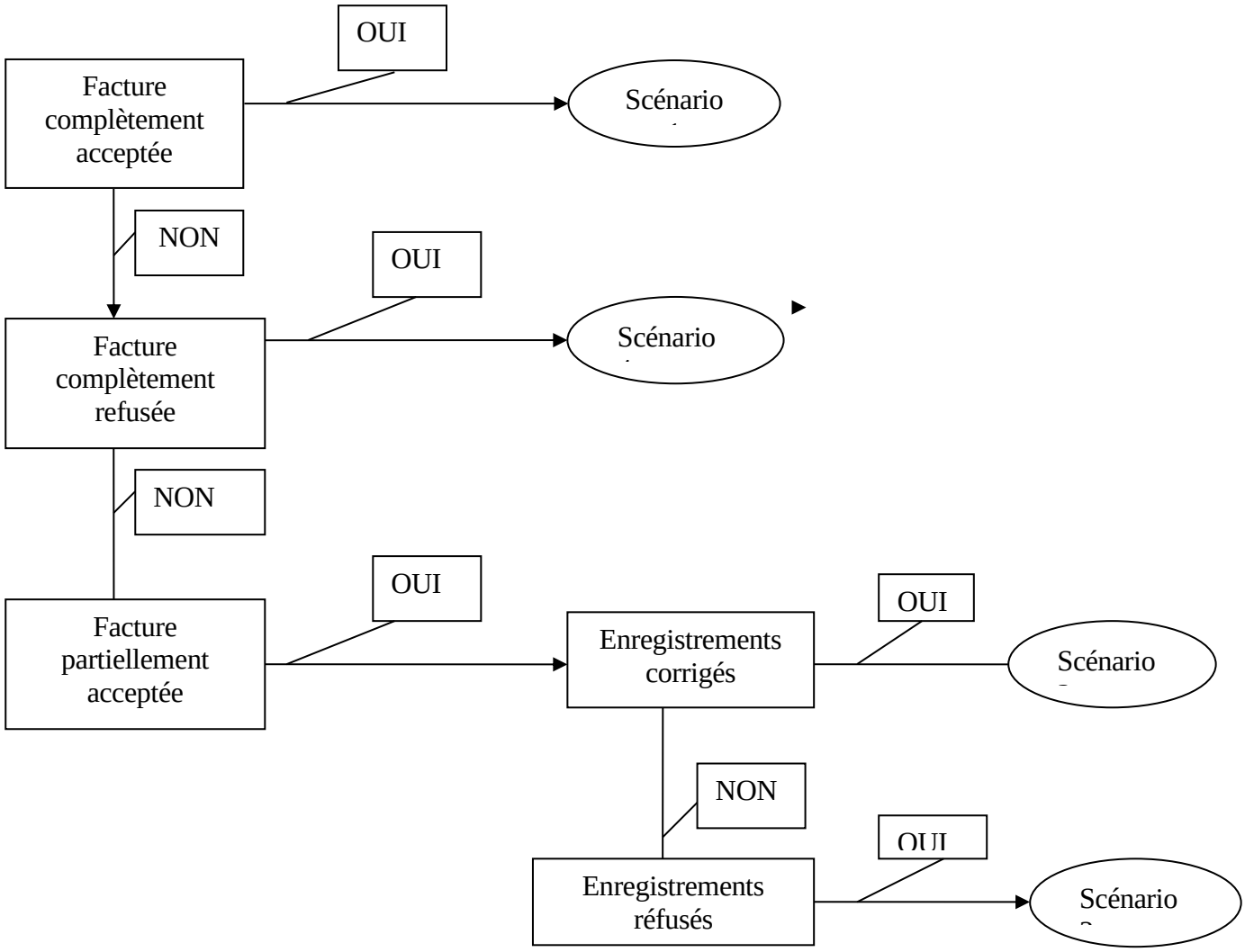
   Refus de l'enregistrement = 0

   Adaptation du montant facturé en – ou + = montant du remboursement (= montant tarifé)

   Acceptation de l'enregistrement = enregistrement ne figure pas sur le support de décompte
   - S'il s'agit d'un ET 80: montant effectivement payé (la différence entre les zones 19/15 et 114 / 115 correspond à la différence entre les zones 19 et 114 / 115 des ET 30, 40 et 50) (= montant tarifé).
10. La zone 119 (résultat OA) est complétée si les zones 111b, 112b ou 113b contiennent un code erreur XX1940. Elle est remplie avec le montant tarifié par l'OA

11. Les codes erreur de l'ET 20 doivent être prévus dans les ET 21, 30, 40, 50, 51, 52 et 80. Les codes erreur de l'ET 20 doivent être mentionnés en premier lieu, puis ceux des ET 21, 30, 40, 50 , 51, 52 et 80.
    Pour une facture rejetée suite à une erreur dans l'ET 20, les enregistrements de type 30, 40 et 50 correspondants sont mentionnés avec le code erreur respectif RR0119 (si aucune autre erreur ne peut être attribuée).
12. Les zones non définies sont complétées par des zéros.
13. Le fichier de facturation est trié de la façon suivante :
    1. numéro d'envoi;
    2. année et mois facturés;
    3. mutualité;
    4. numéro de suite de l'enregistrement original.

Fichier de décompte: Algorithme pour le remplissage des zones montant



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

Scénario 2 : ET 20 + 80 sur le fichier de décompte (ET 80 Z 114 = ET 80 Z 19 - ∑ des différences (Z 19 – Z 114) des ET 30, 40, 50)
ET 30 – 40 – 50 corrigé sur le fichier de décompte (ET 30 – 40 – 50 Z 114 = montant corrigé)

Scénario 3 : ET 20 + 80 sur le fichier de décompte (ET 80 Z 114 = ET 80 Z 19 - ∑ des différences (Z 19 – Z 114) des ET 30, 40, 50)
ET 30 – 40 – 50 refusé sur le fichier de décompte (ET 30 – 40 – 50 Z 114 = 0)

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

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

Fichier de décompte: remplissage des zones montant - Compte A

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

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

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

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

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

Différence 520,00 - 325,00 = 195,*00*

Annexe 6

Type d'enregistrements	10		20		21			30		40	
zone	position	Debut d'envoi	Position	Debut de facture	zone	position	Données lect. identité milieu hospitalier	position	Journees d'entretien	position	Produits pharmaceut.
1	1-2	enregist. de type 10	1-2	enregist. de type 20	1	1-2	enregist. de type 21	1-2	enregist. de type 30	1-2	enregist. de type 40
2	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	2	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.
3	9-9	code indice	9-9	autorisation t.p.	3	9-12	heure de lecture document identité	9-9	norme journ. entret.	9-9	norme prestation
4	10-16	version fichier	10-16	heure admission	4	13-20	date de lecture document identité	10-16	pseudo-code jour. ent. forf.	10-16	pseudo-code cat. medicament
5	17-24	n° compte financier a	17-24	date d'admission	5	21-21	type de saisie document identité	17-24	date 1er jour facture	17-24	date 1er jour facture
6 a	25-28		25-28					25-28		25-28	
6 b	29-32	0	29-32	date de sortie	6	22-22	type de support document identité	29-32	date dernier jour facture	29-32	date dernier jour facture
7	33-35	numero de l'envoi	33-35	n° mutualite affiliation	7	23-23	raison utilisation vignette	33-35	n° mutualite affiliation	33-35	n° mutualite affiliation
8 a	36-47	n° compte financier b	36-47				raison encodage	36-47		36-47	
8 b	48-48	0	48-48	identification du beneficiaire	8	24-24	manuel ou lect. à postériori	48-48	identification du beneficiaire	48-48	identification du beneficiaire
9	49-49	code s.f.p.	49-49	sexe beneficiaire	9	25-39	numéro de série de support	49-49	sexe beneficiaire	49-49	sexe beneficiaire
10	50-50	code fichier de decompte	50-50	type facture	10	40-348	0	50-50	accouchement	50-50	Accouchement
11	51-51	0	51-51	type facturation				51-51	ref. n° cpte financier	51-51	ref. n° cpte financier
12	52-52	0	52-52	0				52-52	0	52-52	0
13	53-55	contenu facturation	53-55	service 721 bis				53-55	code service	53-55	code service
14	56-67	n° tiers payant	56-67	n° ets. qui facture				56-67	lieu de prestation	56-67	lieu de prestation
15	68-79	n° accreditation cin	68-79	n° ets. de sejour				68-79	ident. conv./ets. sejour	68-79	ident. conv./ets. sejour
16	80-80	0	80-80	code levee delai prescr.				80-80	0	80-80	medicaments gratuits
17	81-84	0	81-84	causes traitement				81-84		81-84	
18	85-87	0	85-87	n° mutualite destination				85-87	prestation relative	85-87	prestation relative
19	88-99	0	88-99	n° admission				88-99	signe + montant o.a.	88-99	signe + montant o.a.
20	100-106	0	100-106					100-106	0	100-106	r date de la
21	107-107	0	107-107	date de l'accord traitement				107-107	0	107-107	prescription
22	108-112	annee facturee	108-112	heure de sortie				108-112	signe + nb. jours ou forf.	108-112	signe + nombre d'unites
23	113-114	mois facture	113-114	0				113-114	0	113-114	f unite
24	115-119	0	115-119	n° de facture individuelle				115-119	signe + ordre de grandeur frais de sejour	115-119	identification du prescripteur
25	120-126	date de	120-126					120-126		120-126	
26	127-127	date creation	127-127	applicat. franch. soc.				127-127	0	127-127	0
27	128-137	Numéro BCE	128-137	c.t.1 + c.t.2				128-137	signe + interv pers pat	128-137	signe + interv pers pat
28	138-162	ref. etablissement	138-162	ref. etablissement				138-162	ref. etablissement	138-162	ref. etablissement
29	163-164	0	163-164					163-164	0	163-164	0
30	165-166	0	165-166	numero de facture precedente				165-166	signe + montant supplement	165-166	signe + montant supplement
31	167-174		167-174					167-174		167-174	
32	175-175	bic - compte financier A	175-175	flag identif. benef.				175-175	excep. tiers payant	175-175	excep. tiers payant
33	176-176		176-176	0				176-176	code fact. i.p. ou suppl.	176-176	code fact. i.p. ou suppl.
34	177-177		177-177	numero de l'envoi precedent				177-177	0	177-177	code exception prophylaxie
35	178-178	0	178-178					178-178	0	178-178	
36	179-179		179-179					179-179	0	179-179	flag dci
37	180-182		180-182	n° mut. fact. preced.				180-182	0	180-182	f forme galenique
38	183-194	iban - compte financier a	183-194	reference mutualite n° compte financier a				183-194	0	183-194	n° office de tarification
39	195-204		195-204					195-204	0	195-204	signe + int. pers. pat. theoriq.
40	205-206		205-206	0				205-206	0	205-206	numero du produit
41	207-212		207-212	annee - mois fact. prec.				207-212	0	207-212	
42	213-218	0	213-218					213-218	0	213-218	
43 a	219-229	bic - compte financier b	219-229					219-229	0	219-229	
43 b	230-230	0	230-230	donnees de reference reseau				230-230	0	230-230	libelle du produit
44	231-234	0	231-234					231-234	0	231-234	
45	235-260		235-260					235-260	0	235-260	
46	261-261	Réservé (réforme de l'état)	261-261	0				261-261	0	261-261	0
47 a	262-268		262-268	date de facturation				262-268	date accord prestation	262-268	date accord prestation
47 b	269-269	0	269-269					269-269		269-269	
48	270-270	Réservé (réforme de l'état)	270-270	0				270-270	transplantation	270-270	Transplantation
49	271-282		271-282					271-282	0	271-282	numero pharmacien
50 a	283 - 285		283 - 285	reference mutualite numero de compte financier b				283 - 285	0	283-285	f annee de naissance
50 b	286 - 286	iban - compte financier b	286 - 286					286 - 286	0	286-286	
51	287 - 292		287 - 292					287 - 292	site hospitalier	287-292	site hospitalier
52	293-304		293-304	numéro d'admission de la mère				293-304	identif. association bassin de soins	293-304	identif. association bassin de soins
53	305-312	Réservé (réforme de l'état)	305-312	date debut assurabilite				305-312	0	305-312	0
54 a	313-315		313-315					313-315		313-315	
54 b	316-316		316-316	date fin assurabilite				316-316	0	316-316	0
54 c	317-320		317-320					317-320		317-320	
55	321-328	0	321-328	date communic. info				321-328	0	321-328	0
56	329-332	0	329-332	maf annee en cours				329-332	0	329-332	0
57	333-336	0	333-336	maf annee en cours - 1				333-336	0	333-336	0
58	337-340	0	337-340	maf annee en cours - 2				337-340	0	337-340	0
59	341-346	0	341-346	0				341-346	0	341-346	0
98	347-348	0	347-348	0				347-348	0	347-348	flag TVA
99	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	99	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist

Annexe 6 suite

Type d'enregistrements	50		51		52		80		90	
zone	position	Prestations ou fournitures	position	Engagement de tarif e-fac	position	Suite de l'enregistrement 50	position	Fin de facture	position	Fin d'envoi
1	1-2	enregist. de type 50	1-2	enregist. de type 51	1-2	enregist. de type 52	1-2	enregist. de type 80	1-2	enregist. de type 90
2	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.
3	9-9	norme prest (%)	9-9	0	9-9	Raison encodage manuel	9-9	0	9-9	0
4	10-16	(pseudo-)code nomencl.	10-16	(pseudo-)code nomencl	10-16	(pseudo-)code nomencl	10-16	heure d'admission	10-16	0
5	17-24	date 1er prest. effect.	17-24	date de prestation	17-24	date de prestation	17-24	date d'admission	17-24	n° compte financier a
6 a	25-28	date derniere prestation effectuee	25-28	0	25-28	Date de lecture document identité	25-28	date de sortie	25-28	
6 b	29-32		29-32	0	29-32		29-32		29-32	0
7	33-35	n° mutualite affiliation	33-35	0	33-35	0	33-35	n° mutualite affiliation	33-35	numero d'envoi
8 a	36-47	Identification du beneficiaire	36-47	Identification du beneficiaire	36-47	Identification du beneficiaire	36-47	identification du beneficiaire	36-47	n° cpte financier b
8 b	48-48		48-48		48-48		48-48		48-48	0
9	49-49	sexe beneficiaire	49-49	0	49-49	Type de saisie document identité	49-49	sexe beneficiaire	49-49	0
10	50-50	accouchement	50-50	0	50-50	Type de support document identité	50-50	type facture	50-50	0
11	51-51	ref. n° cpte financier	51-51	0	51-51	Raison utilisation vignette	51-51	0	51-51	0
12	52-52	nuit, w.e. ou jour ferie	52-52	0	52-52	Heure de lecture document identité	52-52	0	52-52	0
13	53-55	code service	53-55	0	53-55		53-55	service 721 bis	53-55	0
14	56-67	lieu de prestation	56-67	0	56-67	0	56-67	n° ets. qui facture	56-67	n° tiers payant
15	68-79	ident. dispensateur	68-79	ident. dispensateur	68-79	ident. dispensateur	68-79	signe + mont. cpte financier b	68-79	signe + mont. total cpte fin. b
16	80-80	norme dispensateur	80-80	0	80-94	Numéro de série du support	80-80	0	80-80	0
17	81-84	prestation relative	81-84	prestation relative	95-119	Numéro du document justificatif	81-84	causes traitement	81-84	0
18	85-87		85-87		120-131	Numéro unique appareil imagerie médicale	85-87	n° mutualite destination	85-87	0
19	88-99	signe + montant o.a.	88-99	signe + montant o.a.	132-151	Numéro d'accord	88-99	signe + mont. cpte financier a	88-99	signe + mont. total cpte fin. a
20	100-106	date de la prescription	100-106	0			100-106	date de la facture	100-106	0
21	107-107		107-107	0			107-107		107-107	0
22	108-112	signe + nombre d'unites	108-112	0			108-112	heure de sortie	108-112	annee facturee
23	113-114	dérogation nombre maximal ou prestation identique	113-114	0			113-114	0	113-114	mois facture
24	115-119	identification du prescripteur	115-119	0			115-119	n° de facture individuelle	115-119	0
25	120-126		120-126	0			120-126		120-126	0
26	127-127	norme prescript	127-127	0			127-127	0	127-127	0
27	128-137	signe + interv pers pat	128-137	c.t.1 + c.t.2			128-137	signe + interv pers pat	128-137	Numéro BCE
28	138-162	ref. etablissement	138-162	0			138-162	ref. etablissement	138-162	ref. etablissement
29	163-164	dent traitee	163-164	0			163-164	0	163-164	0
30	165-166	signe + montant supplement	165-166	0			165-166	signe + montant supplement	165-166	0
31	167-174		167-174	0			167-174		167-174	bic - compte financier a
32	175-175	excep. tiers payant	175-175	0			175-175	flag identif. benef.	175-175	
33	176-176	code fact. i.p. ou suppl.	176-176	0			176-176	0	176-176	
34	177-177	membre traite	177-177	0			177-177	0	177-177	
35	178-178	prestataire convent.	178-178	0			178-178	0	178-178	0
36	179-179	Heure de prestation	179-179	0			179-179	0	179-179	iban - compte financier a
37	180-182		180-182	0			180-182	0	180-182	
38	183-194	ident. administ. sang	183-194	0			183-194	signe + acompte cpte fin. A	183-194	
39	195-204	n° attestation d'administration	195-204	0			195-204	0	195-204	
40	205-206		205-206	0			205-206	0	205-206	
41	207-212	numero bon de delivrance ou sac	207-212	0			207-212	0	207-212	
42	213-218		213-218	Numéro d'agrément engagement tarif	152-348	0	213-218	0	213-218	0
43 a	219-229	code implant	219-229				219-229	0	219-229	bic - compte financier b
43 b	230-230		230-230				230-230	0	230-230	0
44	231-234	Libelle du produit	231-234				231-234	0	231-234	0
45	235-260		235-260				235-260	0	235-260	réservé (réforme de l'état)
46	261-261	norme plafond	261-261	0			261-261	0	261-261	
47 a	262-268	valeur de base prestation	262-268	0			262-268	0	262-268	
47 b	269-269		269-269	0			269-269	0	269-269	0
48	270-270	transplantation	270-270	0			270-270	0	270-270	0
49	271-282	ident. dispensateur auxiliaire	271-282	0			271-282	0	271-282	iban - compte financier b
50 a	283-285	pourcentage dans le forfait	283 - 285	0			283 - 285	0	283 - 285	
50 b	286-286	0	286-286	0			286-286	0	286-286	
51	287-292	site hospitalier	287 - 292	0			287 - 292	0	287 - 292	
52	293-304	identif. association bassin de soins	293-304	0			293-304	0	293-304	
53	305-312	f numero de course	305-312	0			305-312	0	305-312	réservé (réforme de l'état)
54 a	313-315		313-315	0			313-315	0	313-315	
54 b	316-316	flag GPS	316-316	0			316-316		316-316	0
54 c	317-320	0	317-320	0			317-320	0	317-320	0
55	321-328	code notification implant	321-328	date communic. info			321-328	réservé (réforme de l'état)	321-328	réservé (réforme de l'état)
56	329-332		329-332	0			329-332		329-332	
57	333-336	code enregistrement	333-336	0			333-336	0	333-336	0
58	337-340		337-340	0			337-340	0	337-340	0
59	341-346		341-346	0			341-346	0	341-346	0
98	347-348	flag TVA	347-348	0			347-348	c.c. de la facture	347-348	c.c. de l'envoi
99	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 10
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	nombre numeros comptes financiers (code indice)
4	7 N	10 - 16	version fichier
5	8 N	17 - 24	numero compte financier a (partie 1)
6 a	4 N	25 - 28	numero compte financier a (partie 2)
6 b	4 N	29 - 32	reserve
7	3 N	33 - 35	numero de l'envoi
8 a	12 N	36 - 47	numero compte financier b
8 b	1 N	48 - 48	reserve
9	1 N	49 - 49	code suppression facture papier
10	1 N	50 - 50	code fichier de decompte
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	contenu de la facturation
14	12 N	56 - 67	numero tiers payant
15	12 N	68 - 79	numero d'accreditation cin
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	reserve
18	3 N	85 - 87	reserve
19	12 N	88 - 99	reserve
20	7 N	100 - 106	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	5 N	108 - 112	annee facturee
23	2 N	113 - 114	mois facture
24	5 N	115 - 119	reserve
25	7 N	120 - 126	date de creation (partie 1) aaaammj
26	1 N	127 - 127	date de creation (partie 2) j
27	10 N	128 - 137	numéro BCE
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	reserve
30	2 N	165 - 166	reserve
31	8 A	167 - 174	bic - compte financier a (partie 1)
32	1 A	175 - 175	bic - compte financier a (partie 2)
33	1 A	176 - 176	bic - compte financier a (partie 3)
34	1 A	177 - 177	bic - compte financier a (partie 4)
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 A	179 - 179	iban - compte financier a (partie 1)
37	3 A	180 - 182	iban - compte financier a (partie 2)
38	12 A	183 - 194	iban - compte financier a (partie 3)
39	10 A	195 - 204	iban - compte financier a (partie 4)
40	2 A	205 - 206	iban - compte financier a (partie 5)
41	6 A	207 - 212	iban - compte financier a (partie 6)
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 A	219 - 229	bic - compte financier b
43 b	1 N	230 - 230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 A	235 - 260	réservé (réforme de l'état)
46	1 A	261 - 261	réservé (réforme de l'état)
47 a	7 A	262 - 268	réservé (réforme de l'état)
47 b	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	réservé (réforme de l'état)
49	12 A	271 – 282	iban - compte financier b (partie 1)
50 a	3 A	283 – 285	iban - compte financier b (partie 2)
50 b	1 A	286 - 286	iban - compte financier b (partie 2 bis)
51	6 A	287 - 292	iban - compte financier b (partie 3)
52	12 A	293 - 304	iban - compte financier b (partie 4)
53	8A	305 - 312	réservé (réforme de l'état)
54 a	3A	313 - 315	réservé (réforme de l'état)
54 b	1N	316 - 316	reserve
54 c	4N	317 - 320	reserve
55	8N	321 - 328	reserve
56	4N	329 - 332	reserve
57	4N	333 - 336	reserve
58	4N	337 - 340	reserve
59	6N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 20
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	autorisation tiers payant
4	7 N	10 - 16	heure d'admission
5	8 N	17 - 24	date d'admission
6 a	4 N	25 - 28	date de sortie (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date de sortie (partie 2)
7	3 N	33 - 35	numero mutualite d'affiliation
8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)
8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)
9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire
10	1 N	50 - 50	type facture
11	1 N	51 - 51	type de facturation
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	service 721 bis
14	12 N	56 - 67	numero de l'etablissement qui facture
15	12 N	68 - 79	etablissement de sejour
16	1 N	80 - 80	code levee delai de prescription
17	4 N	81 - 84	causes du traitement
18	3 N	85 - 87	numero mutualite de destination
19	12 N	88 - 99	numero d'admission
20	7 N	100 - 106	date accord traitement (partie 1)
21	1 N	107 - 107	date accord traitement (partie 2)
22	5 N	108 - 112	heure de sortie
23	2 N	113 - 114	reserve
24	5 N	115 - 119	numero de la facture individuelle (partie 1)
25	7 N	120 - 126	numero de la facture individuelle (partie 2)
26	1 N	127 - 127	application franchise sociale
27	10 N	128 - 137	ct 1 + ct 2
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	numero de facture precedente (partie 1)
30	2 N	165 - 166	numero de facture precedente (partie 2)
31	8 N	167 - 174	numero de facture precedente (partie 3)
32	1 N	175 - 175	flag identification du beneficiaire
33	1 N	176 - 176	reserve
34	1 N	177 - 177	numero envoi precedent (partie 1)
35	1 N	178 - 178	numero envoi precedent (partie 2)
36	1 N	179 - 179	numero envoi precedent (partie 3)
37	3 N	180 - 182	numero mutualite facturation precedente
38	12 A	183 - 194	reference mutualite numero de compte financier a (partie 1)
39	10 A	195 - 204	reference mutualite numero de compte financier a (partie 2)
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	annee et mois de facturation precedente
42	6 A	213 - 218	donnees de reference reseau (partie 1)
43 a	11 A	219 - 229	donnees de reference reseau (partie 2)
43 b	1 A	230 - 230	donnees de reference reseau (partie 3)
44	4 A	231 - 234	donnees de reference reseau (partie 4)
45	26 A	235 - 260	donnees de reference reseaus (partie 5)
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	date de facturation (partie 1)
47 b	1 N	269 - 269	date de facturation (partie 2)
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 A	271 - 282	reference mutualite numero compte financier b (partie 1)
50 a	3 A	283 - 285	reference mutualite numero compte financier b (partie 2)
50 b	1 A	286 - 286	reference mutualite numero compte financier b (partie 2 bis)
51	6 A	287 - 292	reference mutualite numero compte financier b (partie 3)
52	12 N	293 - 304	numéro d'admission de la mère
53	8 N	305 - 312	date debut assurabilite
54 a	3N	313 - 315	date fin assurabilite (partie 1)
54 b	1N	316 - 316	date fin assurabilite (partie 2)
54 c	4N	317 - 320	date fin assurabilite (partie 3)
55	8 N	321 - 328	date communication information
56	4 N	329 - 332	maf annee en cours
57	4 N	333 - 336	maf annee en cours - 1
58	4 N	337 - 340	maf annee en cours - 2
59	6 N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Annexe 6.3

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	Enregistrement de type 21
2	6 N	3 - 8	Numéro d'ordre de l'enregistrement
3	4 N	9 - 12	Heure de lecture document identité
4	8 N	13 - 20	Date de lecture document identité
(☞1) 5	1 A	21 - 21	Type de saisie document identité
(☞1) 6	1 A	22 - 22	Type de support document identité
7	1 N	23 - 23	Raison utilisation vignette
8	1 N	24 - 24	Raison encodage manuel ou lect. à postériori
9	15 A	25 - 39	Numéro de série de support
10-98	309 N	40 - 348	Reserve
99	2 N	349 - 350	Enregistrement chiffres de contrôle

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 30
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	norme journee d'entretien
4	7 N	10 - 16	pseudo-code journee d'entretien et forfait
5	8 N	17 - 24	date premier jour facture
6 a	4 N	25 - 28	date dernier jour facture (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date dernier jour facture (partie 2)
7	3 N	33 - 35	numero mutualite d'affiliation
8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)
8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)
9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire
10	1 N	50 - 50	accouchement
11	1 N	51 - 51	reference numero de compte financier
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	code service
14	12 N	56 - 67	lieu de prestation
15	12 N	68 - 79	identification convention/etablissement de sejour
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	prestation relative (partie 1)
18	3 N	85 - 87	prestation relative (partie 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant intervention de l'assurance
20	7 N	100 - 106	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	1 A + 4 N	108 - 112	signe + nombre de jours ou forfaits
23	2 N	113 - 114	reserve
24	1 A + 4 N	115 - 119	signe + montant indicatif ordre de grandeur frais de sejour (partie 1)
25	7 N	120 - 126	montant indicatif ordre de grandeur frais de sejour (partie 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
27	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	reserve
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)
32	1 N	175 - 175	exception tiers payant
33	1 N	176 - 176	code facturation intervention personnelle ou supplement
34	1 N	177 - 177	reserve
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 N	179 - 179	reserve
37	3 N	180 - 182	reserve
38	12 N	183 - 194	reserve
39	10 N	195 - 204	reserve
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	reserve
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 N	219 - 229	reserve
43 b	1 N	230 - 230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 N	235 - 260	reserve
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	date accord prestation (partie 1)
47 b	1 N	269 - 269	date accord prestation (partie 2)
48	1 N	270 - 270	transplantation
49	12 N	271 - 282	reserve
50 a	3 N	283 - 285	reserve
50 b	1 N	286 - 286	reserve
51	6N	287 - 292	site hospitalier
52	12N	293 - 304	identification association bassin de soins
53	8N	305 - 312	reserve
54 a	3N	313 - 315	reserve
54 b	1N	316 - 316	reserve
54 c	4N	317 - 320	reserve
55	8N	321 - 328	reserve
56	4N	329 - 332	reserve
57	4N	333 - 336	reserve
58	4N	337 - 340	reserve
59	6N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 40
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	norme prestation
4	7 N	10 - 16	pseudo-codes categorie medicament
5	8 N	17 - 24	date premier jour facture
6 a	4 N	25 - 28	date dernier jour facture (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date dernier jour facture (partie 2)
7	3 N	33 - 35	numero mutualite d'affiliation
8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)
8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)
9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire
10	1 N	50 - 50	accouchement
11	1 N	51 - 51	reference numero compte financier
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	code service
14	12 N	56 - 67	lieu de prestation
15	12 N	68 - 79	identification convention/etablissement de sejour
16	1 N	80 - 80	medicaments gratuits
17	4 N	81 - 84	prestation relative (partie 1)
18	3 N	85 - 87	prestation relative (partie 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant intervention de l'assurance
20	7 N	100 - 106	date prescription (partie 1)
21	1 N	107 - 107	date prescription (partie 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	signe + nombre d'unites
23	2 N	113 - 114	unite
24	5 N	115 - 119	identification prescripteur (partie 1)
25	7 N	120 - 126	identification prescripteur (partie 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
27	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	reserve
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)
32	1 N	175 - 175	exception tiers payant
33	1 N	176 - 176	code facturation intervention personnelle ou supplement
34	1 N	177 - 177	code exception prophylaxie (partie 1)
35	1 N	178 - 178	code exception prophylaxie (partie 2)
36	1 N	179 - 179	flag dci
37	3 N	180 - 182	forme galenique
38	12 N	183 - 194	numero office de tarification
39	1 A + 9 N	195 - 204	signe + intervention personnelle patient theorique
40	2 N	205 - 206	numero du produit (partie 1)
41	6 N	207 - 212	numero du produit (partie 2)
42	6 A	213 - 218	libelle du produit (partie 1)
43 a	11 A	219 - 229	libelle du produit (partie 2)
43 b	1 A	230 - 230	libelle du produit (partie 3)
44	4 A	231 - 234	libelle du produit (partie 4)
45	26 A	235 - 260	libelle du produit (partie 5)
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	date accord prestation (partie 1)
47 b	1 N	269 - 269	date accord prestation (partie 2)
48	1 N	270 - 270	transplantation
49	12 N	271 - 282	numero du pharmacien titulaire
50 a	3 N	283 - 285	annee de naissance (partie 1)
50 b	1 N	286 - 286	annee de naissance (partie 2)
51	6N	287 - 292	site hospitalier
52	12N	293 - 304	identification association bassin de soins
53	8N	305 - 312	reserve
54a	3N	313 - 315	reserve
54b	1N	316 - 316	reserve
54c	4N	317 - 320	reserve
55	8N	321 - 328	reserve
56	4N	329 - 332	reserve
57	4N	333 - 336	reserve
58	4N	337 - 340	reserve
59	6N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	flag TVA
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Annexe 6.6

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 50
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	norme prestation (pourcentage)
4	7 N	10 - 16	code nomenclature ou pseudo-code nomenclature
5	8 N	17 - 24	date premiere prestation effectuee
6 a	4 N	25 - 28	date derniere prestation effectuee (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date derniere prestation effectuee (partie 2)
7	3 N	33 - 35	numero mutualite d'affiliation
8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)
8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)
9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire
10	1 N	50 - 50	accouchement
11	1 N	51 - 51	reference numero compte financier
12	1 N	52 - 52	nuit, week-end, jour ferie
13	3 N	53 - 55	code service
14	12 N	56 - 67	lieu de prestation
15	12 N	68 - 79	identification du dispensateur
16	1 N	80 - 80	norme dispensateur
17	4 N	81 - 84	prestation relative (partie 1)
18	3 N	85 - 87	prestation relative (partie 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant intervention de l'assurance
20	7 N	100 - 106	date prescription (partie 1)
21	1 N	107 - 107	date prescription (partie 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	signe + nombre d'unites
23	2 N	113 - 114	dérogation nombre maximal ou prestation identique
24	5 N	115 - 119	identification prescripteur (partie 1)
25	7 N	120 - 126	identification prescripteur (partie 2)
26	1 N	127 - 127	norme prescripteur
27	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	dent traitee
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)
32	1 A	175 - 175	exception tiers payant
33	1 N	176 - 176	code facturation intervention personnelle ou supplement
34	1 N	177 - 177	membre traite
35	1 N	178 - 178	prestataire conventionne
36	1 N	179 - 179	heure de prestation (partie 1)
37	3 N	180 - 182	heure de prestation (partie 2)
38	12 N	183 - 194	identification administrateur du sang
39	10 N	195 - 204	numero de l'attestation d'administration (partie 1)
40	2 N	205 - 206	numero de l'attestation d'administration (partie 2)
41	6 A	207 - 212	numero bon de delivrance ou sac (partie 1)
42	6 A	213 - 218	numero bon de delivrance ou sac (partie 2)
43 a	11 N	219 - 229	code implant (partie 1)
43 b	1 N	230 - 230	code implant (partie 2)
44	4 A	231 - 234	libelle du produit (partie 1)
45	26 A	235 - 260	libelle du produit (partie 2)
46	1 N	261 - 261	norme plafond
47	1 A + 7 N	262 - 269	Valeur de base prestation
48	1 N	270 - 270	transplantation
49	12 N	271 - 282	identification du dispensateur auxiliaire
50 a	3 N	283 - 285	pourcentage dans le forfait
50 b	1 N	286 - 286	reserve
51	6N	287 - 292	site hospitalier
52	12N	293 - 304	identification association bassin de soins
53	8A	305 - 312	numero de course (partie 1)
54a	3A	313 - 315	numero de course (partie 2)
54b	1N	316 - 316	flag GPS
54c	4N	317-320	reserve
55	8N	321 - 328	code notification implant (partie 1)
56	4N	329 - 332	code notification implant (partie 2)
57	4N	333 - 336	code d'enregistrement (partie 1)
58	4N	337 - 340	code d'enregistrement (partie 2)
59	6N	341 - 346	code d'enregistrement (partie 3)
98	2 N	347 - 348	flag TVA
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2N	1-2	enregistrement de type 51
2	6N	3-8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1N	9-9	reserve
4	7N	10-16	code nomenclature ou pseudo-code nomenclature
5	8N	17-24	date prestation
6 a	4N	25-28	reserve
6 b	4N	29-32	reserve
7	3N	33-35	reserve
8 a	12A	36-47	identification beneficiaire
8 b	1A	48-48	
9	1N	49-49	reserve
10	1N	50-50	reserve
11	1N	51-51	reserve
12	1N	52-52	reserve
13	3N	53-55	reserve
14	12N	56-67	reserve
15	12N	68-79	identification du dispensateur
16	1N	80-80	reserve
17	4N	81-84	prestation relative
18	3N	85-87	
19	1A + 11N	88-99	signe + montant intervention de l'assurance
20	7N	100-106	reserve
21	1N	107-107	reserve
22	5N	108-112	reserve
23	2N	113-114	reserve
24	5N	115-119	reserve
25	7N	120-126	reserve
26	1N	127-127	reserve
27	10N	128-137	ct 1 + ct 2
28	25N	138-162	reserve
29	2N	163-164	reserve
30	2N	165-166	reserve
31	8N	167-174	reserve
32	1N	175-175	reserve
33	1N	176-176	reserve
34	1N	177-177	reserve
35	1N	178-178	reserve
36	1N	179-179	reserve
37	3N	180-182	reserve
38	12N	183-194	reserve
39	10N	195-204	reserve
40	2N	205-206	reserve
41	6N	207-212	reserve
42	6N	213-218	numéro d'agrément engagement de tarif
43 a	11N	219-229	
43 b	1N	230-230	
44	4N	231-234	
45	26N	235-260	
46	1N	261-261	reserve
47 a	7N	262-268	reserve
47 b	1N	269-269	reserve
48	1N	270-270	reserve
49	12N	271-282	reserve
50 a	3N	283-285	reserve
50 b	1N	286-286	reserve
51	6N	287-292	reserve
52	12N	293-304	reserve
53	8N	305-312	reserve
54a	3N	313-315	reserve
54b	1N	316-316	reserve
54c	4N	317-320	reserve
55	8N	321-328	date communication information
56	4N	329-332	reserve
57	4N	333-336	reserve
58	4N	337-340	reserve
59	6N	341-346	reserve
98	2N	347-348	reserve
99	2N	349-350	chiffres de contrôle de l'enregistrement

Annexe 6.8

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	Enregistrement de type 52
2	6 N	3 - 8	Numéro d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	Raison encodage manuel
4	7 N	10 - 16	Code nomenclature
5	8 N	17 - 24	Date de prestation
6 a	4 N	25 - 28	Date de lecture document identité
6 b	4 N	29 - 32	
7	3 N	33 - 35	reserve
8 a	12 A	36 - 47	Numéro NISS du patient sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés
8 b	1 A	48 - 48	
9	1 A	49 - 49	Type de saisie document identité
10	1 A	50 - 50	Type de support document identité
11	1 N	51 - 51	Raison utilisation vignette
12	1 N	52 - 52	Heure de lecture document identité
13	3 N	53 - 55	
14	12 N	56 - 67	reserve
15	12 N	68 - 79	Numéro INAMI
16	15 A	80-94	Numéro de série du support
17	25 N	95-119	Numéro document justificatif
18	12 N	120-131	Numéro unique appareil imagerie médicale
(☞3) 19	20 A	132-151	Numéro d'accord
20-98	197 N	152-348	Réserve
99	2 N	349 - 350	Enregistrement chiffres de contrôle

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 80
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	reserve
4	7 N	10 - 16	heure d'admission
5	8 N	17 - 24	date d'admission
6 a	4 N	25 - 28	date de sortie (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date de sortie (partie 2)
7	3 N	33 - 35	numero mutualite d'affiliation
8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)
8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)
9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire
10	1 N	50 - 50	type facture
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	service 721 bis
14	12 N	56 - 67	numero de l'etablissement qui facture
15	1 A + 11 N	68 - 79	signe + montant numero de compte financier b
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	causes du traitement
18	3 N	85 - 87	numero mutualite de destination
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant numero de compte financier a
20	7 N	100 - 106	date de la facture (partie 1)
21	1 N	107 - 107	date de la facture (partie 2)
22	5 N	108 - 112	heure de sortie
23	2 N	113 - 114	reserve
24	5 N	115 - 119	numero de la facture individuelle (partie 1)
25	7 N	120 - 126	numero de la facture individuelle (partie 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
27	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	reserve
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)
32	1 N	175 - 175	flag identification du beneficiaire
33	1 N	176 - 176	reserve
34	1 N	177 - 177	reserve
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 N	179 - 179	reserve
37	3 N	180 - 182	reserve
38	1 A + 11 N	183 - 194	signe + acompte numero compte financier a
39	10 N	195 - 204	reserve
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	reserve
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 N	219 - 229	reserve
43 b	1 N	230 - 230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 N	235 - 260	reserve
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	reserve
47 b	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 N	271 - 282	reserve
50 a	3 N	283 - 285	reserve
50 b	1 N	286 - 286	reserve
51	6N	287 - 292	reserve
52	12N	293 - 304	reserve
53	8N	305 - 312	reserve
54 a	3N	313 - 315	reserve
54 b	1N	316 - 316	reserve
54 c	4N	317 - 320	reserve
55	1 A + 7 N	321 - 328	réservé (réforme de l'état)
56	4N	329 - 332	réservé (réforme de l'état)
57	4N	333 - 336	reserve
58	4N	337 - 340	reserve
59	6N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	chiffres de controle de la facture
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Annexe 6.10

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 90
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	reserve
4	7 N	10 - 16	reserve
5	8 N	17 - 24	numero compte financier a (partie 1)
6 a	4 N	25 - 28	numero compte financier a (partie 2)
6 b	4 N	29 - 32	reserve
7	3 N	33 - 35	numero d'envoi
8 a	12 N	36 - 47	numero compte financier b
8 b	1 N	48 - 48	reserve
9	1 N	49 - 49	reserve
10	1 N	50 - 50	reserve
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	reserve
14	12 N	56 - 67	numero tiers payant
15	1 A + 11 N	68 - 79	signe + montant total numero compte financier b
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	reserve
18	3 N	85 - 87	reserve
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant total numero compte financier a
20	7 N	100 - 106	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	5 N	108 - 112	annee facturee
23	2 N	113 - 114	mois facture
24	5 N	115 - 119	reserve
25	7 N	120 - 126	reserve
26	1 N	127 - 127	reserve
27	10 N	128 - 137	numéro BCE
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	reserve
30	2 N	165 - 166	reserve
31	8 A	167 - 174	bic - compte financier a (partie 1)
32	1 A	175 - 175	bic - compte financier a (partie 2)
33	1 A	176 - 176	bic - compte financier a (partie 3)
34	1 A	177 - 177	bic - compte financier a (partie 4)
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 A	179 - 179	iban - compte financier a (partie 1)
37	3 A	180 - 182	iban - compte financier a (partie 2)
38	12 A	183 - 194	iban - compte financier a (partie 3)
39	10 A	195 - 204	iban - compte financier a (partie 4)
40	2 A	205 - 206	iban - compte financier a (partie 5)
41	6 A	207 - 212	iban - compte financier a (partie 6)
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 A	219 - 229	bic - compte financier b
43 b	1 N	230 - 230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 A	235 - 260	réservé (réforme de l'état)
46	1 A	261 - 261	réservé (réforme de l'état)
47 a	7 A	262 - 268	réservé (réforme de l'état)
47 b	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 A	271 - 282	iban - compte financier b (partie 1)
50 a	3 A	283 - 285	iban - compte financier b (partie 2)
50 b	1 A	286 - 286	iban - compte financier b (partie 2 bis)
51	6 A	287 - 292	iban - compte financier b (partie 3)
52	12 A	293 - 304	iban - compte financier b (partie 4)
53	8A	305 - 312	réservé (réforme de l'état)
54 a	3A	313 - 315	réservé (réforme de l'état)
54 b	1N	316 - 316	reserve
54 c	4N	317 - 320	reserve
55	1 A + 7 N	321 - 328	réservé (réforme de l'état)
56	4N	329 - 332	réservé (réforme de l'état)
57	4N	333 - 336	reserve
58	4N	337 - 340	reserve
59	6N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	chiffres de controle de l'envoi
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

LIBELLE DES ZONES

Généralités

1. Date.

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

AAAA MM JJ
AAAA : le numéro de l'année
MM : le numéro du mois dans l'année
JJ : le numéro du jour dans le mois

2. Description des zones.

a. En général.

Lorsque la valeur à introduire dans une zone numérique est plus petite que la zone réceptrice, la valeur est alignée à droite de la zone réceptrice et les positions non utilisées sont remplies de zéros.
Lorsqu'une zone alphanumérique n'est pas complète, le contenu est aligné à gauche et les positions non utilisées sont remplies de blanc.
Les zones numériques non définies doivent être remplies par des zéros et les zones alphanumériques non définies doivent être remplies par des blancs.

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

Toutes les zones sont considérées comme numériques à l'exception de la zone 8a-8b des enregistrements de type 20 jusque et y compris 80, zone 28 des enregistrements 10, 20, 30, 40, 50, 80 et 90, zone 42 jusque et y compris zone 45 des enregistrements de type 20 , 40 et 51, zones 38-39 et zones 49-51 de l'enregistrement de type 20, les zones 32, 41-42 , 44-45 et 53-54a de l'enregistrement de type 50, les zones 31-32-33-34, 36-37-38-39-40-41, 43a et 49-50-51-52 des enregistrements de type
(☞3) 10 et 90, les zones 9, 10, 16, 19 de l'enregistrement de type 52 et les zones 5, 6 et 9 de l'enregistrement 21.

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

b. Zones montant.

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

ET 30 Z 19, Z 27, Z 30-31
ET 40 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39
ET 50 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 47
ET 51 Z 19
ET 80 Z 15, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 38
ET 90 Z 15, Z 19

Dans toutes les zones montant, la première position à gauche est alphanumérique et réservée pour le signe algébrique + ou -.
Les deux premières positions à droite sont considérées comme décimales.

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

c. Zones avec nombre ou quantité.

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

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

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

Dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones (partout + ou partout -); excepté lorsqu'il s'agit d'un enregistrement de type 30 avec interventions personnelles ou un enregistrement de type 50 avec intervention personnelle ncap (765951) ou s'il s'agit d'un enregistrement avec une intervention pour le matériel d'incontinence en MRPA-MRS (pseudo-code 763593) ou un enregistrement avec un montant « accessibilité MSP » (pseudo-code 763770, 763792, 763814, 763836, 763851, 763873, 763895 ou 763910) ou s'il s'agit d'un enregistrement de type 50 avec la prestation 0700000 (quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales).
Si un montant ou un nombre est égal à zéro, le signe algébrique peut être différent de celui des autres zones de l'enregistrement comportant un signe.

d. Zones avec une position de réserve.

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

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

Aucune recodification n'est encore prévue à ce jour.

e. Zone avec données de référence réseau

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

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

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

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

(☞3) ### g. Zone avec le numéro d'accord (ET 52 Z 19).

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

Annexe 8.1

	FACTURATION PAR HOPITAUX	ET 10 Z 14	ET 20 Z 10	ET 20 Z 14	ET 20 Z 15	ET 30 Z 13	ET 30 Z 14	ET 30 Z 15	ET 40 Z 13	ET 40 Z 14	ET 40 Z 15	ET 40 Z 38	ET 50 Z 13	ET 50 Z 14	ET 80 Z 14 (idem 20)	ET 90 Z 14 (idem 10)
1	* journées d'ent. + médicaments + prestations aux hospitalisés, autres qu'au point 7	H	1	H	H	service H	H	0	service H ou 0	H	0	O.T. agréé	service H	H	H	H
2	* médicaments + prestations aux ambulants autres qu'au point 7	H	3	H	0	-	-	-	990 ou 0	H	0	O.T. agréé	990	H	H	H
3	* journée d'ent. forfaitaire en H pour patients ambulants (0761036 -> 0761235) (+ médicaments + prestations autres qu'au point 7) avec exception de la dialyse rénale (0761272)	H	9	H	0	710->760 840	H	0	710->760 ou 0 840 ou 0	H	0	O.T. agréé	710->760 840	H	H	H
4	* journée d'ent. forfaitaire pour patients hospit. dans un autre établiss. (0761040 -> 0761246) (+ médicaments + prestations autres qu'au point 7) avec exception de la dialyse rénale (0761283)															
	- facturation par H de séjour	H de séjour	1	H de séjour	H de séjour	serv H séjour	H prest	0	-	-	-	-	serv H séjour	H prest	H de séjour	H de séjour
	- facturation par H de prestation	H prest	1	H prest	H de séjour	002	H prest	0	002	H prest	0	O.T. agréé	002	H prest	H prest	H prest
5	* dialyse															
	- interventions forfaitaires (convention) (+ prestations autres qu'au point 7)															
	- ambulant	H	3 ou 9	H	0	990 ou 750	centre dialyse	0	990 ou 750	centre dialyse	0	0	990 ou 750	centre dialyse	H	H
	- hospitalisé	H	1	H	H	service H	centre dialyse	0	service H	centre dialyse	0	0	service H	centre dialyse	H	H
	- honoraires (nomenclature ou convention)															
	- ambulant	H	3 ou 9	H	0	-	-	-	-	-	-	-	990 ou 750	centre dialyse	H	H
	- hospitalisé	H	1	H	H	-	-	-	-	-	-	-	service H	centre dialyse	H	H
6	* postcure revalidation 0762134, 0762156, 0762171 + journée forfaitaire en psychiatrie (0761073)	H	9	H	0	760	H	0	-	-	-	-	-	-	H	H
7	* prestations spéciales															
	- ambulant (ou séjours en MRS, MRPA, MSP, HP)															
	- biologie clinique															
	- pour laquelle un labo agréé est exigé	H	3 (ou 4)	H	0 (ou INS *(*)*)	-	-	-	-	-	-	-	990	labo	H	H
	- pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé															
	- effectuée dans laboratoire agréé	H	3	H	0 (ou INS *(*)*)	-	-	-	-	-	-	-	990	labo	H	H
	- effectuée dans un établissement de soins	H	3	H	0 (ou INS *(*)*)	-	-	-	-	-	-	-	990	H	H	H
	- patient séjourne dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P	H	4	H	INS *(*)*	-	-	-	-	-	-	-	990	INS *(**)*	H	H
	- patient subit un traitement de rééducation	H	6	H	0 (ou INS *(*)*)	-	-	-	-	-	-	-	990	centre rééduc.	H	H
	- imagerie médicale	H	3 (ou 4)	H	0 (ou INS *(*)*)	-	-	-	-	-	-	-	990	imag. méd.	H	H
	- tissus	H	3 (ou 4)	H	0 (ou INS *(*)*)	-	-	-	-	-	-	-	990	banque tissus	H	H
	- hospitalisé															
	- biologie clinique															
	pour laquelle un labo agréé est exigé	H	1	H	H	-	-	-	-	-	-	-	serv H séjour	labo	H	H
	pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé	H	1	H	H	-	-	-	-	-	-	-	serv H séjour	H	H	H
	- imagerie médicale	H	1	H	H	-	-	-	-	-	-	-	serv H séjour	imag. méd.	H	H
	- tissus	H	1	H	H	-	-	-	-	-	-	-	serv H séjour	banque tissus	H	H
	- pendant journée forfaitaire pour patients ambulants															
	- biologie clinique															
	pour laquelle un labo agréé est exigé	H	9	H	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	labo	H	H
	pour laquelle un labo agréé n'est pas exigé	H	9	H	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	H	H	H
	- imagerie médicale	H	9	H	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	imag. méd.	H	H
	- tissus	H	9	H	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	banque tissus	H	H
8	* hôpital chirurgical de jour															
	- admission normale (0768036, 0768051)	H	9	H	-	320	H	0	320 ou 0	H	0	OT agréé	320	H		
	- admission d'un patient hospitalisé dans un autre établiss. (0768040,0768062)															
	- facturation par l'hôpital de séjour	H séjour	1	H séjour	H séjour	serv H séjour	H prest	0	-	-	-	-	serv H séjour	H prest		
	- facturation par l'hôpital de prestation	H prest	1	H prest	H séjour	002	H prest	0	002	H prest	0	OT agréé	002	H prest		

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

(**) 7X0 = 710-760.

Annexe 8.2

FACTURATION PAR HOPITAUX	ET 10 Z 14	ET 20 Z 10	ET 20 Z 14	ET 20 Z 15	ET 30 Z 13	ET 30 Z 14	ET 30 Z 15	ET 40 Z 13	ET 40 Z 14	ET 40 Z 15	ET 40 Z 38	ET 50 Z 13	ET 50 Z 14	ET 80 Z 14	ET 90 Z 14
* soins à domicile	H	3	H	0	-	-	-	-	-	-	-	990	0	H	H
* sejours en MRS, MRPA, MSP ou HP	H	4	H	MRS	990	H	MRS	990 ou 0	H	MRS	O.T. agréé	990	MRS	H	H
(forfait + médicaments + prestations autres que celles reprises sous le point 7)	H	4	H	MRPA	990	H	MRPA	990 ou 0	H	MRPA	O.T. agréé	990	MRPA	H	H
delivrés par officine hospitalière, facturés par l'hôpital	H	4	H	MSP	990	H	MSP	990 ou 0	H	MSP	O.T. agréé	990	MSP	H	H
seulement possible quand l'INS à la même gestion que l'hôpital	H	4	H	HP	990	H	HP	990 ou 0	H	HP	O.T. agréé	990	HP	H	H
* Prestations de rééducation (sans conv.) dans ET 50 Z 4, point 5.															
- ambulant	H	3	H	0	-	-	-	-	-	-	-	990	H	H	H
- hospitalisé	H	1 ***pas 5 ou 6!***	H	H	-	-	-	-	-	-	-	service en H ***pas 770!***	H	H	H
* Forfait de rééducation (fixé par convention) + médicaments éventuels **(3)** ou prestations qui ne sont pas remboursés via le forfait, mais qui sont octroyés dans le cadre d'un traitement de rééducation															
A. Conventions de type (= contrat type signé par 1 ou plusieurs hôpitaux) **(1)**															
traitement de rééducation réalisé															
soit externe (ambulatoire à l'H ou à domicile)	H	6	H	n° convent	770	H	n° convent	-	-	-	-	-	-	H	H
soit interne (hospitalisé dans un service quelconque de l'H) (0772380)	H	5	H	n° convent	770	H	n° convent	-	-	-	-	-	-	H	H
B. Conventions spécifiques															
a) Centre de rééducation fait partie de l'H															
* Conventions - INAMI															
Reva externe	H	6	H	n° convent	770	H	n° convent	770 ou 0	H	n° convent.	OT agg.	770	n° convent	H	H
Reva interne	H	5	H	n° convent	770	H	n° convent	770 ou 0	H	n° convent.	OT agg.	770	n° convent	H	H
* Conventions - ex-FNRSH **(2)**															
Reva externe	H	6	H	n° convent	770	H	n° convent	-	-	-	-	770	n° convent	H	H
Reva interne	H	5	H	n° convent	770	H	n° convent	-	-	-	-	770	n° convent	H	H
b) Centre de rééducation est indépendant de l'H															
càd. H peut uniquement facturer des prestations et médicaments aux patients ambulants qui suivent soit la rééducation externe, soit interne dans un centre															
en cas d'hospitalisation, la rééducation a été suspendue															
reva externe & amb H (= nomenclature amb)	H	6	H	n° convent	-	-	-	770 ou 0	H	n° convent.	OT agg.	770	n° convent	H	H
reva interne & amb H (= nomenclature hosp)	H	5	H	n° convent	-	-	-	770 ou 0	H	n° convent.	OT agg.	770	n° convent	H	H
H peut facturer des prest labo dans le cadre des conv de reva															
externe	H	6	H	n° convent	-	-	-	-	-	-	-	770	labo	H	H
interne	H	5	H	n° convent	-	-	-	-	-	-	-	770	labo	H	H
souvent, il s'agit cependant de traitements en dehors de la convention de rééducation															

(1) Ici, il s'agit toujours d'une facture de rééducation externe (type 6) avec un pseudo-code nomenclature ambulatoire, puisqu'une éventuelle hospitalisation est indépendante du traitement de rééducation et il n'existe donc pas de rapport entre la période d'admission à l'hôpital et la période à laquelle le forfait de rééducation se rapporte.
La seule exception à ceci est le forfait pour défibrilateurs cardiaques implantables puisqu'une admission à l'hôpital y est toujours associée. Ce forfait doit donc être facturé via une facture de rééducation interne avec un code hospitalisé.

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

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

FACTURATION PAR CENTRE DE REVALIDATION (1)	ET 10 Z 14	ET 20 Z 10	ET 20 Z 14	ET 20 Z 15	ET 30 Z 13	ET 30 Z 14	ET 30 Z 15	ET 40 Z 13	ET 40 Z 14	ET 40 Z 15	ET 40 Z 38	ET 50 Z 13	ET 50 Z 14	ET 80 Z 14	ET 90 Z 14
ˢ forfait rééducation + médicaments éventuels ou prestations qui ne sont pas remboursés via forfait mais qui sont octroyés dans le cadre d'un traitement de rééducation.															
- Conventions de type															
Externe (= code ambulatoire)	n° convent	6	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	-	-	n° convent	n° convent
Interne (= code hospitalisé)	n° convent	5	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	-	-	n° convent	n° convent
- Conventions spécifiques (ex FNRSH y compris)															
Centre de rééducation fait partie de l'H															
Externe (= code ambulatoire)	n° convent	6	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	770	n° convent	n° convent	n° convent
Interne (= code hospitalisé)	n° convent	5	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	770	n° convent	n° convent	n° convent
Centre de rééducation est indépendant de l'H															
Externe (= code ambulatoire)	n° convent	6	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	770	lieu prest **(2)**	n° convent	n° convent
Interne (= code hospitalisé)	n° convent	5	n° convent	n° convent	770	n° convent	n° convent	-	-	-	-	770	lieu prest **(2)**	n° convent	n° convent

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

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

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

Annexe 8.4

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

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

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

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

1.1 Coûts de séjour.

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

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

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

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

1.2 Coûts prestations pharmaceutiques.

1.2.1. Hospitalisation.

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

(*) Pour les moyens de contraste (classe ATC V08) et les autres médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019), l'intervention est diminuée de 10 % (15% à partir du 1/4/2019).

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

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

* en cas de spécialités de référence (A partir du 1/7/2020, cette « marge de sécurité » est supprimée)

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

(**) Pour les moyens de contraste (classe ATC V08) et les autres médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019), l'intervention est diminuée de 10% (15% à partir du 1/4/2019).

1.3 Honoraires.

	Prestations entièrement remboursées	Prestations partiellement remboursées	Prestations partiellement remboursées où I.P. n'a pas été portée en compte par le prestataire	Prestations non remboursables ou services (codes 960...)
E.T. 50 Z 3	≠ 6,7 ou 9	≠ 6, 7 ou 9	≠ 6, 7 ou 9	0
E.T. 50 Z 19	montant O.A.	montant O.A.	montant O.A.	0
E.T. 50 Z 27	0	I.P. ou partie portée en compte	0	0
E.T. 50 Z 30-31	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)
E.T. 50 Z 33	0 ou 1	0 ou 1	1	0 ou 1

	Petits risques pour indépendants avec assurance libre (prestations effectuées avant le 1/1/2008)	Petits risques pour indépendants sans assurance libre (prestations effectuées avant le 1/1/2008)	Prestations hors réglementation tiers payant et il y a une facture O.A. en paiement comptant	Enr. stat. radio-thérapie, soins infirmiers, implants
E.T. 50 Z 3	≠ 6, 7 ou 9	0	7	9
E.T. 50 Z 19	montant O.A. (payé par l'assurance libre)	0	0	0
E.T. 50 Z 27	I.P. réglementaire ou partie portée en compte	0	honoraires (I.P. incluse)	0
E.T. 50 Z 30-31	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0
E.T. 50 Z 33	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0

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

Annexe 10.1

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

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

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

Annexe 10.2

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

Annexe 10.3

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

Remarque : Tant qu'il n'est pas directement spécifié dans les textes de loi, un enfant est considéré comme nourrisson jusqu'à 28 jours.
Ce qui veut dire que l'enfant ne peut que séjourner auprès de la mère (M) dans les services N*(n) ou NIC pour autant que l'enfant n'ait pas quitté l'hôpital. Lors d'un séjour dans le service M ou N*, on ne peut pas porter en compte de journée d'entretien pour le nouveau-né.

Annexe 11

<u>Concerne</u> : Transmission des données de facturation par support magnétique ou électronique des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. ou I.H.P.
Application de l'art. 6, § 16, 3° du Règlement du 28/7/2003.

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

Les médicaments délivrés par l'officine hospitalière doivent être tarifiés par l'office de tarification agréé de l'hôpital, qu'il s'agisse de médicaments délivrés aux patients hospitalisés, ou aux patients ambulants ou aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. ou I.H.P..
La facturation doit s'effectuer sous le numéro de tiers payant de l'hôpital ou, dans les cas exceptionnels, sous le numéro tiers payant de l'office de tarification.

La facturation est, de préférence, une partie de la facturation ambulatoire (ou facturation mixte) de l'hôpital; c'est à dire un seul fichier logique peut être établi.
Il est permis d'établir un fichier de facturation exceptionnel avec comme numéro de tiers payant le numéro d'identification de l'office de tarification agréé.
Cette option autorise le paiement sur un autre numéro de compte que celui de l'hôpital.

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

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

Enregistrement de type 10

Z 1	:	**Enregistrement de type 10**
Z 2	:	**Numéro d'ordre d'enregistrement**
Z 3	:	**Nombre numéros comptes financiers (code indice)**
Z 4	:	**Version fichier** Valeur constante 0001999.
Z 5-6a	:	**Numéro de compte financier A** Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	**Numéro d'envoi**
Z 8a	:	**Numéro de compte financier B** Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 9	:	**Code "suppression facture papier"** Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 1, 2 ou 3 Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0
Z 10	:	**Code fichier de décompte** Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 0 ou 1 Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0
Z 13	:	**Contenu de la facturation**
Z 14	:	**Numéro tiers payant** Numéro d'identification de l'hôpital ou numéro d'identification de l'office de tarification agréé.
Z 15	:	**Numéro d'accréditation CIN** Toujours 0.
Z 22	:	**Année facturée**
Z 23	:	**Mois facturé**
Z 25-26	:	**Date de création**
Z 27	:	**Numéro BCE**
Z 28	:	**Référence de l'établissement**
Z 31-34	:	**BIC compte financier A**
Z 36-41	:	**IBAN compte financier A**
Z 43a	:	**BIC compte financier B**
Z 45-46-47a	:	Réservé réforme de l'état
Z 48	:	Réservé réforme de l'état
Z 49-52	:	**IBAN compte financier B**
Z 53-54a	:	Réservé réforme de l'état
Z 99	:	**Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Enregistrement de type 20

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

Enregistrement de type 40

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

Enregistrement de type 80

Z 1	:	**Enregistrement de type 80**
Z 2	:	**Numéro d'ordre de l'enregistrement**
Z 4	:	**Heure d'admission** 0 (heure peut être mentionnée mais n'est pas exigée).
Z 5	:	**Date d'admission** 0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée).
Z 6a-6b	:	**Date de sortie** 0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée).
Z 7	:	**Numéro de la mutualité d'affiliation**
Z 8a-8b	:	**Identification du bénéficiaire**
Z 9	:	**Sexe bénéficiaire**
Z 10	:	**Type de facture** Type de facture 4.
Z 13	:	**Service 721 bis** : 0
Z 14	:	**Numéro de l'établissement qui facture** Numéro de l'hôpital (ou numéro de l'office de tarification agréé) correspondant à celui mentionné dans l'E.T. 20 Z 14.
Z 15	:	**Signe + montant numéro de compte financier B**
Z 17	:	**Causes du traitement** Toujours 0.
Z 18	:	**Numéro de la mutualité de destination**
Z 19	:	**Signe + montant numéro de compte financier A**
Z 20-21	:	**Date de la facture**
Z 22	:	**Heure de sortie** 0 (date peut être mentionné mais n'est pas exigée).
Z 24-25	:	**Numéro de la facture individuelle** : 0
Z 27	:	**Signe + intervention personnelle patient** Voir art. 2. a) de l'A.R. du 7 mai 1991.
Z 28	:	**Référence de l'établissement**
Z 30-31	:	**Signe + montant supplément** Si d'application
Z 32	:	**FLAG identification du bénéficiaire**
Z 38	:	**Signe + acompte numéro de compte financier A**
Z 55-56	:	Réservé réforme de l'état
Z 98	:	**Chiffres de contrôle de la facture**
Z 99	:	**Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Enregistrement de type 90

Z 1	:	**Enregistrement de type 90**
Z 2	:	**Numéro d'ordre de l'enregistrement**
Z 5-6a	:	**Numéro de compte financier A** Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	**Numéro de l'envoi** S'il s'agit d'un fichier logique exceptionnel, établit sur le numéro d'identification de l'hôpital, la distinction avec des autres fichiers logiques de cet hôpital est alors faite sur base du numéro d'envoi.
Z 8a	:	**Numéro de compte financier B** Uniquement autorisé s'il s'agit du numéro tiers payant de l'hôpital. Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 14	:	**Numéro tiers payant** Numéro d'identification de l'hôpital ou numéro d'identification de l'office de tarification agréé.
Z 15	:	**Signe + montant total numéro de compte financier B**
Z 19	:	**Signe + montant total numéro de compte financier A**
Z 22	:	**Année facturée**
Z 23	:	**Mois facturé**
Z 27	:	**Numéro BCE**
Z 28	:	**Référence de l'établissement**
Z 31-34	:	**BIC compte financier A**
Z 36-41	:	**IBAN compte financier A**
Z 43a	:	**BIC compte financier B**
Z 45-46-47a	:	Réservé réforme de l'état
Z 49-52	:	**IBAN compte financier B**
Z 53-54a	:	Réservé réforme de l'état
Z 55-56	:	Réservé réforme de l'état
Z 98	:	**Chiffres de contrôle de l'envoi**
Z 99	:	**Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Facturation électronique via MyCarenet par les maisons médicales (au forfait)

Principes

En 2020, le secteur des maisons médicales passera à la gestion électronique de tous les flux qui concernent les inscriptions, les désinscriptions, les mutations et à la facturation électronique via MyCarenet (à l'exception des prestations à l'acte et/ou technique).

Le projet s'articule autour de trois services :

1. Service abonnement :
   Ce service vise à permettre de gérer électroniquement les demandes d'abonnement, les notifications de fin d'inscription des patients et les annulation de demande d'abonnement afin de simplifier le processus administratif des maisons médicales et des Organismes Assureurs.
   Il est composé de 3 flux :
   - Demande d'abonnement (= inscription)
   - Notification de fin d'inscription (= désinscription)
   - Annulation

2. Member Data (MDA) (synchrone) : Assurabilité élargie qui permettra d'établir une facture sans faute. Les maison médicales auront accès :
   - Aux données d'assurabilité
   - Aux données d'abonnement (mentionnant si le patient est en maison médicale : période de début (voire de fin), N° INAMI de la maison médicale).

3. Facturation électronique via MyCareNet

Ces 3 services remplaceront les flux papiers existants et la facturation via CD Rom.

Facturation électronique MyCarenet

1. La facturation qui est aujourd'hui transmise aux OA via CD-Rom, sera transmise exclusivement via MyCareNet (message MyCarenet 920000), toujours une fois par mois.
   Elle ne concerne que les forfaits et les trajets de soins (pas les actes techniques ou les prestations à l'acte).

2. Aucun changement n'est nécessaire au niveau du lay-out ou du contenu du fichier de facturation électronique envoyé actuellement via CD-Rom.

3. Il ne s'agira plus d'une facturation anticipative.
   Il sera nécessaire d'attendre le 1er jour du mois avant d'envoyer la facturation.
   Toutefois, ce délai est compensé par la rapidité de l'envoi du fichier de facturation vers les OA via MyCareNet.

   Exemple: la maison médicale « A » souhaite transmettre sa facturation du mois de septembre (forfaits du 01/09 au 30/09) aux organismes assureurs via MyCarenet :

   Etape 1: la maison médicale envoie une requête MDA (Message MyCarenet Member data) de tous les patients inscrits chez elle (ex: 1.500 patients), soit au plus tôt le 1er septembre.

   Etape 2: les OA renvoient une réponse avec données d'abonnements pour ces patients (1500 patients) ainsi que leur assurabilité.

   Etape 3 : la maison médicale établit et envoie sa facturation au plus tôt le 1er septembre en fonction des données renvoyées par les OA dans le message MyCarenet Member Data (MDA).

Reprise

Les maisons médicales devront transmettre tous les contrats existants via le service « MyCarenet - abonnement » dans une opération « one shot » sur une période d'un mois maximum à partir de la date de mise en production.
Le but est de communiquer les informations relatives à chaque inscription et de permettre la continuité du forfait du patient.

Pour les cas de reprise, la date de début (requête d'une demande d'abonnement) sera complétée par une date fictive par défaut : 01/01/1900.
En réponse, l'OA donnera (réponse d'une demande d'abonnement) la date de pivot du passage au système électronique avec une référence.

Exemple : Une requête de reprise est créée le 5/10/2020 via la transaction « demande d'abonnement ».

- Requête d'une demande d'abonnement « reprise »:
  Date de création de la transaction (Date d'inscription): 5/10/2020
  Date de début du forfait : 01/01/1900
- Réponse d'une demande d'abonnement « reprise » :
  Date de création de la transaction : 5/10/2020
  Date de début du forfait : 01/11/2020
  N° de référence : 10012345678901234500

Planning et modalités

La date de mise en production est définie en concertation avec le secteur et les software des maisons médicales.
A partir de cette date :

- Le papier ne sera plus accepté par les OA
- Obligation de réinscrire tous les patients (cf. « Reprise »)
- Toutes les inscriptions et désinscriptions devront se faire via le service MyCarenet « abonnement »
- Le mois suivant, la 1ère facturation électronique via MyCarenet aura lieu.

Dates de début prévues:

- août 2020: 3 maisons médicales (1 par soft) commencent le service Abonnement (inscription) avec la "reprise" de tous les patients inscrits + Member Data synchrone
- septembre 2020: ces 3 maisons médicales font la facturation électronique et Member Data asynchrone
- octobre 2020: toutes les autres maisons médicales entrent en production pour le service Abonnement (inscription) avec la "reprise" de tous les patients inscrits + Member Data synchrone
- à partir du 1er novembre 2020: toutes les autres maisons médicales entrent en production pour la facturation électronique et Member Data asynchrone

Facturation électronique (MyCarenet) par les maisons médicales

Enregistrement de type 10				
Zone	**Longueur**	**Positions**	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 10	*Toujours 10*
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement	*Séquentiel à partir de 1*
3	1 N	9 - 9	nombre numeros comptes financiers (code indice)	*Zéro*
4	7 N	10 - 16	version fichier	*0001999 (9991999 pour un test)*
5	8 N	17 - 24	numero compte finacier a (partie 1)	*Zéro*
6 a	4 N	25 - 28	numero compte financier a (partie 2)	*Zéro*
6 b	4 N	29 - 32	reserve	
7	3 N	33 - 35	numero de l'envoi	*Séquentiel, unique par année, <>0*
8 a	12 N	36 - 47	numero de compte financier b	*Zéro*
8b	1 N	48 - 48	reserve	
9	1 N	49 - 49	code "suppression facture papier"	*0*
10	1 N	50 - 50	code fichier de décompte	*0*
11	1 N	51 - 51	reserve	
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	contenu facturation	
14	12 N	56 - 67	numero tiers payant	*N° agréation INAMI de la maison médicale*
15	12 N	68 - 79	numero d'accreditation cin	*Zéro*
16	1 N	80 - 80	reserve	
17	4 N	81 - 84	reserve	
18	3 N	85 - 87	reserve	
19	12 N	88 - 99	reserve	
20	7 N	100 - 106	reserve	
21	1 N	107 - 107	reserve	
22	5 N	108 - 112	annee facturée	*Année de facturation 0AAAA*
23	2 N	113 - 114	mois facture	*Mois de facturation MM*
24	5 N	115 - 119	reserve	
25	7 N	120 - 126	date de creation (partie 1) aaaammj	*Date de création du fichier de facturation AAAAMMJJ*
26	1 N	127 - 127	date de creation (partie 2) j	
27	10 N	128 - 137	numéro BCE	*Obligatoire*
28	25 A	138 - 162	référence de l'établissement	*Réservé pour l'établissement qui facture*
29	2 N	163 - 164	reserve	
30	2 N	165 - 166	reserve	
31	8 A	167 - 174	bic – compte financier a (partie 1)	
32	1 A	175 - 175	bic – compte financier a (partie 2)	
33	1 A	176 - 176	bic – compte financier a (partie 3)	
34	1 A	177 - 177	bic – compte financier a (partie 4)	
35	1 N	178 - 178	reserve	
36	1 A	179 - 179	iban – compte financier a (partie 1)	
37	3 A	180 - 182	iban – compte financier a (partie 2)	
38	12 A	183 - 194	iban – compte financier a (partie 3)	
39	10 A	195 - 204	iban – compte financier a (partie 4)	
40	2 A	205 - 206	iban – compte financier a (partie 5)	
41	6 A	207 - 212	iban – compte financier a (partie 6)	
42	6 N	213 - 218	reserve	
43a	11 A	219 - 229	bic – compte financier b	*Blanc*
43b	1 N	230-230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 A	235 - 260	réservé réforme de l'état	
46	1 A	261 - 261	réservé réforme de l'état	
47a	7 A	262 - 268	réservé réforme de l'état	
47b	1 N	269 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	réservé réforme de l'état	
49	12 A	271 - 282	iban – compte financier b (partie 1)	*Blanc*
50	4 A	283 - 286	iban – compte financier b (partie 2)	*Blanc*
51	6 A	287-292	iban – compte financier b (partie 3)	*Blanc*
52	12 A	293-304	iban – compte financier b (partie 4)	*Blanc*
53	8 A	305-312	réservé réforme de l'état	
54a	3 A	313-315	réservé réforme de l'état	
54b	5 N	316-320	reserve	
55	8 N	321-328	reserve	
56	4 N	329-332	reserve	
57	4 N	333-336	reserve	
58	4 N	337-340	reserve	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	reserve	
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement	*Chiffres de contrôle de l'enregistrement*

Enregistrement de type 20

Zone	Longueur	Positions	Libellé	Commentaire concernant le contenu
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 20	*toujours 20*
2	6 N	3 - 8	numéro d'ordre d'enregistrement	*séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10*
3	1 N	9 - 9	autorisation tiers payant	*0 (pas d'application)*
4	7 N	10 - 16	heure d'admission	*zéro*
5	8 N	17 - 24	date d'admission	*zéro*
6 a	4 N	25 - 28	date de sortie (partie 1)	*zéro*
6 b	4 N	29 - 32	date de sortie (partie 2)	
7	3 N	33 - 35	numéro de la mutualité d'affiliation	*mutualité d'affiliation du patient*
8 a	12 A	36 - 47	identification du bénéficiaire (partie 1)	*niss du patient*
8 b	1 A	48 - 48	identification du bénéficiaire (partie 2)	
9	1 N	49 - 49	sexe bénéficiaire	*m = 1, f = 2*
10	1 N	50 - 50	type de facture	*fact. individuelle pour patients ambulants = 3*
11	1 N	51 - 51	type de facturation	*= 0 sauf si refacturation*
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	service 721 bis	*zéro*
14	12 N	56 - 67	numéro de l'établissement qui facture	*n° agréation inami de la maison médicale*
15	12 N	68 - 79	etablissement de sejour	*zéro*
16	1 N	80 - 80	code levée délai de prescription	*= 0 (sauf exception)*
17	4 N	81 - 84	causes du traitement	
18	3 N	85 - 87	numéro de la mutualité de destination	*Voir description zone*
19	12 N	88 - 99	numéro d'admission	*zéro*
20	7 N	100 - 106	date accord traitement (partie 1)	*date d'inscription au forfait*
21	1 N	107 - 107	date accord traitement (partie 2)	*aaaammjj*
22	5 N	108 - 112	heure de sortie	*zéro*
23	2 N	113 - 114	reserve	
24	5 N	115 - 119	numéro de la facture individuelle (partie 1)	*numéro de la facture*
25	7 N	120 - 126	numéro de la facture individuelle (partie 2)	
26	1 N	127 - 127	application franchise sociale	
27	10 N	128 - 137	code titulaire 1 + 2	*codes titulaires du patient*
28	25 A	138 - 162	référence de l'établissement	*réservé pour l'établissement qui facture*
29	2 N	163 - 164	numéro de facture précédente (partie 1)	*uniquement en cas de refacturation*
30	2 N	165 - 166	numéro de facture précédente (partie 2)	*sinon = 0*
31	8 N	167 - 174	numéro de facture précédente (partie 3)	
32	1 N	175 - 175	flag identification bénéficiaire	
33	1 N	176 - 176	reserve	
34	1 N	177 - 177	numéro de l'envoi précédent (partie 1)	*uniquement en cas de refacturation*
35	1 N	178 - 178	numéro de l'envoi précédent (partie 2)	*sinon = 0*
36	1 N	179 - 179	numéro de l'envoi précédent (partie 3)	
37	3 N	180 - 182	numéro mutualité facturation précédente	*uniquement en cas de refacturation, sinon = 0*
38	12 A	183 - 194	référence mutualité numéro compte financier a (partie 1)	*uniquement en cas de refacturation*
39	10 A	195 - 204	référence mutualité numéro compte financier a (partie 2)	*sinon = blanc*
40	2 N	205 - 206	reserve	
41	6 N	207 - 212	année et mois précédemment facturés	*uniquement en cas de refacturation, sinon = 0*
42	6 A	213 - 218	données de référence réseau (partie 1)	*=0 car pas d'application*
43a	11 A	219 - 229	données de référence réseau (partie 2)	
43b	1A	230-230	données de référence réseau (partie 3)	
44	4 A	231 - 234	données de référence réseau (partie 4)	
45	26 A	235 - 260	données de référence réseau (partie 5)	
46	1 N	261 - 261	reserve	
47	8 N	262 - 269	date de facturation	*facultatif*
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 A	271 - 282	référence mutualité numéro compte financier b (partie 1)	*blanc*
50	4 A	283 - 286	référence mutualité numéro compte financier b (partie 2)	
51	6 A	287 - 292	référence mutualité numéro compte financier b (partie 3)	
52	12 N	293-304	reserve	
53	8 N	305-312	date début assurabilité	
54a	3N	313-315	date fin assurabilité (partie 1)	
54b	5N	316-320	date fin assurabilité (partie 2)	
55	8 N	321-328	date communication information	
56	4 N	329-332	maf année en cours	
57	4 N	333-336	maf année en cours -1	
58	4 N	337-340	maf année en cours -2	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	reserve	
99	2 N	349 - 350	chiffres de contrôle de l'enregistrement	*chiffres de contrôle de l'enregistrement*

Enregistrement de type 50				
Zone	**Longueur**	**Positions**	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
1	2 N	1 - 2	Enregistrement de type 50	*Toujours 50*
2	6 N	3 - 8	Numéro d'ordre de l'enregistrement	*Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10*
3	1 N	9 - 9	Norme prestation (pourcentage)	*Zéro*
4	7 N	10 - 16	Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature	*M = 0109616; K = 0509611; I = 0409614; suividiabmm = 0109594*
5	8 N	17 - 24	Date première prestation effectuée	*voir zone*
6 a	4 N	25 - 28	Date dernière prestation effectuée (partie 1)	*voir zone*
6 b	4 N	29 - 32	Date dernière prestation effectuée (partie 2)	*AAAAMMJJ*
7	3 N	33 - 35	Numéro mutualité d'affiliation	*Mutualité d'affiliation du patient*
8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)	*NISS du patient*
8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)	
9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire	*M = 1, F = 2*
10	1 N	50 - 50	accouchement	*Zéro*
11	1 N	51 - 51	reference numero de compte financier	*Zéro*
12	1 N	52 - 52	nuit, week-end, jour ferie	
13	3 N	53 - 55	code service	*990*
14	12 N	56 - 67	lieu de prestation	*N° agréation INAMI de la maison médicale*
15	12 N	68 - 79	identification du dispensateur	*voir zone*
16	1 N	80 - 80	norme dispensateur	
17	4 N	81 - 84	prestation relative (partie 1)	
18	3 N	85 - 87	prestation relative (partie 2)	
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant intervention de l'assurance	*Montant intervention O.A. pour la prestation*
20	7 N	100 - 106	date prescription (partie 1)	
21	1 N	107 - 107	date prescription (partie 2)	
22	1 A + 4 N	108 - 112	signe + nombre d'unites	*+0001*
23	2 N	113 - 114	dérogation nombre maximal ou prestation identique	
24	5 N	115 - 119	identification prescripteur (partie 1)	
25	7 N	120 - 126	identification prescripteur (partie 2)	
26	1 N	127 - 127	norme prescripteur	
27	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient	*+000000000*
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement	*Réservé pour l'établissement qui facture*
29	2 N	163 - 164	dent traitee	
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)	*+000000000*
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)	
32	1 N	175 - 175	exception tiers payant	
33	1 N	176 - 176	code facturation intervention personnelle ou supplement	
34	1 N	177 - 177	membre traite	
35	1 N	178 - 178	prestataire conventionne	
36	1 N	179 - 179	heure de prestation (partie 1)	
37	3 N	180 - 182	heure de prestation (partie 2)	
38	12 N	183 - 194	identification administrateur du sang	
39	10 N	195 - 204	numero de l'attestation d'administration (partie 1)	
40	2 N	205 - 206	numero de l'attestation d'administration (partie 2)	
41	6 A	207 - 212	numero bon de delivrance ou sac (partie 1)	
42	6 A	213 - 218	numero bon de delivrance ou sac (partie 2)	
43a	11 N	219 - 229	code implant (partie 1)	
43b	1 N	230-230	code implant (partie 2)	
44	4 A	231 - 234	libelle du produit (partie 1)	
45	26 A	235 - 260	libelle du produit (partie 2)	
46	1 N	261 - 261	norme plafond	
47	8 N	262 - 269	valeur de base prestation	
48	1 N	270 - 270	transplantation	
49	12 N	271 - 282	identification du dispensateur auxiliaire	
50 a	3 N	283 - 285	pourcentage dans le forfait	*Toujours zéro*
50 b	1 N	286 - 286	reserve	
51	6 N	287-292	site hospitalier	
52	12 N	293-304	identification association bassin de soins	
53	8 A	305-312	numero de course (partie 1)	
54a	3 A	313-315	numero de course (partie 2)	
54b	5 N	316-320	reserve	
55	8 N	321-328	code notification implant (partie 1)	
56	4 N	329-332	code notification implant (partie 2)	
57	4 N	333-336	reserve	
58	4 N	337-340	reserve	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	reserve	
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement	*Chiffres de contrôle de l'enregistrement*

Enregistrement de type 80				
Zone	**Longueur**	**Positions**	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 80	Toujours 80
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement	Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10
3	1 N	9 - 9	reserve	
4	7 N	10 - 16	heure d'admission	Zéro
5	8 N	17 - 24	date d'admission	Zéro
6 a	4 N	25 - 28	date de sortie (partie 1)	Zéro
6 b	4 N	29 - 32	date de sortie (partie 2)	
7	3 N	33 - 35	numero mutualite d'affiliation	Mutualité d'affiliation du patient
8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)	NISS du patient
8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)	
9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire	M = 1, F = 2
10	1 N	50 - 50	type facture	Fact. individuelle pour patients ambulants = 3
11	1 N	51 - 51	reserve	
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	service 721 bis	Zéro
14	12 N	56 - 67	numero de l'etablissement qui facture	N° agréation INAMI de la maison médicale
15	1 A + 11 N	68 - 79	signe + montant de compte financier b	Zéro
16	1 N	80 - 80	reserve	
17	4 N	81 - 84	causes du traitement	
18	3 N	85 - 87	numero mutualite de destination	Voir description zone
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant de compte financier a	Montant total de la facture pour ce patient
20	7 N	100 - 106	date de la facture (partie 1)	
21	1 N	107 - 107	date de la facture (partie 2)	
22	5 N	108 - 112	heure de sortie	Zéro
23	2 N	113 - 114	reserve	
24	5 N	115 - 119	numero de la facture individuelle (partie 1)	Numéro de la facture
25	7 N	120 - 126	numero de la facture individuelle (partie 2)	
26	1 N	127 - 127	reserve	
27	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient	+000000000
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement	Réservé pour l'établissement qui facture
29	2 N	163 - 164	reserve	
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)	+000000000
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)	
32	1 N	175 - 175	flag identification du beneficiaire	
33	1 N	176 - 176	reserve	
34	1 N	177 - 177	reserve	
35	1 N	178 - 178	reserve	
36	1 N	179 - 179	reserve	
37	3 N	180 - 182	reserve	
38	1 A + 11 N	183 - 194	signe + acompte numero compte financier a	
39	10 N	195 - 204	reserve	
40	2 N	205 - 206	reserve	
41	6 N	207 - 212	reserve	
42	6 N	213 - 218	reserve	
43a	11 N	219 - 229	reserve	
43b	1N	230-230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 N	235 - 260	reserve	
46	1 N	261 - 261	reserve	
47	8 N	262 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 N	271 - 282	reserve	
50	4 N	283 - 286	reserve	
51	6 N	287 - 292	reserve	
52	12 N	293-304	reserve	
53	8 N	305-312	reserve	
54a	3 N	313-315	reserve	
54b	5 N	316-320	reserve	
55	1 A + 7 N	321-328	réservé réforme de l'état	
56	4 N	329-332	réservé réforme de l'état	
57	4 N	333-336	reserve	
58	4 N	337-340	reserve	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	chiffres de controle de la facture	Chiffres de contrôle de la facture (20-50-80)
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Annexe 12.7

Enregistrement de type 90				
Zone	**Longueur**	**Positions**	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 90	Toujours 90
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement	Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10
3	1 N	9 - 9	reserve	
4	7 N	10 - 16	reserve	
5	8 N	17 - 24	numero compte financier a (partie 1)	*Zéro*
6 a	4 N	25 - 28	numero compte financier a (partie 2)	*Zéro*
6 b	4 N	29 - 32	reserve	
7	3 N	33 - 35	numero d'envoi	Séquentiel, unique par année, <>0
8 a	12 N	36 - 47	numero compte financier b	Zéro
8 b	1 N	48 - 48	reserve	
9	1 N	49 - 49	reserve	
10	1 N	50 - 50	reserve	
11	1 N	51 - 51	reserve	
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	reserve	
14	12 N	56 - 67	numero tiers payant	N° agréation INAMI de la maison médicale
15	1 A + 11 N	68 - 79	signe + montant total numero compte financier b	Zéro
16	1 N	80 - 80	reserve	
17	4 N	81 - 84	reserve	
18	3 N	85 - 87	reserve	
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant total numero compte financier a	Montant total de l'envoi
20	7 N	100 - 106	reserve	
21	1 N	107 - 107	reserve	
22	5 N	108 - 112	annee de facturation	Année de facturation 0AAAA
23	2 N	113 - 114	mois de facturation	Mois de facturation MM
24	5 N	115 - 119	reserve	
25	7 N	120 - 126	reserve	
26	1 N	127 - 127	reserve	
27	10 N	128 - 137	numéro BCE	Obligatoire
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement	Réservé pour l'établissement qui facture
29	2 N	163 - 164	reserve	
30	2 N	165 - 166	reserve	
31	8 A	167 - 174	bic - compte financier a (partie 1)	
32	1 A	175 - 175	bic - compte financier a (partie 2)	
33	1 A	176 - 176	bic - compte financier a (partie 3)	
34	1 A	177 - 177	bic - compte financier a (partie 4)	
35	1 N	178 - 178	reserve	
36	1 A	179 - 179	iban - compte financier a (partie 1)	
37	3 A	180 - 182	iban - compte financier a (partie 2)	
38	12 A	183 - 194	iban - compte financier a (partie 3)	
39	10 A	195 - 204	iban - compte financier a (partie 4)	
40	2 A	205 - 206	iban - compte financier a (partie 5)	
41	6 A	207 - 212	iban - compte financier a (partie 6)	
42	6 N	213 - 218	reserve	
43a	11 A	219 - 229	bic - compte financier b	Blanc
43b	1 N	230-230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 A	235 - 260	réservé réforme de l'état	
46	1 A	261 - 261	réservé réforme de l'état	
47a	7 A	262 - 268	réservé réforme de l'état	
47b	1 N	269 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 A	271 - 282	iban - compte financier b (partie 1)	Blanc
50	4 A	283 - 286	iban - compte financier b (partie 2)	Blanc
51	6 A	287-292	iban - compte financier b (partie 3)	Blanc
52	12 A	293-304	iban - compte financier b (partie 4)	Blanc
53	8 A	305-312	réservé réforme de l'état	
54a	3 A	313-315	réservé réforme de l'état	
54b	5N	316-320	reserve	
55	1 A + 7 N	321-328	réservé réforme de l'état	
56	4 N	329-332	réservé réforme de l'état	
57	4 N	333-336	reserve	
58	4 N	337-340	reserve	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	chiffres de controle de l'envoi	Chiffres de contrôle de l'envoi (10 à 90)
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Annexe 13.1

FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE PAR LES MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES.

Enregistrement de type 10

Z 1	:	**Enregistrement de type 10**
Z 2	:	**Numéro d'ordre d'enregistrement**
Z 3	:	**Nombre numéros comptes financiers (code indice)** En cas de facturation par les MSP, un seul numéro de compte est autorisé.
Z 4	:	**Version fichier** Valeur constante 0001999.
Z 5-6a	:	**Numéro de compte financier A** Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	**Numéro d'envoi**
Z 8a	:	**Numéro de compte financier B** Est réservé au pool des médecins. Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 9	:	**Code "suppression facture papier"** Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 1 Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0
Z 10	:	**Code fichier de décompte** Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 0 ou 1 Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0
Z 13	:	**Contenu de la facturation**
Z 14	:	**Numéro tiers payant** Numéro d'identification MSP.
Z 15	:	**Numéro d'accréditation CIN** Toujours 0.
Z 22	:	**Année facturée**
Z 23	:	**Mois facturé** Valeur 03, 06, 09 ou 12 en fonction de la période facturée.
Z 25-26	:	**Date de création**
Z 27	:	**Numéro BCE** Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015
Z 28	:	**Référence de l'établissement**
Z 31-34	:	**BIC compte financier A**
Z 36-41	:	**IBAN compte financier A**
Z 43a	:	**BIC compte financier B**
Z 45-46-47a	:	Réservé réforme de l'état
Z 48	:	Réservé réforme de l'état
Z 49-52	:	**IBAN compte financier B**
Z 53-54a	:	Réservé réforme de l'état
Z 99	:	**Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Enregistrement de type 20

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

Enregistrement de type 30

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

Enregistrement de type 40

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

Enregistrement de type 50

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

Enregistrement de type 80

Z 1	:	**Enregistrement de type 80**
Z 2	:	**Numéro d'ordre de l'enregistrement**
Z 4	:	**Heure d'admission** Mention de l'heure.
Z 5	:	**Date d'admission** Mention de la date.
Z 6a-6b	:	**Date de sortie** A mentionner si la période de séjour est terminée.
Z 7	:	**Numéro de la mutualité d'affiliation**
Z 8a-8b	:	**Identification du bénéficiaire**
Z 9	:	**Sexe bénéficiaire**
Z 10	:	**Type de facture** Type de facture 4.
Z 13	:	**Service 721 bis** : 0
Z 14	:	**Numéro de l'établissement qui facture** Numéro MSP correspondant à celui mentionné dans l'ET 20 Z 14.
Z 15	:	**Signe + montant numéro de compte financier B**
Z 17	:	**Causes du traitement** Toujours 0.
Z 18	:	**Numéro de la mutualité de destination**
Z 19	:	**Signe + montant numéro de compte financier A**
Z 20-21	:	**Date de la facture**
Z 22	:	**Heure de sortie** A mentionner si date de sortie est complétée.
Z 24-25	:	**Numéro de la facture individuelle** : Mention du numéro.
Z 27	:	**Signe + intervention personnelle patient**
Z 28	:	**Référence de l'établissement**
Z 30-31	:	**Signe + montant supplément**
Z 32	:	**FLAG identification du bénéficiaire**
Z 38	:	**Signe + acompte numéro de compte financier A**
Z 55-56	:	Réservé réforme de l'état
Z 98	:	**Chiffres de contrôle de la facture**
Z 99	:	**Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Enregistrement de type 90

Z 1	:	**Enregistrement de type 90**
Z 2	:	**Numéro d'ordre de l'enregistrement**
Z 5-6a	:	**Numéro de compte financier A** Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	**Numéro de l'envoi**
Z 8a	:	**Numéro de compte financier B** Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 14	:	**Numéro tiers payant** Numéro d'identification MSP.
Z 15	:	**Signe + montant total numéro de compte financier B**
Z 19	:	**Signe + montant total numéro de compte financier A**
Z 22	:	**Année facturée**
Z 23	:	**Mois facturé**
Z 27	:	**Numéro BCE** Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015
Z 28	:	**Référence de l'établissement**
Z 31-34	:	**BIC compte financier A**
Z 36-41	:	**IBAN compte financier A**
Z 43a	:	**BIC compte financier B**
Z 45-46-47a	:	Réservé réforme de l'état
Z 49-52	:	**IBAN compte financier B**
Z 53-54a	:	Réservé réforme de l'état
Z 55-56	:	Réservé réforme de l'état
Z 98	:	**Chiffres de contrôle de l'envoi**
Z 99	:	**Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

RÈGLES DE CALCUL ET D'ARRONDI POUR LES MEDICAMENTS

Remarque générale préalable : La règle d'arrondi est appliquée sur 3 décimales, càd pour arrondir à 2 décimales, on ne tient compte que de la 3ème décimale.

A. Délivrance à des bénéficiaires HOSPITALISÉS

1. En cas de forfaitarisation (facturation à 25%)

Règle générale (voir exemple 1)

Base de remboursement x nombre d'unités: A

Intervention de l'AMI: B = A * 0,25

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

Produits de contraste (voir exemple 15 BIS) **et autres médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019)**.

L'intervention de l'assurance est diminuée de 10 % (15% à partir du 1/4/2019). Cette diminution ne peut pas être facturée au patient.

Intervention de l'AMI: B = A * 0,25 * 0,90

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

2. Hors forfaitarisation

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

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

Base de remboursement x nombre d'unité : A

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

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

Dans le cas des médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019):

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

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

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

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

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

Définition « tranche » :

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

Attention:

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

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

Exemples de détermination de la « tranche »

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)

Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix ***buiten bedrijf / ex-usine***	Basis v tegemoetk Base de remb. ***buiten bedrijf / ex-usine***	I	II
CO-AMILORIDE TEVA 5/50 mg			TEVA PHARMA BELGIUM					ATC: C03EA01
B-28	1488-774	60 tabletten, 5 mg / 50 mg	60 comprimés, 5 mg / 50 mg	G	5,94	5,94	0,34	0,57
	1488-774				***1,2900***	***1,2900***		
B-28	1488-782	120 tabletten, 5 mg / 50 mg	120 comprimés, 5 mg / 50 mg	G	7,42	7,42	0,68	1,14
	1488-782				***2,5700***	***2,5700***		
B-28 *	0762-401	1 tablet, 5 mg / 50 mg	1 comprimé, 5 mg / 50 mg	G	0,0277	0,0277		
B-28 **	0762-401	1 tablet, 5 mg / 50 mg	1 comprimé, 5 mg / 50 mg	G	0,0227	0,0227		

⇨ « tranche » = 120

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

⇨ « tranche » = 1

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

⇨ « tranche » = 10

Concrètement, le calcul s'effectue comme suit :

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

Intervention personnelle théorique (Z 39):
Si le nombre d'unités <= tranche : B = 0,37 EUR ou B = A' (si A'< 0,37 EUR)
Si le nombre d'unités > tranche : B = x * 0,37 EUR ou B = A' (si A' < x * 0,37)

Intervention de l'AMI (Z 19): A' – B

Dans le cas des produits de contraste (voir exemple 15TER) ou autres médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019) :

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

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

Si le ticket modérateur théorique a déjà été décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service, la norme 1 est utilisée pour indiquer que le ticket modérateur (théorique) n'est plus soustrait.
La norme 2 est utilisée lorsque le ticket modérateur théorique est plus élevé que zéro mais plus bas que le montant attendu.

Accord

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

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

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

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

Intervention personnelle théorique (Z 39): B'

Intervention de l'AMI (Z 19): A' – B'

Dans le cas des produits de contraste ou autres médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019):

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

B. Délivrance à des bénéficiaires AMBULANTS

Règle générale (voir exemples 16 et 17)

Prix x nombre d'unités:	A	
	A'	**ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.
Base de remboursement x nombre d'unités:	B	
	B'	**ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.
A – B =	C	
	C'	**ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.
Pourcentage ticket modérateur (calculé sur B) :	D	
	D'	**ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.
Intervention personnelle (Z 27):	C' + D'	
Intervention de l'AMI (Z 19):	B' – D'	

Attention:
La différence entre le prix et la base de remboursement (montant C') est intégralement à charge du patient et doit être comptée en plus du ticket modérateur calculé (et éventuellement plafonné), à moins que l'hôpital ne prenne lui-même en charge ce montant (Z 33 = 1).
La 'marge de sécurité' (différence entre le prix et la base de remboursement) est supprimée à partir du 1/7/2020.
Exception : Catégories Fa et Fb : La différence entre le prix et la base de remboursement (montant C') est intégralement à charge de l'hôpital. Ce montant ne peut donc pas être facturé au patient.

Produits de contraste (voir exemple 29) **et autres médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019)**

L'intervention de l'assurance est diminuée de 10 % (15% à partir du 1/4/2019). Cette diminution ne peut pas être facturée au patient.

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

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

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

Le calcul et l'arrondi du ticket modérateur doivent, en ce sens, s'effectuer par « tranche ».
La base de remboursement est calculée sur le nombre total d'unités délivrées, également si ce nombre est plus grand que la tranche.

Pour info: pourcentages et plafonds ticket modérateur

Pourcentages ticket modérateur par catégorie

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

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

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

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

C. Exemples détaillés

Les exemples servent simplement pour l'illustration des règles d'arrondi et de calcul.
Les prix et les plafonds ticket modérateur de ces exemples ne sont pas systématiquement actualisés.
Les prix et les plafonds ticket modérateur à la date de délivrance doivent être utilisés.

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

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix ***buiten bedrijf / ex-usine***	Basis v tegemoetk Base de remb. ***buiten bedrijf / ex-usine***	I	II
CAPOTEN 50 mg (Impexeco)			IMPEXECO					ATC: C09AA01
B-21	2675-718	60 tabletten, 50 mg	60 comprimés, 50 mg	R	27,95	22,36	9,36	11,88
	2675-718				***19,0100***	***14,2200***		
B-21 *	0795-997	1 tablet, 50 mg	1 comprimé, 50 mg	R	0,4088	0,3058	+0,1030	+0,1030
B-21 **	0795-997	1 tablet, 50 mg	1 comprimé, 50 mg	R	0,3358	0,2512		
CELLTOP 100 mg			BAXTER					ATC: L01CB01
A-28	1524-214	10 capsules, hard, 100 mg	10 gélules, 100 mg	R	86,49	75,69	10,80	10,80
	1524-214				***71,0600***	***61,1700***		
A-28 *	0762-229	1 capsule, hard, 100 mg	1 gélule, 100 mg	R	8,2430	7,1950	+1,0480	+1,0480
A-28 **	0762-229	1 capsule, hard, 100 mg	1 gélule, 100 mg	R	7,5320	6,4840		
INDERAL			ASTRAZENECA					ATC: C07AA05
B-9	0115-808	50 tabletten, 10 mg	50 comprimés, 10 mg	R	5,94	5,43	0,73	0,88
	0115-808				***1,2900***	***0,8400***		
B-9 *	0709-188	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	R	0,0332	0,0216	+0,0116	+0,0116
B-9 **	0709-188	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	R	0,0274	0,0178		

FRAXIPARINE		GLAXO SMITHKLINE						ATC: B01AB06
B-33	0321-596	10 voorgevulde spuiten 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	10 seringues préremplies 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		31,92	31,92	5,10	8,58
	0321-596				***22,5100***	***22,5100***		
B-33 *	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 séringue prérempli 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		2,9050	2,9050		
B-33 **	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 séringue prérempli 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		2,3860	2,3860		

DOCACETYL 600		DOCPHARMA						ATC: R05CB01
C-27	1583-590	30 bruistabletten, 600 mg	30 comprimés effervescents, 600 mg	G	7,05	7,05	2,02	2,02
	1583-590				***2,2800***	***2,2800***		
C-27 *	0767-590	1 bruistablet, 600 mg	1 comprimé effervescent, 600 mg	G	0,0980	0,0980		
C-27 **	0767-590	1 bruistablet, 600 mg	1 comprimé effervescent, 600 mg	G	0,0807	0,0807		

MEBEVERINE EG		EUROGENERICS						ATC: A03AA04
Cx-10	1402-569	40 filmomhulde tabletten, 135 mg	40 comprimés pelliculés, 135 mg	G	6,77	6,77	2,89	2,89
	1402-569				***2,0400***	***2,0400***		
Cx-10	1464-114	120 filmomhulde tabletten, 135 mg	120 comprimés pelliculés, 135 mg	G	9,57	9,57	6,01	6,01
	1464-114				***4,2500***	***4,2500***		
Cx-10 *	0748-350	1 filmomhulde tablet, 135 mg	1 comprimé pelliculé, 135 mg	G	0,0457	0,0457		
Cx-10 **	0748-350	1 filmomhulde tablet, 135 mg	1 comprimé pelliculé, 135 mg	G	0,0376	0,0376		

DIFLUCAN (PI-Pharma)		PI-PHARMA	(zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV)					ATC: J02AC01
B-134	2195-642	10 capsules, hard, 200 mg	10 gélules, 200 mg	R	64,59	61,85	9,94	13,54
	2195-642				***51,3300***	***48,9200***		
B-134 *	0779-025	1 capsule, hard, 200 mg	1 gélule, 200 mg	R	6,1520	5,8970	+0,2550	+0,2550
B-134 **	0779-025	1 capsule, hard, 200 mg	1 gélule, 200 mg	R	5,4410	5,1860		

BONEFOS		BAYER						ATC: M05BA02
B-88	1327-576	50 tabletten, 800 mg	50 comprimés, 800 mg		161,19	161,19	7,20	10,80
	1327-576				***139,5500***	***139,5500***		
B-88 *	0748-517	1 tablet, 800 mg	1 comprimé, 800 mg		3,1006	3,1006		
B-88 **	0748-517	1 tablet, 800 mg	1 comprimé, 800 mg		2,9584	2,9584		

ENTOCORT		ASTRAZENECA						ATC: A07EA06
B-55	1344-365	100 capsules met verlengde afgifte, hard, 3 mg	100 gélules à libération prolongée, 3 mg		89,05	89,05	8,90	13,50
	1344-365				***73,4200***	***73,4200***		
B-55 *	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,8494	0,8494		
B-55 **	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,7783	0,7783		

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

AMOXICILLINE SANDOZ 250		SANDOZ						ATC: J01CA04
B-107	2114-346	1 fles 100 ml poeder voor orale suspensie, 50 mg/ml	1 flacon 100 ml poudre pour suspension buvable, 50 mg/ml	G	7,21	7,21	0,64	1,07
	2114-346				***2,4100***	***2,4100***		
B-107 *	0778-068	5 ml suspensie voor oraal gebruik, 50 mg/ml	5 ml suspension buvable, 50 mg/ml	G	0,1555	0,1555		
B-107 **	0778-068	5 ml suspensie voor oraal gebruik, 50 mg/ml	5 ml suspension buvable, 50 mg/ml	G	0,1275	0,1275		

LIPITOR 40		PFIZER	(zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV)					ATC: C10AA05
B-41	1641-018	84 filmomhulde tabletten, 40 mg	84 comprimés pelliculés, 40 mg		189,49	189,49	8,90	13,50
	1641-018				***165,5000***	***165,5000***		
B-41 *	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,1731	2,1731		
B-41 **	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,0885	2,0885		

Exemples bénéficiaires hospitalisés

Exemple 1 (en cas de forfaitarisation)

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

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

Intervention de l'AMI : 3,5168 * 0,25 = 0,8792
≈ 0,88

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

Exemple 2 (catégorie A hors forfaitarisation)

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

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

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

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

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

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

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,37

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 20,10 – 0,74 = 19,36

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

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

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

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

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 15,32 – 0,74 = 14,58

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

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

Délivrance de 10 unités de Amoxicilline Sandoz 0778-068** (tranche = 20) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.
2 unités sont facturées sur le 1er fichier de facturation, les 8 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

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

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

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

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

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

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

1er fichier de facturation

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

2e fichier de facturation

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

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

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

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

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 0,68 – 0,68 = 0,00

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

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

Délivrance de 40 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.
30 unités sont facturées sur le 1er fichier de facturation, les 10 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

Base de remboursement * nombre d'unités:	0,2512 * 30	= 7,5360 ≈ 7,54
Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,37	
Intervention de l'AMI (Z 19):	7,54 – 0,37	= 7,17

Base de remboursement * nombre d'unités:	0,2512 * 10	= 2,5120 ≈ 2,51
Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,00 (car 0,37 déjà décomptés précédemment pour cette tranche)	
Intervention de l'AMI (Z 19):	2,51 – 0,00	= 2,51

1er fichier de facturation

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

2e fichier de facturation

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

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

Délivrance de 40 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.
30 unités ont été prescrites par le prescripteur X, les 10 unités restantes par le prescripteur Y.

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,2512 * 30 = 7,5360 ≈ 7,54

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,37

Intervention de l'AMI (Z 19): 7,54 – 0,37 = 7,17

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,2512 * 10 = 2,5120 ≈ 2,51

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,00 (car 0,37 déjà décomptés précédemment pour cette tranche)

Intervention de l'AMI (Z 19): 2,51 – 0,00 = 2,51

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

Attention:

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

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

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,37

Intervention de l'AMI (Z 19): 10,05 – 0,37 = 9,68

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

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

Délivrance de 85 unités d'Inderal 10 mg 0709-188** (tranche = 50) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.
63 unités sont facturées sur un 1er fichier de facturation, les 22 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

Base de remboursement * nombre d'unités:	0,0178 * 63	= 1,1214 ≈ 1,12
Intervention personnelle théorique (Z 39):	2 * 0,37	= 0,74
Intervention de l'AMI (Z 19):	1,12 – 0,74	= 0,38

Base de remboursement * nombre d'unités:	0,0178 * 22	= 0,3916 ≈ 0,39
Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,00 (car 0,37 déjà décomptés précédemment pour cette tranche)	
Intervention de l'AMI (Z 19):	0,39 – 0,00	= 0,39

1er fichier de facturation

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

2e fichier de facturation

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

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

Délivrance de 85 unités de Inderal 10 mg 0709-188** (tranche = 50) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.
5 unités sont facturées sur un 1er fichier de facturation, les 80 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

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

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

1er fichier de facturation

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

2e fichier de facturation

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

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

Délivrance de 26 unités de Fraxiparine 0739-714** (tranche = 10) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.
5 unités ont été délivrées en août, les 21 unités restantes en septembre.
Supposons que la base de remboursement est modifiée le 1/9 et vaut alors 2,4356 (exemple fictif).

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

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

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

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

Délivrance de 40 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.
30 unités ont été délivrées dans le service X, les 10 unités restantes dans le service Y.

Base de remboursement * nombre d'unités:	0,2512 * 30	= 7,5360 ≈ 7,54
Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,37	
Intervention de l'AMI (Z 19):	7,54 – 0,37	= 7,17

Base de remboursement * nombre d'unités:	0,2512 * 10	= 2,5120 ≈ 2,51
Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,37	
Intervention de l'AMI (Z 19):	2,51 – 0,37	= 2,14

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

Exemple 15 (catégorie C hors forfaitarisation)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Intervention de l'AMI : (29,98 – 0,74) * 0,90 = 26,316
≈ 26,32

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

Exemples bénéficiaires ambulants

Remarque: La 'marge de sécurité' est supprimée pour les délivrances à partir du 1/7/2020. Les exemples ci-dessous des spécialités de référence avec une différence entre le prix et la base de remboursement ne sont donc plus d'application.

Exemple 16 (catégorie A)

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

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

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

181,3460 – 158,2900 = 23,0560
≈ 23,06

Intervention personnelle (Z 27): 23,06

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

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

Exemple 17 (catégorie Cx)

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

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

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

6,8550 – 6,8550 = 0,0000
≈ 0,00

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

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

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

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

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

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

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

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

12,2640 –9,1740 = 3,0900
≈ 3,09

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

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 9,17 – 2,29 = 6,88

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

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

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

Prix * nombre d'unités: 0,4088 * 80 = 32,7040
≈ 32,70

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,3058 * 80 = 24,4640
≈ 24,46

32,7040 – 24,4640 = 8,2400
≈ 8,24

Calcul ticket modérateur 1er tranche

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,3058 * 60 = 18,3480

Pourcentage ticket modérateur: 0,25 * 18,3480 = 4,5870
≈ 4,59

Calcul ticket modérateur 2e tranche

Base de remboursement * nombre d'unités: 0,3058 * 20 = 6,1160

Pourcentage ticket modérateur: 0,25 * 6,1160 = 1,5290
≈ 1,53

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 24,46 – 4,59 – 1,53 = 18,34

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

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

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

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

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

55,3680 – 53,0730 = 2,2950
≈ 2,29

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

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 53,07 – 7,20 = 45,87

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

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

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

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

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

84,0906 – 84,0906 = 0,0000
≈ 0,00

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

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 84,09 – 8,90 = 75,19

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

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

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

Prix * nombre d'unités:	0,8494 * 110	= 93,4340 ≈ 93,43
Base de remboursement * nombre d'unités:	0,8494 * 110	= 93,4340 ≈ 93,43

93,4340 - 93,4340 = 0,0000
≈ 0,00

Calcul ticket modérateur 1er tranche

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

Calcul ticket modérateur 2e tranche

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

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 93,43 – 13,50 – 2,12 = 77,81

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

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

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

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

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

50,1146 – 50,1146 = 0,0000
≈ 0,00

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

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 50,11 – 10,80 = 39,31

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

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

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

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

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

64,9710 – 64,9710 = 0,0000
≈ 0,00

Calcul ticket modérateur par tranche

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

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

Intervention de l'AMI (Z 19): 64,97 – 16,23 = 48,74

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

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

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

Prix * nombre d'unités :	2,1731 * 140	= 304,2340 ≈ 304,23
Base de remboursement * nombre d'unités:	2,1731 * 140	= 304,2340 ≈ 304,23

304,2340 - 304,2340 = 0,0000
≈ 0,00

Calcul ticket modérateur 1ère tranche

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

Calcul ticket modérateur 2ème tranche

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

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

Intervention AMI (Z 19): 304,23 – 8,90 – 7,20 = 288,13

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

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

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

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

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

173,8480 – 173,8480 = 0,0000
≈ 0,00

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

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

Intervention AMI (Z 19): 173,85 – 8,90 = 164,95

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

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

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

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

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

60,8468 – 60,8468 = 0,0000
≈ 0,00

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

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

Intervention AMI (Z 19): 60,85 – 7,20 = 53,65

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

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

Délivrance de 3 unités de Neorecormon 0761-882 (tranche = 1) à un patient ambulant.

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

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

18,9950 – 18,4300 = 0,5650
≈ 0,56

Intervention personnelle (Z 27): 0,00

Intervention AMI (Z 19): 55,29

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

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

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

Prix * nombre d'unités: 18,25 * 2 = 36,50
≈ 36,50

Base de remboursement * nombre d'unités: 18,25 * 2 = 36,50
≈ 36,50

36,5 - 36,5 = 0,00
≈ 0,00

Calcul ticket modérateur 1er tranche

Base de remboursement * nombre d'unités: 18,25 * 1 = 18,25

Pourcentage ticket modérateur: 0,25 * 18,25 = 4,5625
≈ 4,56

Calcul ticket modérateur 2e tranche

Base de remboursement * nombre d'unités: 18,25 * 1 = 18,25

Pourcentage ticket modérateur: 0,25 * 18,25 = 4,5625
≈ 4,56

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

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

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

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

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

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

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

9,9600 – 7,1400 = 2,8200
≈ 2,82

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 15.1

Facturation de la nutrition parentérale au domicile du patient

1. Base réglementaire: AR du 20/7/2007 (MB du 14/8/2007)

Le forfait « nutrition parentérale au domicile du patient » couvre :
- spécialités pharmaceutiques intervenant dans la composition qui ne sont pas repris dans la nomenclature
- les coûts relatifs au matériel de préparation utilisé et à la préparation elle-même
- les coûts relatifs au matériel nécessaire à l'administration (à l'exclusion de la pompe et du pied à perfusion)

Aucun supplément ne peut être facturé au bénéficiaire.

Les spécialités pharmaceutiques remboursables incorporées dans la solution sont remboursées séparément dans les conditions fixées dans l'AR du 21 décembre 2001, étant entendu que les liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 sont remboursés à 100 % de la base de remboursement.
La quote-part du bénéficiaire est forfaitaire, soit 0,62 EUR par jour.

2. Traduction aux instructions de facturation

Forfait « nutrition parentérale au domicile du patient » : ET 50
Z 4: pseudo-code 0754714 (prestations avant le 1/9/2007) ou 0751354, 0751376, 0751391, 0751413 (prestations à partir du 1/9/2007)
Z 19: montant du forfait
Z 27: zéro

Spécialités pharmaceutiques remboursables : ET 40
Z 4: pseudo-code catégorie selon les règles normales
Z 19: intervention AMI calculée selon les règles normales pour les patients ambulatoires
Z 27: zéro (puisque l'I.P. est un montant forfaitaire de 0,62 EUR par jour qui est facturé dans l'ET 30)
Z 39: intervention personnelle théorique

Intervention personnelle des spécialités pharmaceutiques remboursables: ET 30
Z 4: pseudo-code 750175
Z 19: zéro
Z 27: montant forfaitair par jour

3. Exemples concrets de facturation

3.1. Ambulant

Exemple 1:
Le patient reçoit de la nutrition parentérale au domicile pendant 1 journée (1 poche à la carte pour enfants)
Dans cette poche, 1 unité (flacon 500ml) de la spécialité Aminoplasmal (B-184) est utilisée.

Calcul de l'intervention AMI de cette spécialité:

base de remboursement * nombre d'unités = 12,8900 * 1 = 12,8900
arrondi 12,89

intervention personnelle théorique = zéro (les liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 sont remboursés à 100 % de la base de remboursement)

intervention AMI = 12,89

ET		30	40	50
ZONE				
4	PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0750175	0750912	0751376
5	DATE DE DEBUT	20071001	20071001	20071001
6	DATE DE FIN	20071001	20071001	20071001
15	IDENTIFICATION CONVENTION / ETS DE SEJOUR/ DISPENSATEUR	0	0	0
17-18	PRESTATION RELATIVE	0	0751376	0
19	MONTANT O.A.	0	12,89	83,00
22	NOMBRE	1	1	1
27	INTERVENTION PERSONNELLE	0,62	0	0
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	0	0	0
39	INTERVENTION PERSONNELLE THEORIQUE		0	
40-41	NUMERO PRODUIT	0	0723-049	0

Exemple 2 :
Le patient reçoit de la nutrition parentérale au domicile pendant 3 journées (3 poches à la carte pour enfants)
3 unités de la spécialité Aminoplasmal (B-184) sont utilisées.

Calcul de l'intervention AMI de cette spécialité :

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

intervention personnelle théorique = zéro (les liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 sont remboursés à 100 % de la base de remboursement)

intervention AMI = 38,67

ET		30	40	50	50	50
ZONE						
4	PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0750175	0750912	0751376	0751376	0751376
5	DATE DE DEBUT	20071001	20071001	20071001	20071002	20071003
6	DATE DE FIN	20071003	20071003	20071001	20071002	20071003
15	IDENTIFICATION CONVENTION / ETS. DE SEJOUR/ DISPENSATEUR	0	0	0	0	0
17-18	PRESTATION RELATIVE	0	0751376	0	0	0
19	MONTANT O.A.	0	38,67	83,00	83,00	83,00
22	NOMBRE	3	3	1	1	1
27	INTERVENTION PERSONNELLE	1,86	0	0	0	0
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	0	0	0	0	0
39	INTERVENTION PERSONNELLE THEORIQUE		0			
40-41	NUMERO PRODUIT	0	0723-049	0	0	0

3.2. Hospitalisé

Les forfaits « nutrition parentérale au domicile du patient » ne peuvent PAS être comptés.
Les spécialités pharmaceutiques remboursables, utilisées dans la nutrition parentérale, sont prises en compte selon les règles normales pour les patients hospitalisés : intervention AMI normale, intervention personnelle = forfait pharmaceutique normal de 0,62 EUR par jour (pseudo-code 0750002)

Exemple :
Un patient hospitalisé reçoit de la nutrition parentérale pendant 3 journées (3 sacs).
3 unités de la spécialité Aminoplasmal (B-184) sont utilisées dans la nutrition parentérale.

Calcul de l'intervention AMI de cette spécialité :

base de remboursement * nombre d'unités = 0,5900 * 3 = 31,7700

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

intervention personnelle théorique = 0
intervention AMI = 7,94
(pour les liquides de perfusion délivrés aux bénéficiaires hospitalisés, l'intervention AMI est égale à la base de remboursement, voir art.95, §1 de l'AR du 21/12/2001)

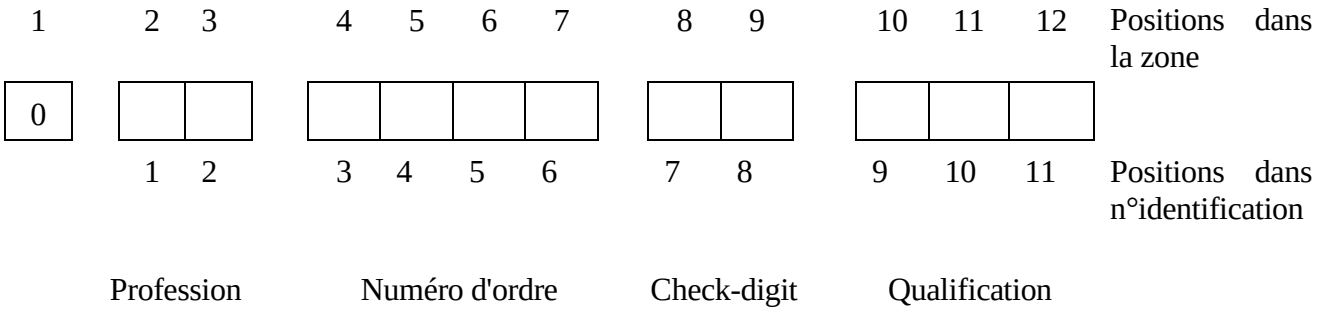
ET		30	40
ZONE			
4	PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0750002	0756022
5	DATE DE DEBUT	20071001	20071001
6	DATE DE FIN	20071003	20071003
17-18	PRESTATION RELATIVE	0	0
19	MONTANT O.A.	0	7,94
22	NOMBRE	3	3
27	INTERVENTION PERSONNELLE	1,86	0
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	0	0
39	INTERVENTION PERSONNELLE THEORIQUE		0
40-41	NUMERO PRODUIT	0	0723-049

Annexe 16.1

Structure des numéros d'identification INAMI

Remarque : Il est possible qu'une personne (personne physique ou personne juridique) ait plusieurs numéros.

1. Dispensateurs de soins.



A. Profession (1er et 2ème chiffre du numéro d'identification).

10 à 19	médecins
20 à 29	pharmaciens
30 à 39	praticiens de l'art dentaire
40	accoucheuses
41 à 49	praticiens de l'art infirmier
50 à 55	kinésithérapeutes
56	diététiciens
57	podologues
58	logopèdes
59	orthoptistes
60	logopèdes
61	orthopédistes
62	bandagistes
63	dispensateurs d'implants
64	bandagistes
65	ergothérapeutes
66	opticiens
67	audiciens
68	pharmaciens-biologistes
69	fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.
70	thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC, psychologue clinicien, orthopédagogue clinicien
80 à 94	personnel soignant et aides soignants
95 à 97	infirmières MR
98 à 99	personnel soignant et aides soignants

B. Numéro d'ordre (3ème au 6ème chiffre inclus du numéro d'identification).

1) Médecins.

Un numéro d'ordre allant de 0001 à 9999.

2) Pharmaciens.

Numéro attribué par l'INAMI.

3) Praticiens de l'art dentaire.

2ème et 3ème chiffres : les deux derniers chiffres de l'année au cours de laquelle a été obtenu le diplôme permettant l'exercice de l'art dentaire;

4ème, 5ème et 6ème chiffres : le numéro d'ordre dans l'année visée, attribué par l'INAMI.

4) Accoucheuses.

Un numéro d'ordre allant de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.

5) Praticiens de l'art infirmier

Un numéro d'ordre allant de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.

6) Kinésithérapeutes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.

7) Diététiciens.

Un numéro d'ordre de 0001 et 9999, attribué par l'INAMI.

8) Podologues.

Un numéro d'ordre de 0001 et 9999, attribué par l'INAMI.

9) Logopèdes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

10) Orthoptistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

11) Orthopédistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

12) Bandagistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

13) Dispensateurs délivrant des implants et prothèses et des appareillages divers.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

14) Ergothérapeutes

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

15) Opticiens.
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.
16) Audiciens.
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.
17) Pharmaciens-biologistes.
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.
18) Fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.
19) Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC, psychologue clinicien, orthopédagogue clinicien
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.
20) Personnel soignant et aides soignants.
Les 4ème au 8ème chiffres constituent un numéro d'ordre entre 10.000 et 99.000, attribué par l'INAMI.

C. Check-digits (7ème et 8ème chiffres du numéro d'identification), à l'exception du numéro du personnel soignant
Le nombre inscrit en positions 7 et 8 est égal à la différence entre
1) 97, et
2) le reste de la division dont le dividende est formé par les chiffres des positions 1 à 6 inclus du numéro d'inscription, et le diviseur est égal à 97 (c.àd. le nombre premier le plus élevé, inférieur à 100).

Le check-digit des numéros INAMI qui sont attribués aux praticiens de l'art infirmier à domicile à partir du 1/10/2013, aux accoucheuses à partir du 1/12/2017 et aux médecins à partir du 15/6/2019 est calculé selon la méthode du modulo 89.
Le nombre inscrit en positions 7 et 8 est égal à la différence entre
1) 89, et
2) le reste de la division dont le dividende est formé par les chiffres des positions 1 à 6 inclus du numéro d'inscription, et le diviseur est égal à 89.

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

D. Qualification d'un dispensateur (9ème au 11ème chiffre inclus du numéro d'identification)
La qualification diffère de dispensateur à dispensateur.
Il est possible qu'un dispensateur ait plusieurs codes de compétence. Cela signifie que pour chaque qualification, les huit premiers chiffres sont toujours les mêmes et les chiffres 9 à 11 seront différents selon la qualification.

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

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

3. Praticiens de l'art dentaire

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

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

5. Praticiens de l'art infirmier inscrits sur la liste établie par le Service des soins de santé :
   - infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s : 401
   - accoucheuses diplômées avant le 1/10/2018 : 402
   - accoucheuses diplômées après le 30/9/2018 : 406
   - assistant(e) hospitalier(ère)s et assimilé(e)s : 407
   - infirmier(ère)s breveté(e)s : 408
   - soigneuses agréées avant le 1er janvier 1964 et ayant demandé le maintien de cet agrément : 404
   - auxiliaires agréées temporairement avant le 1er janvier 1964 et ayant demandé le maintien de cet agrément : 405
   - infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) : 411
   - assistant(e) hospitalier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) : 417
   - infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) : 418
   - infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) : 421
   - accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) diplômées avant le 1/10/2018 : 422
   - accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) diplômées après le 30/9/2018 : 426
   - infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) : 428
   - infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) : 431
   - infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s) : 438
   - infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s+infirmier(ères)s relais en matière de diabète : 441
   - accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de diabète diplômées avant le 1/10/2018 : 442
   - accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de diabète diplômées après le 30/9/2018 : 446
   - infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ères) relais en matière de diabète : 448
   - infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète : 451
   - infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète : 458
   - infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s + infirmier(ères) relais en matière de diabète et de soins de plaie(s) : 461
   - accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s) diplômées avant le 1/10/2018 : 462
   - accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s) diplômées après le 30/9/2018 : 466
   - infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s) : 468
   - infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s) : 471
   - infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s) : 478

Annexe 16.5

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

	Compétence définitive	Compétence provisoire
Education au diabète		
− Infirmier(ère)s bachelor/gradué(e)s et assimilé(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	541	641
− Accoucheur (ses) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	542	642
− Infirmier(ère)s breveté(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	548	648
− Infirmier(ère)s gradué(e)s/bachelor (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	551	651
− Infirmier(ère)s agrée(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	558	658
Education au diabète + soins de plaies		
− Infirmier(ère)s bachelor/gradué(e)s et assimilé(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de soins de plaies	561	661
− Accoucheur (ses) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de soins de plaies	562	662
− Infirmier(ère)s breveté(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de soins de plaies	568	668
− Infirmier(ère)s gradué(e)s/bachelor (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de soins de plaies	571	671
− Infirmier(ère)s agrée(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de plaies	578	678

6. Kinésithérapeutes

- **Depuis le 1er octobre 2002**

  Les kinésitérapeutes agréés par le SPF Santé publique et qui ne sont pas autorisés à porter en compte les prestations au cabinet et au domicile des patients.

  - gradués en kinésithérapie et assimilés (avant 1/1/1993) : 501
  - licenciés en kinésithérapie (avant 1/1/1993) : 502
  - licenciés en éducation physique dont le diplôme ou un certificat complémentaire atteste la connaissance de la kinésithérapie : 503
  - personnes agréées avant le 1er janvier 1964 et qui sont compétentes pour les seules prestations pour lesquelles elles avaient été agréées dans le cadre des tarifs des soins de santé applicables en décembre 1963 : 504
  - gradués en kinésithérapie et assimilés (après 1/1/1993) : 511
  - licenciés en kinésithérapie (après 1/1/1993) : 512

  Les kinésitérapeutes agréés par le SPF Santé publique autorisés à porter en compte les prestations au cabinet et au domicile des patients.

  - gradués en kinésithérapie et assimilés : 521
  - licenciés en kinésithérapie : 522
  - licenciés en éducation physique dont le diplôme ou un certificat complémentaire atteste la connaissance de la kinésithérapie : 523
  - personnes agréées avant le 1er janvier 1964 et qui sont compétentes pour les seules prestations pour lesquelles elles avaient été agréées dans le cadre des tarifs des soins de santé applicables en décembre 1963 : 524

- **Depuis le 15 juin 2005**

  - Les kinésitérapeutes agréés par le SPF Santé publique en juin et en septembre de l'année concernée, et qui ne satisfont pas encore au concours de sélection les autorisant à attester des prestations au cabinet ou au domicile des patients : 526

- **A partir du 1er janvier 2006**

  K*inésitérapeutes qui ne peuvent attester les prestations au cabinet et au domicile du patient.*

  - les kinésithérapeutes diplômés après le 15 juin 2005 et agréés par le SPF Santé publique non inscrits au concours ou non retenus à l'issue de concours même s'ils ont déclarés sur l'honneur disposer d'un cabinet : 507
  - les kinésithérapeutes diplômés après le 15 juin 2005, agréés par le SPF Santé publique et sélectionnés à l'issue du concours (ou valablement inscrits si le concours n'est pas organisé) et qui ne disposent pas d'un cabinet : 517

  K*inésithérapeutes pouvant attester toutes les prestations de la nomenclature*

  - les kinésithérapeutes sélectionnés à l'issue du concours (ou valablement inscrits si le concours n'est pas organisé) et pour lesquels l'INAMI est en possession d'une déclaration sur l'honneur au sujet du cabinet dont ils disposent : 527

Annexe 16.7

Kinésithérapeutes – trajet de soins « diabète »

- **Depuis le 1er octobre 2002**

  Les kinésithérapeutes agréés par le SPF Santé publique et ne sont pas aautorisés à porter en compte les prestations au cabinet et au domicile des patients.

  - Gradués en kinésithérapie et assimilés (avant 1/1/1993) : 701
  - Licenciés en kinésithérapie (avant 1/1/1993) : 702
  - Licenciés en éducation physique dont le diplôme ou un certificat complémentaire atteste la connaissance de la kinésithérapie : 703
  - Personnes agréés avant le 1er janvier 1964 et qui sont compétentes pour les seules prestations pour lesquelles elles avaient été agrées dans le cadre des tarifs des soins de santé applicables en décembre 1963 : 704
  - Gradués en kinésithérapie et assimilés (après 1/1/1993) : 711
  - Licenciés en kinésithérapie (après 1/1/1993) : 712

  Les kinésithérapeutes agréés par le SPF Santé publique autorisés à porter en compte les prestations au cabinet et au domicile des patients.

  - Gradués en kinésithérapie et assimilés : 721
  - Licenciés en kinésithérapie : 722
  - Licenciés en éducation physique dont le diplôme ou un certificat complémentaire atteste la connaissance de la kinésithérapie : 723
  - Personnes agréés avant le 1er janvier 1964 et qui sont compétentes pour les seules prestations pour lesquelles elles avaient été agrées dans le cadre des tarifs des soins de santé applicables en décembre 1963 : 724

- D**epuis le 15 juin 2005**

  - Les kinésithérapeutes agréés par le SPF Santé publique en juin et en septembre de l'année concernée, et qui ne satisfont pas encore au concours de sélection les autorisant à attester des prestations au cabinet ou au domicile des patients. : 726

- **A partir du 1er janvier 2006**

  Kinésithérapeutes qui ne peuvent attester les prestations au cabinet et au domicile du patient.

  - Les kinésithérapeutes diplômés après le 15 juin 2005 et agréés par le SPF Santé publique non inscrits au concours ou non retenus à l'issue de concours même s'ils ont déclarés sur l'honneur disposer d'un cabinet : 707
  - Les kinésithérapeutes diplômés après le 15 juin 2005, agréés par le SPF Santé publique et sélectionnés à l'issue du concours (ou valablement inscrits si le concours n'est pas organisé) et qui ne disposent pas d'un cabinet : 717

  Kinésithérapeutes pouvant attester toutes les prestations de la nomenclature.

  - Les kinésithérapeutes sélectionnés à l'issue du concours (ou valablement inscrits si le concours n'est pas organisé) et pour lesquels l'INAMI est en possession d'une déclaration sur l'honneur au sujet du cabinet dont ils disposent : 727

7. Diététiciens
   Diététiciens : 601
   Diététiciens + trajet de soins « diabète » : 701

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

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

10. Orthoptistes : 900

11. Orthopédistes (100-199)

    Les intéressés peuvent être agréés pour un ou plusieurs des groupes ci-après :

groupe I	l'orthopédie;
groupe II	la prothèse;
groupe III	la chaussure orthopédique;
groupe IV	la semelle orthopédique.

Numéros de code à attribuer :

Compétence complète	: 100
groupe I	: 110
groupe I + II	: 111
groupe I + III	: 112
groupe I + IV	: 113
groupe I + II + III	: 114
groupe I + II + IV	: 115
groupe I + III + IV	: 116
groupe II	: 120
groupe II + III	: 121
groupe II + IV	: 122
groupe II + III + IV	: 123
groupe III	: 130
groupe III + IV	: 131
groupe IV	: 140
Semelles orthopédiques - appareils de nuit (agréations avant le 1.1.64)	: 190

12. Bandagistes (200-299)

Ces personnes peuvent être agréées pour un ou plusieurs des groupes ci-après :

Groupe 0 - Matériel de stomie et d'incontinence et canule trachéale;

Groupe I - Bandages herniaires, sangles de Glénard et ceintures abdominales;

Groupe II - Lombostat pour affection de la colonne lombo-sacrée en coutil et métal, sur mesure;

Groupe III - Semelle orthopédique;

Groupe IV - Prestations prévues à l'article 28, § 8, de la nomenclature (voiturettes, etc ...);

Groupe V - Appareillage après mammectomie totale;

Groupe VI - Matériel pour mucoviscidose.

Codes de compétence :

Agrément complet :

Groupe	O + I + II + III + V + VI (art. 27, § 1er)	: 200
	IV (art. 28, § 8)	: 240
	O + I + II + III + IV + V + VI (art. 27, § 1er + art. 28, § 8)	: 241

Agrément partiel :

0	: 201	0 + I + II + IV + V	: 217
0 + IV	: 202	0 + I + III + IV + V	: 218

0 + V	: 203	0 + II	: 220
0 + IV + V	: 204	0 + II + III	: 221
0 + VI	: 205	0 + II + IV	: 222
0 + IV + VI	: 206	0 + II + V	: 223
0 + V + VI	: 207	0 + II + III + IV	: 224
0 + IV + V + VI	: 208	0 + II + III + V	: 225
0 + I	: 210	0 + II + IV + V	: 226
0 + I + II	: 211	0 + II + III + IV + V	: 227
0 + I + III	: 212	0 + III	: 230
0 + I + IV	: 243	0 + III + IV	: 231
0 + I + V	: 213	0 + III + V	: 232
0 + I + II + IV	: 244	0 + III + IV + V	: 233
0 + I + II + V	: 214	IV + V	: 249
0 + I + III + IV	: 245	V	: 250
0 + I + III + V	: 215	VI	: 260
0 + I + IV + V	: 216	IV + VI	: 242

Autres cas (agréés avant le 01.01.1964) :

Ceintures abdominales	: 290
Sangles de Glénard	: 291
Sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 292
O + II + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 293
Bandages herniaires	: 294
O + III + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 295
O + II + III + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 297
O + II + ceintures abdominales	: 298
O + III + ceintures abdominales	: 299
V + ceintures abdominales	: 280
V + sangles de Glénard	: 281
V + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 282
O + II + V + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 283
V + bandages herniaires	: 284
O + III + IV + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 285
O + II + III + V + sangles de Glénard, ceintures abdominales	: 286
O + II + V + ceintures abdominales	: 287
O + III + V + ceintures abdominales	: 288

13. Dispensateurs d'implants et de prothèses et d'appareillages divers (300-599)

Ces personnes peuvent être agréées pour un ou plusieurs des groupes ci-après :

Groupe A - orthopédie et traumatologie;

Groupe B - ophtalmologie;

Groupe C - neurochirurgie;

Groupe D - oto-rhino-laryngologie;

Groupe E - urologie et néphrologie;

Groupe F - chirurgie abdominale et pathologie digestive;

Groupe G - chirurgie thoracique et cardiologie;

Groupe H - chirurgie vasculaire;

Groupe I - chrirurgie plastique et reconstructive

Groupe J - pneumologie et système respiratoire

Numéros de code à attribuer :

A + B + C + D + E + F + G + H + I + J	= 300	A + C + G + I	= 363
A	= 310	A + D + F + G + H	= 367
A + B	= 311	A + E + F + G + H	= 370
A + C	= 312	A + E + G + I	= 372
A + B + F + G + H	= 313	A + F + G + H + I	= 373
A + E	= 314	A + B + C + F +G + H	= 381
A + F + H	= 315	A + B + D + F + G + H	= 387
A + G	= 316	A + B + D + F + H + I	= 388
A + I	= 317	A + C + E + F + G + H	= 400
A + B + C	= 318	A + C + E + G + I	= 402
A + H	= 319	A + C + F + G + H + I	= 403
B + D	= 320	A + D + E + F + G + H	= 404
A + B + C + D + F + H + I + J	= 321	A + B + C + D + E + F + H	= 409
A + B + G	= 322	A + C + D + E + F + G + H	= 424
A + B + C + D + E	= 323	A + B + C + D + E + F + G + H	= 430
A + C + D + F + G + J	= 324	B	= 440
G + H	= 325	B + C + D + F + G + H	= 485
A + C + F + H	= 326	B + C + E + F + G + H	= 488
A + C + G	= 327	C	= 510
A + E + F + G + H + J	= 328	C + F + H	= 513
C + F + H + J	= 329	C + G + I	= 525
A + D + F + H	= 330	D	= 550
J	= 331	E	= 570
C + G	= 332	E + F + H	= 571
C + G + H + J	= 333	E + G	= 572
A + E + G	= 334	E + I	= 573
E + G + H	= 335	E + F + G + H	= 574
A + F + G + H	= 336	E + H	= 575
H	= 337	F + H	= 580
A + G + I	= 338	F + G + H	= 583
A + B + C + D	= 339	G	= 590
A + B + F + H	= 352	I	= 595

14. Ergothérapeutes : 650

15. Opticiens (600-699)
    - Opticiens : 600
    - Opticiens exerçant la profession de pharmacien : 610

16. Prothésistes-acousticiens (700-799)
    - Prothésistes-acousticiens : 700
    - Prothésistes-acousticiens exerçant la profession de pharmacien : 710

17. Pharmaciens-biologistes (000), (800-899) ou (900-999)

(☞7) Le code compétence 000 est réservé aux pharmaciens biologistes en formation. Aucune prestation ne peut être facturée avec ce code compétence.

Ces personnes peuvent être agréées pour un ou plusieurs des groupes ci-après.

Les codes des agréations, attribués avant le 1er janvier 1983, sont les suivants :

Groupe A (est également compris dans les groupes B, C, D, E et F);

Groupe B;

Groupe C (le groupe B est également compris dans ce moment);

Groupe D;

Groupe E;

Groupe F;

Groupe G;

Groupe H;

Groupe SP = A + B + C + D + E + F;

Groupe RIA (ce groupe ne peut être obtenu séparément).

Numéros de code :

Groupe SP	= 800	Groupe C	= 830
Groupe SP + G	= 801	Groupe C + D	= 831
Groupe SP + H	= 802	Groupe C + E	= 832
Groupe SP + G + H	= 803	Groupe C + F	= 833
Groupe SP + RIA	= 804	Groupe C + D + E	= 834
Groupe SP + G + RIA	= 805	Groupe C + D + F	= 835
Groupe SP + H + RIA	= 806	Groupe C + F + E	= 836
Groupe SP + G + H + RIA	= 807	Groupe D	= 840
Groupe A	= 810	Groupe D + E	= 841
Groupe B	= 820	Groupe D + F	= 842
Groupe B + D	= 821	Groupe D + E + F	= 843

Groupe B + E	= 822	Groupe E	= 850
Groupe B + F	= 823	Groupe E + F	= 851
Groupe B + D + E	= 824	Groupe F	= 860
Groupe B + D + F	= 825	Groupe G	= 870
Groupe B + E + F	= 826	Groupe H	= 880
Groupe B + D + E + F	= 827		

Les codes pour les agréations, attribuées à partir du 1er janvier 1983, sont les suivants :

Groupes : A, 1, 2, 3, SP, 4 et R.I.A.
Groupe SP : A, 1, 2, 3.
Groupe A est compris dans les groupes 1, 2, 3 et 4.
Groupe RIA (ce groupe ne peut être obtenu séparément).

Numéros de code :

Groupe SP	= 990	Groupe 1 + 2 + 4	= 914
Groupe SP + 4	= 991	Groupe 1 + 3 + 4	= 915
Groupe SP + RIA	= 992	Groupe 2	= 920
Groupe SP + 4 + RIA	= 993	Groupe 2 + 3	= 921
Groupe A	= 900	Groupe 2 + 4	= 922
Groupe 1	= 910	Groupe 2 + 3 + 4	= 923
Groupe 1 + 2	= 911	Groupe 3	= 930
Groupe 1 + 3	= 912	Groupe 3 + 4	= 931
Groupe 1 + 4	= 913	Groupe 4	= 940

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

19. Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC, psychologue clinicien, orthopédagogue clinicien

    Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

20. Personnel soignant et aides soignants

    a) Personnel soignant

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

    Le 10ème chiffre =
    - 1 : porteur d'un diplôme agréé
    - 2 : assimilé en application d'une décision du Ministre communautaire ou régional compétent
    - 3 : assimilé en fonction de l'âge et de l'ancienneté
    - 4 : réussi la formation complémentaire (jusqu'au 31 octobre 1996)
    - 9 : suit une formation complémentaire (jusqu'au 31 octobre 1996)
    - 0 : non qualifié.

    Le 11ème chiffre =
    - 1 : Communauté Flamande
    - 2 : Communauté Française
    - 3 : Communauté Germanophone
    - 4 : Ministère de l'Education Nationale (diplôme francophone)
    - 5 : Ministerie van Nationale Opvoeding (diplôme néerlandophone)
    - 6 : Ministère de la Santé Publique
    - 7 : Diplôme étranger
    - 8 : Autres
    - 0 : pas ou pas encore de qualification.

b) Aides soignants

Jusqu'au 30/11/2019 inclus

Une différence est faite entre les aides-soignants qui disposent déjà d'un numéro INAMI comme personnel soignant et les aides-soignants qui ne disposent pas d'un tel numéro.

A. Les aides-soignants qui disposent déjà d'un numéro d'identification comme personnel soignant :

Néerlandophones :	Francophones :	Germanophones :
111 ➔ 143 ou 151 ou 161	211 ➔ 241 ou 251 ou 261	313 ➔ 343 ou 353 ou 363
112 ➔ 172 ou 152 ou 162	212 ➔ 242 ou 252 ou 262	314 ➔ 344 ou 354 ou 364
114 ➔ 144 ou 154 ou 164	214 ➔ 244 ou 254 ou 264	316 ➔ 346 ou 356 ou 366
115 ➔ 145 ou 155 ou 165	215 ➔ 245 ou 255 ou 265	318 ➔ 348 ou 358 ou 368
116 ➔ 146 ou 156 ou 166	216 ➔ 246 ou 256 ou 266	330 ➔ 341 ou 351 ou 361
117 ➔ 147 ou 157 ou 167	217 ➔ 247 ou 257 ou 267	340 ➔ 342 ou 352 ou 362
118 ➔ 148 ou 158 ou 168	218 ➔ 248 ou 258 ou 268	
130 ➔ 170 ou 150 ou 160	220 ➔ 249 ou 259 ou 269	
141 ➔ 149 ou 159 ou 169	230 ➔ 243 ou 253 ou 263	
240 ➔ 270 ou 250 ou 260		

Pour chaque groupe linguistique, la première colonne mentionne le code de compétence comme personnel soignant. La deuxième colonne (2^{ieme} chiffre = 4 ou 7) concerne la situation en cas d'un enregistrement définitif par le SPF Santé publique. La troisième colonne (2^{ieme} chiffre = 5) concerne la situation en cas d'un enregistrement provisoire par le SPF Santé publique et la dernière colonne (2^{ieme} chiffre = 6) concerne la situation où le prestataire n'a pas encore été enregistré comme aide-soignant par le SPF Santé publique mais dispose de la confirmation de la réception de la demande d'enregistrement par le SPF précité.

B. Les aides-soignants qui ne disposent pas d'un numéro d'identification comme personnel soignant :

- enregistrement définitif par le SPF Santé publique : 440
- enregistrement provisoire par le SPF Santé publique : 450
- demande d'enregistrement par le SPF Santé publique : 460

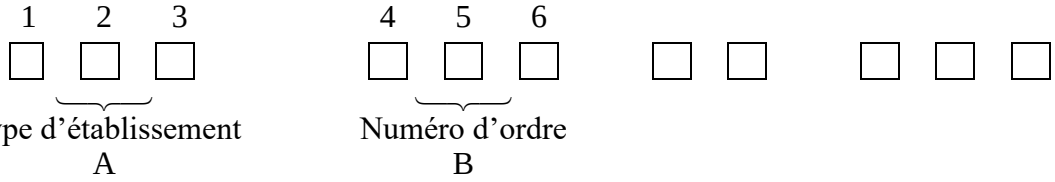
A partir du 1/12/2019

Les différents codes compétence sont supprimés, seul le code 440 est gardé.

440 : Aide soignant détenteur d'un visa du SPF Santé publique

2. Etablissements

Le numéro d'identification attribué par l'INAMI est composé comme suit :



A. Type d'établissement (1er au 3ème chiffre)

Dans un certain nombre de cas (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789, 968), le type d'établissement est de nouveau divisé au niveau du 4ème au 6ème chiffre.

1. Hôpitaux, maisons de soins psychiatrique, initiatives d'habitations protégées

- Hôpitaux généraux : 710
- Agrément d'un service associé à un ou plusieurs hôpitaux : 715
- Hôpital Militaire – Neder-Over-Heembeek : 719
- Etablissements psychiatriques : 720
- Centre de psychiatrie légale : 721
- Maisons de soins psychiatriques (MSP) : 725
- Initiatives d'habitations protégées (IHP) : 726

2. Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)

- Etablissements agréés qui dépendent de la Communauté française : 73Y
- Etablissements agréés qui dépendent de Bruxelles : 74Y
- Etablissements agréés qui dépendent de la Communauté flamande : 76Y
- Etablissements enregistrés non agréés qui dépendent des Communauté française et germanophone : 735
- Etablissements agréés qui dépendent de la Communauté germanophone : 737
- Etablissements enregistrés non agréés qui dépendent de Bruxelles : 745
- Etablissements enregistrés non agréés qui dépendent des Communauté flamande : 765

3. Maisons de repos et de soins (MRS)

- Etablissements qui dépendent de la Communauté flamande : 750
- Etablissements qui dépendent de la Communauté française : 751
- Etablissements qui dépendent de Bruxelles : 752
- Etablissements qui dépendent de la Communauté germanophone : 753

A partir du 01/04/2007, chaque établissement (MRPA-MRS) a un numéro INAMI unique (indépendamment des différentes reconnaissances).
Les 8 premières positions sont reprises de l'ancien numéro MRPA ; si pas de MRPA, l'ancien numéro MRS.

4. Centres de soins de jour (CSJ)

- Etablissements qui dépendent de la Communauté flamande : 755
- Etablissements qui dépendent de la Communauté française : 756
- Etablissements qui dépendent de Bruxelles : 757
- Etablissements qui dépendent de la Communauté germanophone : 758

5. Rééducation

- Centre de rééducation des paralysés cérébraux Arthur Regnier : 770
- Rééducation fonctionnelle motrice : 771
- Rééducation fonctionnelle psychosociale : 772
- Prgramme de rééducation fonctionnelle pour alcooliques et toxicomanes : 773
- Programme de rééducation fonctionnelle pour affections psychiques graves, troubles prématurés de l'interaction parents-enfant, troubles du spectre autistique : 774
  - entre 001 et 499 : rééducation fonctionnelle psychosociale d'enfants et d'adolescents souffrant d'affections psychiques graves
  - entre 501 et 599 : programme de rééducation fonctionnelle pour troubles prématurés de l'interaction parents-enfant
  - entre 601 et 999 : troubles du spectre autistique
- Programme de rééducation fonctionnelle pour enfants souffrant d'une pathologie médico-psychosociale grave : 775
- Rééducation fonctionnelle médico-psychosociale, affections respiratoires, centres de rééducation pédiatrique, unités de répit : 776
  - entre 001 et 099 : établissements de rééducation fonctionnelle pour rééducation fonctionnelle médico-psychosociale
  - entre 101 et 199 : accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines
  - entre 201 et 299 : accompagnement transidentité
  - entre 501 et 599 : établissements pour enfants souffrant d'affections respiratoires
  - entre 601 et 699 : centres de révalidation pédiatrique
  - entre 701 et 999 : unités de répit
- Clinique de la mémoire : 778
- Programme de rééducation fonctionnelle pour malentendants : 779
- Oxygénothérapie à domicile : 781
  - entre 001 et 499 : services de pneumologie qui organisent l'oxygénothérapie à domicile
  - entre 501 et 999 : convention de rééducation fonctionnelle concernant les troubles respiratoires chroniques graves
- Services de rééducation fonctionnelle cardiaque

(☞6) Accompagnement médico-psychosocial : 782

- entre 101 et 500 : services de rééducation fonctionnelle cardiaque qui répondent aux conditions prévues dans l'AR du 10/01/1991

(☞6)
- entre 501 et 599 : accompagnement médico-psychosocial

- Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons, suivi du décès inopiné et médicalement inexpliqué d'un enfant de moins de 18 mois
  et suivi des enfants nés prématurément : 783
  - entre 101 et 199: suivi d'un décès inopiné et médicalement inexpliqué
  - entre 501 et 599 : monitoring cardiorespiratoire à domicile
  - entre 601 et 999 : suivi prématurés
- Programme de rééducation fonctionnelle pour infirmes moteurs cérébraux : 784
  - entre 001 et 499 : prog. rééducation fonction. pour infirmes moteurs cérébraux
  - entre 500 et 999 : prog. Rééducation fonction. de neuropsychiatrie pédiatrique
- Assistance respiratoire mécanique chronique à domicile : 785
  - entre 001 et 199 : apnées obstructives du sommeil (convention nCPAP)
  - entre 201 et 299 : ventilation assistée à domicile (AVD).
  - entre 301 et 999 : ventilation assistée à domicile en cas de syndrome d'obésité-hypoventilation (SOH)
- Convention diabète : 786
  - entre 001 et 499 : autogestion des patients diabétiques
  - entre 501 et 699 : thérapie d'injection d'insuline
  - entre 701 et 799 : autorégulation du diabète sucré chez les enfants et les adolescents
  - entre 801 et 899 : cliniques du pied
  - entre 901 et 999 : monitoring continu de la glycémie
- Défibrillateurs cardiaques : 787
- Maladies du métabolisme, mucoviscidose, maladies neuromusculaires, epilepsie réfractaire, syndrome de fatigue, IMOC, Spina Bifida, douleur chronique, néphrologie pédiatrique, hémophilie, lymfoedeem : 789
  - entre 001 et 099 : rééducation fonctionnelle de bénéficiaires souffrant d'une maladie du métabolisme monogène héréditaire rare
  - entre 101 et 199 : centres de référence pour patients souffrant de mucoviscidose
  - entre 201 et 299 : centres de référence pour patients souffrant de maladies neuromusculaires
  - entre 301 et 399 : centres de référence pour patients souffrant de d'épilepsie réfractaire
  - entre 401 et 449 : centres de référence pour patients souffrant de syndrome de fatigue
  - entre 451 et 499 : centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC
  - entre 501 et 549 : centres de référence IMOC
  - entre 551 et 599 : centres de référence Spina Bifida
  - entre 601 et 699 : centres de référence de la douleur chronique
  - entre 701 et 799 : centres de référence en néphrologie pédiatrique
  - entre 801 et 899 : centres de coordination et centres de référence de l'hémophilie
  - entre 901 et 999 : lymphoedème
- Conventions de rééducation fonctionnelle d'évaluation multidisciplinaire prévue dans la nomenclature des aides à la mobilité : 790

6. Centres de transfusion sanguine : 795
7. Laboratoires : 8xx

   Les 2ème et 3ème chiffre constituent un numéro de code destiné à l'arrondissement administratif où est sis le siège du laboratoire. Le plan de codification habituellement utilisé est adapté pour l'arrondissement Bruxelles capitale.

8. Maisons médicales : 8xx
9. Rééducation fonctionnelle : 9xx

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

10. Centres pédiatriques médicaux : 967

11. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour : 968
    - entre 001 et 499 : Equipes multidisciplinaires d'accompagnement pour les soins palliatifs.
    - entre 500 et 999 : Centres palliatifs de jour.
12. Numéros Services intégrés soins à domicile (art. 23, 13°) : 947
13. Numéros services ambulanciers agréés : 796
    Numéros PIT (Team d'intervention paramédical) : 797
14. Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : 759
15. Projets soins intégrés : 798
16. Poste de garde : 678
17. Numéros tiers payant – groupement de dispensateurs : 940 jusqu'au 946 inclus
18. Réservé pour usage interne par l'INAMI (fin de carrière) : 799
19. Equipes mobiles : 793
20. Réseaux de santé mentale : 794
21. Centres COVID (centre de tri, centre de soins intermédiaires et soins de cohorte) : 792

B. Numéro d'ordre (du 4ème au 6ème chiffre inclus du numéro d'identification)

Un numéro d'ordre allant de 001 à 999; attribué par l'INAMI.

Rééducation : Dans un certain nombre de cas (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789), le type d'établissement est de nouveau divisé au niveau du 4ème au 6ème chiffre (voir plus haut).

Laboratoires : Les 4ème, 5ème et 6ème chiffre constituent le numéro d'ordre de la demande d'agrément du laboratoire dans l'arrondissement (attribué par le SPF Santé Publique).

Maisons médicales : Le 4ème chiffre est "5".

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

Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : Les 4ème, 5ème et 6ème chiffre constituent un numéro d'ordre attribué par l'INAMI :

001 → 299: projets Flamands
300 → 599: projets Bruxellois
600 → 899: projets Wallons
900 → 995: projets Germanophone

C. Check-digits (7ème et 8ème chiffre du numéro d'identification)

Voir plus haut.

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

1. Hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques

- l'hôpital lui-même, sans code de compétence : 000
- anciens hôpitaux Sp ou G isolés (transférés à la Communauté Flamande dans le cadre de la 6e réforme de l'état) (à utiliser dans la facturation à partir du mois facturé janvier 2020) : 999
- centre de psychiatrie légale : 000
- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe transversal axial : 110
- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe à résonance magnétique nucléaire (RMN) : 111
- PETscan : 112
- service radiothérapie : 113

- service pathologie cardiaque B : 120
- service pathologie cardiaque B1 : 121
- service pathologie cardiaque B1 +B2 : 127
- service pathologie cardiaque T : 122
- service pathologie cardiaque C : 123
- service pathologie cardiaque E + B 3 : 124
- service pathologie cardiaque E sans B 3 : 125
- service pathologie cardiaque P : 126
- premier accueil des urgences : 130
- soins urgents spécialisés : 131
- fonction service mobile d'urgence : 132
- programme de soins de base en oncologie : 133
- programme de soins d'oncologie : 134
- programme de soins de médecine de la reproduction A : 140
- programme de soins de médecine de la reproduction B : 141
- 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

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

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

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

2. MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ : code de compétence = 000.

3. MRPA, MRS
- 1ère position (MRPA – court séjour – institution non agréée, enregistrée)
  - Si pas MRPA, pas court séjour et non enregistrée : 0
  - Si MRPA sans court séjour : 1
  - Si MRPA avec court séjour : 2
  - Si pas MRPA, mais bien enregistrée : 5
- 2ème position (MRS – MRScoma)
  - Si pas MRS : 0
  - Si MRS : 1
  - Si MRS avec lits coma : 2
- 3ème position 0

4. Laboratoires
- agrément génétique humaine : 996
- agrément anatomopathologie : 997
- agrément biologie clinique : 998

5. Rééducation fonctionnelle

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

6. Maisons médicales

La maison médicale travaille avec une équipe de :
- médecins généralistes : 100
- médecins généralistes et kinésithérapeutes : 110
- médecins généralistes et praticiens de l'art infirmier : 101
- médecins généralistes, kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier : 111
- kinésithérapeutes : 010
- kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier : 011
- praticiens de l'art infirmier : 001

7. Services ambulanciers agréés

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

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

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

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

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

10. Projets soins intégrés

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

11. Poste de garde

Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

12. Numéros tiers payant – groupements de dispensateurs de soins (*)
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire : 100
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie : 110
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 101
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 111
- kinésithérapie : 010
- kinésithérapie + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 011
- praticien de l'art infirmier, obstétrique : 001

13. Equipes mobiles: Les 9ème au 11ème chiffre sont toujours 000.

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

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

3. Appareil d'imagerie médicale

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

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

Forfaitarisation des médicaments en hôpital.

Délivrance de médicaments aux patients hospitalisés pendant un examen ou une prestation spécifique dans un autre hôpital (aigu) (transfert temporaire de moins d'une journée).

Dans le cas de délivrance de médicaments aux patients hospitalisés dans un autre hôpital, la facture à l'OA est établie par l'hôpital de délivrance.
Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation), l'hôpital de prestation facture à l'OA 25% de la base de remboursement. Le solde (75%) est facturé à l'hôpital aigu de séjour.
Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital psychiatrique ou chronique (qui n'entre pas dans le cadre de la forfaitarisation), l'hôpital de prestation facture à l'OA à 100%.

Attention : Pour les produits de contraste (classe ATC V08), les médicaments biologiques et les spécialités pour lesquelles une alternative générique est remboursable et disponible, l'intervention est diminuée de 10% (15% à partir du 1/4/2019).

2 exemples

a) Un patient est hospitalisé dans un hôpital aigu A.
Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital aigu B (qui entre dans le système de forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.
Le patient est soigné dans l'hôpital B:
   - Soit dans le cadre d'une journée d'entretien forfaitaire (art 4 de la Convention avec les hôpitaux) ou de l'hôpital chirurgical de jour
   - Soit hors du cadre d'une journée d'entretien forfaitaire ou de l'hôpital chirurgical de jour (par exemple pour une prestation RX).

   Facturation:
   L'hôpital aigu A facture à l'OA une fois (à savoir à la date d'admission dans cet hôpital) le forfait médicaments par admission (0756000 ou 0767502), ainsi que les médicaments délivrés dans son propre hôpital comme suit:
   - Médicaments forfaitarisés: facturation à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.2 (voir ET 40 Z 4 S 5)
   - Médicaments non forfaitarisés: facturation selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 5 et S 6)

   Les médicaments délivrés dans l'hôpital aigu B, sont facturés par l'hôpital aigu B comme suit :
   - Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.4 (voir ET 40 Z 4 S 7)
     + facturation à l'hôpital aigu A du 75% qui reste
   - Médicaments non forfaitarisés : facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 5 et S 6)

b) Un patient est hospitalisé dans un hôpital psychiatrique A ou dans un hôpital uniquement agréé pour un service chronique (G, Sp) – c.à.d. dans un hôpital qui n'entre pas dans le cadre de la forfaitarisation des médicaments.
Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital aigu B (qui entre effectivement dans le système de la forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.
Le patient est soigné dans l'hôpital B:
   - Soit dans le cadre d'une journée d'entretien forfaitaire (art 4 de la Convention avec les hôpitaux) ou de l'hôpital chirurgical de jour
   - Soit hors du cadre d'une journée d'entretien forfaitaire ou de l'hôpital chirurgical de jour (par exemple pour une prestation RX).

Facturation:
L'hôpital psychiatrique ou chronique A facture les médicaments délivrés dans son propre hôpital selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 1 (voir ET 40 Z 4 S 1), puisqu'il s'agit d'une facture d'un hôpital hors du cadre de la forfaitarisation.

Les médicaments délivrés dans l'hôpital aigu B, sont facturés par l'hôpital aigu B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 100% sous les pseudo-codes du point 13.5 (voir ET 40 Z 4 S 7)
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 5 et S 6)

Cas exceptionnel :
Délivrance de médicaments aux patients hospitalisés dans un hôpital aigu pendant un examen ou une prestation spécifique dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique (transfert temporaire de moins d'une journée).

Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation), l'hôpital psychiatrique ou chronique de prestation facture 100 % de la base de remboursement à l'hôpital de séjour. L'hôpital aigu de séjour facture 25 % à l'OA.

Exemple

Un patient est hospitalisé dans un hôpital aigu A.
Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique B (qui n'entre pas dans le système de forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Facturation:
L'hôpital aigu A facture à l'OA une fois (à savoir à la date d'admission dans cet hôpital) le forfait médicaments par admission (0756000 ou 0767502).
Il facture les médicaments délivrés dans son propre hôpital comme suit:

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.2 (voir ET 40 Z 4 S 5)
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 5 et S 6)
- Il facture les médicaments forfaitarisés, délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.2 (voir ET 40 Z 4 S 5)

Les médicaments délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B, sont facturés par l'hôpital B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à 100 % de la base de remboursement à l'hôpital aigu de séjour A
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 5 et S 6)

FACTURATION VIA SUPPORT MAGNETIQUE PAR LES MRPA/MRS/CSJ

Remarque : A chaque fois qu'il est question « du numéro d'identification MRPA/MRS » il s'agit du numéro INAMI unique, incluant le code qualification (les 3 dernières positions)

Enregistrement de type 10		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 10	*Valeur constante 10*
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	*Valeur constante 0 (en cas de facturation par les MRPA/MRS/CSJ, un seul numéro de compte autorisé)*
Z 4	Version du fichier	*Valeur constante : 0001999* *Pour les tests : 9991999*
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	*Numéro de compte toujours mentionné dans cette zone* *Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).*
Z 7	Numéro d'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	*Toujours 0*
Z 9	Code "suppression facture papier"	*Si ET 10 Z 22-23<0201001 : valeur 1* *Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 :valeur 0*
Z 10	Code fichier de décompte	*Si ET 10 Z 22-23<0201001 : valeur 0 ou 1* *Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 :valeur 0*
Z 13	Contenu facturation	*Toujours 0*
Z 14	Numéro tiers payant	*Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ*
Z 15	Numéro d'accréditation CIN	*Numéro d'accréditation attribué au logiciel*
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	*Valeur 03, 06, 09 ou 12 en fonction de la période facturée*
Z 25-26	Date de création	
Z 27	Numéro BCE	*Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015*
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – Compte financier A	*Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009*
Z 36-41	IBAN – Compte financier A	*Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009*
Z 43a	BIC – Compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 49-52	IBAN – Compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 20		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 20	*Valeur constante 20*
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	
Z 3	Autorisation tiers payant	*Toujours 0*
Z 4	Heure d'admission	*Mention de l'heure*
Z 5	Date d'admission	*Mention de la date*
Z 6a-6b	Date de sortie	*A mentionner si la période de séjour est terminée*
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification du bénéficiaire	*Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale*
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Type de facture	*Toujours 4*
Z 11	Type de facturation	
Z 13	Service 721 bis	*Toujours 0*
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	*Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET10Z14)*
Z 15	Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)	*Numéro MRPA/MRS*
Z 16	Code levée délai de prescription	*0 ou 1*
Z 17	Causes du traitement	*Toujours 0*
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	
Z 19	Numéro d'admission	*Toujours 0*
Z 20-21	Date de l'accord traitement de rééducation	*Toujours 0*
Z 22	Heure de sortie	*A mentionner si la date de sortie a été complétée*
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	*Numéro de la note de frais individuelle*
Z 26	Application franchise sociale	*Toujours 0*
Z 27	Code titulaire 1 + 2	
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 29-31	Numéro de la facture précédente	
Z 32	Flag identification bénéficiaire	*Toujours 1, sauf en cas de convention internationale*
Z 34-36	Numéro de l'envoi précédent	
Z 37	Numéro de la mutualité de la facturation précédente	
Z 38-39	Référence mutualité numéro de compte financier A	
Z 41	Année et mois précédemment facturés	
Z 42-45	Données de référence réseau ou SIS	*Toujours 0*
Z 47	Date de facturation	*Facultatif*
Z 49	Référence mutualité numéro de compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 53	Date début période assurabilité	*Toujours 0*
Z 54a-54b	Date fin période assurabilité	*Toujours 0*
Z 55	Date communication information	*Toujours 0*
Z 56	MAF année en cours	*Toujours 0*
Z 57	MAF année en cours -1	*Toujours 0*
Z 58	MAF année en cours -2	*Toujours 0*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 30		
Zone	**libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 30	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 3	Norme journée d'entretien	*Toujours 0*
Z 4	Pseudo-code journée d'entretien et forfait	*Voir ET30 Z4 S5 (point 10)*
Z 5	Date premier jour facturé	*A mentionner*
Z 6a-6b	Date dernier jour facturé	*A mentionner*
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	*Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale*
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Accouchement	*Toujours 0*
Z 11	Référence numéro de compte financier	*Toujours 0*
Z 13	Code service	*990*
Z 14	Lieu de prestation	*Numéro MRPA / MRS / CSJ (=ET 10 Z 14)*
Z 15	Identification convention/Etablissement de séjour	*Numéro MRPA / MRS / CSJ*
Z 17-18	Prestation relative	*Toujours 0*
Z 19	Signe + montant intervention de l'assurance	
Z 22	Signe + nombre de jour ou forfaits	
Z 24-25	Signe + Montant indicatif ordre de grandeur frais de séjour	*Toujours 0*
Z 27	Signe + Intervention personnelle patient	*Toujours 0*
Z 28	Référence établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	*Toujours 0(sauf en cas de pseudo-code 763593)*
Z 32	Exception tiers-payant	*Toujours 0*
Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	*Toujours 0*
Z 47	Date accord prestation	*Toujours 0*
Z 48	Transplantation	*Toujours 0*
Z 51	Site hospitalier	*Toujours 0*
Z 52	Identification association bassin de soins	*Toujours 0*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 50		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 50	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 3	Norme prestation (pourcentage)	*Toujours 0*
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	*Pseudo-code ambulant de l'ET 50 Z 4 S 15, rubrique « suppléments MRPA-MRS-CSJ »*
Z 5	Date de première prestation effectuée	*Date de début de la période à laquelle les frais se rapportent (*)*
Z 6a-6b	Date de dernière prestation	*Date de fin de la période à laquelle les frais se rapportent (*)*
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	*Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale*
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Accouchement	*Toujours 0*
Z 11	Référence numéro de compte financier	*Toujours 0*
Z 12	Nuit, week-end, jour férié	*Toujours 0*
Z 13	Code service	*Toujours 990*
Z 14	Lieu de prestation	*Numéro MRPA/ MRS/ CSJ*
Z 15	Identification du dispensateur	*Toujours 0*
Z 16	Norme dispensateur	*Toujours 0*
Z 17-18	Prestation relative	*Toujours 0*
Z 19	Signe + montant de l'intervention de l'assurance	*Toujours 0*
Z 20-21	Date prescription	*Toujours 0*
Z 22	Signe + nombre d'unités	*960551, 960573, 960595, 960610 : nombre de jours; 961111, 961133, 961155 : nombre de jours en négatif ; 960632, 960654, 960676, 960735, 960750, 960875, 960956, 960971, 960993, 960094 : toujours 1; 960772 : toujours -1; autres : nombre d'unités ≥ 1*
Z 23	Dérogation nombre max. ou prestation identique	*Toujours 0*
Z 24-25	Identification prescripteur	*Toujours 0*
Z 26	Norme prescripteur	*Toujours 0*
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	*Toujours 0*
Z 28	Référence établissement	
Z 29	Dent traitée	*Toujours 0*
Z 30-31	Signe + montant supplément	*Obligation de compléter (dans le cas du 960772 , 961111, 961133 ou 961155, le montant est négatif)*
Z 32	Exception tiers-payant	*Toujours 0*
Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	*Toujours 0*
Z 34	Membre traité	*Toujours 0*
Z 35	Prestataire conventionné	*Toujours 0*
Z 36-37	Heure de prestation	*Toujours 0*
Z 38	Identification administrateur du sang	*Toujours 0*
Z 39-40	Numéro attestation d'administration	*Toujours 0*
Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac	*Toujours 0*
Z 43	Code implant	*Toujours 0*
Z 44-45	Libellé du produit	*Libellé obligatoire pour les pseudo-codes 960691 et 960713*
Z 46	Norme plafond	*Toujours 0*
Z 47	Valeur de base prestation	*Toujours 0*
Z 48	Transplantation	*Toujours 0*
Z 49	Identification de l'aide soignant (réservée)	*Toujours 0*
Z 51	Site hospitalier	*Toujours 0*
Z 52	Identification association bassin de soins	*Toujours 0*
Z 53-54a	Numéro de course	*Toujours 0*
Z 55-56	Code de notification implant	*Toujours 0*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

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

Annexe 18.5

Enregistrement de type 80		
Zone	**Libéllé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 80	*Valeur constante 80*
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 4	Heure d'admission	*Mention de l'heure*
Z 5	Date d'admission	*Mention de la date*
Z 6a-6b	Date de sortie	*A mentionner si la période de séjour est terminée*
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	*Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale*
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Type de facture	*Toujours 4*
Z 13	Service 721 bis	*Toujours 0*
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	*Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET 20 Z 14)*
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	*Toujours 0*
Z 17	Causes du traitement	*Toujours 0*
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	*Montant Total pour le patient concerné*
Z 22	Heure de sortie	*A mentionner si la date de sortie est complétée*
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	*Numéro de la note de frais individuelle*
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	*Toujours 0*
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	
Z 32	Flag identification bénéficiaire	*Toujours 1, sauf en cas de conventions internationales*
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	*Toujours 0*
Z 98	Chiffres de contrôle de la facture	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 90		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 90	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	*Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).*
Z 7	Numéro de l'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	*Toujours 0*
Z 14	Numéro tiers payant	*Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ*
Z 15	Signe + montant total numéro de compte financier B	*Toujours 0*
Z 19	Signe + montant total numéro de compte financier A	
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	
Z 27	Numéro BCE	*Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015*
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – compte financier A	*Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009*
Z 36-41	IBAN – compte financier A	*Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009*
Z 43a	BIC – compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 49-52	IBAN – compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 98	Chiffres de contrôle de l'envoi	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Facturation à 100% dans le cadre du MAF

CHAMP D'APPLICATION

1. À partir de quand s'applique la facturation à 100 % ?

La facturation à 100 % s'applique à partir de l' « année MAF 2008 ».
Autrement dit, elle doit être appliquée dès le moment où un organisme assureur signale à l'établissement hospitalier concerné qu'un droit MAF a été octroyé à un assuré pour l'année de prestation 2008.
Il s'écoule un certain temps entre le dépassement du plafond (individuel ou du ménage) et l'octroi à proprement parler d'un droit MAF. Ce n'est qu'une fois que le droit MAF enregistré dans le dossier de membres qu'il est également communiqué à l'hôpital (via les messages CareNet 721900 ou 730000).
Concrètement, les premières communications droit au MAF seront donc seulement effectuées aux environs de mai 2008.

2. La facturation MAF à 100 % s'applique-t-elle aussi aux polycliniques ?

AUCUNEMENT.
La facturation à 100 % s'applique exclusivement aux bénéficiaires hospitalisés (et donc pas aux soins en ambulatoire ni à l'hospitalisation de jour).

MODIFICATION DU DROIT AU MAF DANS LE COURANT D'UNE HOSPITALISATION OU D'UNE ANNÉE CIVILE

3. Un OA peut-il communiquer une situation MAF modifiée dans le courant d'une hospitalisation ?

Situation 1
Aucun droit au MAF au moment du 721.
Le droit au MAF est octroyé dans le courant de la période d'hospitalisation.
Cet octroi est communiqué par le message 730000 (qui peut être transmis jusqu'à la fin du 2e mois suivant la fin de l'hospitalisation).
L'hôpital est tenu d'appliquer la facturation à 100 % (s'il a été tenu informé au plus tard le 10e jour du mois qui suit la fin de la période à facturer, et à la condition que la facture n'ait pas encore été établie).

Situation 2
Le droit au MAF est communiqué via le 721.
Le droit au MAF est retiré dans le courant de la période d'hospitalisation.
Ceci peut se produire dans des cas exceptionnels.
Un message 730000 annulera alors le droit au MAF.
L'hôpital ne peut alors pas facturer à 100 % (s'il a été tenu informé au plus tard le 10e jour du mois qui suit la fin de la période à facturer, et à la condition que la facture n'ait pas encore été établie).

4. Si, à un moment donné, une communication du droit au MAF est faite, s'applique-t-elle à toutes les hospitalisations qui suivent dans le courant de l'année concernée ?

Dans des cas exceptionnels, il se peut que le bénéficiaire ne jouisse plus d'un droit au MAF lors d'une nouvelle hospitalisation (dans le courant de la même année civile). Exemple : majoration du plafond de ticket modérateur du bénéficiaire en question, grosse facture par laquelle le plafond de ticket modérateur a été atteint mais qui, après coup, s'est avéré erroné et crédité…
Toute nouvelle hospitalisation d'un même patient doit donc tenir compte d'une nouvelle situation MAF éventuelle.
Résultat : les droits MAF ne sont valables que pour la période d'hospitalisation pour laquelle ils ont été communiqués.

RECTIFIER UNE FACTURATION « ERRONÉE »

5. Que se passe-t-il s'il y a eu facturation à 100 % (parce qu'il y a eu communication d'un droit au MAF), mais qu'il s'est ensuite avéré que le bénéficiaire n'avait quand même pas droit au MAF ? (par exemple si le plafond de ticket modérateur du bénéficiaire est majoré en cours d'année, de sorte qu'il se trouve initialement au-dessus du plafond mais n'y est plus après majoration de ce même plafond)

C'est, en théorie, possible (à la suite d'une régularisation, d'une récupération, d'une modification des droits avec effet rétroactif).
S'il y a eu facturation à 100 % (parce qu'il y a eu communication d'un droit au MAF) mais qu'il s'est ensuite avéré que le bénéficiaire n'avait finalement pas droit au MAF, la régularisation est effectuée entre la mutualité et le bénéficiaire, et non pas vis-à-vis de l'hôpital.

6. Quid si le signalement/l'annulation d'un droit au MAF se fait « en retard » (dans le délai imparti dans l'AR mais quand la facture a déjà été établie) ?

L'AR du 8 juin 2007 sera modifié comme suit à l'article 3 : « pour autant que l'hôpital ait été au courant de cette information au plus tard le dixième jour du mois qui suit la fin de la période à facturer ».
Les OA sont priés de faire preuve de souplesse à cet égard.
Il est en effet imaginable, dans certains cas, que la facture ait déjà été établie avant le 10^{e} du mois.
Si la facture a déjà été établie au moment de la communication du droit au MAF, la valeur 4 peut être utilisée en Z 33 afin d'indiquer pourquoi la facturation à 100% n'a pas été appliquée.

FACTURATION TARDIVE DE CERTAINES PRESTATIONS, DE FACTURES DE CORRECTION, DE REFACTURATIONS ET DE RÉINTRODUCTIONS

7. Quid des prestations, des journées d'entretien, etc. qui sont (exceptionnellement) facturées plusieurs mois après?

Si un droit au MAF est connu au moment de cette facturation tardive, il faut facturer à 100 %.

8. Que faut-il faire par rapport aux factures de correction, aux refacturations ou aux réintroductions dont la facture originale a été établie sans la facturation à 100 % (aucune communication du droit au MAF), mais pour lesquelles un droit au MAF a entre-temps été communiqué?

Les factures de correction, les refacturations et les réintroductions doivent être facturées de la même façon que la facture originale, c'est-à-dire, si aucun droit au MAF n'avait été communiqué au moment de la facture originale (facturation ordinaire), la correction, refacturation ou réintroduction de cette facture doit être effectuée normalement (c.à.d. pas à 100 %), même si un droit au MAF venait à être communiqué entre-temps.
Il en va de même pour la réintroduction d'une facture entièrement rejetée.

→ Prenons un **exemple concret** pour illustrer ce qui précède :

Hospitalisation du 25/3 au 7/4.
Le 25/3, l'hôpital reçoit le message 721900 sans mention du droit au MAF.

Situation 1
Il n'y a pas de message 730000 signalant une modification du droit au MAF

a) La facture est établie, pour l'entièreté de la période, conformément aux règles ordinaires (donc pas de facturation à 100 %).

b) La facture est ventilée sur deux périodes (du 25/3 au 31/3 et du 1/4 au 7/4). Les deux parties de la facture sont établies conformément aux règles ordinaires (donc pas de facturation à 100 %).

Situation 2
Le 20/4, l'hôpital reçoit un message 730000 signalant une modification d'assurabilité le 1/4 et une modification du droit au MAF.

a) La facture doit être scindée le 1/4 vu le changement au niveau de l'assurabilité, mais est transmise en une seule période de facturation mensuelle. Les deux parties de la facture sont établies suivant les règles de la facturation à 100 %, donc en appliquant le droit au MAF.

b) La facture est scindée en deux périodes (du 25/3 au 31/3 et du 1/4 au 7/4), et transmise en deux périodes de facturation mensuelles : 1re partie de la facture sans application du droit au MAF (car le droit au MAF est communiqué après le 10e jour qui suit la fin de la période à facturer), 2e partie de la facture avec application du droit au MAF.

c) Une facture supplémentaire est générée le 25/6. Cette facture tient compte de la dernière situation connue au niveau du MAF, même si elle se rapporte à une partie de la facture pour laquelle la situation du MAF n'était pas encore connue et par conséquent pas encore imputée.

d) Il s'agit de la réintroduction d'une ligne rejetée de la facture d'hospitalisation du 25/3 au 7/4. L'état de l'introduction originale constitue ici la référence. S'il avait été question d'une ligne à 100 %, la réintroduction aurait été effectuée comme ligne à 100 %. Si tel n'est pas le cas, la réintroduction reste une ligne de facturation ordinaire.

e) Il s'agit d'une facture de correction ou d'une note de crédit. L'état de l'introduction originale est également déterminant dans ces cas (cf. point d).

FACTURATION ORDINAIRE ET FACTURATION À 100 % SUR UNE SEULE ET MÊME FACTURE

9. Que faut-il faire d'une facture qui fait en sorte que le plafond de ticket modérateur est dépassé ? Doit-elle être scindée en une partie « facturation ordinaire » et une partie « facturation à 100 % » ?

AUCUNEMENT!
La communication du droit au MAF sera effectuée si le droit au MAF a été octroyé. Le droit au MAF ne peut être octroyé que si le compteur de ticket modérateur au niveau de l'organisme assureur a dépassé le plafond de ticket modérateur.
La facture qui fait en sorte que le plafond est dépassé ne peut donc jamais faire l'objet d'une facturation à 100 %.

10. Que se passe-t-il si la facture est déjà envoyée au patient (ou éventuellement à un assureur privé) au moment de la communication du droit au MAF ? (par exemple dans le cas d'un hôpital psychiatrique : facturation trimestrielle à l'OA, facturation mensuelle au patient) ?

La facture patient doit rester conforme à la note d'hospitalisation et à la facture électronique adressée à l'OA.
Par conséquent, si un ticket modérateur a déjà été facturé au patient au moment de la communication du droit au MAF, la facture adressée à l'OA doit en faire mention également. La facturation à 100 % à l'OA ne sera donc pas appliquée.

Le ticket modérateur déjà facturé sera compensé par le système actuel du maximum à facturer après que la facture OA aura été traitée : le patient/tuteur recevra un remboursement.

Dans pareil cas, l'hôpital peut utiliser la valeur 4 en Z 33.
Cette valeur signifie que la communication du droit au MAF a bien été reçue, mais que la facturation à 100 % n'a pas été appliquée parce que la facture patient avait déjà été envoyée (le ticket modérateur a donc déjà été attesté au patient).

Dans certains cas, il peut donc arriver qu'apparaissent sur une même facture à l'OA tant des prestations portant la valeur 3 que des prestations portant la valeur 4 en Z 33.

Exemple de l'hôpital psychiatrique : une première facture mensuelle a déjà été envoyée au patient au moment de la communication du droit au MAF. Sur la facture trimestrielle à l'OA, les prestations du premier mois sont facturées ordinairement (donc pas à 100 %), en mentionnant la valeur 4 en Z 33. Les autres prestations (pour lesquelles aucune facture patient n'a encore été envoyée) sont facturées à 100 % avec mention de la valeur 3 en Z 33.

11. Quid si la facturation de janvier contient encore plusieurs prestations (facturées en retard) de l'année précédente ? Cette facture doit-elle faire apparaître tant les prestations facturées normalement que les prestations facturées à 100 % ?

OUI.

Exemple concret
- le patient est hospitalisé le 10 décembre 2008 et quitte l'établissement hospitalier le 28 janvier 2009
- via le message 721900, un droit au MAF est communiqué pour 2008 le 12 décembre 2008
- le mois facturé de décembre 2008 est établi le 15 janvier 2009 (facturation à 100 %)
- le mois facturé de janvier 2009 est établi le 15 février 2009 (facturation ordinaire, aucun droit au MAF n'ayant encore été communiqué pour 2009)

Situation 1
La facturation de janvier 2009 renferme encore quelques prestations (facturées en retard) de décembre 2008.

- Si plus aucune communication MAF n'a été faite par après, la facture du mois de janvier 2009 est établie comme suit :
  - prestations de décembre 2008 facturées en retard : facturation à 100 % (puisque le droit au MAF est connu)
  - prestations de janvier 2009 : facturation ordinaire (car aucun droit au MAF n'a encore été communiqué pour 2009)

- Si, le 30 janvier 2009, le droit au MAF pour 2008 a été annulé (via le message 730000), la facture du mois de janvier 2009 est établie comme suit :
  - prestations de décembre 2008 facturées en retard : facturation ordinaire (suite à l'annulation du droit au MAF 2008)
  - prestations de janvier 2009 : facturation ordinaire (aucun droit au MAF n'ayant encore été communiqué pour 2009)

Situation 2
La facturation de janvier 2009 renferme encore plusieurs prestations (facturées en retard) de décembre 2008 + une série de prestations réintroduites de décembre 2008 (prestations de la facture du mois facturé de décembre 2008 qui ont été rejetées par l'OA).

- Si plus aucune communication MAF n'a été faite, la facture du mois de janvier 2009 est établie comme suit :
  - prestations de décembre 2008 facturées en retard : facturation à 100 % (puisque le droit au MAF est connu)
  - prestations de janvier 2009 : facturation ordinaire (aucun droit MAF n'ayant encore été communiqué pour 2009)
  - prestations réintroduites de décembre 2008 : facturation à 100 % (même mode de facturation que la facture initiale de décembre 2008)

- Si, le 30 janvier 2009, le droit au MAF a été annulé pour 2008 (via le message 730000), la facture du mois de janvier 2009 est établie comme suit :
  - prestations de décembre 2008 facturées en retard : facturation ordinaire (suite à l'annulation du droit au MAF pour 2008)
  - prestations de janvier 2009 : facturation ordinaire (puisqu'aucun droit au MAF n'a encore été communiqué pour 2009)
  - prestations réintroduites de décembre 2008 : facturation à 100 % (même mode de facturation que la facture initiale de décembre 2008)

FACTURATION DES RADIO-ISOTOPES EN CAS DE MAF

12. Comment facturer des radio-isotopes en cas de MAF – facturation 100 % ?

Depuis le 1/1/2009, les radio-isotopes sont repris dans le MAF.
En cas de MAF- facturation à 100 %, le ticket modérateur doit, donc, être facturé à l'AMI plutôt qu'au patient.

Exemple :

a) Données :

- Catégorie « Molécules organiques ou inorganiques marquées par isotopes à courte vie produits par générateur » (pseudo-code 699112-699123) : base de remboursement = 37,18 EUR.

- Radio-isotopes utilisés à titre diagnostique ➔ remboursés en catégorie B.

- La base sur laquelle l'intervention de l'assurance est calculée, est fixée de manière forfaitaire (différents groupes d'isotopes avec différents forfaits).

- Intervention personnelle théorique de 0,37 EUR (hospitalisé).

b) Calcul :

Sans MAF à 100 %
I.P. Théorique = 0,37 EUR
AMI = 37,18 – 0,37 = 36,81 EUR
Le ticket modérateur qui est facturé au patient, est compris dans les 0,62 EUR par jour (facturé dans l'ET 30)
L'intervention personnelle théorique n'est pas mentionnée sur la facture, car la zone 39 n'existe pas dans l'enregistrement de type 50.

	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 27 (I.P.)
ET 30	750002	0	0,62
ET 50	699123	36,81	0

Facturation MAF à 100 %
Il y a seulement un ticket modérateur théorique (0,37 EUR). Le montant qui est réellement facturé au patient est le ticket modérateur forfaitaire par journée d'entretien (0,62 EUR) (Enregistrement de type 30).
Seul ce ticket modérateur forfaitaire doit être transféré de la Z 27 à la Z 19. L'intervention personnelle théorique ne peut pas être ajoutée dans la Z 19.

	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 27 (I.P.)	Z 33 (code I.P.)
ET 30	750002	0,62	0	3
ET 50	699123	**36,81**	0	3

AUTRES

13. Comment facturer si un patient change de mutualité en cours de séjour et que la première mutualité, et non la seconde, a communiqué un droit au MAF ?

Sachant que deux factures sont établies pour cette période d'admission, l'établissement doit, pour la facture à chaque OA, tenir compte des toutes dernières informations qu'il a reçues de l'OA concerné.

14. Quid en cas de facturation des prestations pour les patients séjournant dans un autre établissement ?

Si l'hôpital qui facture ces prestations n'a reçu aucune communication du droit au MAF, il ne doit pas facturer à 100 %.

15. Si la valeur 3 est communiquée en Z 33 (afin d'indiquer que le ticket modérateur est supporté dans le cadre de la réglementation du MAF), il n'est pas possible d'indiquer (via la valeur 1) que le supplément a été pris en charge par le dispensateur/l'établissement même.

Dans ce cas exceptionnel, pour lequel les valeurs 3 et 1 peuvent en effet se chevaucher, c'est la valeur 3 qui prime.

16 Si un bénéficiaire suit un programme de rééducation fonctionnelle durant son hospitalisation, ces prestations de rééducation sont facturées via une facture à part (type de facture 5).
Une facturation à 100 % peut/doit aussi être appliquée pour ces factures de rééducation ?

La facturation MAF 100% peut aussi être appliquée pour des factures de rééducation fonctionnelle de type 5. Si l'hôpital est au courant du droit-MAF d'un patient hospitalisé, la facturation à 100 % doit être appliquée pour toutes les prestations que cet hôpital facture pour ces patients hospitalisés ,donc, aussi pour les prestations de rééducation fonctionnelle qui sont facturées via une facture de type 5 séparée.

Annexe 20.1

FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES MEDECINS (e-fact)

Enregistrement de type 10		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 10	*Valeur constante 10*
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	*Obligation de compléter*
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	*Valeur constante 0 (en cas de facturation par les médecins, un seul numéro de compte autorisé)*
Z 4	Version du fichier	*Valeur constante : 0001999* *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 médecin ou groupement ou poste de garde*
Z 15	Numéro d'accréditation CIN	*Toujours 0*
Z 22	Année facturée	*Obligation de compléter*
Z 23	Mois facturé	*Obligation de compléter*
Z 25-26	Date de création	*Obligation de compléter*
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	
Z 48	Réservé réforme de l'état	
Z 49-52	IBAN – Compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 53-54a	Réservé réforme de l'état	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

Enregistrement de type 20		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 20	*Valeur constante 20*
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	*Obligation de compléter*
Z 3	Autorisation tiers payant	*0 ou 1*
Z 4	Heure d'admission	*Toujours 0*
Z 5	Date d'admission	*Toujours 0*
Z 6a-6b	Date de sortie	*Toujours 0*
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	*Obligation de compléter*
Z 8a-8b	Identification du bénéficiaire	*Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés*
Z 9	Sexe bénéficiaire	*Obligation de compléter*
Z 10	Type de facture	*3 (patient ambulant) ou 1 (patient hospitalisé)*
Z 11	Type de facturation	*Valeur normale= 0 ;* *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	*Toujours 0*
Z 47	Date de facturation	*Facultatif*
Z 49-51	Référence mutualité numéro de compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 53	Date début période assurabilité	*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*

	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*
	Z 32	Exception tiers-payant	*Médecins généralistes 0, 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 ou P ; Spécialistes : 0, 1, 2, 3, 5, 6, 8 ou P*
	Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	*Valeur 0, 1 ou 2*
	Z 34	Membre traité	*Valeur 0, 1 ou 2*
	Z 35	Prestataire conventionné	*Valeur 0, 1, 2 ou 9*
	Z 36-37	Heure de prestation	*Toujours 0*
	Z 38	Identification administrateur du sang	*Toujours 0*
	Z 39-40	Numéro attestation d'administration	*Toujours 0*
	Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac	*Toujours 0*
	Z 43	Code implant	*Toujours 0*
	Z 44-45	Libellé du produit	*Toujours des blancs*
	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 51 (facultatif) (seulement pour les médecins généralistes, pas pour les spécialistes)		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 51	*Valeur constante 51*
Z 2	Numero d'ordre de l'enregistrement	*Obligation de compléter*
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	*= ET 50 Z 4*
Z 5	Date de prestation	*= ET 50 Z 5*
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	*= ET 20 Z 8a-8b*
Z 15	Identification du dispensateur	*= ET 50 Z 15*
Z 17-18	Prestation relative	*Toujours 0*
Z 19	Signe + montant intervention de l'assurance	*= ET 50 Z 19*
Z 27	Code titulaire 1 + 2	*= ET 20 Z 27*
Z 42-45	Numéro d'agrément engagement de tarif	*Obligation de compléter*
Z 55	Date communication information	*Obligation de compléter*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

Enregistrement de type 52 (facultatif)		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
1	Enregistrement de type 52	*Valeur constante 52*
2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	*Obligation de compléter*
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 6 b	Date de lecture document identité	*Obligation de compléter, sauf lorsque Z 9 = 4 et Z 3 = 3*
8 a 8 b	Identification bénéficiaire	*= ET 20 Z 8a-8b*
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 13	Heure de lecture document identité	*Obligation de compléter, sauf lorsque Z 9 = 4 et Z 3 = 3*
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	*Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : obligatoire pour certaines prestations (voir description de la zone)*
19	Numéro d'accord	*Tourjours remplie par des 0, ne concerne pas les médecins*
99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

(☞3)

Enregistrement de type 80		
Zone	**Libéllé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 80	*Valeur constante 80*
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	*Obligation de compléter*
Z 4	Heure d'admission	*Toujours 0*
Z 5	Date d'admission	*Toujours 0*
Z 6a-6b	Date de sortie	*Toujours 0*
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	*= ET 20 Z 7*
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	*= ET 20 Z 8a-8b*
Z 9	Sexe bénéficiaire	*= ET 20 Z 9*
Z 10	Type de facture	*= ET 20 Z 10*
Z 13	Service 721 bis	*= ET 20 Z 13*
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	*= ET 20 Z 14*
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	*Toujours 0*
Z 17	Causes du traitement	*= ET 20 Z 17*
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	*= ET 20 Z 18*
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	*Montant total de l'intervention pour le patient concerné*
Z 20-21	Date de la facture	*Toujours 0*
Z 22	Heure de sortie	*Toujours 0*
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	*= ET 20 Z 24-25*
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	*Intervention personnelle totale pour le patient concerné*
Z 28	Référence de l'établissement	*= ET 20 Z 28*
Z 30-31	Signe + montant supplément	*Supplément total pour le patient concerné*
Z 32	Flag identification bénéficiaire	*= ET 20 Z 32*
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	*Toujours 0*
Z 55-56	Réservé réforme de l'état	
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	
Z 49-52	IBAN – compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 53-54a	Réservé réforme de l'état	
Z 55-56	Réservé réforme de l'état	
Z 98	Chiffres de contrôle de l'envoi	*Obligation de compléter*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

Annexe 21.1

Facturation du transport urgent de malades

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

2. Remplissage du fichier de facturation électronique

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

3. Règles d'arrondi

- Montant facturé : montant arrondi au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.
- Montant de l'intervention (Z 19) : montant arrondi au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

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

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

Facture patient 1 et 2

Calcul de l'intervention

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

Annexe 21.2

Remplissage des zones du fichier de facturation

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

Facture patient 3

Calcul de l'intervention

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

Remplissage des zones du fichier de facturation

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

Annexe 22.1

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

1. Règles générales

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

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

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

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

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

Exemple (suite) :12% ticket modérateur

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

Ticket modérateur plafonné :

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

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

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

2. 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)

1er enregistrement: intervention chirurgicale à 50 %.

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

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

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

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 €*

Annexe 23.1

FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES DENTISTES (e-fac)

Enregistrement de type 10		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 10	*Valeur constante 10*
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	*Obligation de compléter*
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	*Valeur constante 0 (un seul numéro de compte autorisé)*
Z 4	Version du fichier	*Valeur constante : 0001999* *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	
Z 48	Réservé réforme de l'état	
Z 49-52	IBAN – Compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 53-54a	Réservé réforme de l'état	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

Annexe 23.2

Enregistrement de type 20		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 20	*Valeur constante 20*
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	*Obligation de compléter*
Z 3	Autorisation tiers payant	*0 ou 1*
Z 4	Heure d'admission	*Toujours 0*
Z 5	Date d'admission	*Toujours 0*
Z 6a-6b	Date de sortie	*Toujours 0*
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	*Obligation de compléter*
Z 8a-8b	Identification du bénéficiaire	*Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés*
Z 9	Sexe bénéficiaire	*Obligation de compléter*
Z 10	Type de facture	*3 (patient ambulant) ou 1 (patient hospitalisé)*
Z 11	Type de facturation	*Valeur normale= 0 ;* *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	*Numéro INAMI du tiers facturant* *(= 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 nouveaux-nés*
Z 34-36	Numéro de l'envoi précédent	*Seulement si Z 11 ≠ 0*
Z 37	Numéro de la mutualité de la facturation précédente	*Seulement si Z 11 ≠ 0*
Z 38-39	Référence mutualité numéro de compte financier A	*Seulement si Z 11 = 1, sinon des blancs*
Z 41	Année et mois précédemment facturés	*Seulement si Z 11 ≠ 0*
Z 42-45	Données de référence réseau	*Toujours 0*
Z 47	Date de facturation	*Facultatif*
Z 49-51	Référence mutualité numéro de compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 53	Date début période assurabilité	*Toujours 0*
Z 54a-54b	Date fin période assurabilité	*Toujours 0*
Z 55	Date communication information	*Toujours 0*
Z 56	MAF année en cours	*Toujours 0*
Z 57	MAF année en cours -1	*Toujours 0*
Z 58	MAF année en cours -2	*Toujours 0*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

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,* *<u>sauf</u> pour les radiographies reprises sur la liste « prescripteur » pour lesquelles prescripteur ≠ prestataire*

Z 26	Norme prescripteur	• *radiographies reprises sur la liste « prescripteur » :*
		  ○ *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.*
Z 32	Exception tiers-payant	*Valeur 0, 1, 3, 5, 6, 7, 8 ou P*
Z 33	Code fact. interv. pers. ou suppl.	*Valeur 0, 1 ou 2*
Z 34	Membre traité	*Toujours 0*
Z 35	Prestataire conventionné	*Valeur 1, 2 ou 9*
Z 36-37	Heure de prestation	*Toujours 0*
Z 38	Identification administrateur du sang	*Toujours 0*
Z 39-40	Numéro attestation d'administration	*Toujours 0*
Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac	*Toujours 0*
Z 43	Code implant	*Toujours 0*
Z 44-45	Libellé du produit	*Toujours des blancs*
Z 46	Norme plafond	*Toujours 0*
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 51 (facultatif)		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 51	*Valeur constante 51*
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	*Obligation de compléter*
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	*= ET 50 Z 4*
Z 5	Date de prestation	*= ET 50 Z 5*
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	*= ET 20 Z 8a-8b*
Z 15	Identification du dispensateur	*= ET 50 Z 15*
Z 17-18	Prestation relative	*= R 50 Z 17-18*
Z 19	Signe + montant intervention de l'assurance	*= ET 50 Z 19*
Z 27	Code titulaire 1 + 2	*= ET 20 Z 27*
Z 42-45	Numéro d'agrément engagement de tarif	*Obligation de compléter*
Z 55	Date communication information	*Obligation de compléter*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

Enregistrement de type 52 (facultatif)		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
1	Enregistrement de type 52	*Valeur constante 52*
2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	*Obligation de compléter*
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 6 b	Date de lecture document identité	*Obligation de compléter, sauf lorsque Z 9 = 4 et Z 3 = 3*
8 a 8 b	Identification bénéficiaire	*= ET 20 Z 8a-8b*
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 13	Heure de lecture document identité	*Obligation de compléter, sauf lorsque Z 9 = 4 et Z 3 = 3*
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*
(☞3) 19	Numéro d'accord	*Toujours remplie par des 0, ne concerne pas les dentistes*
99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

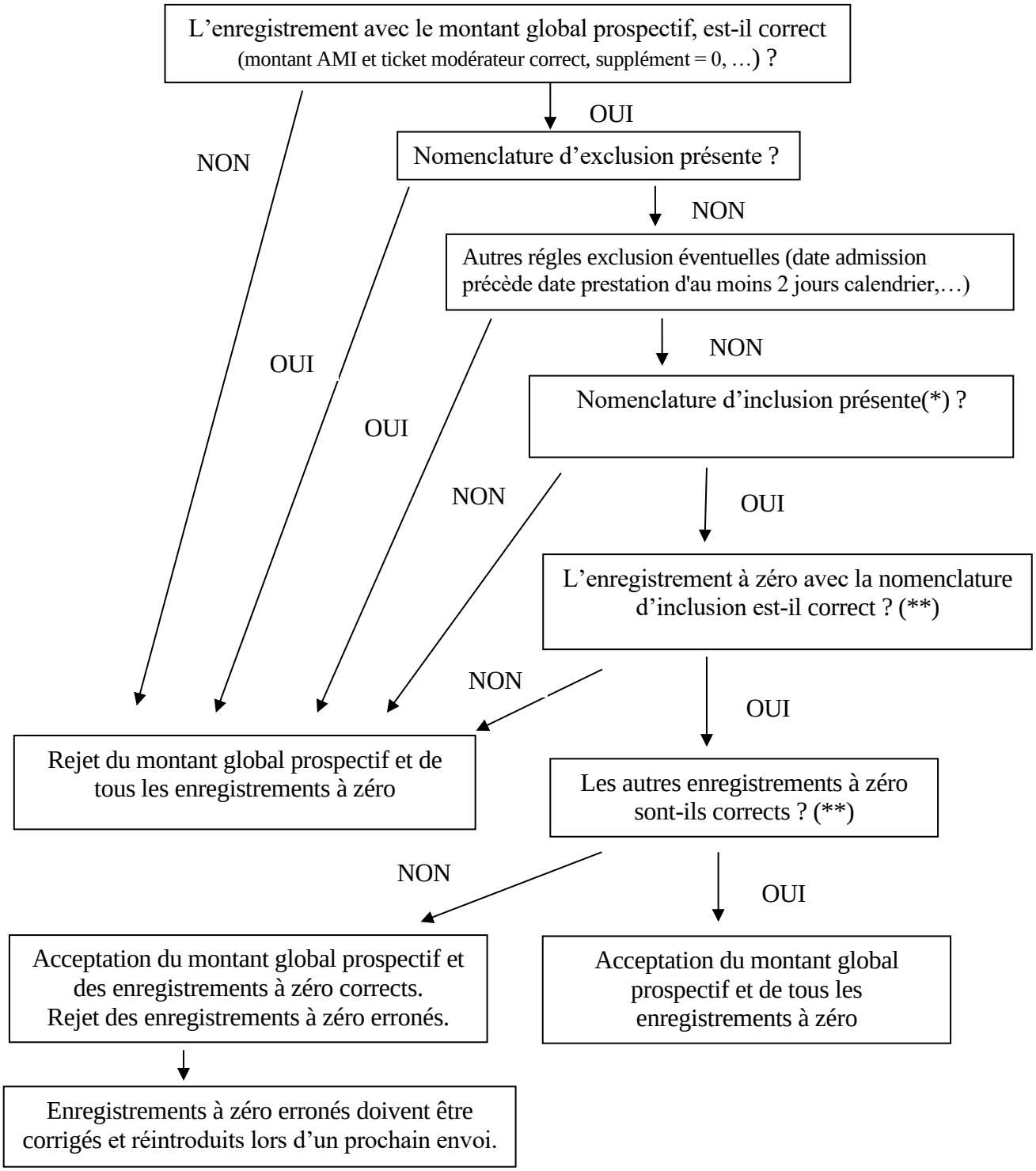
Enregistrement de type 80		
Zone	**Libéllé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 80	*Valeur constante 80*
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	*Obligation de compléter*
Z 4	Heure d'admission	*Toujours 0*
Z 5	Date d'admission	*Toujours 0*
Z 6a-6b	Date de sortie	*Toujours 0*
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	*= ET 20 Z 7*
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	*= ET 20 Z 8a-8b*
Z 9	Sexe bénéficiaire	*= ET 20 Z 9*
Z 10	Type de facture	*= ET 20 Z 10*
Z 13	Service 721 bis	*= ET 20 Z 13*
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	*= ET 20 Z 14*
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	*Toujours 0*
Z 17	Causes du traitement	*= ET 20 Z 17*
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	*= ET 20 Z 18*
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	*Montant total de l'intervention pour le patient concerné*
Z 20-21	Date de la facture	*Toujours 0*
Z 22	Heure de sortie	*Toujours 0*
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	*= ET 20 Z 24-25*
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	*Intervention personnelle totale pour le patient concerné*
Z 28	Référence de l'établissement	*= ET 20 Z 28*
Z 30-31	Signe + montant supplément	*Supplément total pour le patient concerné*
Z 32	Flag identification bénéficiaire	*= ET 20 Z 32*
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	*Toujours 0*
Z 55-56	Réservé réforme de l'état	
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	
Z 49-52	IBAN – compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 53-54a	Réservé réforme de l'état	
Z 55-56	Réservé réforme de l'état	
Z 98	Chiffres de contrôle de l'envoi	*Obligation de compléter*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

SOINS A BASSE VARIABILITE

1. Contrôles et rejets

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



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

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

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

2. Clôture annuelle (et éventuellement trimestrielle)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(4)Refacturation :

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

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

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

(*) SBV = Soins à basse variabilité

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

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

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

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

Cette facture contient :

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

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

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

Cette facture contient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Modalités de test pour fin 2018

3.1. Participation

Lors de la Commission informatique du 14 juin 2018 :

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

3.2. Organisation

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

Procédure

OA 100

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

Autres OA

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

3.3. Uses Cases

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cela peut être :

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

(b2) Use case 2 (clôture)

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

(b3) Use case 3 (note de crédit)

Envoi avec données tests d'un mois facturé février (ET 10 Z 22-23 = 20xx02) dans lequel :

- 25 factures de patients différents tarifées en séjour soins à basse variabilité relatifs au mois de janvier 20xx sont créditées et refacturées normalement.
- 25 factures différentes tarifées en séjour soins à basse variabilité relatifs au mois de janvier 20xx changent de groupe de patient. Donc, des notes de crédit sont établies et le montant global prospectif + les prestations à 0 € (ET 50 Z 54b = 1) correct sont refacturés.

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

Envoi avec données tests d'un mois facturé janvier (ET 10 Z 22-23 = 20xx01).

Pour chaque partie du schéma de contrôle de l'annexe 24.1, introduire au minimum une erreur relative à chaque contrôle, soit :

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

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

3.4. Les résultats des tests

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

Annexe 25.1

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

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

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
  Pour les séjours répartis sur différentes factures (clôture trimestrielle ou annuelle, mutation, modification assurabilité, factures complémentaires, …), 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.
- 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 1ère 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.
  Exception : 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 seule lecture suffit (soit le jour x de l'admission aux urgences, soit le jour x + 1).
- 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).

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 prestations du traitement récurrent)
- Au minimum un enregistrement 21 par facture avec les données de la lecture.
- Pour les prestations de biologie clinique exécutées dans le cadre de soins récurrents et facturées avec ceux-ci (sur la même facture), un enregistrement 21 par facture suffit (c'est-à-dire l'enregistrement 21 relatif à la facture reprenant à la fois les soins récurrents et les prestations de biologie clinique)

(☞1) - La liste des traitements récurrents concernés :
  - Chimiothérapie/immunothérapie : (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 et 767933-767944
  - radiothérapie (art. 18 §1er 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 et 444592-444603
    Rq :La lecture peut se faire lors de la simulation à condition que la simulation est reprise sur la même facture que le traitement.
  - honoraires et indemnités forfaitaires prévus dans la convention sur le financement de la dialyse : (pseudo)-codes 470293-470304, 470330-470341, 470315-470326, 470890-470901, et 767594, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767756, 767782 et 767804
  - forfaits PMA : (pseudo)-codes 757293, 757315 et 757330
  - postcure soins de santé mentale : (pseudo)-code 762974

1.4. <u>Facture avec uniquement des soins ne nécessitant pas de lecture du document d'identité</u> (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes de la liste exhaustive des soins ne nécessitant pas de lecture du document d'identité, point 2.5 de l'annexe 25.3)

- <u>Pas de lecture.</u>
- <u>Pas d'enregistrement 21 avec les données de la lecture.</u>
- Liste exhaustive des soins ne nécessitant pas de lecture du document d'identité : voir point 2.5 annexe 25.3.

2. Exceptions

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

La vérification de l'identité peut être réalisée à posteriori en introduisant manuellement le NISS (= ET 21 Z 5 = 8 sans enregistrement de la date et de l'heure de la lecture) ou via une lecture à postériori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6 avec enregistrement de la date et de l'heure) dans les cas suivant :

- si le patient ne peut pas soumettre de document d'identité valide au moment des soins
- si le patient est arrivé aux urgences et est, ensuite, hospitalisé : pour les prestations exécutées aux urgences, 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

La vérification de l'identité peut être réalisée à posteriori en introduisant manuellement le NISS (= ET 21 Z 5 = 8 sans enregistrement de la date et de l'heure de la lecture) 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 posteriori).

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

Les données d'identité peuvent être encodées manuellement (préalablement à la 1ère 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 posteriori).

2.3. Réutilisation des données (ET 21 Z 5 = 9)

Les données d'identité peuvent être réutilisées dans les cas suivants :

- si la prestation a déjà été dispensée et que le patient est décédé avant qu'une vérification a posteriori n'ait pu avoir lieu
- pour les prestations exécutées durant l'hospitalisation, si le patient est arrivé par les urgences (où l'identité a été vérifiée) et est, ensuite, hospitalisé après son passage aux urgences
- en cas de refacturation par l'hôpital à la mutuelle du patient si la première facturation a été faite dans le cadre d'un accident de travail lequel n'est pas reconnu comme tel par la suite.

Dans ce cas, l'heure de lecture et la date de lecture précédentes du document d'identité doivent respectivement être mentionnées dans l'ET 21 Z 3 et l'ET 21 Z 4.

2.4. <u>Utilisation de la vignette comme support (ET 21 Z 6 = 4)</u>

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. <u>Pas d'enregistrement des données de la lecture du document d'identité (pas d'enregistrement 21)</u>

(☞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 engloble TOUS les patients et uniquement les patients dont le CT1 = 18X.

(☞1) - Pour les prestations de santé suivantes :

- prestations COM (consultation multidisciplinaire en oncologie) : (pseudo)-codes 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420 et 350475-350486
- forfaits pour l'alimentation parentérale à domicile : (pseudo)-codes 751354, 751376, 751391 et 751413
- 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).
- dialyse au domicile du patient : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 et 767830-767841
- 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
- sessions chez le psychologue remboursées dans le cadre de la convention soins psychologiques de 1ère ligne : (pseudo-)codes 790031, 790053, 790075 et 790090.
- 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.

- Equipes mobiles : lorsque l'hôpital facture uniquement les pseudo-codes IN/OUT (793715, 793730, 793752 et 793774) et les visites à domicile des psychiatres.

3. <u>Situations spécifiques</u>

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).

- le patient est hospitalisé dans l'hôpital A et est transféré pour un examen vers l'hôpital B. Il retourne ensuite à l'hôpital A :
  L'hôpital B (ET 20 Z 10 (type facture) = 1, ET 20 Z 13 (code service) = 002) ne doit pas enregistrer les données de lecture du document d'identité (pas d'enregistrement 21).

b) Biologie clinique, anatomopathologie et génétique humaine :
- Si l'échantillon analysé a été pris dans le même hôpital, la vérification qui a été faite lors du prélévement suffit étant donné que la date de prestation pour l'analyse est définie comme étant la « date du prélèvement » et que l'identité du patient ne doit être vérifiée qu'une seule fois par jour pour les prestations ambulatoires dans un hôpital.
- Pas d'enregistrement des données de lecture du document d'identité du patient (pas d'enregistrement 21) pour les prestations de biologie clinique et d'anatomopathologie relatives à un prélèvement externe (Ceci concerne les prélèvements de patients externes à l'hôpital).
- Pas d'enregistrement des données de lecture du document d'identité du patient (pas d'enregistrement 21) pour les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique qui sont envoyés en sous-traitance ou confiées à un autre hôpital ou laboratoire qui ne fait pas partie de l'hôpital qui a vérifié l'identité du patient.

c) Résidents de maison de repos :
- Au cas où un patient, qui a été amené à l'hôpital depuis une maison de repos a uniquement une photocopie de sa carte d'identité avec lui, l'hôpital introduit manuellement le NISS (ET 21 Z 5 = 8) de ce patient et indique comme motif une absence d'interconnexion (ET 21 Z 8 = 3) (entre la maison de repos et l'hôpital).
- Pas d'enregistrement des données de lecture du document d'identité du patient pour les médicaments délivrés à une maison de repos par la pharmacie de l'hôpital et facturé par l'hôpital à travers le fichier de facturation électronique de l'hôpital

d) Prestation ambulatoire en dehors de l'hôpital sans système ICT :
S'il n'y a pas de lien entre le système informatique de l'hôpital où la facturation est effectuée et le système informatique du lieu extra-muros où la prestation est dispensée, l'identité du patient peut être vérifiée en introduisant manuellement le NISS (ET 21 Z 5 = 8) du patient avec comme motif une absence d'interconnexion (ET 21 Z 8 = 3).

4. Bloc d'enregistrements et principes de contrôle

a) Les enregistrements 20, 30/40/50, 80 et les enregistrements 21 qui y sont liés forment un bloc.

b) L'(es) enregistrement(s) 21 avec les données de lecture doivent toujours suivre l'enregistrement 20 correspondant (bloc d'enregistrements).

c) Lorsqu'une erreur est détectée dans un enregistrement 21 du bloc, la facture (bloc) est rejetée (phase de production, *à partir du moment où l'enregistrement de la lecture (ET 21) devient obligatoire*)

d) Lorsqu'un enregistrement 21 est absent alors qu'il est obligatoire (phase de production, *à partir du moment où l'enregistrement de la lecture (ET 21) devient obligatoire*), la facture (bloc) est rejetée.

e) Lorsqu'un enregistrement 21 est mentionné alors qu'il n'était pas nécessaire, cela n'engendre pas de rejets (phase de production, *à partir du moment où l'enregistrement de la lecture (ET 21) devient obligatoire*).

5. Modalités de test et période de monitoring

5.1 Période de tests

(☞5) Les tests seront réalisés durant la période entre septembre 2021 et février 2022.

5.1.1 Contrôles période test

(☞7) Les éventuelles erreurs dans les enregistrements 21 des fichiers test seront communiquées à l'aide de nouveaux codes erreur de type « E » (erreurs qui n'entrainent pas de rejet et qui ne sont pas comptabilisées dans le taux d'erreurs mais qui sont communiquées (de manière informative) sur le fichier de décompte).

5.1.2 Uses cases période test

Les fichiers test devront être établis selon les instructions de facturation convenues et comporteront les cas de test suivants.

Attention :

- *Les scénarios négatifs doivent être envoyés dans un fichier test séparé de celui des scénarios positifs*
- *Des données réelles sont utilisées sauf pour les données des enregistrements 21.*
- *Des données réelles ou fictives sont utilisées pour remplir les enregistrements 21.*

Si les uses cases positifs sont correctement remplis et contrôlés, aucune erreur de type E ne sera communiquée.
Si les uses cases négatifs sont correctement remplis et contrôlés, chacun de ceux-ci entrainera la communication d'une erreur de type E correspondante de la part des OA.

5.1.2.1 Scénarios positifs (fichier test 1)

Uses cases / type UP1

Données fixes ET 21 : ET 21 Z 5 (type saisie) = 1 (puce), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (eid ou Kids-id belge).
Objectif : tester la présence des données de lecture selon le type de contact (hospitalisation classique, hospitalisation de jour, soins ambulatoires,…) et le type de facturation (1 seule facture, plusieurs factures, …).

UP1.1 : 1 seule facture relative à une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1).

UP1.2 : Plusieurs factures relatives à un même hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1).

UP1.3 : 1 seule facture relative à une hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9).

UP1.4 : Plusieurs factures relatives à une même hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9).

UP1.5 : 1 seule facture relative à des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3) qui ont eu lieu durant 3 journées différentes.

UP1.6 : 1 seule facture relative à des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3) qui ont eu lieu le même jour.

UP1.7 : Plusieurs factures relatives à des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3) qui ont eu lieu le même jour.

UP1.8 : 1 facture avec uniquement des soins récurrents.

UP1.9 : 1 facture avec uniquement des prestations ne nécessitant pas d'enregistrement 21.

UP1.10 : 1 facture avec des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3, nécessitant un enregistrement 21 par jour) et des soins récurrents.

UP1.11 : 1 facture avec des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3, nécessitant un enregistrement 21 par jour) et des prestations ne nécessitant pas d'enregistrement 21.

UP1.12 : 1 seule facture relative à une hospitalisation classique d'un patient hospitalisé ailleurs (ET 20 Z 10 = 1 et ET 20 Z 13 = 002).

Uses cases / type UP2

Données fixes : 1 seule facture relative à une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1).
Objectif : tester les ≠ valeurs des ET 21 Z 5 (type saisie) et ET 21 Z 6 (type support).

UP2.1 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 1 (puce), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge).

UP2.2 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 2 (code-à-barres), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge).

UP2.3 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 4 (puce à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge). L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.

UP2.4 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 5 (code-à-barres à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge). *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.*

UP2.5 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 7 (encodage manuel), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge). *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 1, 2 ou 3.*

UP2.6 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 8 (encodage manuel à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge). *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.*

UP2.7 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 9 (réutilisation des données de lecture), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge).

UP2.8 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 1 (puce), ET 21 Z 6 (type support) = 2 (carte eid étranger ou document de séjour électronique).

UP2.9 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 2 (code-à-barres), ET 21 Z 6 (type support) = 2 (carte eid étranger ou document de séjour électronique).

UP2.10 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 4 (puce à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 2 (carte eid étranger ou document de séjour électronique). L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.

UP2.11 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 5 (code-à-barres à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 2 (carte eid étranger ou document de séjour électronique). *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.*

UP2.12 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 7 (encodage manuel), ET 21 Z 6 (type support) = 2 (carte eid étranger ou document de séjour électronique). L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 1, 2 ou 3.

UP2.13 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 8 (encodage manuel à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 2 (carte eid étranger ou document de séjour électronique). L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.

UP2.14 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 9 (réutilisation des données de lecture), ET 21 Z 6 (type support) = 2 (carte eid étranger ou document de séjour électronique).

UP2.15 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 2 (code-à-barres), ET 21 Z 6 (type support) = 3 (carte ISI+).

UP2.16 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 3 (QR code), ET 21 Z 6 (type support) = 3 (carte ISI+).

UP2.17 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 5 (code-à-barres à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 3 (carte ISI+). L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.

UP2.18 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 6 (QR code à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 3 (carte ISI+). *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.*

UP2.19 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 7 (encodage manuel), ET 21 Z 6 (type support) = 3 (carte ISI+). *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 1, 2 ou 3.*

UP2.20 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 8 (encodage manuel à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 3 (carte ISI+). *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.*

UP2.21: 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 9 (réutilisation des données de lecture), ET 21 Z 6 (type support) = 3 (carte ISI+).

UP2.22 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 2 (codes-à-barres), ET 21 Z 6 (type support) = 4 (vignette avec code-à-barres). L'ET 21 Z 7 doit être alors = à 1 ou 2.

UP2.23 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 5 (code-à-barres à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 4 (vignette avec code-à-barres). *L'ET 21 Z 7 doit être alors = à 1 ou 2. L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.*

UP2.24 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 7 (encodage manuel), ET 21 Z 6 (type support) = 4 (vignette avec code-à-barres). L'ET 21 Z 7 doit être alors = à 1 ou 2. L'ET 21 Z 8 doit être alors = à 1, 2 ou 3.

UP2.25 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 8 (encodage manuel à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 4 (vignette avec code-à-barres). L'ET 21 Z 7 doit être alors = à 1 ou 2. *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.*

UP2.26 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 9 (réutilisation des données de lecture), ET 21 Z 6 (type support) = 4 (vignette avec code-à-barres). L'ET 21 Z 7 doit être alors = à 1 ou 2.

UP2.27 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 2 (codes-à-barres), ET 21 Z 6 (type support) = 5 (attestation d'assuré social).

UP2.28 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 5 (code-à-barres à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 5 (attestation d'assuré social). L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.

UP2.29 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 7 (encodage manuel), ET 21 Z 6 (type support) = 5 (attestation d'assuré social). L'ET 21 Z 8 doit être alors = à 1, 2 ou 3.

UP2.30 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 8 (encodage manuel à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 5 (attestation d'assuré social). *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.*

UP2.31: 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 9 (réutilisation des données de lecture), ET 21 Z 6 (type support) = 5 (attestation d'assuré social).

UP2.32 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 7 (encodage manuel), ET 21 Z 6 (type support) = 6 (attestation de perte ou de vol). *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 1.*

UP2.33 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 8 (encodage manuel à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 6 (attestation de perte ou de vol). *L'ET 21 Z 8 (raison) doit être alors = à 4, 5 ou 6.*

UP2.34 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 9 (réutilisation des données de lecture), ET 21 Z 6 (type support) = 6 (attestation de perte ou de vol).

(☞1) UP2.35 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = A (Saisie électronique (itsme®)), ET 21 Z 6 (type support) = A (Saisie électronique (itsme®)).

5.1.2.2. Scénarios négatifs (fichier test 2)

Uses cases / type UN1

Données fixes ET 21 : ET 21 Z 5 (type saisie) = 1 (puce), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (eid ou Kids-id belge).
Objectif : tester les contrôles sur les ET 21 et l'information renvoyée par les OA selon le type de contact (hospitalisation classique, hospitalisation de jour, soins ambulatoires,…) et le type de facturation (1 seule facture, plusieurs factures, …) lorsque l'ET 21 n'est pas rempli correctement ou est absent.

UN1.1 : facture relative à une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1) sans ET 21.

UN1.2 : 1 facture relative à une hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9) sans ET 21.

UN1.3 : 1 facture relative à des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3) répartis sur plusieurs jours pour laquelle il manque un ET 21 pour une des journées de soins.

UN1.4 : 1 facture avec des soins récurrents sans ET 21.

UN1.5 : 1 facture relative à une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1) avec un ET 21 sans heure de lecture (ET 21 Z 3 à blanc ou format incorrect).

UN1.6 : 1 facture relative à une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1) avec un ET 21 sans date de lecture (ET 21 Z 4 = 0000 ou à blanc ou format incorrect).

UN1.7 : 1 facture relative à une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1) avec un ET 21 sans type de saisie (ET 21 Z 5 = 0).

UN1.8 : 1 facture relative à une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1) avec un ET 21 sans type de support (ET 21 Z 6 = 0).

UN1.9 : 1 facture relative à une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1) avec un ET 21 sans numéro de série (ET 21 Z 9 = 0) et ET 21 Z 6 ≠ 4, 5 ou 6.

UN1.10 : 1 facture relative à une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1) avec un ET 21 qui ne suit pas l'enregistrement 20 correspondant.

Uses cases / type UN2

Données fixes : 1 seule facture relative à une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1).
Objectif : tester les contrôles sur les ET 21 et l'information renvoyée par les OA lorsque les valeurs de l'ET 21 Z 7 et Z 8 ne sont pas remplies correctement.

UN2.1 : facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 4 (puce à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge) avec valeur 0 (pas de raison) dans l'ET 21 Z 8.

UN2.2 :1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 5 (code-à-barres à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge) avec valeur 0 (pas de raison) dans l'ET 21 Z 8.

UN2.3 :1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 6 (QR code à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 3 (carte ISI+) avec valeur 0 (pas de raison) dans l'ET 21 Z 8.

UN2.4 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 7 (encodage manuel), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge) avec valeur 0 (pas de raison) dans l'ET 21 Z 8.

UN2.5 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 8 (encodage manuel à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge) avec valeur 0 (pas de raison) dans l'ET 21 Z 8.

UN2.6 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 2 (codes-à-barres), ET 21 Z 6 (type support) = 4 (vignette avec code-à-barres) avec valeur 0 (pas de raison) dans l'ET 21 Z 7.

UN2.7 : 1 facture avec ET 21 Z 5 (type saisie) = 8 (encodage manuel à postériori), ET 21 Z 6 (type support) = 1 (carte eid ou Kids-id belge) avec valeur 1 (document d'identité sans puce ou puce defectueuse) dans l'ET 21 Z 8.

5.1.3 Reporting tests

(☞5) Les résultats des tests seront communiqués pour chaque hôpital ayant participé aux tests et ils seront analysés lors de la Commission informatique de mars 2022.

5.1.3.1 Reporting tests scénarios positifs

Pour chaque hôpital testeur :

RTP1 : % d'erreurs E sur les enregistrements 21 du dernier fichier test (nombre d'erreurs E enregistrement 21/total enregistrements 21)

RTP2 : Types d'erreurs dans le dernier fichier test

RTP3 : % par type d'erreurs dans le dernier fichier test

RTP4 : Nombre de fichiers test rejetés

RTP5 : Types de scenarios testés dans le dernier fichier test

5.1.3.2 Reporting tests scénarios négatifs

Pour chaque hôpital testeur :

RTN1 : Types d'erreurs (codes erreur communiqués) dans le dernier fichier test

RTN2 : Types de scenarios testés dans le dernier fichier test

5.1.4 Critères d'évaluation période test

L'évaluation est jugée positive si :

- 75 % des hôpitaux testeurs ont :
  - un pourcentage d'erreurs E sur les enregistrements 21 du dernier fichier test avec scénarios positifs ≤ 1 %
  - un pourcentage d'erreurs du dernier fichier test avec scénarios positifs ≤ 5 %
  - pas d'erreurs bloquantes dans le dernier fichier test avec scénarios positifs
- pour chaque scénario négatif, le code erreur E correspondant a été communiqué par les OA.

5.2 Période de monitoring

Si les tests réalisés entre septembre et novembre 2021 se sont bien déroulés (évaluation positive), la période de monitoring avec enregistrement facultatif des données de lecture du document d'identité dans la facturation débutera à partir du 1er mai 2022 jusqu'à l'obligation d'enregistrement.

5.2.1 Contrôles période de monitoring

Durant cette période, des contrôles seront exécutés sur les enregistrements 21 mais ils ne feront pas l'objet de rejets. Les éventuelles erreurs seront communiquées à titre d'information dans le fichier de décompte à
(☞7) l'aide de codes erreur de type E (erreurs qui n'entrainent pas de rejet et qui ne sont pas comptabilisées dans le taux d'erreurs mais qui sont communiquées (de manière informative) sur le fichier de décompte).

5.2.2 Reporting dans le cadre de l'évaluation de la période de monitoring

Les résultats seront analysés lors de la Commission informatique de septembre 2023 avant de décider de la date de début de l'obligation d'enregistrement des données de lecture du document d'identité dans la facturation. L'obligation d'enregistrement des données de lecture du document d'identité dans la facturation ne pourra débuter que si les résultats de la période de monitoring sont positifs.

Reporting pour chaque hôpital :

RF1 : % d'erreurs de type E par rapport au nombre d'enregistrement 21 (nombre d'erreurs de type E/total enregistrements 21) par fichier pour les mois facturés février, mars et avril 2023.

RF2 : % moyen d'erreurs de type E par rapport au nombre d'enregistrement 21 [moyenne du (nombre d'erreurs de type E/ total enregistrements 21)] pour les mois facturés février, mars et avril 2023.

RF3 : % d'erreurs de type E par rapport au total d'enregistrements (nombre d'erreurs de type E/total enregistrements) par fichier pour les mois facturés février, mars et avril 2023.

RF4 : % moyen d'erreurs de type E par rapport au total d'enregistrements [moyenne du (nombre d'erreurs de type E/total enregistrements)] pour les mois facturés février, mars et avril 2023.

RF5 : % par type d'erreurs E (nombre d'erreurs d'un type E xxxxxx/total des erreurs de type E) par fichier pour les mois facturés février, mars et avril 2023.

RF6 : le taux d'enregistrement des données de lecture (nombre d'enregistrements 21 enregistrés / total des enregistrements 21 attendus) pour les mois facturés février, mars et avril 2023.

5.2.3 Critère d'évaluation période de monitoring

L'évaluation de la période de monitoring aura lieu après 12 mois sur les mois facturé février, mars, avril 2023. L'évaluation est jugée positive si :

- 95 % des hôpitaux ont un taux d'enregistrement des données de lecture ≥ 90 % pour les mois facturés février, mars et avril 2023.
- 95 % des hôpitaux ont un pourcentage moyen d'erreurs de type E sur les enregistrements 21 ≤ 1 % [moyenne du (nombre d'erreurs de type E/total enregistrements 21)] pour les mois facturés février, mars et avril 2023.

5.3 Reporting monitoring annuel

Ce reporting est réalisé sur les données de la période mois facturé mai 2022 à avril 2023 sur les envois de l'ensemble des hôpitaux.

Reporting

RM1 : % lecture à postériori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3, 4 et 6)

RM2 : % lecture à postériori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors d'une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1)

RM3 : % lecture à postériori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors d'une hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9)

RM4 : % lecture à postériori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors d'un soins récurrent (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, dialyse, PMA, postcure soins de santé mentale)

RM5 : % encodage manuel du NISS à postériori (ET 21 Z 5 = 8) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3, 4 et 6)

RM6 : % encodage manuel du NISS à postériori (ET 21 Z 5 = 8) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors d'une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1)

RM7 : % encodage manuel du NISS à postériori (ET 21 Z 5 = 8) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors d'une hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9)

RM8 : % encodage manuel du NISS à postériori (ET 21 Z 5 = 8) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors d'un soins récurrent (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, dialyse, PMA, postcure soins de santé mentale)

RM9 : % encodage manuel du NISS préalablement aux soins (ET 21 Z 5 = 7) avec utilisation de la vignette (ET 21 Z 6 =4) qui est un document d'identité sans puce (ET 21 Z 8 = 1) et parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 7 = 2) lors des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3, 4 et 6)

RM10 : % encodage manuel du NISS préalablement aux soins (ET 21 Z 5 = 7) avec utilisation de la vignette (ET 21 Z 6 =4) qui est un document d'identité sans puce (ET 21 Z 8 = 1) et parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 7 = 2) lors d'une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1)

RM11 : % encodage manuel du NISS préalablement aux soins (ET 21 Z 5 = 7) avec utilisation de la vignette (ET 21 Z 6 =4) qui est un document d'identité sans puce (ET 21 Z 8 = 1) et parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 7 = 2) lors d'une hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9)

RM12 : % encodage manuel du NISS préalablement aux soins (ET 21 Z 5 = 7) avec utilisation de la vignette (ET 21 Z 6 =4) qui est un document d'identité sans puce (ET 21 Z 8 = 1) et parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 7 = 2) lors d'un soins récurrent (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, dialyse, PMA, postcure soins de santé mentale)

RM13 : % utilisation des différents documents d'identité (eID, ISI+, etc.)

RM14 : % utilisation des différents types de lecture (puce, code-barres, etc.)

6. Planning

(☞5) - Septembre 2021 à février 2022 : période de tests
(☞5) - Mars 2022 : résultats des tests
- 1er mai 2022 (si tests ok) : début de la période de monitoring
- Septembre 2023 : résultats de la période de monitoring (évaluation sur les mois facturés février, mars, avril 2023).
- Janvier 2024 (si période de moitoring ok) : obligation

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 10

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Ce code définit la nature de l'enregistrement.

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

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

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT: 6 N - 3

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

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

Numérotation croissante, valable pour tous les enregistrements.

Le numéro d'ordre doit être progressif de raison 1 (le précédent + 1).

RUBRIQUE : NOMBRE NUMEROS COMPTES FINANCIERS (CODE INDICE)

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

La valeur dans cette zone est déterminée par le nombre de valeurs dans les enregistrements de type 30, 40 et 50 de la zone 11 (Référence numéro de compte bancaire), qu'il y ait un montant ou non.

Valeur	Signification
0	Une seule valeur est mentionnée dans les zones ET 30, 40, 50 Z 11.
1	Les valeurs 0 et 1 sont mentionnées dans les zones ET 30, 40, 50 Z 11 (compte A et compte B).
2	Les valeurs 0 et 3 sont mentionnées dans les zones ET 30, 40, 50 Z 11 (compte A et compte C)
3	Les valeurs 0, 1 et 3 sont mentionnées dans les zones ET 30, 40, 50 Z 11 (compte A, compte B et compte C).

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

RUBRIQUE : VERSION FICHIER

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

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

Si le support magnétique est composé suivant la "version 1999", et

- s'il s'agit d'une facturation effective, cette zone doit comporter la valeur "0001999";
- s'il s'agit d'un test, cette zone doit comporter la valeur "9991999".

Les republications des instructions « Edition 2006 », « Edition 2013 » et « Edition 2021 » ne modifient pas le remplissage de cette zone. La version reste « 1999 ».

RUBRIQUE : NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 17

Cette zone est égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011.
A partir de cette date, seuls l'IBAN et le BIC doivent être utilisés.

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ENVOI

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

Ce numéro est attribué par l'établissement/le dispensateur qui facture.

Le numéro doit être unique par numéro tiers payant et différent de zéro.

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

En cas de facturation via support magnétique (accompagnée de facturation papier), ce numéro doit être repris sur :

- le bordereau d'expédition accompagnant le support magnétique adressé aux unions nationales;
- le relevé récapitulatif accompagnant les factures adressées aux mutualités.

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

RUBRIQUE : NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 36

Cette zone est égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011.
A partir de cette date, seuls l'IBAN et le BIC doivent être utilisés.

RUBRIQUE : CODE "SUPPRESSION FACTURE PAPIER"

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

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

RUBRIQUE : CODE FICHIER DE DECOMPTE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

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

RUBRIQUE : CONTENU DE LA FACTURATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3N - 53

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

	Valeur	Signification
	000	aucune dérogation au nombre mensuel prévu
	010	facturation supplémentaire exceptionnelle pour le mois ou facturation supplémentaire dans le cadre de la 6e réforme de l'état
	020	dérogation systématique au nombre mensuel prévu
	030	fichier supplémentaire de correction
(☞5)	040	exception e-fac (seulement pour (groupements ou postes de garde de) médecins, dentistes et kinésithérapeutes)
	050	exception pour (groupements) sages-femmes

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

RUBRIQUE : NUMERO TIERS PAYANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

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

* s'il s'agit d'un dispensateur individuel, alors le numéro du tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. du dispensateur; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;

* s'il s'agit d'une institution qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I. (comme les établissements hospitaliers, maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées, laboratoires de biologie clinique agréés, maisons médicales, etc), alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I., la première position à gauche sera toujours égale à zéro, suivie par 8 chiffres significatifs identifiant l'établissement, les trois dernières positions indiquent le code qualification ou sont complétées par des zéros;

* s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins travaillant dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. de l'institution, dans lequel les 3 dernières positions sont complétées par "799"; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;

* s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins qui ne travaillent pas dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors il s'agit du numéro tiers payant attribué par le Service des soins de santé.
  Les quatre premières positions sont toujours "0940, 0941, 0942, 0943, 0944, 0945 ou 0946"
  Les trois dernières positions rendent compte de la qualification des prestataires du groupe.

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

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

Lors de la modification du numéro INAMI d'un(e) infirmier(ère) (ou de groupe) dans le courant d'un mois, le numéro I.N.A.M.I. (ou de groupe) à la date de création du fichier de facturation est mentionné dans cette zone.
La facturation ne peut pas être scindée.
Dans l'ET 50 Z 15, chaque prestation doit, bien, évidemment être accompagnée du n° INAMI correct à la date de prestation.

RUBRIQUE : NUMERO D'ACCREDITATION CIN

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

Le numéro d'accréditation est mentionné dans cette zone, comme décrit à l'art. 5, §4bis, 4° de la Convention entre les MRPA/MRS/CSJ et les organismes assureurs.
Ce numéro est attribué par le Collège Intermutualiste National.

Cette zone doit seulement être complétée par les MRPA-MRS-CSJ.

RUBRIQUE : ANNEE FACTUREE

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

Le numéro de l'année.

RUBRIQUE : MOIS FACTURE

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

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

Cela ne pose aucun problème pour autant que la période à laquelle se rapporte la facture, corresponde à un mois calendrier : le contenu de la zone 23 = mois calendrier auquel se rapporte la facture.

Si la période à laquelle se rapporte la facture ne correspond pas à un mois calendrier, la date de fin de la période de facturation est déterminante pour la zone 23 :

* la période de facturation se termine durant la première moitié du mois calendrier :
  le contenu de la zone 23 = mois qui précède le mois calendrier concerné;
* la période de facturation se termine durant la seconde moitié du mois calendrier :
  le contenu de la zone 23 = mois calendrier concerné.

Le mois facturé, combiné à l'année facturée, ne peut pas être postérieur à la date mentionnée dans l'ET 10 zone 25-26 (date de création).

Pour les facturations trimestrielles des établissements psychiatriques, des M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. et I.H.P., il faut mentionner systématiquement 03, 06, 09 ou 12 selon la période facturée.

Cette valeur reste inchangée lorsqu'un nouveau fichier est établi à partir d'un fichier rejeté.
Voir également la différence avec la date de création.

RUBRIQUE : DATE DE CREATION

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

Dans cette zone, on mentionne le mois durant lequel le fichier de facturation a été établi.

Exemple : Pour les prestations effectuées en janvier, facturées en février, la valeur AAAA02JJ est mentionnée dans cette zone.

Cette date est modifiée lorsqu'une nouvelle version d'un fichier rejeté est établie.

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

RUBRIQUE : NUMERO BCE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 10 N - 128

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

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

A partir du mois facturé janvier 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par les hôpitaux, les laboratoires, les praticiens de l'art infirmier et les médecins généralistes.
A partir du mois facturé mars 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par les centres de rééducation faisant partie d'un hôpital.
A partir du mois facturé juillet 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par tous les tiers qui facturent.
Période transitoire (jusqu'au mois facturé janvier 2021 inclus):
les groupements de dispensateurs en « Association de fait » et les
dispensateurs de soins étrangers exerçant des activités en Belgique sans s'établir en Belgique ne disposent pas encore de numéro BCE et doivent provisoirement mentionner le pseudo-numéro BCE fictif 0999.999.922 dans cette zone.
A partir du mois facturé février 2021, le pseudo-numéro BCE 0999.999.922 ne peut plus être utilisé. Un véritable numéro BCE doit désormais toujours être rempli dans cette zone.

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

ZNNNNNNNCC avec:

Z = 0 ou 1

NNNNNNN = 7 chiffres de 0 à 9

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

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

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

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

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER A

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 167

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

Le BIC (*Bank Identifier Code*) désigne la banque du bénéficiaire.
Il est composé d'un code bancaire (4 caractères), d'un code-pays (2 lettres), d'un code de lieu (2 caractères) et peut être complété pour certaines banques d'un code d'agence (3 caractères).

Le BIC doit être rempli sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent le BIC.

La BNB publie la liste des codes (notamment les BIC) pour les banques établies en Belgique: www.bnb.be > Produits et services > Systèmes de paiement > Secrétariat des Protocoles > Codes d'identification des banques >>.

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

Si le paiement doit se faire sur un seul compte financier, le BIC de ce compte doit toujours être repris dans cette zone.

Si le paiement se fait sur deux comptes financiers, il y a lieu de mentionner le BIC du premier compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 0 dans la zone 11 de l'enregistrement dans lequel ils figurent.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER A

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A – 179

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

L'IBAN *(International Bank Account Number)* comprend au maximum 34 positions alphanumériques. Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national (complété pour certains pays).

S'il s'agit d'un compte belge, l'IBAN compte seulement 16 positions. Les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.
A partir du mois facturé janvier 2011, il possible d'utiliser un numéro de compte étranger.

L'IBAN doit être rempli sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent l'IBAN.

Le format du numéro de compte IBAN est spécifié dans le standard ISO 13616-1 qui correspond au standard ECBS EBS 204.

IBAN check digits control
1. Si l'IBAN se présente sous un format visuel, barrez tous les caractères nonalphanumériques;
2. Déplacez les quatre premiers caractères vers l'extrême droite;
3. Convertissez les lettres en chiffres, A étant égal à 10, B à 11, … et Z à 35;
4. Le modulo 97 (reste après la division par 97) doit être égal à 1.

Exemple de check digit control pour l'IBAN : BE62 5100 0754 7061
1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. Le modulo 97 (reste après division par 97) de 510007547061111462 par 97 = 1

Si le paiement doit se faire sur un seul compte financier, l'IBAN de ce compte doit toujours être repris dans cette zone.

Si le paiement se fait sur deux comptes financiers, il y a lieu de mentionner l'IBAN du premier compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 0 dans la zone 11 de l'enregistrement dans lequel ils figurent.

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER B

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 219

Il s'agit du BIC du compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire le BIC du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.
Si la zone n'est pas remplie, elle doit être remplie par des blancs.

Voir également ET 10 Z 31-32-33-34.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 235

Cette zone est réservée (réforme de l'état).

RUBRIQUE : INDICATION REGION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 270

Cette zone est réservée (réforme de l'état).

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER B

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 271

Il s'agit de l'IBAN de compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire l'IBAN du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.
Si la zone n'est pas remplie, elle doit être remplie par des blancs.

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

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 305

Cette zone est réservée (réforme de l'état).

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

Le contenu de toutes les positions 1 jusque et y compris 348 est additionné. Le module 97 est appliqué sur le résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est inscrit dans cette zone.

Si le contenu d'une zone est alphanumérique, les valeurs numériques suivantes sont attribuées :

blanc	= 10
a = A	= 11
b = B	= 12
c = C	= 13
.	
.	
.	
z = Z	= 36
tous les autres signes	= 37

Les chiffres (également dans les zones alphanumériques) gardent toujours leurs valeurs numériques de 0 à 9.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 20

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : AUTORISATION TIERS PAYANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

- S'il s'agit d'une exception à l'interdiction du régime tiers payant reçue par MyCareNet (zone 316 du message 801900), cette zone doit alors être complétée; il en est de même lorsqu'il s'agit d'une facturation en tiers payant obligatoire.

- Si le contenu de cette zone est égal à 1,
  * la valeur 0 peut être indiquée dans la zone 32 de l'enregistrement de type 50 sauf dans le cas de e-fac médecins généralistes et dentistes;
  * aucun document justificatif à l'exception ne doit être joint à la facture papier.

Valeur	Signification
0	Pas d'exception reçue par MyCareNet (zone 316 du message 801900).
1	Exception reçue par MyCareNet (zone 316 du message 801900

(☞7) L'interdiction du tiers payant a totalement été levée pour les prestations effectuées à partir du 01/01/2022.
A titre transitoire, une valeur ≠ 0 peut temporairement encore être saisie dans cette zone.
A partir de la date de prestation 01/05/2022, cette zone doit toujours être égale à « 0 ».

RUBRIQUE : HEURE D'ADMISSION

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

'000HHMM' valeurs entre '0000001' et '0002400'.

- L'heure doit être mentionnée pour tous les séjours pour lesquels l'heure d'admission et l'heure de sortie ont une influence sur la facturation (facture de type 1, 4 ou 5).

- La mention de l'heure d'admission, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington.

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

- En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés, qui séjournent ailleurs, cette zone peut être égale à zéro (facture de type 1).

RUBRIQUE : DATE D'ADMISSION

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

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

En cas de rééducation interne et de séjours dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP, il s'agit de la date à laquelle le bénéficiaire est admis dans l'établissement concerné.
En cas de réadmission après interruption, il y a lieu d'indiquer la date de réadmission.

Si un patient suit un traitement de rééducation ambulatoire et est brusquement admis dans l'hôpital qui est lié au centre de rééducation, alors, 2 factures sont établies pour la période durant laquelle le patient est hospitalisé : une avec type de facture 1 et ET 20 Z 5 = date d'admission dans l'hôpital et une avec type de facture 5 et ET 20 Z 5 = date d'admission dans l'hôpital et ET 20 Z 20-21 = date de début de l'accord du traitement de rééducation.

Cette zone doit être mentionnée lorsqu'il s'agit de dépenses liées à un patient interne hospitalisé ou séjournant dans un centre de rééducation, dans une maison de repos ou de soins, dans une maison de repos pour personnes âgées, dans une maison de soins psychiatriques ou dans un établissement pour habitations protégées.
Type de facture = 1, 4 ou 5.

La mention de la date d'admission, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington.

Cette zone doit être égale à zéro lorsqu'il s'agit de dépenses pour des prestations ambulatoires, salles de plâtres, forfait journalier ambulatoire ou rééducation externe.
Type de facture = 3, 6 ou 9.

En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type de facture 1), la date d'admission doit être mentionnée prioritairement; lorsque la date d'admission n'est pas connue (par ex. demande biologie clinique ou anatomopathologie), une date au choix dans la période d'admission peut être mentionnée dans cette zone.

RUBRIQUE : DATE DE SORTIE

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

Cette zone doit être complétée s'il s'agit d'une facture qui clôture un séjour dans un établissement hospitalier, MRS, MRPA, MSP, IHP ou un établissement de rééducation.

Cette zone doit être complétée lorsque la "norme journées d'entretien" (ET 30 Z 3) est égale à 2 ou 9 en cas d'admission dans un hôpital.

En cas de rééducation interne, la date de sortie ne peut dépasser la période pour laquelle un accord est accepté.

En cas d'admission dans un hôpital, la date se trouve sur le document de fin d'hospitalisation (ex. 727).

Si cette date est mentionnée, celle-ci ne peut pas être antérieure à la date d'entrée.

La mention de la date de sortie, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington et lorsque la période de séjour est terminée.

En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type de facture 1), cette zone peut être égale à zéro.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

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

(☞7)

OA100	Mutualité dont le bénéficiaire est membre A partir de la date de prestation du 01/04/2022, les membres des différentes mutualités chrétiennes ne feront plus partie que de deux entités juridiques (fusionnées au 01/01/2022), reprises sous les numéros suivants: - 134 (membres affiliés à une mutualité francophone) - 120 (membres affiliés à une mutualité néerlandophone) Remarque : pas d'impact sur les numéros de membres. Seule la mutualité d'affiliation sera modifiée. Pour les patients hospitalisés au 31/03/2022, vous recevrez pour chaque patient membre de la mutualité chrétienne, un message de mutation 730000 avec le nouveau numéro de mutualité d'affiliation à partir du 01/04/2022. Une souplesse dans nos contrôles sera accordée au niveau du remplissage de la zone 7 jusqu'à la date de prestation du 31/03/2023. Après ce délai, les contrôles seront activés. Nous vous conseillons donc de réaliser une consultation assurabilité avant toute facturation.
OA200	Toujours égale à « 000 »
OA300	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA400	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA500	Toujours égale à « 000 »
OA600	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA900	Numéro de Centre Médical Régional (*)

Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité à laquelle le patient était affilié à la date de début de la période à laquelle le forfait se rapporte.

(*) Le CMR régional (réponse message MyCareNet, vignette, carte d'affiliation : 921, 922, 931, 941, 942, 951) doit être mentionné dans cette zone. Cependant, la facture ne sera pas rejetée lorsqu'on mentionne le CRM comptables (910, 920, 930, 940, 950) à la place puisque les factures sont traitées dans une comptabilité centrale. Les factures papier des CMR régionaux ainsi que celles des CMR comptables sont uniquement traitées au niveau des CMR comptables et doivent, donc, être envoyées à ces adresses.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

Dans cette zone, on indique le numéro d'inscription à la sécurité sociale du bénéficiaire (numéro NISS).
L'utilisation du numéro NISS est obligatoire à partir du mois facturé janvier 2006.
Ce numéro permet d'identifier les bénéficiaires au sein de la mutualité.

Dans des cas exceptionnels, le numéro d'affiliation à l'OA peut être utilisé :

- pour les nouveau-nés, pour lesquels le numéro d'inscription à la sécurité sociale n'est pas immédiatement connu
- pour les conventions internationales

Dans cette zone, il faut toujours mentionner le numéro d'identification du bénéficiaire (= patient).

Si ET 20 Z 32 = 1, le numéro d'inscription à la sécurité sociale doit être mentionné dans cette zone.
Si ET 20 Z 32 = 0, le numéro d'affiliation du bénéficiaire à l'OA doit être mentionné dans cette zone.

Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est composé de 11 chiffres et doit être précédé de 2 zéros.
Ce numéro doit être aligné à droite.
Il n'y a pas de caractère spécial ou de blanc.

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

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

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

Valeur	Signification
1	Homme
2	Femme

RUBRIQUE : TYPE DE FACTURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

Ce code fait la distinction entre les différents types de factures établies selon la qualification du patient et selon le genre de traitement.

Le décompte d'un patient doit nécessairement être divisé en fonction des différents types de facture à utiliser.

Valeur	Signification
1	Facture individuelle hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour, salle de plâtre, dialyse rénale et journée d'entretien forfaitaire comme prévue dans l'art. 4 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs pour patients hospitalisés.
3	Facture individuelle pour patients ambulants et autres types que ceux prévus aux codes 4, 5, 6 et 9.
4	Facture individuelle maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques ou maisons de repos pour personnes âgées ou initiatives d'habitations protégées.
5	Revalidation interne.
6	Revalidation externe.
(☞3) 9	Facture individuelle hôpital chirurgical de jour, forfait - salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6, 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.

Rééducation :

- les forfaits postcure de rééducation doivent être facturés par le type 9 avec le code service 760.
- Les prestations de rééducation effectuées dans un hôpital doivent être facturées via une facture individuelle (valeur 5 ou 6) séparément de celle faite pour l'hospitalisation.
- Pour les prestations de rééducation individuelle (ET 50 Z 4 S1 et S2), le type de facture doit être égal à 1 ou 3 selon qu'il s'agit des prestations effectuées à des patients hospitalisés ou ambulants.

Attention : Les prestations R30-R60 (voir ET 50 Z 4 S2) et les défibrillateurs cardiaques implantables (voir ET 50 Z 4 S 6) relèvent d'une convention de rééducation et doivent, dès lors, être facturés sous le type de facture 5 ou 6 et avec le code service 770.
Les forfaits dans le cadre de la convention diabète (enfants) (voir ET 50 Z 4 S 3) doivent également être facturés sous le type de facture 6 et avec le code service 770.

Praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales :

- Pour les praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales, le type de facture sera toujours = 3.

M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., :

- Le type de facture 4 doit être utilisé pour la facturation de toutes les prestations et délivrances aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., donc également pour les montants qui sont, dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington, facturés par un hôpital pour les patients séjournant dans des « structures résidentielles ».

Assistance médicale lors d'un transport avec accompagnement médical (art. 25 §3) et honoraires pour la prise en charge urgente (art. 25 §3bis).

- Pour les prestations 590435, 590472 (art. 25 §3) et les prestations de l'art.25 §3bis, les codes hospitalisés n'existent pas. Ces prestations doivent, donc, toujours être facturées via une facture de type 3 séparée. Cela vaut également si ces prestations sont suivies d'une admission hospitalière.

Exception :

Si ces prestations sont suivies d'une journée forfaitaire ambulatoire, elles peuvent être facturées ensemble avec la journée forfaitaire sous le type de facture 9, à condition que le code service de la journée forfaitaire concernée soit utilisé.

RUBRIQUE : TYPE DE FACTURATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

Cette zone contient une indication concernant le genre de facturation.

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

Valeur	Signification
0	Facture originale
1	Réintroduction d'une facture rejetée ou partiellement rejetée ou créditée
2	Facture complémentaire
3	Note de crédit (valeur -)
4	Facture de correction en accord avec la mutualité (valeur + et -)
5	Facture de correction (valeurs - et +) pour forfaits infirmiers suite à déclassement après visite médecin conseil
6	Facture originale partielle pour séjour « soins à basse variabilité » avec clôture trimestrielle ou annuelle (1 ou plusieurs autres factures partielles de type 6 ou la dernière facture du séjour de type 7 suivront)
7	Dernière facture du séjour « soins à basse variabilité » avec clôture trimestrielle ou annuelle (il s'agit de la dernière facture qui suit la(es) facture(s) partielle(s) de type 6)

Une facture originale est une facture qui reprend un séjour ou une période de soins déterminé(e).

Une période de séjour ou de soins peut être répartie sur 2 ou plusieurs factures originales partielles.

Une facture partielle originale ou complémentaire peut contenir des montants négatifs.

Une facture complémentaire est une facture avec des prestations ou d'autres frais se rapportant à un séjour ou à une période de soins antérieurement facturé(e).

Une note de crédit et une facture de correction sont introduites sur l'initiative de l'établissement ou du prestataire qui facture et annulent ou corrigent une facture précédemment introduite.
Voir également le point c de l'annexe 7 suite 1 (dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones).

Dans le cadre d'une première facturation et s'il s'agit d'un patient qui est hospitalisé dans un autre établissement, la valeur "0" (et non la valeur "2") doit être utilisée dans cette zone.

S'il s'agit d'une réintroduction d'une facture rejetée par un autre organisme assureur, la facture est alors considérée comme facture originale.

Précisions relatives au type de facturation « 5 » :
- Vu qu'une journée de soins est considérée comme "bloc", tous les enregistrements des journées de soins à régulariser doivent être mis en négatif et en positif, pas seulement les enregistrements avec les forfaits et les enregistrements statistiques s'y rapportant.
- Ordre des enregistrements dans la facture de correction: de préférence alternant (càd enregistrements négatifs journée 1, enregistrements positifs journée 1, enregistrements négatifs journée 2, enregistrements positifs journée 2, etc…). En tout cas, l'enregistrement négatif doit toujours précéder l'enregistrement positif s'y rapportant.

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

Exemples :

- Sur une facture originale E.T. 20 Z 11 = 0, avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 1, apparaissent des prestations de rééducation qui auraient dû être introduites par une facture séparée avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 5. La mutualité rejette les prestations de rééducation lors de la correction manuelle.
  Le type de facturation qui doit être mentionné lors de la réintroduction est E.T. 20 Z 11 = 1.

- Sur une facture originale E.T. 20 Z 11 = 0, apparaissent des prestations qui sont rejetées par la mutualité lors d'une correction manuelle (ex. à cause d'une attestation non annexée ou d'un prix erroné, ...).
  Si les prestations sont à nouveau introduites par support magnétique, l'institution doit mentionner comme type de facturation E.T. 20 Z 11 = 1.

- A cause d'un manque d'information, l'institution facture les prestations d'un patient hospitalisé dans une autre institution avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 3 et l'E.T. 20 Z 11 = 0. Cette facture est rejetée par la mutualité.
  Lors de réintroduction sur support magnétique, l'E.T. 20 Z 10 = 1 et l'E.T. 20 Z 11 = 1.

- Une intervention chirurgicale est mentionnée sur la facture et donne lieu à un forfait prophylactique Z. Sur une facture partielle suivante ou sur une facture complémentaire, il est mentionné, le même jour, une deuxième intervention chirurgicale qui donne lieu à un forfait prophylactique A1. Dès lors, sur cette facture partielle ou sur la facture complémentaire, le forfait prophylactique Z est facturé en négatif et le nouveau forfait prophylactique A1 est porté en compte. Le type de facture utilisé est, dans ce cas, 0 ou 2, car il ne s'agit pas ici d'une facture de correction mais d'une correction sur une facture partielle originale ou facture complémentaire.

Si, lors de la réintroduction de prestations rejetées, une modification a été apportée aux instructions entre le moment de l'introduction originale et celui de la réintroduction, la formulation de la date d'application de la modification est déterminante pour les règles à suivre lors de la réintroduction :
Si la date d'application était liée à une date de prestation, la réintroduction s'effectue selon les règles en vigueur lors de l'introduction originale;
Si la date d'application était liée à une date de facturation, la réintroduction s'effectue conformément à la réglementation modifiée.

RUBRIQUE : SERVICE 721 bis

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53

Pour les patients hospitalisés, le code service indiqué sur le document 721 bis (zone 310 du message MyCareNet 721000), doit être mentionné dans cette zone (seulement en cas de type de facture 1).

S'il s'agit de prestations facturées à des patients hospitalisés dans un autre établissement, le pseudo-code service 002 doit être mentionné dans cette zone.

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

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

Ce numéro permet d'identifier l'établissement de soins qui effectue la facturation.

Le contenu de cette zone est, par définition, égal au contenu de la zone 14 de l'enregistrement de type 10.

Voir enregistrement de type 10 zone 14 pour les différentes possibilités.

RUBRIQUE : NUMERO MATRICULE DE L'ETABLISSEMENT (HOSPITALIER) (OU DE REEDUCATION) DANS LEQUEL LE BENEFICIAIRE EST HOSPITALISE (SEJOURNE)

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

Dans cette zone, le numéro d'identification de l'hôpital d'admission doit être mentionné s'il s'agit d'une facture relative à un patient hospitalisé.

S'il s'agit de factures se rapportant à une convention de rééducation (soit interne, soit externe), le numéro de la convention doit être repris.

S'il s'agit de factures des MRS, MRPA, MSP ou IHP, alors le numéro de l'institution concernée doit être mentionné.

Voir enregistrement de type 10 zone 14.

Lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé pour lequel une salle de plâtre, une journée d'entretien pour dialyse rénale ou une journée d'entretien forfaitaire peut être facturée parallèlement à une journée d'hospitalisation, il y a lieu de reprendre le numéro de l'hôpital où le patient a été admis originellement.

Lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé qui suit un programme de rééducation simultanément, la facture doit obligatoirement être subdivisée en une facture hospitalisation individuelle et une facture rééducation individuelle.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 1, le numéro de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 5 ou 6, le numéro du centre de revalidation doit alors être mentionné dans cette zone.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 4, le numéro de l'institution concernée doit alors être mentionné dans cette zone.

Dans tous les autres cas, et donc également pour les praticiens de l'art infirmier, le contenu de cette zone doit être égal à zéro.

RUBRIQUE : CODE LEVEE DELAI DE PRESCRIPTION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 80

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

Valeur	Signification
1	Le délai de prescription (facturation après 2 ans) pour le tiers qui facture est levé par lettre recommandée.
0	Tous les autres cas.

RUBRIQUE : CAUSES DU TRAITEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N - 81

Cette zone permet de donner une première orientation comptable.

Valeur	Signification
0050	Traitement chimiothérapeutique ambulant
0060	Maladies professionnelles
0070	Accidents de travail
0080	Accidents - droits communs (responsabilité de tiers)
0090	Autres accidents
0000	Autres ou non communiquées

Note : Les établissements hospitaliers disposent d'une ventilation plus large en matière d'accidents.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85

<table>
<tr><td></td><td>OA100</td><td>REFAC : Hôpitaux 710/720, praticiens de l’art infirmier, laboratoires, maisons médicales, médecins/dentistes/spécialistes (e-fac), maisons de soins psychiatriques, centres de revalidation/rééducation (hors hôpital), MRPA/MRS/CSJ (à partir du 01/01/2022) et groupements mixtes commençant par 094 : numéro du PUC
(☞7)
- 134 si le PUC actuel se trouve en Wallonie ou à Bruxelles (Francophone)
- 120 si le PUC actuel se trouve en Flandre ou à Bruxelles (Néerlandophone)

<table>
<tr><th>Numéro du PUC dans la Z18 pour les envois avec mois facturé jusqu’à 03/2022</th><th>Numéro du PUC dans la Z18 pour les envois avec mois facturé à partir de 04/2022</th></tr>
<tr><td>109, 128, 129, 130, 132, 134, 135, 137, 199: PUC en Wallonie et Bruxelles (Francophone)</td><td>134
PUC en Wallonie et à Bruxelles (Francophone)</td></tr>
<tr><td>101, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 120, 121, 126 et 131: PUC en Flandre et Bruxelles (Néerlandophone)</td><td>120
PUC en Flandre et à Bruxelles (Néerlandophone)</td></tr>
</table>

Une souplesse dans nos contrôles sera accordée au niveau du remplissage de la zone 18 jusqu’au 31/03/2023. Après ce délai, les contrôles seront activés.

Remarque : d’un point de vue organisationnel (points uniques de contact), rendez-vous sur notre page web www.mc.be/instructions-facturation</td></tr>
<tr><td></td><td>OA200</td><td>Mutualité dont le bénéficiaire est membre</td></tr>
<tr><td>(☞4)</td><td>OA300</td><td>300 pour les affiliés de mutualités 304, 309, 311, 319, 322, et 323.
306 pour les affiliés 306.
Exceptions :
• Certaines conventions de rééducation : 300</td></tr>
<tr><td></td><td>OA400</td><td>= 400</td></tr>
<tr><td></td><td>OA500</td><td>Mutualité dont le bénéficiaire est membre</td></tr>
<tr><td></td><td>OA600</td><td>= mutualité d’affiliation (Z7)</td></tr>
<tr><td></td><td>OA900</td><td>= mutualité d’affiliation (Z7)</td></tr>
</table>

RUBRIQUE : NUMERO D'ADMISSION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 88

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

En cas d'hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9) pour laquelle la facture est scindée en une partie gestion de l'hôpital et une partie conseil médical, la liaison entre les deux parties de facture peut s'effectuer facilement si l'on mentionne un numéro unique dans la zone 19 de chaque partie de facture.
La mention d'un même numéro est souhaitable mais n'est provisoirement pas obligatoire.

Remarque : Si la facturation est effectuée par 2 parties (gestion de l'hôpital d'une part et conseil médical d'autre part), le même patient doit obligatoirement être identifié par un même numéro sur les 2 supports magnétiques.

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

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

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

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

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

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

Il s'agit de la date de début de la période pour laquelle l'accord du Collège des Médecins-directeurs ou du Médecin-conseil est accordé pour le traitement de rééducation.

Si la facture se rapporte à une période couverte par deux accords distincts, la date de début de l'accord qui précède directement ou qui correspond à la date de début de facturation doit alors être mentionnée.

Pour les maisons médicales, la date d'inscription au forfait doit être mentionnée dans cette zone

Si la facture se rapporte aux prestations de rééducation interne ou externe (type de facture 5 ou 6), cette zone doit être complétée.
Si l'établissement qui facture (ET 20 Z 14) est un laboratoire de biologie clinique, cette zone peut être égale à zéro.

RUBRIQUE : HEURE DE SORTIE

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

'0HHMM' valeurs entre '00001' et '02400'.

- L'heure de sortie doit être mentionnée si la zone 6a-6b est complétée.

- Dans tous les autres cas, cette zone doit être égale à zéro.

- La mention de l'heure de sortie, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington et lorsque la période de séjour est terminée.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

Sur support magnétique, un enregistrement de type 20 et un enregistrement de type 80 doivent être établis par patient; les enregistrements de prestations intermédiaires (de type 30, 40 et/ou 50) ne se rapportent qu'au même patient.
Dans le circuit papier, une facture individuelle correspond soit à

- une facture individuelle de la note d'hospitalisation;
- une ou plusieurs attestation(s) de soins qui se rapportent au même patient.
- une note de frais individuelle (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/ MRS/CSJ)

Dans cette zone, les factures individuelles sont numérotées.

Ce numéro doit également être mentionné soit sur

- la facture récapitulative de la note d'hospitalisation;
- l'état récapitulatif de l'annexe 2 B si des attestations de soins sont utilisées.
- la note de frais récapitulative (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/ MRS/CSJ)

Ce qui signifie que sur la facture papier récapitulative (note d'hospitalisation) ou sur l'état récapitulatif (annexe 2 B) ou sur la note de frais récapitulative, 1 ligne par patient doit être imprimée avec indication des données d'identification du patient et la somme des montants des prestations individuelles à charge des OA (voir enregistrement de type 80) et s'il s'agit d'une note d'hospitalisation, également les montants à charge du patient.
Pour compléter correctement cette zone, le lay-out de la facture récapitulative de la note d'hospitalisation ou de l'état récapitulatif de l'annexe 2 B ou de la note de frais récapitulative doit être suivi.

Le numéro doit être unique et différent de zéro.
Pour les établissements hospitaliers, le numéro est unique par année de facturation et différent de zéro (à l'exception de la remarque). La numérotation peut , donc, recommencer au début d'une nouvelle année facturée.

Le numéro d'une attestation de soins peut être utilisé comme numéro de facture (en supprimant les signes non numériques), mais ce dernier peut également être un numéro structuré par l'établissement. Dans ce dernier cas, ce numéro doit également être repris sur l'ensemble des attestations concernées.
En cas de facturation par des (groupements ou postes de garde de) médecins ou dentistes (« e-fac »), un numéro structuré propre doit être utilisé (pas le numéro de l'attestation de soins donnés).

Remarque : En cas de facturation de médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., le numéro de la facture doit être communiqué pour autant qu'une facture individuelle par patient ait été établie; sinon, cette zone est égale à zéro.

RUBRIQUE : APPLICATION FRANCHISE SOCIALE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 127

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

RUBRIQUE : CODE TITULAIRE 1 + 2

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 10 N - 128

Pour définir le statut social des assurés, les organismes assureurs utilisent une combinaison de deux numéros.
Ces numéros sont appelés les codes titulaire 1 et 2.
Les codes se trouvent, entre autres, sur la carte d'identité sociale, sur les vignettes et dans le carnet de membre et sur certains documents administratifs utilisés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.
Chacun de ces codes est composé de trois positions.

Le C.T. 2 est mentionné dans les trois premières positions à droite et est précédé par le C.T. 1 dans les trois positions précédentes.
Les quatre positions à gauche sont égales à zéro.

A partir du 1/1/2008, les travailleurs indépendants ont également droit aux petits risques via l'assurance obligatoire.
La signification du CT2, comme décrite ci-dessus, sera dès lors atténuée. Celui-ci n'aura de sens que dans le cadre des conventions internationales.
La tarification doit, à partir du 1/1/2008, s'effectuer sur base du 3ème chiffre du CT1. Si ce chiffre est égal à 0, le régime non préférentiel est appliqué ; si ce chiffre est égal à 1, le régime préférentiel est appliqué.

Code Titulaire 1

Le code titulaire 1 est employé pour les situations suivantes :

- tous les risques du régime général;
- seulement les gros risques du régime des travailleurs indépendants (avant le 1/1/2008);
- tous les risques du régime des travailleurs indépendants (à partir du 1/1/2008) ;
- les conventions internationales (identification du type de remboursement auquel l'assuré peut prétendre).

Ce code est, entre autres, obtenu sur la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement (modèle 721 bis), sur le carnet de membre, dans la carte d'identité sociale ou sur la vignette.

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

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

3ème chiffre	Régime préférentiel ou non
0	Régime non préférentiel
1	Régime préférentiel

Code Titulaire 2

Le code titulaire 2 est employé pour les situations suivantes :
- les petits risques de l'assurance libre (avant le 1/1/2008);
- les petits risques des travailleurs indépendants ayant droit au remboursement des petits risques par l'assurance obligatoire(avant le 1/1/2008);
- les petits risques des cas de double appartenance avec le régime des travailleurs indépendants (avant le 1/1/2008);
- les conventions internationales : identification du type de convention.

Ce code est obtenu, entre autres, sur la notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement (modèle 721 bis), sur le carnet de membre, dans la carte d'identité sociale ou sur la vignette.

a) Pour l'assurance libre

Valeur	Signification
000	Pas d'assurance libre
901	Assuré libre à 100%, régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
900	Assuré libre à 75%, régime non préférentiel

A partir du 1/1/2008, l'assurance libre n'existe plus. Les CT2 000, 900 et 901 perdent leur signification.

b) Pour l'assurance obligatoire

Pour le régime général : voir C.T. 1.
Pour le régime des travailleurs indépendants :

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

Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008 la différence entre le régime général et le régime des travailleurs indépendants n'est plus pertinente pour la tarification.

c) Pour les conventions internationales : identification du type de convention.
Attention ! : Nouvelles codifications à partir du 1er janvier 2004.

Dans le cas de conventions internationales, on peut déduire du CT2 s'il s'agit ou non d'un accident de travail (CT2 = 302, 304, 306, 308, 311, 313, 323, 325, 330, 332, 333, 606, 608 ou 611).

Codifications possibles du Code Titulaire 1:

Régime général

101 Personnes non protégées avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
100 Personnes non protégées sans régime préférentiel
111 Titulaires indemnisables primaires avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
110 Titulaires indemnisables primaires sans régime préférentiel
121 Invalides avec régime préférentiel (y compris les handicapés) (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
120 Invalides sans régime préférentiel (y compris les handicapés)
131 Pensionnés avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
130 Pensionnés sans régime préférentiel
141 Veuves, veufs avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
140 Veuves, veufs sans régime préférentiel
151 Orphelins avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
150 Orphelins sans régime préférentiel
181 Conventions internationales avec régime préférentiel
180 Conventions internationales sans régime préférentiel

Régime des travailleurs indépendants

411 Titulaires indemnisables primaires avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
410 Titulaires indemnisables primaires sans régime préférentiel
421 Invalides avec régime préférentiel (y compris les handicapés) (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
420 Invalides sans régime préférentiel (y compris les handicapés)
431 Pensionnés avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
430 Pensionnés sans régime préférentiel
441 Veuves, veufs avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
440 Veuves, veufs sans régime préférentiel
451 Orphelins avec régime préférentiel (y compris les personnes à charge ayant leur propre droit au régime préférentiel)
450 Orphelins sans régime préférentiel
471 Communautés religieuses avec régime préférentiel
470 Communautés religieuses sans régime préférentiel
481 Conventions internationales avec régime préférentiel
480 Conventions internationales sans régime préférentiel

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA FACTURE PRECEDENTE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 163

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

Ce numéro est identique au numéro de la facture correspondante (originale ou pas) de la zone 24-25 de l'enregistrement de type 20 de l'envoi, dont le numéro est mentionné dans la zone 34-35-36.

Le numéro de la nouvelle facture correspondante peut éventuellement être identique à celui de la facture précédente.

RUBRIQUE : FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

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

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ENVOI PRECEDENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 177

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

Ce numéro est égal au numéro de la zone 7 de l'enregistrement de type 10 du dernier envoi dans lequel cette facture individuelle avait été envoyée antérieurement.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE LA FACTURATION PRECEDENTE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 180

Cette zone reprend le numéro de mutualité mentionné dans l'ET 20 Z 18 (numéro de la mutualité de destination) de la facture précédente.

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

RUBRIQUE : REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 22 A - 183

Cette référence sera communiquée par l'organisme assureur en cas de rejet se rapportant au compte financier A.

Pour les établissements qui travaillent avec le fichier de décompte, la référence concernée se trouve dans la zone 109 des enregistrements de type 20, 30, 40, 50 ou 80 de ce fichier de décompte.

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

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

RUBRIQUE : ANNEE ET MOIS PRECEDEMMENT FACTURES

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

Cette zone reprend le mois et l'année mentionnés dans l'enregistrement de type 10 zones 22 et 23 du support magnétique précédent, sur lequel cette facture a été précédemment introduite.

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

RUBRIQUE : DONNEES DE REFERENCE RESEAU

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

Cette zone est réservée pour la mention des données de la consultation du réseau (MyCareNet).

Si l'attestation de remplacement n'a été présentée et le réseau n'a pas été consulté, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Le contenu de cette zone est structuré comme suit :

RRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRNNNNNNNNNNVVA000

soit R = 32 positions alphanumériques pour le numéro d'agrément de garantie de paiement (en cas de consultation du réseau)
N = 10 positions numériques pour le numéro de carte
V = 2 positions numériques pour le numéro de version
A = 1 position numérique
A = 1 : attestation de remplacement
A = 2 : consultation du réseau
0 = 3 positions numériques de réserve, remplies de zéros.

Si la position A = 1, les valeurs N et V peuvent être complétées à partir de l'attestation, les positions R seront alors égales à zéro.

(☞2) Si la position A = 2, les positions R sont complétées à partir de la zone 333, 344, 355, 366 ou 377 du 377 du message MyCareNet 801900 ou à partir du *paymentApproval* du MDA (Member Data). Les positions N et V sont égales à zéro.

RUBRIQUE : DATE DE FACTURATION

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

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

Cette zone contient la date à laquelle la facture concernée a été établie/finalisée (= date sur laquelle sont basés, les calculs de la facture concernée).

Sur base de cette date, l'organisme assureur détermine les messages MyCareNet 730000 dont il doit tenir compte lors du contrôle de l'assurabilité et du MAF-facturation à 100%.

Cette date n'est pas modifiée lorsqu'une nouvelle version d'un fichier rejeté est établie.

Cette date est bien modifiée lorsqu'il s'agit d'une réintroduction d'une facture (partiellement) rejetée ou d'une facture créditée, mais à condition de tenir compte des règles reprises dans l'annexe 19 (MAF-facturation 100 %) et dans la Circ. Hôp 2012/6 (Psy 2012/5) (Circ. OA 2012/125) (engagement de paiement ambulatoire).

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

RUBRIQUE : REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 22 A - 271

Cette référence sera communiquée par l'organisme assureur en cas de rejet se rapportant au compte financier B.

Pour les établissements qui travaillent avec le fichier de décompte, la référence concernée se trouve dans la zone 110 des enregistrements de type 20, 30, 40, 50 ou 80 de ce fichier de décompte.

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

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

RUBRIQUE : NUMERO D'ADMISSION DE LA MERE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 293

Lorsqu'il s'agit d'une facture pour un nouveau-né, le numéro d'admission de la mère est mentionné dans cette zone.
Cette zone doit obligatoirement être remplie lorsque le nouveau-né ne séjourne qu'en service 170 et/ou 180 pendant son séjour.
Lorsque le nouveau-né séjourne également dans d'autres services (190, 270,…) lors de son séjour, le remplissage de cette zone est facultatif.

RUBRIQUE : DATE DEBUT PERIODE ASSURABILITE

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

Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via MyCareNet (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2).
Elle doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans les zones 325, 336, 347,
(☞2) 358 ou 369 du message MyCareNet 801900 ou dans *SubjectConfirmationData NotBefore* dans MDA (Member Data).

RUBRIQUE : DATE FIN PERIODE ASSURABILITE

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

Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via MyCareNet (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2).
Elle doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans les zones 326, 337, 348,
(☞2) 359 ou 370 du message MyCareNet 801900 ou dans *SubjectConfirmationData NotOnOrAfter* dans MDA (Member Data).

RUBRIQUE : DATE COMMUNICATION INFORMATION

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

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

Elle doit être remplie avec la date à laquelle l'OA a communiqué les données (d'assurabilité) via le
(☞2) message MyCareNet 801900 ou via MDA (Member Data). Cette date se trouve dans les zones 334,
(☞2) 345, 356, 367 ou 378 du message 801900 ou dans *communicationDate* dans MDA.

RUBRIQUE : MAF ANNEE EN COURS

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

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

RUBRIQUE : MAF ANNEE EN COURS - 1

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

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

RUBRIQUE : MAF ANNEE EN COURS - 2

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

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

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 21

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : HEURE DE LECTURE DOCUMENT IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N HHMM - 9

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.

L'heure de lecture du document d'identité du patient est mentionnée dans cette zone.

Cette zone doit toujours être remplie sauf lorsque l'ET 21 Z 5 = 8 (encodage manuel à postériori).
(☞5) La facture ne peut pas être rejetée si cette zone est remplie alors que ce n'est pas obligatoire.

RUBRIQUE : DATE DE LECTURE DOCUMENT IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE

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.

La date de lecture du document d'identité du patient est mentionnée dans cette zone.

Cette zone doit toujours être remplie sauf lorsque l'ET 21 Z 5 = 8 (encodage manuel à postériori).
(☞5) La facture ne peut pas être rejetée si cette zone est remplie alors que ce n'est pas obligatoire.

RUBRIQUE : TYPE DE SAISIE DOCUMENT IDENTITÉ

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 21

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.

Ce code fait la distinction entre les différents types de saisie du document d'identité.

Valeur	Signification
1	Lecture puce
2	Lecture code-à-barres
3	Lecture QR code
4	Lecture puce à postériori Lorsque cette valeur est utilisée, la raison (valeur 4, 5 ou 6 dans l'ET 21 Z 8) doit être mentionnée dans l'ET 21 Z 8.
5	Lecture code-à-barres à postériori Lorsque cette valeur est utilisée, la raison (valeur 4, 5 ou 6 dans l'ET 21 Z 8) doit être mentionnée dans l'ET 21 Z 8.
6	Lecture QR code à postériori Lorsque cette valeur est utilisée, la raison (valeur 4, 5 ou 6 dans l'ET 21 Z 8) doit être mentionnée dans l'ET 21 Z 8.
7	Encodage manuel Lorsque cette valeur est utilisée, la raison (valeur 1 ou 2 dans l'ET 21 Z 8) doit être mentionnée dans l'ET 21 Z 8.
8	Encodage manuel à postériori Lorsque cette valeur est utilisée, la raison (valeur 3, 4, 5 ou 6 dans l'ET 21 Z 8) doit être mentionnée dans l'ET 21 Z 8.
9	Réutilisation des données de lecture. Autorisé dans les situations suivantes : - le patient est décédé avant qu'une lecture à posteriori ait pu avoir lieu - le patient est hospitalisé et son identité a été lue le jour de son arrivée aux urgences - refacturation suite accident de travail non reconnu
(☞1) A	Saisie électronique (itsme®)
(☞1) B	Inscription via application de l'hôpital (seulement pour les patients ambulatoires)

RUBRIQUE : TYPE DE SUPPORT DOCUMENT IDENTITÉ

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 22

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.

Ce code fait la distinction entre les différents types de support du document d'identité.

Valeur	Signification
1	Carte d'identité électronique belge (ou Kids-id)
2	Carte d'identité électronique étranger ou document de séjour électronique
3	Carte ISI+
4	Vignette avec code-à-barres Lorsque cette valeur est utilisée, la raison doit être mentionnée dans l'ET 21 Z 7.
5	Attestation d'assuré social
6	Attestation de perte ou de vol d'une carte d'identité électronique belge, d'une carte électronique d'étranger ou d'un document de séjour électronique
(☞1) A	Saisie électronique (itsme®)
(☞1) B	Inscription via application de l'hôpital (seulement pour les patients ambulatoires)

RUBRIQUE : RAISON UTILISATION VIGNETTE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 23

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.

Ce code indique pourquoi une vignette a été utilisée.

Cette zone doit obligatoirement être remplie lorsque l'ET 21 Z 6 = 4.
(☞5) La facture ne peut pas être rejetée si cette zone est remplie alors que ce n'est pas obligatoire.

Valeur	Signification
0	Pas d'utilisation de la vignette
1	Le bénéficiaire n'est pas présent au moment de la prestation et sa présence simultanée et celle du dispensateur n'est pas réglementairement requise
2	Le bénéficiaire ne dispose pas de document d'identité (force majeure)

RUBRIQUE : RAISON ENCODAGE MANUEL OU LECTURE A POSTERIORI

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 24

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 doit obligatoirement être remplie lorsque l'ET 21 Z 5 = 4, 5, 6, 7 ou 8.
(☞5) La facture ne peut pas être rejetée si cette zone est remplie alors que ce n'est pas obligatoire.

Valeur	Signification
0	Pas d'encodage manuel ou de lecture à postériori
1	Encodage manuel car utilisation d'un document d'identité sans puce ou avec puce défectueuse
2	Encodage manuel car indisponibilité du lecteur de carte
3	Encodage manuel à postériori car absence d'interconnectivité entre logiciels
4	Encodage manuel à postériori ou lecture à postériori car le patient ne pouvait pas soumettre de document d'identité valide au moment des soins
5	Encodage manuel à postériori ou lecture à postériori car panne du système informatique
6	Encodage manuel à postériori ou lecture à postériori car : - le patient est arrivé aux urgences et est, ensuite, hospitalisé : l'identité du patient a été lue dans les 3 jours qui ont suivi le jour d'admission (hospitalisation) - le patient est arrivé aux urgences tard le soir avant minuit : l'identité du patient a été lue le lendemain. - prestation dispensée en dehors des heures d'ouverture administrative de l'hôpital

RUBRIQUE : NUMÉRO DE SÉRIE DU SUPPORT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 15 A - 25

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.

Le numéro de série du support (carte eId,…) doit être mentionné dans cette zone.

Cette zone doit toujours être remplie, aussi dans le cas d'encodage manuel (ET 21 Z 5 = 7 ou 8),
(☞1) sauf lorsque l'ET 21 Z 6 = 4, 5, 6, A ou B.
(☞5) La facture ne peut pas être rejetée si cette zone est remplie alors que ce n'est pas obligatoire.

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 30

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : NORME JOURNEES D'ENTRETIEN

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

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

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

La valeur norme ne doit être mentionnée que lorsqu'il s'agit d'une facture d'hospitalisation (ET 20 Z 10 = 1) contenant au moins un enregistrement de type 30 avec des journées d'entretien.
Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à zéro.

(☞3) L'hospitalisation chirurgicale de jour suit les mêmes règles de facturation que celles des miniforfait(*), maxiforfait et forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis ou 7 et forfait douleur chronique 1, 2 ou 3.
Dès lors, pour l'hôpital chirurgical de jour, tant dans l'enregistrement du forfait par jour que dans celui du forfait par admission, la norme est égale à «zéro», et cela qu'il s'agisse de codes hospitalisés ou ambulants.

La norme 2 est réservée pour la facturation d'un séjour hospitalier classique, limitée à un enregistrement (ex. code prestation 0768025).

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 : PSEUDO-CODE JOURNEE D'ENTRETIEN ET FORFAIT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

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

Remarque : Chaque enregistrement "intervention personnelle" doit être précédé par un enregistrement "journée d'entretien" et le nombre des deux enregistrements doit être identique.
Ces enregistrements « montant par jour » et « intervention personnelle » doivent toujours rester ensemble, même dans le cas d'une note de crédit, d'une facture de correction ou d'une réintroduction.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé			**Code**	
1) *S'il s'agit de l'enregistrement dont la zone 19 comporte le montant intégral du prix de la journée d'entretien sans déduction de l'intervention personnelle du patient, visée à l'A.R. du 5 mars 1997, le numéro de code suivant est utilisé :*				
séjour d'un nouveau-né en service N* (n) (service 190) (= journée d'entretien à 0 €)			0790020	
séjour d'un nouveau-né en service 170 ou 180 (= journée d'entretien à 0 €)			0791560	
1 bis)				
Hôpitaux aigus :				
- montant par admission			0768003	(**)
- montant réduit par admission (réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après une hospitalisation précédente)			0767421	
- montant par jour			0768025	(°)
Hôpital chirurgical de jour: - montant par admission		0768036	0768040	
- montant par jour		0768051	0768062	
HG Services Sp autres que palliatifs : - montant par jour			0768106	(°)
Hôpitaux psychiatriques (720,***,**) : montant par jour			0768121	
Hôpital « Les Marronniers » : internés lits non-agréés : montant par jour			0767163	
HG Services Sp palliatifs : montant par jour			0768143	
Centres pour brûlés : montant par jour			0768165	
Hôpitaux généraux : montant par jour à 0 € (jour de sortie en cas d'admission avant 12 h et sortie après 14h)			0767443	(°)
Hôpitaux aigus : prix de journée 100%			0768504	(*) (°)
Hôpital chirurgical de jour : prix de journée 100%		0768471	0768482	(*)
HG Services Sp autres que palliatifs : prix de journée 100%			0768460	(*) (°)
HG Services Sp palliatifs : prix de journée 100%			0768445	(*)
Hôpitaux psychiatriques : prix de journée 100%			0768423	(*)
Hôpital « Les Marronniers » : internés lits non-agréés : prix de journée 100%			0767185	(*)
Centres pour brûlés : prix de journée 100%			0768401	(*)
*La mention **HG** signifie que ces pseudo-codes sont réservés pour les services Sp dans les hôpitaux généraux.*				
2) *S'il s'agit de l'enregistrement dont la zone 19 comporte, en négatif, le ticket modérateur;*				
A. <u>En cas d'hospitalisation</u>				
a) Hospitalisation, 1er jour				
TIP - descendants			0766021	(°)
TIP - chômeurs assimilés + PAC			0766043	(°)
TIP avec PAC ou pension alimentaire			0766065	(°)
TIP sans PAC			0766065	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants			0766080	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire			0766102	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC			0766102	(°)
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %			0766124	(°)
Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.				
b) A partir du 2ème jour jusque et y compris le 90ème jour du séjour dans un hôpital général				
TIP - descendants			0766220	(°)
TIP - chômeurs assimilés + PAC			0766242	(°)
TIP avec PAC ou pension alimentaire			0766264	(°)
TIP sans PAC			0766264	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants			0766286	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire			0766301	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC			0766301	(°)
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %			0766323	(°)
Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.				

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

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

(☞4) (°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les 8 « hôpitaux de rééducation » régionalisés (hôpitaux Sp/G) à partir du 1/1/2019 (mais bien par les autres hôpitaux) ; à partir du 1/1/2022 ne peuvent non plus être facturés via le compte C par ces 8 hôpitaux.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	**Code**	
b)*bis* A partir du 2ème jour et jusque et y compris le 90ème jour du séjour dans une institution psychiatrique		
TIP - descendants	0799422	
TIP – chômeurs assimilés + PAC	0799444	
TIP avec PAC ou pension alimentaire	0799466	
TIP sans PAC	0799481	
VIPO+ PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0799503	
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire	0799525	
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC	0799540	
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0799562	
Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.		
c) A partir du 91ème jour jusque et y compris le 365ème jour du séjour dans une institution psychiatrique		
TIP - descendants	0799584	
TIP – chômeurs assimilés + PAC	0799606	
TIP avec PAC ou pension alimentaire	0799621	
TIP sans PAC	0799643	
VIPO+ PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0799665	
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire	0799680	
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC	0799702	
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0799724	
Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.		
d) A partir du 91ème jour du séjour dans un hôpital général ou à partir du 366ème jour jusqu'au dernier jour de la 5ème année de séjour dans une institution psychiatrique		
TIP - descendants	0799820	(°)
TIP - chômeurs assimilés + PAC	0799842	(°)
TIP avec PAC ou pension alimentaire	0799746	(°)
TIP sans PAC	0799761	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0799886	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire	0799783	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC	0799805	(°)
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0799923	(°)
Les tickets modérateurs pour les hôpitaux généraux doivent être repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF pour les prestations effectuées à partir du 01/01/04.		
e) A partir du 1er jour de la 6ème année du séjour dans une institution psychiatrique		
TIP - descendants	0766426	
TIP - chômeurs assimilés avec PAC ou pension alimentaire + PAC	0766441	
TIP - chômeurs assimilés sans PAC	0766765	
TIP avec PAC ou pension alimentaire	0766382	
TIP sans PAC	0766404	
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0766485	
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % avec PAC ou pension alimentaire	0766566	
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % sans PAC	0766581	
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 % avec PAC ou pension alimentaire + PAC	0766522	
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 % sans PAC	0766780	
Ces tickets modérateurs ne sont <u>PAS</u> repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.		
f) Intervention personnelle journée d'entretien à 0 € (jour de sortie en cas d'admission avant 12h et sortie après 14u)	0767465	(°)

(☞4) (°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les 8 « hôpitaux de rééducation » régionalisés (hôpitaux Sp/G) à partir du 1/1/2019 (mais bien par les autres hôpitaux) ; à partir du 1/1/2022 ne peuvent non plus être facturés via le compte C par ces 8 hôpitaux.

RUBRIEK : Code journée d'entretien

Libellé	**Code**

B. En cas de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle

a) 1er jour

TIP - descendants	0766625	(°)
TIP - chômeurs titulaires assimilés + PAC	0766640	(°)
TIP - autres	0766662	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0766684	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - autres	0766706	(°)
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0766721	(°)

b) A partir du 2e jour

TIP - descendants	0766824	(°)
TIP - chômeurs titulaires assimilés + PAC	0766846	(°)
TIP - autres	0766861	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0766883	(°)
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - autres	0766905	(°)
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0766920	(°)

C. En cas de certaines conventions avec les établissements de rééducation comme prévu dans l'arrêté royal du 29 avril 1996

Tickets modérateurs en cas de facturation ordinaire	0765973 (°)	0765984 (°)
Tickets modérateurs en cas de dépassement de la capacité normale de facturation	0765995 (°)	0766006 (°)

Remarque : ***Ces pseudo-codes peuvent uniquement être utilisés pour le ticket modérateur pour bénéficiaires sans régime préférentiel (CT 1 – CT 2 = XX0).***
Pour les bénéficiaires avec régime préférentiel (CT 1 –CT 2 = XX1), aucun enregistrement ticket modérateur ne peut être mentionné.

D. En cas de séjour en maison de soins psychiatriques

Quote-part personnelle

- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790731 (°°)	-
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790753 (°°)	-
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790775 (°°)	-
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790790 (°°)	-
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790812 (°°)	-
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790834 (°°)	-

Remarque :pour les bénéficiaires qui sont dans le 2ème groupe dans l'ancien et le nouveau régime, le nouveau pseudo-code 0790812 doit être utilisé.
Le régime de transition reste d'application tant que le séjour sans interruption est prolongé.

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

- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790856 (°°)	-
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790871 (°°)	-
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790893 (°°)	-
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790915 (°°)	-
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790930 (°°)	-
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790952 (°°)	-

Remarque :pour les bénéficiaires qui sont dans le 2ème groupe dans l'ancien et le nouveau régime, le nouveau pseudo-code 0790930 doit être utilisé.
Le régime de transition reste d'application tant que le séjour sans interruption est prolongé.

(°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les centres de rééducation régionalisés (mais bien par les centres de rééducation fédéraux) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
3) *Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques*		0750002
3 bis) *Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pendant la période de nutrition parentérale au domicile du patient*	0750175	
3 ter) Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pour les patients qui séjournent dans les MSP	0751811	
4) *Frais de déplacements pour prématurés*		0773581
4 bis) *Frais de transport pour dialyse et chimiothérapie*		
au départ d'un hôpital psychiatrique (art. 8 § 5 Convention Psy-OA)		0761946
au départ d'un hôpital général spécialisé (art. 5 bis Convention Hôp-OA)		0761961
5) *Honoraires forfaitaires de biologie clinique payable par journée d'hospitalisation*		0592001
6) *Hôpital militaire de Neder-Over-Heembeek*		
a) Prix - tout - compris par journée d'hospitalisation dans le service pour des bénéficiaires atteints de graves brûlures		0760524
b) Prix de journée d'entretien pour traitement par oxygéno-thérapie hyperbare		0760642
c) Forfait « hôpital de jour »	0760653	0760664
7) *Journée d'entretien forfaitaire*		
a) Utilisation de la salle de plâtre	0761036	0761040
Soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait)	0761213 (*)	-
Maxiforfait	0761235	0761246
Forfait soins de base oncologiques	0767852	0767863
Maxiforfait monothérapie	0767874	0767885
Maxiforfait combithérapie	0767896	0767900
Maxiforfait monothérapie + pédiatrie mono	0767911	0767922
Maxiforfait combithérapie + pédiatrie combi	0767933	0767944
Forfait groupe 1	0768176	0768180
Forfait groupe 2	0768191	0768202
Forfait groupe 3	0768213	0768224
Forfait groupe 4	0768235	0768246
Forfait groupe 5	0768250	0768261
Forfait groupe 6	0768272	0768283
(☞3) Forfait groupe 6bis	0767970	0767981
Forfait groupe 7	0768294	0768305
Forfait 1 douleur chronique	0768316	0768320
Forfait 2 douleur chronique	0768331	0768342
Forfait 3 douleur chronique	0768353	0768364
Forfait manipulation cathéter à chambre	0768375	0768386
b) Service A : prix de la journée d'entretien en application de l'art. 2, §4 de la convention nationale (50% du prix total de la journée d'entretien)	0761073	-

(*) Zones montant égales à zéro.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé

8) *Dialyse à domicile ou dans un centre*
A partir du 1/8/2016, des nouveaux pseudo-codes sont d'application (voir le point B de l'annexe 1 à la Convention concernant le financement de la dialyse).

9) *Postcure de rééducation*

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

10) *MRPA-MRS-CSJ*

Abréviations utilisées : *IC : intervention complète*
IP : intervention partielle
CS : court séjour

A. Maisons de repos et de soins

- forfait catégorie B en MRS (IC)	0763033 (°°)	-
- forfait catégorie C en MRS (IC)	0763055 (°°)	-
- forfait catégorie Cdem en MRS (IC)	0763070 (°°)	-
- forfait catégorie B en MRS (IP)	0763114 (°°)	-
- forfait catégorie C en MRS (IP)	0763136 (°°)	-
- forfait catégorie Cdem en MRS (IP)	0763151 (°°)	-

B. Maisons de repos pour personnes âgées

- établissement non-agréé, enregistré	0764411 (°°)	-
- forfait catégorie O en MRPA (IC)	0763195 (°°)	-
- forfait catégorie A en MRPA (IC)	0763210 (°°)	-
- forfait catégorie B en MRPA (IC)	0763232 (°°)	-
- forfait catégorie C en MRPA (IC)	0763254 (°°)	-
- forfait catégorie Cdem en MRPA (IC)	0763276 (°°)	-
- forfait catégorie D en MRPA (IC)	0763696 (°°)	-
- forfait catégorie O en MRPA (IP)	0763291 (°°)	-
- forfait catégorie A en MRPA (IP)	0763313 (°°)	-
- forfait catégorie B en MRPA (IP)	0763335 (°°)	-
- forfait catégorie C en MRPA (IP)	0763350 (°°)	-
- forfait catégorie Cdem en MRPA (IP)	0763372 (°°)	-
- forfait catégorie D en MRPA (IP)	0763711 (°°)	-

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

- forfait catégorie O en MRPA (IC) – CS	0763394 (°°)	-
- forfait catégorie A en MRPA (IC) - CS	0763416 (°°)	-
- forfait catégorie B en MRPA (IC) – CS	0763431 (°°)	-
- forfait catégorie C en MRPA (IC) – CS	0763453 (°°)	-
- forfait catégorie Cdem en MRPA (IC) – CS	0763475 (°°)	-
- forfait catégorie D en MRPA (IC) – CS	0763733 (°°)	-
- forfait catégorie O en MRPA (IP) – CS	0763490 (°°)	-
- forfait catégorie A en MRPA (IP) – CS	0763512 (°°)	-
- forfait catégorie B en MRPA (IP) – CS	0763534 (°°)	-
- forfait catégorie C en MRPA (IP) - CS	0763556 (°°)	-
- forfait catégorie Cdem en MRPA (IP) – CS	0763571 (°°)	-
- forfait catégorie D en MRPA (IP) – CS	0763755 (°°)	-

C. Centres de soins de jour

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

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

Autres patients	0763593 (°°)	-

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
11) *Initiatives d'habitations protégées*	0762576 (°°)	-
12) *Maisons de soins psychiatriques*		
a) Montant total de séjour pour		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0762510 (°°)	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0762532 (°°)	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0762554 (°°)	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0762591 (°°)	-
b) Jours de congé non payés	0791512 (°°)	-
c) Jours de congé payés individuels		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0791814 (°°)	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0791836 (°°)	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0791851 (°°)	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0791873 (°°)	-
d) Séjour dans des camps de vacances collectifs		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0791711 (°°)	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0791733 (°°)	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0791755 (°°)	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0791770 (°°)	-
e) Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA)		
- bénéficiaire de la catégorie a)	0763770 (°°)	-
- bénéficiaire de la catégorie b)	0763792 (°°)	-
- bénéficiaire de la catégorie c)	0763814 (°°)	-
- bénéficiaire de la catégorie d)	0763836 (°°)	-
- bénéficiaire de la catégorie e)	0763851 (°°)	-
- bénéficiaire de la catégorie f)	0763873 (°°)	-
- bénéficiaire de la catégorie g)	0763895 (°°)	-
- bénéficiaire de la catégorie h)	0763910 (°°)	-

Le montant de cette intervention doit être mentionné en positif dans l'ET 30 Z 19 et en négatif dans l'ET 30 Z 27.

13) *Hôpitaux et services psychiatriques*

Services A2 et T2 : Hospitalisation partielle de nuit

dans l'hôpital général :		
- montant par admission	-	0793203
- montant réduit par admission (réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après une hospitalisation précédente)	-	0767480
dans l'hôpital général et dans l'hôpital psychiatrique : montant par jour		
a) Activité sans rémunération ou pas d'activité : sans intervention personnelle	-	0793225
b) Activité rémunérée, dans un atelier protégé : intervention personnelle du 2ème jour reste d'application pour la durée totale de l'hospitalisation	-	0793240
c) Activité autrement rémunérée : intervention personnelle, patient ordinaire	-	0793262
dans l'hôpital général et dans l'hôpital psychiatrique : montant prix de journée 100%	-	0793505 (**)

(**) à ne mentionner que dans la facture aux tiers (autre que 7 O.A.).
(°°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	**Ambulant**	**Hospitalisé**
Hospitalisation en cas de placement familial uniquement en hôpital psychiatrique		
Service Tp : prix en cas de placement familial à domicile		0793306
Absence à visée thérapeutique d'un établissement hospitalier (non-payé) (dans les hôpitaux généraux et psychiatriques) Faire un enregistrement de type 30 séparé avec mention des dates de début et de fin de la période d'absence (art. 7, § 7 du règlement du 28/07/2003).		0791604
Congé non-payé	0791490 (*)(°)	0791501 (°)
Congé non-payé durant une période de rééducation		0792503 (°)
Prix de journée d'entretien pour les séjours dans des camps de vacances collectifs (art. 5 de la convention nationale entre les établissements psychiatriques et les organismes assureurs)		
• Pour des patients hospitalisés en séjour complet en psychiatrie (jour et nuit)		
- tous les services, à l'exception du service Tp (placement familial à domicile)		0793321
- service Tp		0793343
• Pour des patients hospitalisés en séjour partiel en psychiatrie (jour ou nuit)		
- tous les services en psychiatrie		0793365
15) *Supplément chambre individuelle*	0761633 (°)	0761644 (°)

Si aucun supplément de chambre n'est porté en compte, aucun enregistrement « supplément de chambre » ne peut être établi.
Dans la zone prestation relative de l'enregistrement « montant par jour » (et dans certains cas également dans l'enregistrement « montant par admission ») , le type de chambre, dans lequel le patient séjourne réellement, doit être indiqué. Voir liste prestation relative.

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

(☞4) (°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les institutions régionalisées (mais bien par les institutions fédérales) à partir du 1/1/2019 ; à partir du 1/1/2022 ne peuvent non plus être facturés via le compte C par ces 8 hôpitaux.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	**Ambulant**	**Hospitalisé**
16) *Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions types*		
- Oxygénothérapie de longue durée à domicile (*)		
avec un oxyconcentrateur fixe	0797252	
avec un oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur de recharge	0797274	
avec un oxyconcentrateur fixe et un oxyconcentrateur portable	0797296	
par oxygène liquide (**)	0797311	
avec un oxyconcentrateur fixe complété de petites bouteilles d'oxygène	0797333	
avec un oxyconcentrateur portable exclusivement	0797370	
- Surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile des nourrissons menacés de mort subite		
- Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons :		
- Catégorie 1 (art. 3)	0779133	
- Catégorie 2 (art. 3)	0779155	
- Catégorie 3 (art. 3)	0779170	
- ALTE (art. 4)	0779192	
- Suivi des enfants nés prématurément:		
- Une prestation complète		
La prestation de bilan A (groupe 1)	0784674	0784685
La prestation de bilan A (groupe 2)	0784696	0784700
La prestation de bilan B (groupe 1)	0784711	
La prestation de bilan B (groupe 2)	0784733	
La prestation de bilan C (groupe 1)	0784755	
La prestation de bilan C (groupe 2)	0784770	
La prestation de bilan D (groupe 1)	0784792	
La prestation de bilan D (groupe 2)	0784814	
- Une demi-prestation		
La prestation de bilan A (groupe 1)	0784836	0784840
La prestation de bilan A (groupe 2)	0784851	0784862
La prestation de bilan B (groupe 1)	0784 873	
La prestation de bilan B (groupe 2)	0784895	
La prestation de bilan C (groupe 1)	0784910	
La prestation de bilan C (groupe 2)	0784932	
La prestation de bilan D (groupe 1)	0784954	
La prestation de bilan D (groupe 2)	0784976	
- Suivi du décès inopiné et médicalement inexpliqué d'un enfant de moins de 18 mois		
- Transport de l'enfant décédé en vue d'une autopsie	0775316	0775320
- Autopsie réalisée par un médecin anatomopathologiste selon un protocole standard	0775294	0775305
- Soutien psychologique des parents et de la famille	0775331	0775342

(*) Si les forfaits sont facturés pour un bénéficiaire hospitalisé dans un autre hôpital (voir art.14 de la convention), la facturation doit, dans ce cas, s'effectuer sous les pseudo-codes ambulatoires et sur une facture de rééducation externe (type de facture 6) avec le pseudo-code service 770.

(**) La spécialité pharmaceutique "oxygène liquide" est facturée dans l'enregistrement de type 40 sous le pseudo-code 751052 et sous un code CNK repris dans la liste annexée à l'AR du 21/12/2001. Elle peut être reprise sur la même facture que le forfait (type de facture 6) ou sur une facture ambulatoire séparée (type de facture 3).

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
- Insuline continue, thérapie d'infusion à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable	0772450	0772461
- Autogestion de patients atteints de diabète sucré (*) (**)		
- Renvoi vers une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne	0770070	
- Education ambulatoire d'un patient trajet de soins		
a) Forfait annuel ordinaire	0786015	
b) Forfait annuel majoré pour les patients qui commencent une autogestion	0786030	
- Programme d'autogestion pour un patient hospitalisé qui commence une autogestion et qui a l'intention de conclure un contrat trajet de soins après son hospitalisation : forfait matériel (matériel pour une période de 6 mois) (une seule fois)		0786100
- Journée de prestation groupe A – piqûre au doigt	0788756	
- Journée de prestation groupe B – piqûre au doigt	0788793	
- Journée de prestation groupe C – piqûre au doigt	0788830	
- Journée de prestation groupe 1A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788874	
- Journée de prestation groupe 1B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788896	
- Journée de prestation groupe 2 de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788911	
- Journée de prestation groupe 3A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788933	
- Journée de prestation groupe 3B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788955	
(☞4) - Monitoring continu de la glycémie chez le patient diabétique		
- prestation pendant la période d'essai	0784630***	0784641***
- prestation pendant les phases ultérieures	0784652***	0784663***
(☞4) - Convention TAO		
- Tandem t :slim X2 et Dexcom G6	0784991	0785002
- Convention diabète enfants (*) (**)		
- Frais de déplacement pour l'information et l'accompagnement dans le milieu de vie du bénéficiaire		0775493

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

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

(**) Ces pseudo-codes relatifs à la mesure par capteurs sont aussi dans l'ET 50 Z 4 S 3.

(***) Ces pseudo-codes sont supprimés à partir du 01/10/2021.

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

- Convention cliniques curatives du pied diabétique
  - Consultation interdisciplinaire ambulatoire de la clinique du pied 0773393
  - Séance de soutien 0773496

- Mucoviscidose :
  - Exécution du programme de rééducation fonctionnelle 0775913 0775924
  - Réunion avec le médecin de famille ou le pédiatre de famille 0775935 0775946
  - Maladies neuromusculaires : exécution du programme de rééducation fonctionnelle 0775950 0775961

- Troubles respiratoires chroniques graves:
  - Prestation réalisée par un(e) kinésithérapeute, un(e) ergothérapeute et/ou un(e) assistant(e) ou infirmier(ère) social(e) se déroulant au domicile du bénéficiaire en vue d'une adaptation de ce domicile en fonction de ses performances physiques (art. 11, § 1, 2ème alinéa) 0777512 0777523
  - Prestation individuelle, exécutée par au moins 2 intervenants d'une discipline différente, avec une durée d'au moins deux heures qui peut être étalée au cours d'une journée (art. 12, § 1) 0777534 0777545
  - Chaque prestation de rééducation avec une durée d'au moins 2 heures au cours de laquelle, pour toute sa durée, le nombre de bénéficiaires est égal au nombre de thérapeutes intervenant effectivement (art. 12, § 2) 0777556 0777560
  - Des prestations de minimum 2 heures, destinées exclusivement à l'éducation de bénéficiaires et de leurs familles adressées, simultanément, à un groupe de bénéficiaires plus nombreux que 5 (art.12, § 3) 0777571 0777582
  - Honoraire pour la collaboration du médecin généraliste ou spécialiste assurant le traitement d'entretien (art.13, §4) 0777593 0777604

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
- Epilepsie réfractaire		
- Module d'évaluation pré-chirurgicale avec étude vidéo-E.E.G. non-invasive	0777711	0777722
- Module d'évaluation pré-chirurgicale complémentaire avec étude vidéo-E.E.G. invasive	0777733	0777744
- Module de rééducation fonctionnelle après chirurgie épileptique ou après implantation d'un stimulateur du nerf vague	0777755	0777766
- WADA test	0777770	0777781
- Discussions inter-équipes multidisciplinaires	0777792	0777803
- Rédaction de rapports de fonctionnement multidisciplinaires dans le cadre de la nomenclature des aides à la mobilité :		
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les conventions 790.1	0770276 (°°)	0770280 (°°)
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement pour les conventions 790.1	0770291 (°°)	0770302 (°°)
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les conventions 790.0	0770313 (°°)	0770324 (°°)
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement, pour les conventions 790.0	0770335 (°°)	0770346 (°°)
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les conventions 790.2	0770350 (°°)	0770361 (°°)
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement, pour les conventions 790.2	0770372 (°°)	0770383 (°°)

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

CONVENTION - SOH

Convention SOH				Pseudo-codes	
				Ambulant	Hospitalisé
La prestation normale remboursable dans le cadre de la convention SOH est l'assistance ventilatoire (A.V.) nocturne par pression positive à 2 niveaux pour patients SOH				**788012**	**788023**
Autres traitements d'assistance ventilatoire, uniquement remboursables pour les patients déjà traités par cette méthode par le même établissement avant le 1/1/2008 et ce dans le cadre de la convention en vigueur à l'époque (mesure transitoire destinée à disparaître)					
A.V. continue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788034	788045
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788056	788060
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788071	788082
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788093	788104
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788115	788126
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788130	788141
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788152	788163
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788174	788185
A.V. discontinue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788196	788200
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788211	788222
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788233	788244
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788255	788266
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788270	788281
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788292	788303
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788314	788325
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788336	788340
	pression positive à 2 niveaux (enfants < 5ans)	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788351	788362
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788373	788384
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788395	788406
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788410	788421
A.V. nocturne	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788432	788443
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788454	788465
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788476	788480
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788491	788502
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788513	788524
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788535	788546
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788550	788561
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788572	788583
	pression positive à 2 niveaux	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788594	788605
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788616	788620
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788631	788642
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788653	788664
	pression négative périthoracique	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788675	788686
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788690	788701
percussion intra-pulmonaire			assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788712	788723
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788734	788745

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

CONVENTION - AVD

Convention AVD				Pseudo-codes	
				Ambulant	Hospitalisé
A.V. continue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789014	789025
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789036	789040
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789051	789062
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789073	789084
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789095	789106
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789110	789121
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789132	789143
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789154	789165
A.V. discontinue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789176	789180
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789191	789202
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789213	789224
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789235	789246
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789250	789261
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789272	789283
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789294	789305
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789316	789320
	pression positive à 2 niveaux (enfants < 5ans)	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789331	789342
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789353	789364
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789375	789386
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789390	789401
A.V. nocturne	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789412	789423
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789434	789445
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789456	789460
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789471	789482
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789493	789504
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789515	789526
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789530	789541
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789552	789563
	pression positive à 2 niveaux	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789574	789585
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789596	789600
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789611	789622
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789633	789644
	pression négative périthoracique	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789655	789666
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789670	789681
percussion intra-pulmonaire			assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789692	789703
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789714	789725
Assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive				789736	789740

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

	Libellé	Ambulant	Hospitalisé
	- Conventions de rééducation médico-psycho-sociale avec les centres de référence VIH/SIDA :		
	- forfait de base	0787754	0787765
	- forfait annuel majoré	0787776	0787780
	- forfait spécifique en cas de grossesse	0787975	0787986
	- forfait annuel PrEP	0787990	0788001
	- Maladie métabolique		
	- première séance de rééducation	0775832	0775843
	- deuxième séance de rééducation	0775854	-
	- présence médecin généraliste / pédiatre	0775876	0775880
(☞6)	- Accompagnement médico-psycho-social		
(☞6)	- premier forfait accompagnement	0775132	-
(☞6)	- second forfait accompagnement	0775154	-
	- Rééducation fonctionnelle pour bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle (969)		
	- Bilan initial	0771234 (°°)	0771245 (°°)
	- Bilan intérimaire	0771256 (°°)	0771260 (°°)
	- Séance in	0771271 (°°)	0771282 (°°)
	- Séance out	0771293 (°°)	0771304 (°°)
	- Séance de groupe	0771315 (°°)	0771326 (°°)
	- Centres de références IMOC		
	- Prestation art. 7, 1)	0783510	0783521
	- Prestation art. 7, 2)	0783532	0783543
	- Prestation art. 7, 3)	0783554	0783565
	- Prestation art. 13, § 4, 1er alinéa	0783576	0783580
	- Prestation art. 13, § 4, 2ème alinéa	0783591	0783602
	- Spina Bifida - centres de références		
	- Prestation art.12bis, §2, 1): forfait annuel pour un bénéficiaire < 3 ans	0783650	0783661
	- Prestation art.12bis, §2, 2): forfait annuel pour un bénéficiaire de 3-18 ans	0783672	0783683
	- Prestation art.12bis, §2, 3): forf. annuel pour un bénéf. de 19 ans ou plus	0783694	0783705
	- Prestation art.13, § 4, 1er alinéa: participation du médecin traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe	0783716	0783720
	- Prestation art. 13, § 4, 2ème alinéa: participation du kinésithérapeute traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe	0783731	0783742
	- Centres de références pour les troubles du spectre autistique		
	- séance de diagnostic (1 heure)	0784571 (°°)	0784582 (°°)
	- séance de coordination	0783635 (°°)	0783646 (°°)
	- Centres de référence en néphrologie pédiatrique		
	- prestation annuelle	0787511	0787522
	- Clinique de la mémoire		
	- Séance en clinique	0784512	0784523
	- Séance à domicile (1ère séance)	0784534	-
	- Séance à domicile (2e séance le même jour)	0784556	-
	- Accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines		
	- Séance	0784593	0784604
	- Opération de reconstruction (y compris l'anesthésie générale)	0784615	0784626
	- Accompagnement de la transidentité		
	- Séance	0787916	0787920
	- Entretien	0787931	0787942
	- Forfait médicaments	0787953	0787964
	- Séance familiale	0791571	0791582
	- Séance de groupe (prix par bénéficiaire qui assiste à la séance de groupe)	0791792	0791803
	- Centre de coordination de l'hémophilie	0787813	0787824
	- Centres de références de l'hémophilie	0787791	0787802
	- Centres lymphoedème: journée de traitement	0779973	0779984

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
- Centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC		
- Bilan multidisciplinaire	0787835	0787846
- Suivi du traitement	0787850	0787861

17) Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions spécifiques

Facturation normale

Rééducation professionnelle (770)	0772015 (°°)	0772026 (°°)
Rééducation motrice (771)	0772030 (°)	0772041 (°)
Rééducation psychosociale (772)	0772052 (°°)	0772063 (°°)
Alcooliques et toxicomanes (773)	0772074 (°°)	0772085 (°°)
Psychotiques (774)	0772096 (°°)	0772100 (°°)
Troubles précoces de l'interaction parents/enfants (774-5)	0773371 (°°)	0773382 (°°)
Epileptiques (776-5)	0772133 (°°)	0772144 (°°)
Malentendants (779)	0772192 (°°)	0772203 (°°)
Rééducation enfants/adolescents ayant des troubles neurologiques	0775213	0775224
Paralysés cérébraux (784)	0772295 (°°)	0772306 (°°)
Rééducation pour enfants maltraités	-	0772402
Rééducation pour des patients mucoviscidose (776-5)	0772413 (°°)	0772424 (°°)
Refacturation de rééducation	0774012	0774023
Unités de répit (776-7)	-	0776705 (°°)
Rééducation fonctionnelle pédiatrique	0777291	0777302
ASBL “La Porte Ouverte” – Blicquy – Journée de rééducation	-	0777685
Syndrome de fatigue chronique		
- programme de rééducation de bilan complet	0777836	0777840
- programme de rééducation de bilan incomplet	0777851	0777862
- forfait mensuel programme de rééducation interdisciplinaire spécifique	0777873	0777884
- rétribution médecin généraliste	0777954	0777965
- rétribution membres de l’équipe	0777976	0777980

Dépassement de la "capacité normale de facturation" (facturation d'un prix réduit)

Rééducation professionnelle (770)	0775596 (°°)	0775600 (°°)
Rééducation motrice (771)	0775611 (°)	0775622 (°)
Rééducation psychosociale (772)	0775633 (°°)	0775644 (°°)
Programmes de rééducation fonctionnelle pour alcooliques et toxicomanes (773)	0775515 (°°)	0775526 (°°)
Programmes de rééducation fonctionnelle pour psychotiques (774)	0775530 (°°)	0775541 (°°)
Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents/enfants (774-5)	0776451 (°°)	0776462 (°°)
Programmes de rééducation fonctionnelle pour épileptiques (776-5)	0775552 (°°)	0775563 (°°)
Programmes de rééducation fonctionnelle pour malentendants (779)	0775670 (°°)	0775681 (°°)
Programmes de rééducation fonctionnelle pour paralysés cérébraux (784)	0775574 (°°)	0775585 (°°)
Programmes de rééducation fonctionnelle pour enfants maltraités	-	0775740
Programmes de rééducation fonctionnelle pour mucoviscidose (776-5)	0775751 (°°)	0775762 (°°)
Unités de répit (776-7)	-	0776801 (°°)
Rééducation fonctionnelle pédiatrique	0777313	0777324
ASBL “La Porte Ouverte” – Blicquy – Journée de rééducation	-	0777700
Syndrome de fatigue chronique		
- programme de rééducation de bilan complet	0777895	0777906
- programme de rééducation de bilan incomplet	0777910	0777921
- forfait mensuel programme de rééducation interdisciplinaire spécifique	0777932	0777943

Remarque : Les journées qui dépassent la capacité maximale ne doivent pas être mentionnées sur la facture.

(°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les institutions 771 régionalisées (mais bien par les 4 institutions 771 qui sont restées fédérales) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	**Ambulant**	**Hospitalisé**
Centres généraux (950)	0773614 0773673 0773732 0773754 0773776 0773791 0773813 0773872	0773625 0773684 0773743 0773765 0773780 0773802 0773824 0773883
Soins palliatifs		
- montant forfaitaire unique	0774056(°°)	-
- montant forfaitaire réduit	0774071(°°)	-
Jours de congé payés durant une période de rééducation	-	0772004(°°)
Jours de congé payés durant une période de rééducation en cas de dépassement de la capacité normale de facturation	-	0771002(°°)

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

C.R.A. - convention secteur ORL-PSY (°°)			
Groupes cibles (cf. art.3)	***Séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 15)***	***Séances de rééducation ordinaires (cf. art. 19)***	***Séances de groupe pour enseignants (cf. art. 20)***
Groupe 1	796014-796025	796412-796423	796795-796806
Groupe 2	796036-796040	796434-796445	796810-796821
Groupe 3	796051-796062	796456-796460	796832-796843
Groupe 4	796073-796084	796471-796482	796854-796865
Groupe 5	796095-796106	796493-796504	796876-796880
Groupe 6	796110-796121	796515-796526	796891-796902
Groupe 7	796132-796143	796530-796541	796913-796924
Groupe 8	796154-796165	796552-796563	796935-796946
Groupe 9	796176-796180	796574-796585	796950-796961
Groupe 10	796191-796202	796596-796600	796972-796983
Groupe 11	796213-796224	796611-796622	796994-797005
Groupe 12	796235-796246	796633-796644	797016-797020
Groupe 13	796250-796261	796655-796666	797031-797042
Groupe 14	796272-796283	796670-796681	797053-797064
Groupe 15	796294-796305	796692-796703	797075-797086
Groupe 16	796316-796320	796714-796725	797090-797101
Groupe 17	796331-796342	796736-796740	797112-797123
Groupe 18	796353-796364	796751-796762	797134-797145
Groupe 19	796375-796386	796773-796784	797156-797160
Groupe 20	797193-797204	797215-797226	797230-797241
Nomenclature de logopédie (sans préjudice de l'art. 8, § 2, de la présente convention)	796390-796401	-	-
Groupe 1*bis*	797171-797182		

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

	Pseudo-code de la nomenclature	
	Ambulant	**Hospitalisé**
Conventions de rééducation : forfaits de rattrapage		
Centre de rééducation des paralysés cérébraux Arthur Regnier (770)	0784114(°°)	0784125(°°)
Etablissement de rééducation motrice (771)	0784136(°)	0784140 (°)
Etablissements de rééducation psycho-sociale pour adultes (772)	0783893(°°)	0783904(°°)
Etablissements de rééducation pour toxicomanes (773)	0783915(°°)	0783926(°°)
Etablissements de rééducation pour enfants et adolescents présentant des troubles mentaux graves (774)	0784151(°°)	0784162(°°)
Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents-enfants (774-5)	0784173(°°)	0784184(°°)
Etablissements de rééducation pour enfants atteints d'affections respiratoires (776-5)	-	0777280(°°)
Centres de rééducation pédiatrique	0777335	0777346
Clinique de la mémoire (778-1)	0785551	0785562
Etablissements de rééducation pour malentendants (779)	0784210(°°)	0784221(°°)
Etablissements de rééducation pour paralysés cérébraux (784)	0784232(°°)	0784243(°°)
Neuropsychiatrie infantile (784-5)	0784254	0784265
Centres de référence pour SFC (789-4)	0784276	0784280
Équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs	0784092(°°)	-
Centres de référence pour patients atteints de mucoviscidose (789-1)	0784033	0784044
Centres de réf. pour patients atteints de maladies neuromusculaires (789-2)	0784055	0784066
Conventions de rééducation fontionnelle médico-psycho-sociale spécialisées	0784011	0784022
Centres de référence Spina Bifida	0784070	0784081
Centres de références pour les troubles du spectre autistique (774-6)	0785514(°°)	-
Institution « Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle » à Fraiture	0785536 (°°)	0785540 (°°)
Convention-C.R.A. (953/965)	0784490 (°°)	0784501(°°)
18) *Conventions Comité de l'Assurance*		
SEP/SLA/Huntington (facturation par l'hôpital)		
Art.12 en hôpital SEP	-	0764562
Art.12 en hôpital SLA	-	0764584
Art.12 en hôpital Huntington	-	0764606
Art.12 ambulant SEP	0770136	-
Art. 12 ambulant SLA	0770151	-
Art. 12 ambulant Huntington	0770173	-
Art.13 ambulant SEP	0764853	-
Art.13 ambulant SLA	0764816	-
Art.13 ambulant Huntington	0764831	-
Coma (facturation par la MRS)		
Intervention pour patients coma	0770092	

(°) ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par les institutions 771 régionalisées (mais bien par les 4 institutions 771 qui sont restées fédérales) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

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

RUBRIQUE : DATE PREMIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE

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

La date du premier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.
(1er jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité à laquelle le patient était affilié à la date mentionnée dans cette zone.

Convention de rééducation médico-psychosociale avec les centres de référence VIH/SIDA :
- La date du premier contact original (= jour x) est mentionnée dans cette zone. Pour les périodes annuelles qui vont suivre, le jour x du 1er contact original (jour x de chaque période annuelle) est mentionné dans cette zone.

Le code prestation 0762974 (postcure de rééducation) doit être enregistré jour par jour.

Montant par admission (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): date d'admission ou date de l'admission dans le 1er service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.

Si plusieurs enregistrements avec des frais de séjour se suivent (donc uniquement en cas de facturation des journées d'entretien ou remboursements journaliers forfaitaires), par ex. en cas de changement du tarif de remboursement, de chambre ou de service, la date de début de la deuxième période doit être égale à la date suivant la date de fin de la première période.
De cette règle, il peut être dérogé dans le cas de journées d'entretien pour les nouveau-nés séjournant dans le service NIC (N) 270 ou dans le service N* (n) 190.

Exemple :	nouveau-nés	jour 1	: naissance
		jours 2 et 3	: vers service 270 NIC établir 721 facturation journée d'entretien 0768025
		jours 4 et 5 et 6	: retour auprès de la mère pas de journée d'entretien
		jour 7	: retour de la mère à la maison, enfant vers 190N* facturation journée d'entretien 0790020

(☞7) A partir du 01/01/2023, cette dérogation pour les nouveau-nés n'est plus d'application. En effet, il y a une facturation séparée au nom du nouveau-né et une journée d'entretien est enregistrée à chaque fois (soit la journée d'entretien 768025, soit la journée d'entretien 790020 ou 791560 à 0 €).

En cas de changement de service, il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu avant 12 heures ou la date suivant la date de changement de service si le transfert a lieu à partir de 12 heures.

RUBRIQUE : DATE DERNIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE

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

La date du dernier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.
(dernier jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

Convention de rééducation médico-psychosociale avec les centres de référence VIH/SIDA :
- Le jour (x-1) du 1er contact repris dans la zone 5 + 12 mois est mentionné dans cette zone.

Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons : lorsque le forfait est facturé avant la fin de la période de monitoring, la date de facturation (= ET 20 Z 47) est mentionnée dans cette zone au lieu de la date de fin du monitoring.

Remarque : Pendant une période faisant l'objet d'une facture (1 enregistrement de type 30), il ne peut être fait application que d'un seul prix pour la journée d'entretien ou intervention personnelle. Dans toute autre éventualité, il y a lieu de scinder cette période en 2 périodes ou plus.

Lorsqu'il s'agit d'un forfait par admission, la date d'admission doit être mentionnée dans cette zone.

La date de sortie doit être communiquée s'il y a une interruption effective du séjour.
En cas de prolongement de l'accord, aucune date de sortie ne doit être mentionnée.

Si plusieurs enregistrements avec des frais de séjour se suivent, par ex. en cas de changement du tarif de remboursement, de chambre ou de service, la date de fin de la première période doit être égale à la date qui précède la date du début de la deuxième période.

En cas de changement de service, il y a lieu de mentionner dans cette zone la date du changement si le transfert a lieu à partir de 12 heures ou la date précédant la date de changement de service si le transfert a lieu avant 12 heures.

Cette date est toujours inférieure ou égale à la date actuelle et au mois facturé, sauf pour les forfaits de rééducation fonctionnelle suivants qui peuvent être facturés avant la fin de la période à laquelle ils se rapportent:
- conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale (7.76.0xx.xx)
- les centres de référence pour les maladies métaboliques (7.89.0xx.xx)
- les centres de référence de la mucoviscidose (7.89.1xx.xx)
- les centres de référence pour les maladies neuromusculaires (7.89.2xx.xx)
- les centres de référence en spina bifida (7.89.55x.xx)
- les centres de référence en néphrologie pédiatrique (7.89.7xx.xx)
- autogestion de patients atteints du diabète sucré : pseudo-codes 786015, 786030, 786052 et 786100
- centre de coordination national et centres de référence hémophilie (7.89.8xx.xx)

Règles particulières concernant les forfaits mensuels dans le cadre de la convention diabète
La date de fin est toujours égale au « jour x-1 du mois suivant », sauf :
si la date de début = 30/1/yyyy, alors la date de fin est 28/2/yyyy (dans une année bissextile 29/2/yyyy)
si la date de début = 31/1/yyyy, alors la date de fin est 28/2/yyyy (dans une année bissextile 29/2/yyyy)
si la date de début = 1/mm/yyyy, alors la date de fin est le dernier jour du mois

Exemple de facturation d'un séjour hospitalier normal.

Admission	26/03/2003 à 11.00 heures dans le service 210
Sortie	10/04/2003 à 10.00 heures dans le service 210
Transfert	28/03/2003 à 02.19 heures dans le service 490
Transfert	30/03/2003 à 10.57 heures dans le service 210
Congé	01/04/2003 à 00.01 heures jusqu'au 03/04/2003 08.00 heures
Retour	03/04/2003 à 08.00 heures dans le service 210
Sortie	10/04/2003 à 10.00 heures dans le service 210

Séjour dans le service 210 = chambre à 2 lits
Séjour dans le service 490 = chambre commune

Forfait par admission	=	77,85 EUR
Forfait par jour	=	9,58 EUR
Prix 100%	=	199,68 EUR
IP 1er jour	=	39,34 EUR
IP jours suivants	=	12,07 EUR
Supplément chambre	=	18,95 EUR
Forfait bio clinique	=	15,07 EUR
Forfait médicaments	=	0,62 EUR

enregistrement de type			20	30	30	30	30	30	30	30
zone	longueur	positions	debut de facture	montant par admission	montant par jour	intervention personnelle	montant par jour	intervention personnelle	montant par jour	intervention personnelle
1	2 n	1-2	20	30	30	30	30	30	30	30
2	6 n	3-8	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero
3	1 n	9-9	valeur	0	1	0	0	0	0	0
4	7 n	10-16	0001100	768003	768025	766102	768025	766301	768025	766301
5	8 n	17-24	20030326	20030326	20030326	20030326	20030327	20030327	20030328	20030328
6 a	4 n	25-28	20030410	20030326	20030326	20030326	20030327	20030327	20030329	20030329
6 b	4 n	29-32								
7	3 n	33-35	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero
8 a	12 n	36-47	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero
8 b	1 n	48-48								
9	1 n	49-49	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
10	1 n	50-50	1	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
11	1 n	51-51	valeur	reference	reference	reference	reference	reference	reference	reference
12	1 n	52-52	0	0	0	0	0	0	0	0
13	3 n	53-55	210	210	210	210	210	210	490	490
14	12 n	56-67	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero
15	12 n	68-79	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero
16	1 n	80-80	valeur	0	0	0	0	0	0	0
17	4 n	81-84	valeur	0	0761622	0	0761622	0	0761600	0
18	3 n	85-87	numero							
19	12 n	88-99	numero	+77,85	+9,58	-39,34	+9,58	-12,07	+19,16	-24,14
20	7 n	100-106	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1 n	107-107		0	0	0	0	0	0	0
22	5 n	108-112	01000	+1	+1	+1	+1	+1	+2	+2
23	2 n	113-114	0	0	0	0	0	0	0	0
24	5 n	115-119	numero	+0	+199,68	+0	+199,68	+0	+399,36	+0
25	7 n	120-126								
26	1 n	127-127	0	0	0	0	0	0	0	0
27	10 n	128-137	code	+0	+0	+39,34	+0	+12,07	+0	+24,14
28	25 a	138-162	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement
29	2 n	163-164	0	0	0	0	0	0	0	0
30	2 n	165-166		+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0
31	8 n	167-174								
32	1 n	175-175	0	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
33	1 n	176-176	0	0	0	valeur	0	valeur	0	valeur
34	1 n	177-177	0	0	0	0	0	0	0	0
35	1 n	178-178		0	0	0	0	0	0	0
36	1 n	179-179		0	0	0	0	0	0	0
37	3 n	180-182	0	0	0	0	0	0	0	0
38	12 n	183-194		0	0	0	0	0	0	0
39	10 n	195-204		0	0	0	0	0	0	0
40	2 n	205-206	0	0	0	0	0	0	0	0
41	6 n	207-212	0	0	0	0	0	0	0	0
42	6 n	213-218	donnees de reference du réseau	0	0	0	0	0	0	0
43	12 n	219-230		0	0	0	0	0	0	0
44	4 n	231-234		0	0	0	0	0	0	0
45	26 n	235-260		0	0	0	0	0	0	0
46	1 n	261-261	0	0	0	0	0	0	0	0
47	8 n	262-269	0	0	0	0	0	0	0	0
48	1 n	270-270	0	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
49	12 n	271-282	0	0	0	0	0	0	0	0
50	4 n	283-286		0	0	0	0	0	0	0
51	6 n	287-292		0	0	0	0	0	0	0
52	54 n	293-346	0	0	0	0	0	0	0	0
98	2 n	347-348	0	0	0	0	0	0	0	0
99	2 n	349-350	c.c. enregistrement	c.c enregistrement	c.c enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregisitrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement

enregistrement de type			30	30	30	30	30	30	30	30
zone	longueur	positions	montant par jour	intervention personnelle	conge non paye	montant par jour	intervention personnelle	supplement chambre	supplement chambre	supplement chambre
1	2 n	1-2	30	30	30	30	30	30	30	30
2	6 n	3-8	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero
3	1 n	9-9	0	0	0	9	0	0	0	0
4	7 n	10-16	768025	766301	791501	768025	766301	761622	761622	761622
5	8 n	17-24	20030330	20030330	20030401	20030403	20030403	20030326	20030330	20030403
6 a	4 n	25-28	20030331	20030331	20030402	20030409	20030409	20030327	20030331	20030409
6 b	4 n	29-32								
7	3 n	33-35	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero
8 a	12 n	36-47	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero
8 b	1 n	48-48								
9	1 n	49-49	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
10	1 n	50-50	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
11	1 n	51-51	reference	reference	reference	reference	reference	reference	reference	reference
12	1 n	52-52	0	0	0	0	0	0	0	0
13	3 n	53-55	210	210	0	210	210	0	0	0
14	12 n	56-67	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero
15	12 n	68-79	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero	numero
16	1 n	80-80	0	0	0	0	0	0	0	0
17	4 n	81-84	0761622	0	0	0761622	0	0	0	0
18	3 n	85-87								
19	12 n	88-99	+19,16	-24,14	+0	+67,06	-84,49	+0	+0	+0
20	7 n	100-106	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1 n	107-107	0	0	0	0	0	0	0	0
22	5 n	108-112	+2	+2	+2	+7	+7	+2	+2	+7
23	2 n	113-114	0	0	0	0	0	0	0	0
24	5 n	115-119	+399,36	+0	+0	+1397,76	+0	+0	+0	+0
25	7 n	120-126								
26	1 n	127-127	0	0	0	0	0	0	0	0
27	10 n	128-137	+0	+24,14	+0	+0	+84,49	+0	+0	+0
28	25 a	138-162	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement
29	2 n	163-164	0	0	0	0	0	0	0	0
30	2 n	165-166	+0	+0	+0	+0	+0	+37,90	+37,90	+132,65
31	8 n	167-174								
32	1 n	175-175	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
33	1 n	176-176	0	valeur	0	0	valeur	0	0	0
34	1 n	177-177	0	0	0	0	0	0	0	0
35	1 n	178-178	0	0	0	0	0	0	0	0
36	1 n	179-179	0	0	0	0	0	0	0	0
37	3 n	180-182	0	0	0	0	0	0	0	0
38	12 n	183-194	0	0	0	0	0	0	0	0
39	10 n	195-204	0	0	0	0	0	0	0	0
40	2 n	205-206	0	0	0	0	0	0	0	0
41	6 n	207-212	0	0	0	0	0	0	0	0
42	6 n	213-218	0	0	0	0	0	0	0	0
43	12 n	219-230	0	0	0	0	0	0	0	0
44	4 n	231-234	0	0	0	0	0	0	0	0
45	26 n	235-260	0	0	0	0	0	0	0	0
46	1 n	261-261	0	0	0	0	0	0	0	0
47	8 n	262-269	0	0	0	0	0	0	0	0
48	1 n	270-270	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
49	12 n	271-282	0	0	0	0	0	0	0	0
50	4 n	283-286	0	0	0	0	0	0	0	0
51	6 n	287-292	0	0	0	0	0	0	0	0
52	54 n	293-346	0	0	0	0	0	0	0	0
98	2 n	347-348	0	0	0	0	0	0	0	0
99	2 n	349-350	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement

enregistrement de type			**30**	**30**	**30**	**30**	**30**	**30**
zone	**longueur**	**positions**	**forfait bio clinique**	**forfait bio clinique**	**forfait bio clinique**	**forfait bio clinique**	**forfait medicaments**	**Forfait medicaments**
1	2 n	1-2	30	30	30	30	30	30
2	6 n	3-8	numero	numero	numero	numero	numero	numero
3	1 n	9-9	0	0	0	0	0	0
4	7 n	10-16	592001	592001	592001	592001	750002	750002
5	8 n	17-24	20030326	20030328	20030330	20030403	20030326	20030403
6 a	4 n	25-28	20030327	20030329	20030331	20030409	20030331	20030409
6 b	4 n	29-32						
7	3 n	33-35	numero	numero	numero	numero	numero	numero
8 a	12 n	36-47	numero	numero	numero	numero	numero	numero
8 b	1 n	48-48						
9	1 n	49-49	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
10	1 n	50-50	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
11	1 n	51-51	reference	reference	reference	reference	reference	reference
12	1 n	52-52	0	0	0	0	0	0
13	3 n	53-55	210	490	210	210	0	0
14	12 n	56-67	numero	numero	numero	numero	numero	numero
15	12 n	68-79	numero	numero	numero	numero	numero	numero
16	1 n	80-80	0	0	0	0	0	0
17	4 n	81-84	0	0	0	0	0	0
18	3 n	85-87						
19	12 n	88-99	+30,14	+30,14	+30,14	+105,49	+0	+0
20	7 n	100-106	0	0	0	0	0	0
21	1 n	107-107	0	0	0	0	0	0
22	5 n	108-112	+2	+2	+2	+7	+6	+7
23	2 n	113-114	0	0	0	0	0	0
24	5 n	115-119	+0	+0	+0	+0	+0	+0
25	7 n	120-126						
26	1 n	127-127	0	0	0	0	0	0
27	10 n	128-137	+0	+0	+0	+0	+3,72	+4,34
28	25 a	138-162	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissement	refer. etablissment	refer. etablissement	refer. etablissement
29	2 n	163-164	0	0	0	0	0	0
30	2 n	165-166	+0	+0	+0	+0	+0	+0
31	8 n	167-174						
32	1 n	175-175	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
33	1 n	176-176	0	0	0	0	0	0
34	1 n	177-177	0	0	0	0	0	0
35	1 n	178-178	0	0	0	0	0	0
36	1 n	179-179	0	0	0	0	0	0
37	3 n	180-182	0	0	0	0	0	0
38	12 n	183-194	0	0	0	0	0	0
39	10 n	195-204	0	0	0	0	0	0
40	2 n	205-206	0	0	0	0	0	0
41	6 n	207-212	0	0	0	0	0	0
42	6 n	213-218	0	0	0	0	0	0
43	12 n	219-230	0	0	0	0	0	0
44	4 n	231-234	0	0	0	0	0	0
45	26 n	235-260	0	0	0	0	0	0
46	1 n	261-261	0	0	0	0	0	0
47	8 n	262-269	0	0	0	0	0	0
48	1 n	270-270	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur	valeur
49	12 n	271-282	0	0	0	0	0	0
50	4 n	283-286	0	0	0	0	0	0
51	6 n	287-292	0	0	0	0	0	0
52	54 n	293-346	0	0	0	0	0	0
98	2 n	347-348	0	0	0	0	0	0
99	2 n	349-350	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

Le numéro de la mutualité doit être repris dans cette zone, quel que soit le type de facture (codé dans la zone 10 de l'enregistrement de type 20).

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

RUBRIQUE : ACCOUCHEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

Valeur	Signification
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement.

Si le code service 190 est mentionné dans la zone 13, la valeur "0" doit alors être mentionnée.

(☞7) A partir du 01/01/2023, cette zone n’est plus nécessaire sauf dans les cas exceptionnels où il n’est pas possible d’établir une facture séparée au nom du nouveau-né (p.ex. bébé né mort).
En cas de facturation séparée pour la mère et le bébé, la zone peut être remplie facultativement.

RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO DE COMPTE FINANCIER

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

Il y a lieu d'indiquer au moyen d'un code à quel compte financier le montant de la zone 19 doit être transféré.

Valeur	Signification
0	Le montant dû doit être transféré au compte financier A (voir ET 10 ~~Z 5-6a~~, Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).
1	Le montant dû doit être transféré au compte financier B (voir ET 10 ~~Z 8a~~, Z 43a, Z 49-50-51-52).
3	Valeur réservée (réforme de l'état).

Seuls les établissements hospitaliers peuvent utiliser la valeur 1.

RUBRIQUE : CODE SERVICE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53

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

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, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulant), journée forfaitaire psychiatrie, revalidation (interne ou externe), forfait
(☞3) groupe 1, 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 postcure 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).

Exemples de facturation de journées d'entretien (montant par admission et montant par jour).
(valable pour les hospitalisations jusqu'au 31/12/2013 inclus)

Exemple 1

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 23/09 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 2

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 11h

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 3

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 15h

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 4

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 16h ; transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025) (1er jour facturable = 23/9)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 5

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 16h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025) (1er jour facturable = 23/9)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 6

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 8h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h

Facturation du montant par jour (0768106):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 610

Facturation du montant par admission(0768003):
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Exemples de facturation de journées d'entretien (montant par admission et montant par jour).
(valables pour les hospitalisations à partir du 1/1/2014)

Exemple 7

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 23/09 à 9h ; sortie le 24/9 à 15h.

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation montant par jour (0767443) (à 0 €)
Z 5 (date) = 24/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 8

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 11h ; sortie le 24/9 à 10h.

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 9

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 15h ; sortie le 24/9 à 11h.

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 10

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 16h ; transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h ; sortie le 24/9 à 12h.

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025) (1er jour facturable = 23/9)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 24/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 11

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 16h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h ; sortie le 24/9 à 15h.

Facturation du montant par admission (0768003):
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025) (1er jour facturable = 23/9)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation montant par jour (768025)
Z 5 (date) = 24/9
Z 13 (code service) = 210

Exemple 12

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 8h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h ; sortie le 24/9 à 15h.

Facturation du montant par jour (0768106):
Z 5 (date) = 22/9
Z 13 (code service) = 610

Facturation du montant par admission(0768003):
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)
Z 5 (date) = 23/9
Z 13 (code service) = 210

Facturation montant par jour (0767443) (à 0 €)
Z 5 (date) = 24/9
Z 13 (code service) = 210

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

Convention concernant le financement de la dialyse

A partir du 1/7/2018 : numéro de l'hôpital + 560 pour toutes les interventions forfaitaires de la convention dialyse

Le numéro du centre de dialyse sera mentionné prioritairement aux autres numéros d'identification.

En cas de journées d'entretien forfaitaires dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour, le numéro d'identification de l'hôpital de prestation doit être mentionné dans cette zone, à l'exception d'une journée d'entretien forfaitaire pour dialyse rénale pour laquelle le numéro du centre de dialyse doit être mentionné.

En cas de prestation de rééducation (type de facture 5 ou 6) facturée par l'hôpital qui a conclu la convention, le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.
Si la facture a été établie sous le numéro d'identification de la convention, le numéro de la convention est alors mentionné dans cette zone.

Pour les factures établies par les MRS, MRPA, MSP et IHP, le numéro d'identification de ces institutions est alors repris dans cette zone.

Pour les factures établies par un hôpital pour les patients qui résident en MRS, MRPA, MSP ou IHP, le numéro de l'hôpital doit être indiqué dans cette zone.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION CONVENTION / ETABLISSEMENT DE SEJOUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

En cas de prestation effectuée dans le cadre d'une convention de rééducation (type de facture = 5 ou 6), il y a lieu de renseigner le numéro d'identification de la convention.

S'il s'agit d'un traitement dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP (type de facture = 4), le numéro de l'établissement concerné doit être mentionné.

S'il s'agit des prestations (pseudo-codes 764562 ,764584 ou 764606) issues d'une convention SEP/SLA/Huntington (type de facture 1), le numéro de l'hôpital doit être mentionné dans cette zone.

Dans les autres cas, cette zone est mise à zéro.

RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81

Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée 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.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel

Forfaits de rééducation fonctionnelle

S'il s'agit d'un remboursement forfaitaire, lié à une période déterminée (forfait par semaine, mois, trimestre ou année), le tarif appliqué doit correspondre à une date dans la période définie dans l'ET 30 Z 5 et Z 6.
L'établissement peut donc appliquer le tarif le plus favorable.

Exceptions:
- Convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs (9.68.0xx.xx) (le tarif = le tarif applicable à la date de la 1ère intervention de l'équipe).
- Convention pour l'autogestion du diabète sucré (7.86.0xx.xx ou 7.86.1xx.xx) et convention néphrologie pédiatrique (7.89.7xx.xx) et convention hémophilie (7.89.8xx.xx) (tarif = tarif en vigueur à la date de fin de la période à laquelle se rapporte le forfait ou à la date de facturation, mentionnée dans l'ET 20 Z 47, si celle-ci a lieu avant la date de fin).
- Conventions de rééducation médico-psychosociale avec les centres de référence VIH/SIDA (7.76.0 à partir du 1/8/2014): tarif = tarif applicable à la date de début (= jour x de chaque période annuelle = jour 1er contact original).
- Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons (7.83.5 à partir du 1/4/2015): tarif = tarif applicable à la date de début.

Le montant de l'éventuelle intervention personnelle qui est décomptée, doit être déterminé à la même date que le tarif du forfait de rééducation même.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE DE JOURS FACTURES, DE JOURS DE CONGE OU FORFAITS

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108

C'est le nombre de jours facturés, de congé ou le nombre de forfaits facturés (en cas de forfait de rééducation) qui est mentionné dans cet enregistrement.

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

Postcure de rééducation:
code 0762974 (à partir du 1/1/2014): nombre d'heures

Dans le cas de frais de déplacements pour prématurés (0773581) ou de frais de transports pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique (0761946) ou au départ d'un hôpital général spécialisé (0761961), le nombre de kilomètres doit être mentionné ici.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INDICATIF ORDRE DE GRANDEUR FRAIS DE SEJOUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 115

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Les deux positions à droite contiennent toujours des décimales.

Cette zone n'est complétée que lorsque la zone 4 = 0767163, 0768025, 0768051, 0768062, 0768106, 0768121, 0768143, 0768165 ou 0793041, 0793063, 0793100, 0793122, 0793166, 0793181, 0793225, 0793240, 0793262 ou 0793284.

Cette zone contient une donnée indicative, à savoir un montant qui renseigne l'ordre de grandeur des frais de séjour.
Ce montant est égal au prix de journée à 100% (repris dans l'art. 140 ter de la loi des hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987) multiplié par le nombre de jours mentionné dans la zone 22.

Le placement familial à domicile et les camps de vacances collectifs ne font pas partie du financement en douzièmes budgétaires.
La mention du prix de la journée à 100% à titre informatif n'est donc pas nécessaire.

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128

Dans cette zone, doivent être mentionnés les tickets modérateurs réglementaires effectivement imputés. Le contenu de cette zone est indispensable dans le cadre du calcul du montant annuel des tickets modérateurs.

Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant effectivement porté en compte (peut même être égal à zéro) doit être mentionné dans cette zone et la valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.

L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Lors de la réintroduction d'une prestation rejetée, la zone « intervention personnelle » doit à nouveau être remplie, même si le montant a entre-temps déjà été facturé et payé par le patient.

Si la zone 19 reprend en négatif la quote-part légale ou le prix de journée d'entretien, la valeur positive doit être reprise dans cette zone, pour autant que l'intervention personnelle ait effectivement été portée en compte au patient.

En application de l'A.R. du 5 mars 1997 et l'art. 37bis de loi coordonnée du 14 juillet 1994, s'il s'agit d'enregistrements contenant des interventions personnelles en cas d'admission dans un hôpital, ils doivent directement être précédés par un enregistrement contenant le montant par jour correspondant (pseudo-codes 0768025, 0768106, 0768121, 0768143 ou 0768165). Les enregistrements contenant les interventions personnelles suivent la même subdivision que les enregistrements relatifs aux montants par jour.
Pour l'hôpital chirurgical de jour, aucune intervention personnelle n'est portée en compte pour le séjour.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165

Dans cette zone, sont mentionnés les suppléments - dépassant les interventions personnelles réglementaires (voir zone 27) - portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Les montants à rembourser au patient dans le cadre de la dialyse à domicile doivent être mentionnés en négatifs dans cette zone.

Si la zone 4 mentionne le pseudo-code 0761633-0761644, il y a lieu de reprendre dans cette zone, le supplément concernant le type de chambre.

L'éventuel supplément facturé au patient dans le cadre de la convention diabète (enfants) (parce qu'il souhaite quand même utiliser le matériel pour la mesure par capteur) doit être mentionné dans cette zone.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

A partir du mois facturé janvier 2015, cette zone est toujours égale à zéro.

RUBRIQUE : CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176

Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle, qui devrait être mentionnée dans la zone 27, ou le supplément, qui est normalement mentionné dans la zone 30-31, a été prise en charge, en tout ou en partie, par un autre tiers (prestataire/établissement même ou législation hors AMI).

Valeur	Signification
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). 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)
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. (*)
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.
Attention : les valeurs 3, 4, 6, 7 et 8 priment sur la valeur 1.

Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.
Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

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 366e jour d'admission dans un hôpital psychiatrique (voir pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 S 2, point d) et e)) et en cas de facturation de suppléments de chambre (pseudo-codes 0761622, 0761644).

Exemple

Facturation normale

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

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

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

RUBRIQUE : DATE DE L'ACCORD PRESTATION

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

Dans cette zone, on mentionne la date de début de la période pour laquelle l'accord médecin conseil ou du collège des médecins-directeurs relatif à la prestation (ou produit) mentionné(e) dans cet enregistrement, est d'application.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque l'exécution et/ou la facturation de la prestation (ou du produit) concerné(e) dépend de l'accord préalable du médecin conseil ou du collège des médecins-directeurs.

En cas de prestations de rééducation (type de facture 5 ou 6), cette zone est égale à l'ET 20 Z 20-21.

RUBRIQUE : TRANSPLANTATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 270

Cette zone doit être complétée dans le cadre de transplantations d'organe ou de moelle osseuse.

Valeur	Signification
0	Aucune transplantation d'organe ou de moelle osseuse n'a été effectuée.
1	Il y a eu transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au receveur.
2	Il y a eu (préparation d'une) transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au donneur (potentiel).

RUBRIQUE : SITE HOSPITALIER

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 287

Cette zone doit contenir le numéro du site où la prestation a été effectuée.

Cette zone ne doit être remplie que pour les prestations effectuées dans le cadre d'une association « bassin de soins ».
Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.

Un hôpital qui effectue des prestations dans le cadre d'une association « bassin de soins » sur un site sans lits (donc sans numéro de site) (p.ex. polyclinique), peut demander un numéro pour ce site auprès du SPF Santé Publique.

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

RUBRIQUE : IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 293

Dans cette zone, le numéro d'identification de l'association "bassin de soins" est mentionné.
Ce numéro doit être mentionné pour toutes les prestations effectuées dans le cadre d'une telle association.

Le numéro d'identification d'une association "bassin de soins" est composé de 11 positions et est précédé d'un zéro.
Les 3 premières positions sont "716", les 3 positions suivantes forment un numéro de suite, les 2 suivantes un check-digit et les 3 dernières un code qualification.

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 34

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 40

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : NORME PRESTATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

Valeur	Signification
0	Dans tous les autres cas qui ne sont pas repris dans la valeur 1, 2 ou 9.
1	En cas de facturation de médicaments de catégorie B, Bg, Br ou Fb délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation, pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service (ticket modérateur théorique = 0)
2	En cas de facturation de médicaments de la catégorie B, Bg, Br ou Fb délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation, pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été partiellement décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service et donc, est plus grand que zéro mais plus petit que le montant attendu.
9	En cas de facturation de la spécialité Inomax, les unités supérieures à 96 (heures) sont mentionnées dans un enregistrement séparé avec la norme 9. Les zone 19, zone 27, zone 30-31 et Z 39 sont égales à zéro.

Voir exemples détaillés dans l'annexe 14.

RUBRIQUE : PSEUDO-CODE CATEGORIE MEDICAMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

Ce code donne la catégorie de remboursement du produit pharmaceutique ou la nature du forfait concerné.

- les différents enregistrements de type 40 avec un même code dans la zone 4 doivent être groupés;

- les différents codes qui peuvent être enregistrés dans la zone 4 de l'enregistrement de type 40 sont énumérés aux suites 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8;

- si un médicament peut contenir plusieurs catégories de remboursement alors la catégorie retenue pour la tarification, doit être mentionnée dans cette zone.

Par exemple :

° si les liquides à perfusion et les solutions pour irrigation vésicale sont administrés à des patients hospitalisés, alors la catégorie A doit être mentionnée;

° dans le cas des liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 dans le cadre de la nutrition parentérale (remboursés à 100 % de la base de remboursement), la catégorie A doit être utilisée pour la facturation.

Libellé	Numéro de code Ambulant	Hospitalisé
1. Spécialités délivrées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpitaux psychiatriques et en hôpitaux chroniques (Services Sp et G isolés) (= hôpitaux hors forfaitarisation)		
catégorie SA	-	0750724
catégorie SAgc	-	0750842
catégorie SAr	-	0753723
catégorie SB	-	0750746
catégorie SBgc	-	0750864
catégorie SBr	-	0753745
catégorie SC	-	0750761
catégorie SCgc	-	0750886
catégorie SCr	-	0753760
catégorie SCs	-	0750783
catégorie SCsgc	-	0750901
catégorie SCsr	-	0753782
catégorie SCx	-	0750805
catégorie SCxgc	-	0750923
catégorie SCxr	-	0753804
catégorie pour tous les médicaments non remboursables	-	0750820
catégorie SFa	-	0757606
catégorie SFb	-	0757621
moyens de contraste cat B, Bgc, Br à 90% (85% à partir du 1/4/2019)(classe ATC V08)	-	0757945
catégorie A, A_{gc}, A_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759021
catégorie B, B_{gc}, B_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759043
catégorie C, C_{gc}, C_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759625
catégorie Cs, Cs_{gc}, Cs_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759640
catégorie Cx, Cx_{gc}, Cx_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759662
catégorie Fa à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759065
catégorie Fb à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759080
contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 25 ans ou des femmes ayant droit à l'intervention majorée	-	0795023
2. Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés		
catégorie SA	0750912	-
catégorie SAgc	0750853	-
catégorie SAr	0753911	-
catégorie SB	0750934	-
catégorie SBgc	0750890	-
catégorie SBr	0753933	-
catégorie SC	0750956	-
catégorie SCgc	0750875	-
catégorie SCr	0753955	-
catégorie SCs	0750971	-
catégorie SCsgc	0750831	-
catégorie SCsr	0753970	-
catégorie SCx	0750993	-
catégorie SCxgc	0750816	-
catégorie SCxr	0753992	-
catégorie pour tous les médicaments non remboursables	0751015	-
oxygène gazeux	0751030	-
oxygène liquide	0751052	-
catégorie SFa	0757632	-
catégorie SFb	0757654	-
moyens de contraste cat B, Bgc, Br à 90% (85% à partir du 1/4/2019) (classe ATC V08)	0757912	-
contraceptifs remboursables délivrés à des femmes de < 25 ans ou des femmes ayant droit à l'intervention majorée	0757956	-
contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 25 ans ou des femmes ayant droit à l'intervention majorée	0757971	-
catégorie A, A_{gc}, A_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	0759091	-
catégorie B, B_{gc}, B_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	0759113	-
catégorie C, C_{gc}, C_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	0759673	-
catégorie Cs, Cs_{gc}, Cs_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	0759695	-
catégorie Cx, Cx_{gc}, Cx_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	0759710	-
catégorie Fa à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	0759135	-
catégorie Fb à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	0759150	-

Libellé	Numéro de code Ambulant	Hospitalisé
3. Préparations magistrales délivrées à des bénéficiaires non-hospitalisés		
catégorie 1	0750035	-
catégorie 2	0750050	-
catégorie 3	0750072	-
catégorie 4	0750094	-
catégorie pour toutes les préparations magistrales non remboursables	0750116	-
enregistrement de détail relatif à la préparation magistrale	0750212	-
4.1. Produits parapharmaceutiques d'aide à la mobilité-/ d'immobilisation	0960374	0960385
Autres produits parapharmaceutiques	0960396	0960400
4.2. Accidents de travail conventions internationales : Médicaments et produits non remboursables	0961015	0961026

Il s'agit des médicaments et produits originellement non remboursables qui sont pris en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la Z 19.

Libellé	Numéro de code Ambulant	Hospitalisé
7. Honoraires et forfaits mucoviscidose	-	-
8. Aliments diététiques à des fins médicales délivrés aux bénéficiaires hospitalisés :		
catégorie DA	-	0755521
catégorie DB	-	0755543
catégorie DC	-	0755565
catégorie DCs	-	0755580
catégorie DCx	-	0755602
9. Aliments diététiques à des fins médicales délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés :		
catégorie DA	0755613	-
catégorie DB	0755635	-
catégorie DC	0755650	-
catégorie DCs	0755672	-
catégorie DCx	0755694	-
10. Moyens diagnostiques et matériel de soins remboursables délivrés aux bénéficiaires hospitalisés :		
catégorie MA	-	0755720
catégorie MB	-	0755742
catégorie MC	-	0755764
catégorie MCs	-	0755786
catégorie MCx	-	0755801
Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique	-	0753465
contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 25 ans ou des femmes ayant droit à l'intervention majorée	-	0795045
11. Moyens diagnostiques et matériel de soins remboursables délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés :		
catégorie MA	0755812	-
catégorie MB	0755834	-
catégorie MC	0755856	-
catégorie MCs	0755871	-
catégorie MCx	0755893	-
pansements actifs non remboursables	0757271 (**)	-
pansements actifs (AR 23/3/2019, MB 15/4/2019)	0795071	-
diffuseurs portables/cassettes (section 7)	0754390	-
Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique	0753454	-
contraceptifs remboursables délivrés à des femmes de < 25 ans ou des femmes ayant droit à l'intervention majorée	0753631	-
contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 25 ans ou des femmes ayant droit à l'intervention majorée	0753653	-
diffuseurs portables préremplis (muco) (section 11)	0759496	-
cassettes préremplies (muco) (section 11)	0759511	-
diffuseurs portables vides (muco) (section 11)	0759533	-
cassettes vides (muco) (section 11)	0759555	-
dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins (muco) (section 11)	0759570	-
honoraires pour le remplissage (muco) (section 11)	0759592	-
12a. <u>Honoraires et forfaits</u>		
Installation et délivrance de l'oxygène gazeux et des accessoires (AR du 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 10)	0755952	-
Honoraire pour la coordination et l'accompagnement du traitement par oxygène médical gazeux (AR 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 10)	0757455	-
Oxyconcentrateur (AR 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 6)	0757470	-
Honoraire oxyconcentrateur (AR 24/10/2002, partie I, chapitre 2, section 6)	0757831	-
Honoraires et forfaits méthadone	0755974	-

(**) supprimé à partir du 1/10/2019.

12b. Trajets de soins

Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes	0757352
Trajet de soins diabète – glucomètre	0757374
Programme ‘éducation et autogestion’ – tigettes et lancettes	0757396
Programme ‘éducation et autogestion’ – glucomètre	0757411
Trajet de soins ‘insuffisance rénale chronique’ – tensiomètre	0757433

Remarque : Chaque délivrance d’un paquet de tigettes/lancettes ou d’un glucomètre ou d’un tensiomètre est facturée via 2 enregistrements séparés : un enregistrement avec le coût du matériel et un enregistrement avec l’honoraire.
Ces 2 enregistrements ont le même pseudo-code catégorie (Z4) mais un (pseudo-)code CNK (Z40-41) différent.

Libellé	**Ambulant**	**Hospitalisé**
13. Spécialités délivrées aux bénéficiaires hospitalisés dans les hôpitaux aigues (*):		
13.1 Forfait par admission	-	0756000
Forfait réduit par admission (réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après une hospitalisation précédente)	-	0767502
13.2 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans l'hôpital même (x):		
catégorie SA	-	0756022
catégorie SAgc	-	0756044
catégorie SAr	-	0756066
catégorie SB	-	0756081
catégorie SBgc	-	0756103
catégorie SBr	-	0756125
catégorie SC	-	0756140
catégorie SCgc	-	0756162
catégorie SCr	-	0756184
catégorie SCs	-	0756206
catégorie SCsgc	-	0756221
catégorie SCsr	-	0756243
catégorie SCx	-	0756265
catégorie SCxgc	-	0756280
catégorie SCxr	-	0756302
catégorie SFa	-	0757680
catégorie SFb	-	0757702
moyens de contraste cat B, Bgc, Br à 90% (85% à partir du 1/4/2019) (classe ATC V08)	-	0757864
catégorie A, A_{gc}, A_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759183
catégorie B, B_{gc}, B_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759205
catégorie C, C_{gc}, C_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759743
catégorie Cs, Cs_{gc}, Cs_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759765
catégorie Cx, Cx_{gc}, Cx_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759780
catégorie Fa à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759220
catégorie Fb à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759242
13.3 Médicaments non forfaitarisés:		
catégorie SA	-	0756324
catégorie SAgc	-	0756346
catégorie SAr	-	0756361
catégorie SB	-	0756383
catégorie SBgc	-	0756405
catégorie SBr	-	0756420
catégorie SC	-	0756442
catégorie SCgc	-	0756464
catégorie SCr	-	0756486
catégorie SCs	-	0756501
catégorie SCsgc	-	0756523
catégorie SCsr	-	0756545

(*) La forfaitarisation ne concerne que:
- Les hôpitaux généraux aigus (services psychiatriques dans les hôpitaux généraux inclus); donc pas pour les hôpitaux chroniques (services Sp ou G isolés) ou les hôpitaux psychiatriques.
- Les patients hospitalisés, les hospitalisations classiques, donc pas pour les "hospitalisations de jour" (hôpital chirurgical de jour ou journées d'entretien forfaitaires)
- Médicaments spécialités (donc pas pour les aliments diététiques ou moyens diagnostiques) des catégories de remboursement A, B, C, Cs, Cx, Fa, Fb à l'exclusion de certains médicaments qui se présenteront sur une liste.

(x) Ces pseudo-codes sont également utilisés dans le cas exceptionnel décrit dans l'annexe 17.2.

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
catégorie SCx	-	0756560
catégorie SCxgc	-	0756582
catégorie SCxr	-	0756604
catégorie D	-	0756626
Médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et avec information au médecin-conseil (**)	-	0757245
Médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et sans information au médecin-conseil (***)	-	0757260
catégorie SFa	-	0757724
catégorie SFb	-	0757746
catégorie A, A_{gc}, A_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759264
catégorie B, B_{gc}, B_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759286
catégorie C, C_{gc}, C_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759802
catégorie Cs, Cs_{gc}, Cs_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759824
catégorie Cx, Cx_{gc}, Cx_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759846
catégorie Fa à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759301
catégorie Fb à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759323
contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 25 ans ou des femmes ayant droit à l'intervention majorée	-	0795060

(**) Ces médicaments peuvent être imputés au patient. Dans la zone 40-41, le code CNK doit être rempli. Le montant est mentionné dans la zone 30-31. Les zones 19 et 27 sont égales à zéro.

(***) Ces médicaments ne peuvent pas être imputés au patient. Dans la zone 40-41, le code CNK doit être rempli. Toutes les zones montant sont égales à zéro. Cela signifie qu'il s'agit des « médicaments gratuits ». La zone 16 doit donc être égale à 1.

Libellé	Numéro de code Ambulant	Hospitalisé
13.4 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un autre hôpital aigu:		
catégorie SA	-	0756641
catégorie SAgc	-	0756663
catégorie SAr	-	0756685
catégorie SB	-	0756700
catégorie SBgc	-	0756722
catégorie SBr	-	0756744
catégorie SC	-	0756766
catégorie SCgc	-	0756781
catégorie SCr	-	0756803
catégorie SCs	-	0756825
catégorie SCsgc	-	0756840
catégorie SCsr	-	0756862
catégorie SCx	-	0756884
catégorie SCxgc	-	0756906
catégorie SCxr	-	0756921
catégorie SFa	-	0757761
catégorie SFb	-	0757783
moyens de contraste cat B, Bgc, Br à 90% (85% à partir du 1/4/2019) (classe ATC V08)	-	0757886
catégorie A, A_{gc}, A_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759345
catégorie B, B_{gc}, B_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759360
catégorie C, C_{gc}, C_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759861
catégorie Cs, Cs_{gc}, Cs_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759883
catégorie Cx, Cx_{gc}, Cx_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759905
catégorie Fa à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759382
catégorie Fb à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759404
13.5 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique:		
categorie SA	-	0756943
categorie SAgc	-	0756965
categorie SAr	-	0756980
categorie SB	-	0757002
categorie SBgc	-	0757024
categorie SBr	-	0757046
categorie SC	-	0757061
categorie SCgc	-	0757083
categorie SCr	-	0757105
categorie SCs	-	0757120
categorie SCsgc	-	0757142
categorie SCsr	-	0757164
categorie SCx	-	0757186
categorie SCxgc	-	0757201
categorie SCxr	-	0757223
catégorie SFa	-	0757805
catégorie SFb	-	0757820
moyens de contraste cat B, Bgc, Br à 90% (85% à partir du 1/4/2019) (classe ATC V08)	-	0757901
catégorie A, A_{gc}, A_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759426
catégorie B, B_{gc}, B_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759441
catégorie C, C_{gc}, C_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759920
catégorie Cs, Cs_{gc}, Cs_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759942
catégorie Cx, Cx_{gc}, Cx_r à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759964
catégorie Fa à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759463
catégorie Fb à 90% (85% à partir du 1/4/2019)	-	0759485

14. Intervention forfaitaire pour le traitement de l'infertilité féminine		
PMA1	0757293	
PMA2	0757315	
PMA3	0757330	

Communication des codes CNK pour les préparations magistrales.

Si le contenu de la zone 4 est égal à 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116, le montant de l'intervention de l'assurance doit être mentionné dans la zone 19, le nombre de modules dans la zone 22 et l'intervention personnelle dans la zone 27; l'unité dans la zone 23 et le code produit dans la zone 40-41 sont donc égaux à zéro.
Si le contenu de la zone 4 est égal à 0750035, 0750050, 0750072 ou 0750094, alors la forme galénique doit être mentionnée dans la zone 37.

Si le contenu de cette zone est égal 0750212 et par conséquent exige le détail d'une préparation magistrale, alors le contenu des zones 19, 27 et 37 est égal à zéro, la zone 22 indique la quantité totale du produit mentionné dans la zone 40-41, la zone 23 communique l'unité dans laquelle est exprimée la quantité (zone 22) et dans la zone 40-41 est renseigné le code CNK du produit concerné.

Dans les zones restantes, à l'exception de la zone 2 (numéro d'ordre de l'enregistrement) et de la zone 99 (chiffres de contrôle de l'enregistrement), les valeurs de l'enregistrement précédent avec le code catégorie de la préparation magistrale doivent être reprises.

Chaque facturation d'une préparation magistrale remboursable doit être suivie d'au moins un enregistrement de détail.
Par préparation magistrale, les principes actifs sont mentionnés dans les enregistrements avec la zone 4 = 0750212 (voir Chapitres I à IV de l'annexe à l'AR du 12/10/2004 + fichier de référence sur le site INAMI
(http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/magistrales/Pages/default.aspx#Enregistrement_du_détail_-_Fichier_de_référence)
Le nombre d'enregistrements de détail qui suit un enregistrement de base d'une préparation magistrale n'est pas précisé à l'avance.

Lorsqu'il s'agit des spécialités incorporées dans une préparation magistrale, le(s) code(s) CNK de la (des) spécialité(s) concernée(s) doi(ven)t être mentionné(s) dans le(s) enregistrement(s) de détail de la préparation magistrale.

Lorsqu'il s'agit d'une préparation magistrale sans principe actif, le code CNK « générique » d'un excipient de pommade (0586784) doit être mentionné dans l'enregistrement de détail.

Si, pour l'une ou l'autre raison, il n'est vraiment pas possible d'établir un enregistrement de détail, un « pseudo enregistrement de détail » doit être communiqué.
Dans cet enregistrement, le pseudo-code CNK 0589002 est mentionné dans la Z 40-41. Dans la zone 23, une unité arbitraire est choisie. La quantité dans la zone 22 est mise à 1.

La mention des enregistrements de détail (0750212) est obligatoire à partir du 1/1/2009.

Aucun contrôle du tarif n'est effectué sur base des enregistrements de détail.
En cas de rejet pour un enregistrement du bloc « enregistrement de facturation + enregistrements de détail », le bloc complet doit être rejeté.

Règles de remboursement pour les préparations magistrales. (art. 22 de l'AR du 12-10-2004)

Cette page est purement informative.

Le remboursement des récipés magistraux est calculé sur base :

"1° de la base de remboursement indiquée dans la liste des principes actifs, ou, s'il s'agit d'une spécialité pharmaceutique, de la base de remboursement indiquée dans la liste figurant à l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 précité.
La base de remboursement de chaque constituant est arrondie à l'eurocent le plus proche, cet arrondi est calculé selon le mode de calcul prévu dans le software des ordinateurs;

2° de la base de remboursement des excipients pour crèmes, gels, onguents ou pâtes, arrondie comme précisé au 1°, exprimée en valeur de P par gramme et forfaitarisée comme suit: P 0,01 ;

3° de l'honoraire de préparation ou de dispensation calculé conformément aux dispositions de l'article 21 §§ 1er et 2, arrondi comme précisé sous 1° ;

4° En ce qui concerne les rectioles, peut être porté en compte à l'assurance, à concurrence de la base de remboursement maximale exprimée en valeur de P, l'élément repris ci-après: pièce: P 0,20.

En pratique:

→ L'addition des points 1° à 3° donne la base de remboursement de la préparation (à l'exception des rectioles) auquel on soustrait l'intervention personnelle du bénéficiaire pour obtenir le montant de l'intervention de l'assurance.
→ L'addition des points 1° à 4° donne la base de remboursement de la préparation (dans le cas des rectioles) auquel on soustrait l'intervention personnelle du bénéficiaire pour obtenir le montant de l'intervention de l'assurance.

Exemples au 01.01.2014 (bénéficiaire sans régime préférentiel)

Lettre P valeur au 01.01.2014 = 1,826737

Exemple 1
Bétaméthasone valérate 0,121 g
Paraffine liquide 30 g
Vaseline blanche ad 100 g

Principe actif : Bétaméthasone valérate
Excipient : Paraffine liquide + Vaseline blanche
Pour que la crème fasse 100 g au total il faut ajouter 69,879 g de vaseline blanche au 30 g de paraffine liquide soit 99,879 g d'excipient.
Le coût de l'excipient sera alors : 99,879 x P0,01 = 1,82 euros
Tarification de la préparation
Prix principe actif : 2,46 euros
Prix excipients : 1.82 euros
Honoraires : 17,04 euros
TOTAL : 21,32 euros
→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros
→ intervention assurance : 18,92 euros

Exemple 2
Erythromycine 200 mg
Dt 20 gélules gastro-résistantes

Principe actif : Erythromycine
Tarification de la préparation
Prix principe actif : 1,91 euros
Prix excipients : 0,37 euros (gélules) + 0,37 euros (enrobage)
Honoraires : 9,13 euros
TOTAL : 11,78 euros
→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros
→ intervention assurance : 9,38 euros

Exemples au 01.04.2014 (bénéficiaire sans régime préférentiel)

Lettre P valeur au 01.04.2014 = 1,826737

Exemple 1
Bétaméthasone valérate 0,121 g
Paraffine liquide 30 g
Vaseline blanche ad 100 g

Principe actif : Bétaméthasone valérate
Excipient : Paraffine liquide + Vaseline blanche
Pour que la crème fasse 100 g au total il faut ajouter 69,879 g de vaseline blanche au 30 g de paraffine liquide soit 99,879 g d'excipient.
Le coût de l'excipient sera alors : 99,879 x P0,01 = 1,82 euros
Tarification de la préparation
Prix principe actif : 2,46 euros
Prix excipients : 1.82 euros
Honoraires : 21,03 euros
TOTAL : 25,31 euros
→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros
→ intervention assurance : 22,91 euros

Exemple 2
Erythromycine 200 mg
Dt 20 gélules gastro-résistantes

Principe actif : Erythromycine
Tarification de la préparation
Prix principe actif : 1,91 euros
Honoraires et excipients : 12,93 euros
Enrobage gastro-résistant : 3,29 euros
TOTAL : 18,13 euros
→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros
→ intervention assurance : 15,73 euros

Remarque :
Ces exemples sont purement informatifs. Ils ne peuvent pas être utilisés pour des contrôles de tarif exacts.

CONTENU DES ZONES SUR LE SUPPORT ELECTRONIQUE (à partir du 1/4/2014)

Zone 1	Zone 4	Zone 19	Zone 22	Zone 23	Zone 27	Zone 37	Zone 40-41
Code enregistrement	Code cat.	Montant O.A.	Quantité	Unité	Montant pat.	Forme galénique	Code produit
20					110110		
40	750035	22,91	2	0	2,40	032	0
40	750212	0	121	02	0	0	0570333
40	750035	15,73	2	0	2,40	071	0
40	750212	0	4000	02	0	0	0521427
80		38,64			4,80		

RUBRIQUE : DATE PREMIER JOUR FACTURE

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

- *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000 ou 0767502):* date d'admission.
  Il s'agit de la date d'admission à l'hôpital.
  Le forfait médicaments (0756000 ou 0767502) ne peut être porté en compte qu'une fois par séjour, à savoir lors de la date d'admission à l'hôpital.

- *pour les autres produits :* la date de début de la période de délivrance ou date de délivrance.

- *en cas de changement de service au cours de la période de délivrance* : il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu avant 12h ou la date suivant la date de changement de service si le transfert a lieu à partir de 12h (ce qui signifie que la facturation doit être scindée en différents enregistrements).

En cas de 0757293 ou de 0757315, cette zone est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2 de l'A.R. du 06/10/2008).
En cas de 0757330, cette zone est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2 de l'A.R. du 06/10/2008).

RUBRIQUE : DATE DERNIER JOUR FACTURE

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

- *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000 ou 0767502):* date d'admission;

- *pour les autres produits :* date de fin de la période de délivrance ou date de délivrance.

- *en cas de changement de service au cours de la période de délivrance* : il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu à partir 12h ou la date précédant la date de changement de service si le transfert a lieu avant 12h (ce qui signifie que la facturation doit être scindée en différents enregistrements).

En cas de 0757293 ou de 0757315, cette zone est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2 de l'A.R. du 06/10/2008).
En cas de 0757330, cette zone est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2 de l'A.R. du 06/10/2008).

Remarque : Une date de fin doit toujours être mentionnée, même lorsque celle-ci est identique à la date de début.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

Le numéro de la mutualité doit être repris dans cette zone quel que soit le type de facture codé dans la zone 10 de l'enregistrement de type 20.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

RUBRIQUE : ACCOUCHEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

Voir enregistrement de type 30 zone 10.

Valeur	Signification
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère.
2	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né, alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
3	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s), alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
4	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9).
5	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s) et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) .
6	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère qui a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) .

(☞7) A partir du 01/01/2023, cette zone n'est plus nécessaire sauf dans les cas exceptionnels où il n'est pas possible d'établir une facture séparée au nom du nouveau-né (p.ex. bébé né mort).
En cas de facturation séparée pour la mère et le bébé, la zone peut être remplie facultativement.

RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

Voir enregistrement de type 30 zone 11.

RUBRIQUE : CODE SERVICE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53

Voir enregistrement de type 30 et 50 zone 13.

En cas de délivrances par l'officine hospitalière de produits parapharmaceutiques non remboursables (0960374 - 0960385 ou 0960396 - 0960400), cette zone doit être mise à zéro.

En cas de forfait par admission pour les médicaments (0756000 ou 0767502), le service d’admission doit être mentionné dans cette zone.

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

En cas de médicaments délivrés dans le cadre d'une convention de dialyse (aussi bien code ambulant que code hospitalisé), le numéro d'identification du centre de dialyse doit être mentionné dans cette zone.

En cas de journées d'entretien forfaitaires dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour, le numéro d'identification de l'hôpital de prestation doit être mentionné dans cette zone.

En cas de médicaments délivrés aux patients qui suivent un traitement de rééducation, ceux-ci peuvent être facturés uniquement par le service de tarification reconnu de l'hôpital responsable de la délivrance. Le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Pour les factures réalisées par un hôpital pour les patients qui résident en MRS, MRPA ou IHP, le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Pour les factures avec comme numéro de tiers payant le numéro d'identification d'un office de tarification agréé d'un hôpital, on mentionne ici le numéro de l'hôpital ou s'il n'y a pas d'hôpital, le numéro de l'office de tarification agréé.

Dans le cas où des forfaits 0757293 ou 0757315 sont attestés, alors le numéro d'agrément du programme de soins de médecine de la reproduction A ou B doit être mentionné dans cette zone (numéro de l'hôpital + 140 ou 141).

RUBRIQUE : IDENTIFICATION CONVENTION / ETABLISSEMENT DE SEJOUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

Lors de traitement dans un centre de rééducation (type de facture = 5 ou 6), il y a lieu de renseigner le numéro d'identification de la convention.

S'il s'agit d'une délivrance de médicaments par l'officine hospitalière aux patients qui séjournent dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P. (type de facture = 4), le numéro de l'établissement où le patient séjourne doit être mentionné.

Dans les autres cas, cette zone est mise à zéro.

RUBRIQUE : MEDICAMENTS GRATUITS

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 80

Il est possible que le patient ne doit pas payer certains médicaments et que l'hôpital (ou la firme pharmaceutique) prend en charge le coût total. Dans ce cas, ces médicaments peuvent être considérés comme médicaments gratuits.

Les médicaments gratuits ne, sont, donc pas imputés à l'assurance maladie obligatoire, ni au patient. Ils peuvent être mentionnés pour information sur le fichier de facturation ou pour justifier la facturation d'une journée forfaitaire.
Un médicament gratuit peut donner lieu à l'imputation d'un miniforfait(*) ou maxiforfait.

Valeur	Signification
1	Il s'agit de médicaments gratuits, toutes les zones « montant » (Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39) sont égales à zéro.
0	Tous les autres cas non repris sous la valeur 1.

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

RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81

Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée 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.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

En général : voir art. 95, § 1 et § 3 de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour les bénéficiaires hospitalisés, § 2 a) pour les délivrances aux personnes non hospitalisés et § 2 b) pour les bénéficiaires qui séjournent dans les maisons de répos et de soins.

La tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel

- Si la zone 4 = 0756000 (ou 0767502), cette zone est égale au montant (réduit) du forfait.
  Si la zone 4 = 0756022, 0756044; 0756066, 0756081, 0756103, 0756125, 0756140, 0756162, 0756184, 0756206, 0756221, 0756243, 0756265, 0756280, 0756302, 0757680 ou 0757702, cette zone est égale à 25% de la base de remboursement du produit concerné (voir art. 95 § 3 de l'A.R. du 21/12/2001).

- Si la zone 4 = 0757293, 0757315 ou 0757330, cette zone est égale au prix du forfait comme prévu dans l'art. 2, 3 ou 4 de l'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008), diminué de l'intervention personnelle prévue dans l'art. 6, 7 ou 8 du même AR.

- Pour les médicaments délivrés aux patients d'un hôpital chirurgical de jour et aux patients pour lesquels un forfait par jour peut être porté en compte, le montant de l'intervention de l'assurance est calculé selon les règles qui sont d'application pour les patients non hospitalisés.

- Pour les médicaments non remboursables, l'intervention de l'assurance est 0.

- Pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés, dans le cadre d'un forfait par jour, dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour (= forfaits avec code hospitalisé), les règles relatives à l'intervention de l'assurance et aux tickets modérateurs des bénéficiaires hospitalisés doivent être appliquées.

- S'il s'agit d'un enregistrement de détail d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750212), alors le contenu de cette zone est égal à zéro.

- Pour les produits de contraste (classe ATC V08) et les autres médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019), l'intervention de l'assurance est diminuée de 10% (15% à partir du 1/4/2019).

- Si la zone 4 = 0753631 ou 0757956, cette zone est égale à l'intervention prévue dans l'AR du 21/12/2001 augmentée de l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013).
  Si la zone 4 = 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060 cette zone est égale à l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013).

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

RUBRIQUE : DATE DE PRESCRIPTION ZONE RESERVEE

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

Cette zone est réservée mais provisoirement non utilisée.

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE D'UNITES

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

Dans cette zone, le nombre d'unités délivrées doit être mentionné; cela correspond au nombre de fois que le tarif unitaire est porté en compte.
Lorsque le nombre d'unités dans une tube, flacon, ampoule,… divisé par l'unité dans laquelle le prix est exprimé n'est pas un nombre entier, le nombre d'unités doit être arrondi vers le bas.

Exemple 1: *Replagal 797-381*
Prix * et ** vaut par 0,2 ml
1 ampoule contient 3,5 ml, donc 17,5 unités (3,5/0,2)
En cas de délivrance de 1 ampoule, 17 unités peuvent être facturées.
En cas de délivrance de 3 ampoules, 51 unités (= 3*17) peuvent être facturées.

Exemple 2: *Gyno-daktarin 0708-164*
Prix * et ** vaut par 5 g
1 tube contient 78 g, donc 15,6 unités (78/5)
En cas de délivrance d'1 tube, 15 unités peuvent être facturées.

- En cas de forfait, le contenu de cette zone doit toujours être égal à 1.

- Pour les médicaments délivrés par les officines hospitalières aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., voir unité à côté des codes indiqués par "*" dans l'A.R. du 21/12/2001.

- S'il s'agit de la spécialité Inomax, le nombre d'unités mentionné dans cette zone est exprimé en heures.

- S'il s'agit de préparations magistrales (zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116), alors le nombre de modules est indiqué dans cette zone.
  S'il s'agit d'une molécule d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750212), alors on mentionne dans cette zone la *quantité totale* du produit indiqué dans la zone 40-41, exprimée dans *l'unité la plus appropriée* selon le code mentionné dans la zone 23, avec un maximum de 4 chiffres significatifs. Lorsque la quantité, exprimée dans l'unité la plus petite possible, est plus petite que 1, alors on arrondit vers le haut (donc quantité = 1).
  Quantité totale = la quantité totale présente dans l'ensemble de la préparation telle que facturée dans l'enregistrement principal de type 40 correspondant.
  Unité la plus appropriée = l'unité qui permet d'avoir la plus grande précision dans les données transmises en utilisant maximum 4 chiffres significatifs (sans décimales).

- Si la zone 4 = 0755952 ou 0757455, alors cette zone est égale à 1.

- Si la zone 4 = 0755974, alors on mentionne dans cette zone le nombre de jours de traitement.

- Si la zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 ou 0757433, la zone est égale à 1.

En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

RUBRIQUE : UNITE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 113

Dans cette zone, on indique au moyen d'un code, l'unité dans laquelle la quantité renseignée dans la zone 22, est exprimée.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 4 = 0750212.
Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0.

Valeur	Signification
02	mg
03	microgramme
05	1000 unités
08	pièces
10	gramme
11	10.000 unités
12	100.000 unités
14	unités

RUBRIQUE : IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

Cette zone doit être complétée s'il s'agit de médicaments délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés.

Cette zone est égale à zéro s'il s'agit de médicaments ou de produits délivrés aux bénéficiaires hospitalisés (ET 40 Z 4 = pseudo-code du point 1, point 8, point 10 ou point 13 ou pseudo-code 0961026, 0960385 ou 0960400).
Toutefois, si l'identification du prescripteur est complétée, aucune erreur ne pourra être portée en compte.

Cette zone est également égale à zéro lorsqu'il s'agit de médicaments non remboursables, préparations magistrales ou produits délivrés sans prescription aux patients ambulants (ET 40 Z 4 = 0751015, 0750116 ou 0961015, 0960374 ou 0960396).

Pour les 3 pseudo-codes 0757293, 0757315 et 0757330, le prescripteur (médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique) doit être mentionné.

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128

Dans cette zone, la quote-part personnelle réelle et réglementaire effectivement imputée doit être mentionnée.

Voir article 2. 1° et 2° a) de l'A.R. du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire maladie et invalidité.

Cette zone ne doit être utilisée que pour les patients non hospitalisés, les patients d'un hôpital chirurgical de jour, les patients pour lesquels un forfait par jour peut être porté en compte et les patients qui séjournent dans les MRS, MRPA ou IHP.

Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.

L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Lors de la réintroduction d'une prestation rejetée, la zone « intervention personnelle » doit à nouveau être remplie, même si le montant a entre-temps déjà été facturé et payé par le patient.

Si la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072 ou 0750094, alors l'intervention personnelle de la préparation magistrale est indiquée dans cette zone.
Si la zone 4 = 0750212, alors cette zone est égale à zéro.

Si la zone 4 = 0755974, alors cette zone est égale à zéro.

Pour les médicaments délivrés en ambulatoire aux patients qui séjournent en MSP et les spécialités pharmaceutiques qui ont été utilisées dans une solution pour alimentation parentérale, la zone 27 est égale à zéro. Dans la zone 39, l'intervention personnelle théorique est mentionnée.

Si la zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 ou 0757433, la zone est égale à zéro.

Si la zone 4 = 0753631 ou 0757956, alors cette zone est égale à l'intervention personnelle prévue dans l'AR du 7 mai 1991 diminuée de l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/09/2013 (MB du 20/09/2013).
Si la zone 4 = 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060 alors cette zone est égale à zéro.

Si la zone 4 = 0795071, alors cette zone est égale à l'intervention personnelle prévue dans l'AR du 23 mars 2019 (pansements actifs).

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT OU MONTANT POUR PRODUITS NON-REMBOURSABLES

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165

Dans cette zone, on mentionne les montants portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée, hors cadre de l'assurance maladie obligatoire. Il ne s'agit donc pas de médicaments non remboursables délivrés aux patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques (voir ET 40 Z 39).

Il s'agit
- des spécialités non remboursables délivrées aux patients qui séjournent dans un hôpital général : 0750820;
- des médicaments non forfaitarisés non remboursables délivrés à des patients qui séjournent dans un hôpital aigu : 0756626 ;
- des spécialités non remboursables délivrées aux patients non-hospitalisés : 0751015;
- des préparations magistrales non remboursables délivrées aux patients non-hospitalisés : 0750116;
- Les produits parapharmaceutiques non remboursables : 0960374-0960385, 0960396-0960400.
- des médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et avec information au médecin-conseil : 0757245;
  Remarque : Si aucune information n'est communiquée au médecin-conseil (0757260) au plus tard au moment de la facturation (voir A.R. du 7 mai 1991), les médicaments ne peuvent pas être imputés au patient et cette zone est égale à zéro.
- pansements actifs non remboursables : 0757271 (*);
- supplément éventuel en cas de délivrance d'un tensiomètre dans le cadre du trajet de soins « insuffisance rénale chronique » : 0757433.
- supplément éventuel en cas de délivrance des accessoires pour l'oxygène médical gazeux par le fournisseur non pharmacien: 0755952.
- différence entre le prix et l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013) dans le cas des contraceptifs non-remboursables délivrés aux femmes de moins de 21 ans: 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

(*) pour les délivrances jusqu'au 30/9/2019 inclus (à partir du 1/10/2019, une intervention est prévue via l'AR du 23/3/2019, MB 15/4/2019)

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

Voir enregistrement de type 30 zone 32.

RUBRIQUE : CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176

Voir enregistrement de type 30 zone 33.

Valeur	Signification
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
6	Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice)
0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

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

Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.
Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

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

RUBRIQUE : CODE EXCEPTION PROPHYLAXIE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 177

Cette zone est toujours égale à zéro.

RUBRIQUE : FLAG DCI

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 179

Dans cette zone, il est indiqué si le médicament est prescrit sous le nom de marque ou sous sa DCI (dénomination commun internationale).

Valeur	Signification
0	médicament prescrit sous le nom de marque
1	médicament prescrit sous sa DCI

RUBRIQUE : FORME GALENIQUE PREPARATION MAGISTRALE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 180

Cette zone doit obligatoirement être complétée si le contenu de la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094.
Si la zone 4 = 0750116, alors cette zone peut être remplie (facultatif).

Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0.

Valeur	Signification
01	gélules
08	suppo adultes
09	suppo enfants
10	ovules
11	rectioles
13	ampoules
15	poudres à diviser
20	solutions usage interne
21	solutions usage externe
27	gouttes ophtalmiques
28	lotions ophtalmiques
30	pommades
31	pommades ophtalmiques
40	mélanges de poudres ou de plantes
71	gélules enrobées
90	délivrances telles quelles (p.ex. oxygène)
91	préparations préfabriquées

En cas d'imputation d'honoraires supplémentaires, la valeur est précédée de « 1 »
Dans tous les autres cas la valeur est précédée de « 0 »
A partir du 1/4/2014, la première position de cette zone est toujours égale à zéro. En effet, un honoraire supplémentaire est seulement encore prévu pour les gélules enrobées (« 71 »).

RUBRIQUE : NUMERO OFFICE DE TARIFICATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 183

Dans cette zone est mentionné le numéro d'identification de l'office de tarification agréé de l'officine de l'hôpital qui a délivré les médicaments (voir A.R. 23 novembre 1995, M.B. 11 janvier 1996).

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT THEORIQUE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 195

Cette zone doit être utilisée pour les patients hospitalisés, les médicaments délivrés en ambulatoire aux patients qui séjournent en MSP et les spécialités pharmaceutiques qui ont été utilisées dans une solution pour alimentation parentérale.

Comme, dans ces cas, l'intervention personnelle est un montant forfaitaire, il s'agit ici d'un montant théorique qui n'est pas facturé au patient.

Médicaments remboursables

a) Délivrance à des patients hospitalisés
Pour les médicaments hors forfaitarisation, ce montant constitue la différence entre la "base de remboursement" (dont question à l'art. 95, § 1 de l'A.R. du 21 décembre 2001) et le montant remboursé par l'assurance-maladie (ET 40 Z 19) (*).
S'il s'agit de spécialités de référence, la différence entre le prix et la base de remboursement ne peut pas être reprise dans cette zone.
Pour les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation, cette zone est égale à zéro.

b) Délivrance (ambulatoire) aux patients qui séjournent dans une MSP
Le ticket modérateur théorique est égal à la différence entre le « prix » (tarif *) et le montant qui est remboursé par l'assurance maladie (ET 40 Z 19).
S'il s'agit de spécialités de référence, la différence entre le prix et la base de remboursement doit aussi être reprise dans cette zone.
Exception : pour les spécialités de la catégorie Fa ou Fb, l'éventuelle différence entre le prix et la base de remboursement ne peut pas être reprise dans cette zone.

Médicaments non remboursables

Dans un hôpital psychiatrique ou une maison de soins psychiatrique, le ticket modérateur forfaitaire couvre également les médicaments non remboursables. Le prix total de ces produits doit être mentionné comme intervention personnelle théorique.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

(*) Cette définition n'est pas valable pour les produits de contraste et les autres médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019), pour lesquels l'intervention est diminuée de 10% (15% à partir du 1/4/2019).

RUBRIQUE : NUMERO DU PRODUIT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N - 205

Dans ces zones, il y a lieu d'indiquer le code individuel du produit pharmaceutique.

Cette zone doit toujours être complétée; excepté lorsqu'il s'agit de préparations magistrales délivrées aux patients ambulants, du forfait par admission pour les médicaments (0756000 ou 0767502) et les interventions forfaitaires 0757293, 0757315 et 0757330. Dans ces cas, la zone doit être mise à zéro.

1. Médicaments remboursables des catégories A, B, C, Cs et Cx.
   Voir l'annexe à l'A.R. du 1er février 2018, fixant les conditions d'intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire dans les coûts des prestations pharmaceutiques.

   Les mêmes codes sont utilisés pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés (unités précédées d'un double astérisque (**)), et pour les médicaments délivrés aux patients ambulants, aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. et I.H.P. et aux patients pour lesquels un forfait pour journée d'entretien peut être porté en compte (unités précédées d'un astérisque(*)).

2. Médicaments non remboursables et autres délivrances non remboursables.
   Le code individuel du produit (code CNK publique) est mentionné.
   Cependant, lorsqu'un code individuel produit remboursable (code CNK 07xxxxxx/7xxxxxx) existe, celui-ci doit être mentionné.

   Les médicaments non remboursables qui proviennent de l'étranger et pour lesquels il n'existe pas de code CNK, sont repris individuellement sous le pseudo-code CNK 07799984.

   Les médicaments non remboursables qui proviennent du pays et pour lesquels il n'existe pas de code CNK, doivent être mentionnés sous le pseudo-code CNK 07799992.

   Les délivrances non remboursables, autres que des médicaments - spécialités, pour lesquelles il n'existe aucun code CNK, doivent être mentionnées sous le pseudo-code CNK 07799976.

   Pour la médication chimiothérapeutique qui tombe sous le ATC-code L01, pour laquelle un maxi-forfait peut être facturé et pour laquelle aucun code CNK n'existe, le pseudo-code CNK 07799984 ou 07799992 doit être mentionné selon qu'il s'agit d'un produit belge ou étranger.

   Lors de l'utilisation des pseudo-codes CNK 07799984, 07799992 et 07799976, le libellé du produit concerné doit être mentionné dans les zones 42 à 45.

   Remarque : L'utilisation des pseudo-codes CNK 07799984, 07799992 et 07799976 doit être limitée à 1 % maximum du chiffre d'affaires annuel.

3. Préparations magistrales.
   Si la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116, alors le contenu de cette zone est égal à zéro.
   Si la zone 4 = 0750212, alors le code CNK est renseigné dans cette zone.

4. Matériels et produits de soins pour les soins à domicile de bénéficiaires souffrant de mucoviscidose

Codes CNK de la liste (section 7 KB 24/10/2002).

- forfait pour dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins 07100068
- honoraires de remplissage 07100076

5. Honoraires pour la livraison et l'installation de l'oxygène au domicile du bénéficiaire.

Accessoires et installation

Par le pharmacien :
07107949 première installation
07107006 location des bouteilles et du détendeur
07105752 masques et/ou lunettes à oxygène
07106545 tuyaux
07106784 humidificateurs à usage unique

Par le fournisseur non-pharmacien :
07109218 première installation
07109226 location des bouteilles et du détendeur
07109234 masques et/ou lunettes à oxygène
07109242 tuyaux
07109259 humidificateurs à usage unique

Dans l'ET 40 Z 4, ces pseudo-codes CNK doivent être regroupés sous le pseudo-code catégorie 0755952.

Honoraires pour la coordination et l'accompagnement
- coordination et accompagnement de l'oxygénothérapie gazeuse 07105745

Dans l'ET 40 Z 4, le pseudo-code catégorie 0757455 est utilisé pour ce pseudo-code CNK.

6. Trajets de soins

Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes - coût du matériel	07104656
Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes - honoraire	07104664
Trajet de soins diabète – glucomètre - coût du matériel	07104672
Trajet de soins diabète – glucomètre - honoraire	07104680
Programme 'éducation et autogestion' – tigettes et lancettes – coût du matériel	07104698
Programme 'éducation et autogestion' – tigettes et lancettes – honoraire	07105372
Programme 'éducation et autogestion' – glucomètre – coût du matériel	07105380
Programme 'éducation et autogestion' – glucomètre – honoraire	07105398
Trajet de soins insuffisance rénale chronique – tensiomètre - honoraire	07105406

Sur le site de l'INAMI, une liste des tensiomètres qui entrent en ligne de compte pour le remboursement dans le cadre de ce trajet de soins sera publiée.
Le coût du matériel doit être facturé sous le code CNK spécifique repris dans la liste susmentionnée.

RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 48 A - 213

Si la zone 40-41 de l'enregistrement de type 40 contient le code 07799976, 07799984 ou 07799992, cette zone doit reprendre la description du produit concerné.

Si la zone 4 de l'enregistrement de type 40 contient le pseudocode 0960374-0960385 ou 0960396-0960400, cette zone doit reprendre la description du produit concerné.

RUBRIQUE : DATE DE L'ACCORD PRESTATION

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

Voir enregistrement de type 30 zone 47.

Pour les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation, aucun accord du médecin conseil n'est nécessaire et cette zone est égale à zéro.

Pour les pseudo-codes 0757293, 0757315, 0757330, la date de l'accord du médecin conseil doit être complétée.

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

RUBRIQUE : TRANSPLANTATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 270

Voir enregistrement de type 30 zone 48.

RUBRIQUE : NUMERO DU PHARMACIEN TITULAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 271

Dans cette zone, le pharmacien titulaire est identifié par le numéro d'identification de l'I.N.A.M.I..
Le numéro d'identification du pharmacien qui a signé la facture récapitulative (relative au mois facturé mentionné dans l'ET 10 Z 22-23) doit être mentionné dans cette zone.

A	B	C					D		E		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	2										

A : La première position est toujours 0.

B : La deuxième position est toujours le chiffre 2.

C : Numéro d'ordre, accordé par l'I.N.A.M.I. (positions 3 à 9).

D : Chiffres de contrôle.

E : Les 3 dernières positions indiquent :

001 titulaire.

RUBRIQUE : ANNEE DE NAISSANCE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N - 283

L'utilisation de cette zone est provisoirement facultative.

L'année de naissance du bénéficiaire mentionnée dans la zone 8 est indiquée dans cette zone.

RUBRIQUE : SITE HOSPITALIER

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 287

Voir enregistrement de type 30 zone 51.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 293

Voir enregistrement de type 30 zone 52.

RUBRIQUE : FLAG TVA

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'une prestation/délivrance sur laquelle de la TVA est due.

	Valeur	Signification
(☞7)	01	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient et sur lesquelles la TVA est dûe
	02	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient avec exemption de TVA
	00	tous les autres cas

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 50

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : NORME PRESTATION (POURCENTAGE)

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

Valeur	Signification
1	Aide opératoire en cas de 1ère intervention chirurgicale ou de prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale.
2	Aide opératoire en cas de 2ème intervention chirurgicale ou d'interventions chirurgicales suivantes.
3	Honoraire forfaitaire réduit par admission pour l'imagerie médicale, pour la biologie clinique ou pour la permanence (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans un délai de 10 jours après une hospitalisation précédente).
4	Consultations, visites, suppléments d'urgence et indemnité supplémentaire de déplacement sans ticket modérateur dans le cadre de la vaccination contre la grippe AH1N1, où le ticket modérateur est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (honoraire complet dans la Z 19; Z 27 égale à zéro)
5	Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans les champs nettement distincts de l'intervention principale ou pour des prestations pouvant être comptées à 50 % seulement.
6	Les matériaux de l'art. 28 ou issus de la « liste » (AR 25/6/2014) pour lesquels le prix d'achat est inférieur au prix-INAMI et ne sont par conséquent, tarifés qu'au niveau du montant de la facture**.**
7	Prestations hors réglementation tiers payant mais sont sur le fichier de facturation électronique pour mémoire et une facture O.A. par paiement comptant suit.
8	Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans le même champ que l'intervention principale et qui ne peu(ven)t pas être attestée(s) car il ne s'agit pas de l'intervention principale.

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

9 - Pour les prestations de radiothérapie effectuées en plusieurs séances, le code prestation doit être repris autant de fois qu'il y a eu de séances; pour chaque code prestation, il y a lieu de reprendre la date de la séance (c.à.d. date de début = date de fin = date de prestation). Le tarif doit être mentionné dans l'enregistrement du dernier code prestation (code norme = 0, ou 5 en cas de répétition). Pour toutes les autres prestations, le code norme est égal à 9 et la zone 19 (montant OA) est mise à zéro.
Pour les prothèses dentaires, l'enregistrement avec le code de prestation doit être précédé d'enregistrements avec pseudo-codes qui désignent les phases de fabrication. Dans ces enregistrements, la date de chaque phase doit être complétée (Z 5 = Z 6). Le code norme est égal à 9. Les zones montant sont égales à zéro.
Les enregistrements avec le code norme 9 doivent être mentionnés dans une série continue et être immédiatement suivis par le dernier enregistrement de prestation avec le code norme 0.
Cas particuliers :

- Si la situation du patient ambulant-hospitalisé change durant la période de prestation, alors le code de prestation (dans la Z 4) suit le statut du patient. Le type de facture (ambulant ou hospitalisé) est déterminé par le statut du patient au dernier jour de la période (= enregistrement avec le code norme 0).
  Le code service des enregistrements avec norme 9 peut être déterminé soit par le statut du patient à la date de la séance, soit par son statut au dernier jour de la période.
  Pour les éventuels honoraires supplémentaires lors d'une série d'irradiations (ex :444496) le type de facture est déterminé par le statut du patient à la date à laquelle l'honoraire supplémentaire est facturé. Il est, donc, possible que le forfait pour la séries d'irradiations soit facturé sur une facture hospitalisé et l'honoraire supplémentaire sur une facture ambulant, ou inversément.
- Si l'assurabilité du patient change durant la période de prestation (modification CT1/CT2, modification de mutualité d'affiliation), alors tous les enregistrements avec norme 9, de même que l'enregistrement de facturation avec norme 0 sont mentionnés sur une même facture. La situation d'assurabilité du patient à la date de la dernière prestation est mentionnée sur cette facture.

- Pour les *honoraires forfaitaires* pour les soins infirmiers A, B, C, PA, PB, PC, PP, l'enregistrement comportant le code nomenclature du forfait doit être précédé d'une série d'enregistrements dans lesquels, les prestations de base et les prestations techniques infirmières prestées durant le jour de soins concerné sont indiquées au moyen des pseudo-codes (voir art. 8, § 5, 3°, c de la nomenclature). Le cas échéant, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §5 bis, 5°, d de la nomenclature sont également mentionnés.
  Pour les *honoraires supplémentaires PN*, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §5 bis, 5°, d de la nomenclature sont mentionnés, le cas échéant.
  Pour les *prestations 427534, 427556, 427571 et 429251,* des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §9 de la nomenclature sont mentionnés, le cas échéant.
  Tous ces enregistrements avec les pseudo-codes susmentionnés doivent être indiqués par la norme 9; les zones 19, 27 et zone 30-31 sont alors toujours égales à zéro et la zone 17-18 indique respectivement le code nomenclature de l'honoraire forfaitaire ou de l'honoraire supplémentaire PN ou le code nomenclature 427534, 427556, 427571 ou 429251. Le contenu des zones 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 14 est identique dans chaque enregistrement indiqué par la norme 9 et est également égal aux zones correspondantes dans l'enregistrement de facturation avec norme 0.

- Pour les tuteurs coronaires (158992-159003), tuteurs coronaires ou drug eluting stents (jusqu'au 30/6/2014 inclus: 680352-680363; à partir du 1/7/2014: 159036-159040) ou drug eluting stents (159014-159025) et pour les prestations relatives aux endoprothèses (161114 à 161420 inclus), la facturation se fait comme suit:
  * le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents placés ou au nombre d'éléments utilisés + 1;
  * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents ou égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du tuteur/drug eluting stents ou de l'élément utilisé;
  * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire, la zone 22 est toujours égale à "+0001", les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;
  * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant forfaitaire est facturé;

  Attention: implantation sur plusieurs jours: voir instructions ET 50 Z 3 S 4 et ET 50 Z 4 S 18.

- 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;

  Les prestations avec liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel sont indiquées avec la valeur « 1 » dans la colonne « type implant » de la feuille « Z43 » de la liste implants publiée sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique») (mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus et reste valable pour les pseudo-codes dans le cadre des déclarations d'accord et dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ») ou avec la valeur 2 dans la zone « identificationZone43 » du fichier de référence « LIST » (à partir du 1/7/2014).

- Pour les implants avec obligation de notification, sans liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, la facturation s'effectue comme suit :
  * le nombre d'enregistrements consécutifs est égal au nombre d'éléments utilisés notifiés + 1;
  * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés notifiés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro; la zone 55-56 reprend le code de notification de l'élément utilisé;
  * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, la zone 55-56 est toujours égale à zéro;
  * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé;

  Les prestations qui doivent être facturées de cette façon, sont indiquées avec la valeur « 1 » dans la feuille « Z55-56 » de la liste implants (mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus et reste valable pour les pseudo-codes dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ») ou avec la valeur 2 dans la zone « notificationZone55 » du fichier de référence « LIST» (à partir du 1/7/2014).
  Un exemple concret est détaillé dans l'ET 50 Z 4 S 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 ...

Mise en place des stents sur plusieurs jours.

A partir du 1/7/2014:
La condition de remboursement F-§05, point 5.1 prévoit que par séjour, seule une des prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 et 170656-170660 peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

Deux possibilités existent alors :

1) Plusieurs tuteurs coronaires / drug eluting stents mis en place pendant différentes périodes opératoires mais lors de la même hospitalisation:

   Le forfait ne peut être pris en compte qu'une fois, mais tous les codes d'identification de TOUS les stents implantés doivent être mentionnés sur la facture électronique.
   Les premiers stents sont mentionnés avec norme 9 et la date exacte de l'implantation.
   Puis un enregistrement avec norme 0 et le montant forfaitaire suit avec la date de la première implantation.
   Ensuite se trouve l'enregistrement avec la facturation de la marge de délivrance.
   Finalement les stents de la deuxième implantation sont mentionnés avec norme 9 et leur date exacte d'implantation.
   Voir également l'exemple dans la Zone 4 S 18.

2) Plusieurs tuteurs coronaires / drug eluting stents mis en place lors de différentes périodes opératoires lors de différentes hospitalisations.

   Le forfait peut être pris en compte plusieurs fois, puisqu'il s'agit de différentes hospitalisations. La facturation s'effectue selon les règles normales.

Remarque:
Cette méthode ne vaut pas pour la prestation 158970-158981: pour cette prestation, ni un code d'identification, ni un code de notification ne doit être mentionné; il n'y a, donc, pas d'enregistrements statistiques avec norme 9.

RUBRIQUE : CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

Code de la prestation qui a été fournie.

Ces numéros de code figurent en général dans la nomenclature des prestations de santé et sont précédés d'un zéro.

Des pseudo-codes ont été introduits:

- pour des dépenses définies dans la nomenclature, mais non codifiées;
- pour des dépenses non définies dans la nomenclature, mais dans des accords ou conventions;
- etc, ...

Ceux-ci sont reproduits ci-après.

Libellé	Pseudo-code nomenclature Ambulant	Hospitalisé
1. Frais de déplacement des médecins		
a) Indemnités ordinaires pour spécialistes en pédiatrie	0109911	-
b) Supplément d'indemnité pour les médecins généralistes dans les régions rurales	0109955	-
c) Indemnité kilométrique pour les médecins spécialistes	0109970	-
2. Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses		
a) praticiens de l'art infirmier	0418913	-
b) accoucheuses	0422973	-
3. Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au typage de donneurs potentiels à l'étranger en vue de trouver un donneur compatible, ainsi que dans les frais relatifs au prélèvement de ces cellules souches hématopoïétiques et à l'assurance du donneur	0269872	0269883
Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au transport du donneur étranger de cellules souches hématopoïétiques	0269894	0269905
Art. 14, m) 3ème alinéa : transport d'organe prélevé à l'étranger	0269916	0269920
4. Les maisons médicales :		
- forfait médecins	0109616	-
- forfait kinésithérapeutes	0509611	-
- forfait praticiens de l'art infirmier	0409614	-
- suivi patient diabétique de type 2 en maison médicale	0109594	-
5. Rééducation professionnelle - Rééducation individuelle		
A) Rééducation professionnelle		
- Examen d'orientation professionnelle - éducation	0771013	-
- Inscription à des cours et des examens	0771035	-
- Séjour	0771050	-
- Frais de déplacement	0771072	-
- Assurance	0771094	-
- Matériel et équipement	0771116	-
B) Fonds spécial de solidarité	0773194	0773205
C) Rééducation individuelle		
a) - Traitement orthoptique	0771536	0771540
- Séance individuelle de rééducation fonctionnelle par un orthoptiste, d'une durée de 60 minutes au minimum	0771551	0771562
b) Appareillage (article 151 + nomenclature)		
- Appareils à parler - type électronique	0771632	0771643
- Prothèse externe orbito-oculaire	0771654	0771665
- Lunettes télescopiques	0771713	0771724
- Pompes à perfusion	0771735	-
- Accessoires pour l'ensemble	0771750	-
- Prestations de rééducation fonctionnelle admises par le Collège des Médecins-Directeurs visées aux art. 27, 29 et 31 de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception de l'art. 29, § 12	0771772	0771783

Libellé	Pseudo-code nomenclature Ambulant	Hospitalisé
c) Prestations de rééducation de patients cardiaques		
- Séance individuelle pluridisciplinaire d'une durée minimale de 30 min	-	0771201
- Séance collective pluridisciplinaire d'une durée minimale de 60 min.	0771212	0771223
d) Prestations de diététique et de podologie		
- évaluation et/ou intervention diététique individuelle	0771131	-
- examen ou traitement podologique individuel	0771153	-
- indication diététique individuelle pour un enfant souffrant de surpoids ou d'obésité (durée minimale de 60 minutes)	0794916	-
- évaluation et/ou intervention diététique individuelle pour un enfant souffrant de surpoids ou d'obésité (durée minimale de 30 minutes)	0794931	-
e) Prestations de rééducation fonctionnelle suite à l'entrée en vigueur des trajets de soins		
- diététique	0794010	-
- podologie	0794032	-
- prestations d'éducation associées à la prestation de suivi		
- séance individuelle par l'éducateur en diabétologie	0794253	-
- séance individuelle par le diététicien	0794275	-
- séance individuelle par l'infirmier	0794312	-
- séance de groupe par l'éducateur en diabétologie	0794334	-
- séance de groupe par le diététicien	0794356	-
- séance de groupe par le kinésithérapeute	0794393	-
- prestations d'éducation associées au trajet de soins diabète		
- séance individuelle par l'éducateur en diabétologie au cabinet	0794415	-
- séance individuelle par l'éducateur en diabétologie au domicile	0794430	-
- séance de groupe groepszitting par l'éducateur en diabétologie	0794452	-
f) Prestations d'ergothérapie		
- Bilan observationnel	0784291	0784302
- Séance de mise en situation	0784313	-
- Séance d'information, de conseil et d'apprentissage	0784335	-
- Bilan fonctionnel final	0784350	-
D) Frais de déplacement		
- Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers centre de rééducation conventionné, organisé par le centre de rééducation	0771971 (°)	0771982 (°)
- Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers centre de rééducation conventionné, adapté à la voiture personnelle	0773150 (°)	0773161 (°)
- Moyen de transport individualisé adapté au handicap (conventions « aides à la mobilité » (7.90)) :		
- Véhicule de l'établissement ou transporteur privé	0770394 (°°)	0770405 (°°)
- Véhicule adapté du bénéficiaire	0770416 (°°)	0770420 (°°)
5bis. Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776156	0776160
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776171	0776182
(☞7) - honoraire complémentaire pour certains forfaits 776171-776182 (groupe A2)	0776193	0776204
Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.51		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776473	0776484
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776495	0776506
(☞7) - honoraire complémentaire pour certains forfaits 776495-776506 (groupe A2)	0776230	0776241
Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		
5ter. Honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de diagnostic multidisciplinaire pour SFC		
- Honoraire de participation médecin généraliste	0787894	0787905
Cette prestation relève d'une convention de rééducation fonctionnelle et doit, par conséquent, être facturée sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		

(°) ne peuvent plus être facturé au niveau fédéral (compte A/B) par les institutions régionalisées (mais bien par les institutions fédérales) à partir de la date de prestation 1/1/2019.

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

Libellé	Pseudo-code nomenclature Ambulant	Hospitalisé
5quater. Convention diabète (enfants) (méthode de mesure par capteur)		
Journée de prestation groupe C – mesure par capteur	0788852	
Journée de prestation groupe B – mesure par capteur	0788815	
Journée de prestation groupe A – mesure par capteur	0788771	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785750	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785794	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785831	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785875	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785912	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785956	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785713	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785676	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785632	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785595	

Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 6 et le code service 770.

5quinquies. Convention SAOS		
Forfait AOM pour un bénéficiaire qui utilise pour la première fois une OAM	0779870	
Forfait AOM pour un bénéficiaire dont l'OAM doit être renouvelée	0779892	
Forfait de base AOM	0779914	
Forfait de départ nCPAP	0779936	
Forfait de base nCPAP	0779951	
Intervention personnelle nCPAP (AR 29/4/1996)	0765951	
Intervention personnelle forfait de départ AOM (AR 29/4/1996)	0765811	

Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 6 et le code service 770. Les pseudo-codes ambulatoires sont également utilisés dans le cas d'une hospitalisation temporaire (sous le type de facture 6 et avec code service 770).
L'intervention personnelle est uniquement applicable pour les bénéficiaires sans régime préférentiel. Pour les bénéficiaires avec régime préférentiel, aucun enregistrement ticket modérateur ne peut être mentionné.

6. a) Bains désinfectants pour brûlures :		
- Global	-	0754526
- Brûlure isolée sur un des quatre membres	-	0754541
b) Nutrition parentérale au domicile du patient		
- Poches « à la carte » adultes	0751354	-
- Poches « à la carte » enfants	0751376	-
- Pré-mélanges industriels	0751391	-
- Poches « perdialytique »	0751413	-
- Forfait par jour pour l'administration d'électrolytes	0751951	-
c) Seringues d'insuline stériles	0754736	-
d) Alimentation entérale par sonde au domicile du patient		
- l'administration d'un produit polymérique	0751251	-
- l'administration d'un produit semi-élémentaire	0751273	-
- l'utilisation du matériel sans pompe	0751295	-
- l'utilisation du matériel avec pompe	0751310	-
- l'utilisation de la pompe	0751332	-
e) Prothèse capillaire en cas de		
- calvitie suite à une radiothérapie et/ou chimiothérapie antimitotique	0755414	0755425
- pelade	0755436	0755440
- alopécie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire	0755451	0755462
- alopécie cicatricielle d'origine radiothérapeutique	0754154	0754165

Libellé	Pseudo-code nomenclature Ambulant	Hospitalisé
f) Conventions art. 56		
- traitement des enfants avec aversion grave de l'alimentation orale		
- pendant les 3 premiers mois	0751914	-
- à partir du quatrième mois et les mois suivants	0751936	-
- formation et suivi alimentation parentérale à domicile		
- formation (les 3 premiers mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751833	-
- formation (les 3 premiers mois) autres bénéficiaires	0751870	-
- suivi (à partir du 4ième mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751855	-
- suivi (à partir du 4ième mois) autres bénéficiaires	0751892	-
7. Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales	-	0700000
8. a) Marge de délivrance des implants (cette marge doit être facturée au même moment que les prestations correspondantes)		
● Implants et dispositifs médicaux invasifs à partir du 1/7/2014		
- implants et dispositifs médicaux invasifs de la "liste"	0619673	0619684
- pour les prothèses de la parole	0785352 (*)	0785363 (*)
- en cas de plafonnement par année civile	0619710	0619721
● Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes à partir du 1/1/2014		
- défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable dans l'enveloppe	0680374	0680385
- électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable	0680190	0680201
- défibrillateur cardiaque implantable (de remplacement) après liquidation totale de l'enveloppe ou lors d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe ou sous garantie	0704933	0704944
- électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable après liquidation totale de l'enveloppe ou lors d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe	0704955	0704966

Le montant de la marge de délivrance est plafonné.
Dans le cas où le plafond est d'application sur la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations, il faut alors indiquer au moyen de la norme 8 ou 7 dans la Z 46 de l'ET 50, si le montant mentionné dans la Z 27 est le résultat du calcul exact sur le prix d'achat (Z 19 + Z 27 de l'ET 50 correspondant); ou la différence entre la valeur plafond et la somme des marges de délivrance mentionnées dans les ET 50 précédents indiqués avec la norme 8.
L'enregistrement dans lequel le plafond est atteint et dans lequel le montant de la Z 27 est par conséquent plus petit que la marge de délivrance normale, est indiqué par la norme 7.
Si le plafond est atteint et qu'aucune marge de délivrance ne peut être facturée, alors un enregistrement "marge de délivrance" est établi avec le montant dans la Z 27 égal à zéro et avec la norme 7.

(*) La marge de délivrance est à charge de l'assurance maladie obligatoire (voir Convention avec les fournisseurs d'implants). Le montant doit donc être mentionné dans la zone 19.

Libellé	Pseudo-code nomenclature Ambulant	Hospitalisé
b) Défibrillateur cardiaque implantable		
Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable	0704815	0704826
Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable	0704830	0704841
Tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable	0704896	0704900
Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient	0705095	0705106
Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe	0704970	0704981
Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe	0704992	0705003
Tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe	0705036	0705040
Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient à la valeur du montant restant dans l'enveloppe	0705154	0705165
Défibrillateur cardiaque implantable après liquidation totale de l'enveloppe	0704852	0704863
Défibrillateur cardiaque de remplacement implantable après liquidation totale de l'enveloppe	0704874	0704885
Electrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable après liquidation totale de l'enveloppe	0704911	0704922
Défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient après liquidation totale de l'enveloppe	0705110	0705121
Défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé en cas d'une end-of-life	0694993	0695004
Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable	0705176	0705180
Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable	0705191	0705202
Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable	0705213	0705224
Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient	0705235	0705246
Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable diminué de la valeur du montant restant de l'enveloppe	0705250	0705261
Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable diminué de la valeur du montant restant de l'enveloppe	0705272	0705283
Montant de récupération pour la tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable diminué de la valeur du montant restant de l'enveloppe	0705294	0705305
Montant de récupération de la tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient, diminué de la valeur du montant restant de l'enveloppe	0705316	0705320

Ces prestations se réfèrent à une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).
L'ANMC et l'UNMS traitent cette convention de rééducation fonctionnelle au niveau national. Les documents de facturation papier doivent donc être envoyés aux Unions Nationales (voir p.14 et ET 20 Z 18).
Pour l'ANMC, dans le cadre de REFAC, les documents doivent être transmis au point unique de contact.

Libellé	Pseudo-code nomenclature Ambulant	Hospitalisé
c) Marge de sécurité des implants (*)	0619695	0619706

La marge de sécurité doit être facturée via un enregistrement distinct. Le montant est repris dans la zone 27. Le (pseudo-)code de l'implant est communiqué comme prestation relative.
Si aucune marge de sécurité n'est facturée, aucun enregistrement « marge de sécurité » n'est établi.

9. Les honoraires forfaitaires pour soins infirmiers voir E.T. 50 Z 3 en regard de la norme "9".

10. Montant global prospectif (voir pseudo-codes dans l'annexe à l'AR portant exécution de la loi relative au financement groupé des activités hospitalières).

(*) Supplément mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité tel que défini dans l'AR du 25/6/2014.

Codification des bandes et autres matières plâtrées, du sang et du plasma sanguin pour transfusion et du lait maternel.

Libellé	Pseudo-code nomenclature Ambulant	Hospitalisé
APPAREIL PLATRE OU ORTHOPEDIQUE		
a) Tête :		
Casque crânien	0690012	0690023
b) Cou :		
- Collier de Schanz	0690034	0690045
- Collier minerve	0690056	0690060
Minerve avec corselet thoracique	0690071	0690082
c) Tronc :		
- Corset en-dessous des omoplates	0690093	0690104
- Corset prenant tout le tronc sans les épaules sous les omoplates avec appui sternal hyper-extension brace	0690115	0690126
- Corset cuirasse à épaulière moulée à pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing)	0690130	0690141
- Lombostat	0690152	0690163
- Milwaukee et corset complet avec minerve	0690174	0690185
- Lit plâtré englobant articulations cou jusqu' aux articulations des hanches	0690196	0690200
- Coquille plâtrée	0690211	0690222
- Coquille plâtrée descendant jusqu'au pli fessier avec épaulière	0690233	0690244
d) Membres supérieurs (les segments s'additionnent) :		
- Doigt séparément	0690255	0690266
- Main	0690270	0690281
- Main et doigts	0690292	0690303
- Poignet et avant-bras	0690314	0690325
- Bras	0690336	0690340
- Bras et épaule	0690351	0690362
- Aéroplane	0690373	0690384
- Thorax	0690395	0690406
- Thoraco-brachial	0690410	0690421

e) Membres inférieurs (les segments s'additionnent) :		
- Pied	0690432	0690443
- Pied et jambe jusqu'à mi-jambe	0690454	0690465
- Pied et jambe plateaux tibiaux compris	0690476	0690480
- Jambe et cuisse	0690491	0690502
- Cruro et ischio-pédieux	0690513	0690524
- Pelvi-pédieux simple	0690535	0690546
- Pelvi-pédieux double	0690550	0690561
- Thoraco-pédieux simple	0690572	0690583
- Thoraco-pédieux double	0690594	0690605
- Bassin, une cuisse (culotte)	0690616	0690620
- Bassin, deux cuisses (culotte)	0690631	0690642
Prothèse :		
- Matériel pour botte de Unna pour extension	0690653	0690664

MOULAGE

a) Tête :		
- Casque crânien	0690675	0690686
- Plaque crânienne	0690690	0690701
b) Cou :		
- Collier de Schanz	0690712	0690723
- Collier minerve	0690734	0690745
- Minerve avec corselet thoracique	0690756	0690760
c) Tronc :		
- Corset en-dessous des omoplates	0690771	0690782
- Corset prenant tout le tronc sans les épaules sous les omoplates avec appui sternal hyper-extension brace	0690793	0690804
- Corset cuirasse à épaulière moulée à pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing)	0690815	0690826
- Lombostat	0690830	0690841
- Milwaukee et corset complet avec minerve	0690852	0690863
- Lit plâtré englobant articulations cou jusqu'au articulations des hanches	0690874	0690885
- Coquille plâtrée	0690896	0690900
- Coquille plâtrée descendant jusqu'au pli fessier avec épaulière	0690911	0690922

d) Membres supérieurs (les segments s'additionnent) :

- Doigt séparément	0690933	0690944
- Main	0690955	0690966
- Main et doigts	0690970	0690981
- Poignet et avant-bras	0690992	0691003
- Bras	0691014	0691025
- Bras et épaule	0691036	0691040
- Aéroplane	0691051	0691062
- Thorax	0691073	0691084
- Thoraco-brachial	0691095	0691106

Prothèses :

- Amputation complète ou partielle de la main	0691110	0691121
- Désarticulation du poignet	0691132	0691143
- Amputation de l'avant-bras	0691154	0691165
- Désarticulation du coude	0691176	0691180
- Amputation du bras	0691191	0691202
- Désarticulation de l'épaule	0691213	0691224

e) Membres inférieurs (les segments s'additionnent) :

- Pied	0691235	0691246
- Pied et jambe jusqu'à mi-jambe	0691250	0691261
- Pied et jambe plateaux tibiaux compris	0691272	0691283
- Jambe et cuisse	0691294	0691305
- Cruro et ischio-pédieux	0691316	0691320
- Pelvi-pédieux simple	0691331	0691342
- Pelvi-pédieux double	0691353	0691364
- Thoraco-pédieux simple	0691375	0691386
- Thoraco-pédieux double	0691390	0691401
- Bassin, une cuisse (culotte)	0691412	0691423
- Bassin, deux cuisses (culotte)	0691434	0691445

Prothèses :

- Amputation partielle du pied	0691456	0691460
- Amputation Chopart, Ricard, Pyrogoff, Syme	0691471	0691482
- Amputation tibiale classique et P.T.B.	0691493	0691504
- Désarticulation du genou	0691515	0691526
- Amputation de la jambe sous le genou fléchi	0691530	0691541
- Amputation de la cuisse	0691552	0691563
- Désarticulation de la hanche	0691574	0691585
- Chaussures orthopédiques, par pied	0691596	0691600
- Semelles orthopédiques, par pied	0691611	0691622

Libellé	Pseudo-code nomenclature Ambulant	Hospitalisé
Intervention de l'assurance dans le coût du sang humain total et de certains produits sanguins labiles (A.R. du 20/04/2010) Dans le cas d'une administration dans un établissement hospitalier, la facturation est effectuée par cet établissement.		
Sang humain total		
par unité de sang humain total	0752113	0752124
Concentré érythrocytaire déleucocyté		
a) unité "adulte", par unité "adulte" de concentré érythrocytaire déleucocyté, filtre inclus	0752452	0752463
b) unité "nourrisson", par unité "nourrisson" de concentré érythrocytaire déleucocyté, filtre inclus	0752474	0752485
c) unité "autologue", par unité "autologue" de concentré érythrocytaire déleucocyté, filtre inclus	0752555	0752566
Concentré érythrocytaire déleucocyté irradié		
a) unité "adulte", par unité "adulte" de concentré érythrocytaire déleucocyté irradié, filtre inclus	0752570	0752581
b) unité "nourrisson", par unité "nourrisson" de concentré érythrocytaire déleucocyté irradié, filtre inclus	0752592	0752603
Concentré plaquettaire déleucocyté		
a) par multiple entier de l'unité contenant au minimum $0,5.10^{11}$ plaquettes et dont le nombre de leucocytes ne dépasse pas 1.10^{6} dans le produit fini, filtre inclus	0752496	0752500
b) par unité de minimum 4×10^{11} plaquettes, filtre inclus	0752614	0752625
Concentré plaquettaire déleucocyté irradié		
a) par unité de $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752636	0752640
b) par unité de minimum 4×10^{11} plaquettes, filtre inclus	0752651	0752662
Concentré plaquettaire déleucocyté pathogénes-réduits		
a) par unité de $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752673	0752684
b) par unité de minimum 4×10^{11} plaquettes, filtre inclus	0752695	0752706
Concentré leucocytaire		
par unité de concentré leucocytaire	0752393	0752404
Plasma humain frais congelé destiné à être utilisé pour les transfusions autologues programmées		
par unité de plasma humain frais congelé	0752415	0752426
Plasma humain frais congelé viro-inactivé		
par unité de plasma humain frais congelé viro-inactivé	0752430	0752441
Lait maternel (en ml.)	0695052	0695063

Codification des produits radio-pharmaceutiques à visée thérapeutique (AR 22/5/2014, MB 28/5/2014).

Les pseudo-codes ont été publiés via un fichier Excel sur le site web de l'INAMI (http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/radiopharma/Pages/default.aspx)

Codification des produits radio-pharmaceutiques à visée diagnostique (AR 22/5/2014, MB 28/5/2014).

Ces pseudo-codes ont été publiés via un fichier Excel sur le site web de l'INAMI. (http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/radiopharma/Pages/default.aspx)

Pour les radio-isotopes utilisés à titre diagnostique, les règles d'arrondi pour les médicaments de la catégorie B, reprises dans l'annexe 14, sont applicables. L'intervention personelle est, donc, arrondie au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.
Il faut également tenir compte des montants plafond comme prévu dans le chapitre VI, §3 de l'AR du 21/12/2001 (jusqu'au 31/5/2015 inclus) ou comme prévu dans l'art. 27 de l'AR du 22/5/2014 (MB du 28/5/2014) (à partir du 1/6/2015).

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

Conventions reconstruction mammaire et chirurgie complexe
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.

Convention oncofreezing
Les pseudo-codes des prestations remboursables (et les tarifs s'y rapportant) sont repris dans la convention entre le Comité de l'Assurance de l'INAMI et l'établissement hospitalier agréé.
Les pseudo-codes 96xxxx pour les montants à charge du bénéficiaire sont repris dans l'ET 50 Z 4 S 15.

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

	Ambulant	**Hospitalisé**

Kinésithérapie

Les prestations de kinésithérapie effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés et dispensées à des bénéficiaires atteints d'une des affections visées à l'article 7, 3ème alinéa, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982 doivent être attestées, à partir du 1/5/1999, sous les codes prévus à l'article 7, § 1er, 2°, V de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des cas où le bénéficiaire se trouve dans une des situations prévues :

à l'article 7, § 12 → utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1er, 3°
à l'article 7, § 13 → utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1er, 4°

Fécondation in vitro

A partir du 1er juillet 2003, l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules sont enregistrées sous les pseudo-codes nomenclature suivants :

1er cycle	0559812	0559823
2ème cycle	0559834	0559845
3ème cycle et suivants	0559856	0559860

Il s'agit uniquement de la mention du nombre de cas, toutes les zones "montant" sont égales à zéro.
L'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008) (forfaits médicaments PMA1, PMA2 et PMA3) n'a pas d'influence sur le compteur du nombre de cycles. Le compteur continue à marcher (n'est donc pas mis à zéro au 1/1/2009).

(☞1) Projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté »

Début de prise en charge dans le projet	0793590(**)	0793601(**)
Fin de prise en charge dans le projet	0793612(**)	0793623(**)

(☞1) Projet "hospitalisation à domicile"

Début de prise en charge dans le projet antibiothérapie	0793634(***)	0793645(***)
Fin de prise en charge dans le projet antibiothérapie	0793656	0793660
Début de prise en charge dans le projet traitement oncologique	0793671(***)	0793682(***)
Fin de prise en charge dans le projet traitement oncologique	0793693	0793704

Convention « équipes mobiles »

Début de prise en charge dans l'équipe mobile 2a	0793715
Fin de prise en charge dans l'équipe mobile 2a	0793730
Début de prise en charge dans l'équipe mobile 2b	0793752
Fin de prise en charge dans l'équipe mobile 2b	0793774

Montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'un SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente	0793553
Montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (d'application à partir du 1/10/2013)	0793575

Transport urgent de malades

Forfait pour les 10 premiers km	0784416 (*)	0784420 (*)
Intervention à partir du 11e jusqu'au 20e km inclus	0784431 (*)	0784442 (*)
Intervention à partir du 21e km	0784453 (*)	0784464 (*)
Intervention par paire d'électrodes	0784475 (*)	0784486 (*)

Convention dialyse hépatique

Dialyse de détoxification: élimination des toxines hydrosolubles et des toxines liées à l'albumine	0761972	0761983

Assistance au sevrage tabagique (AR 31/8/2009, MB 15/9/2009) (°°)

Première séance	0740434	0740445
Séances suivantes	0740456	0740460
Séances femmes enceintes	0740471	0740482

(°°) à partir de la date de prestation 1/1/2019, ces codes ne peuvent plus être facturées au niveau fédéral (compte A/B) (depuis la date de prestation 1/1/2017, ils ne pouvaient déjà plus être facturés pour les patients domiciliés à la région flamande).
(*) A partir de la date de prestation 1/1/2019, ces pseudo-codes peuvent uniquement être facturés pour les bénéficiaires transportés par un hélicoptère du CHU Sart Tilman ou de l'AZ St. Jan Brugge dans le cadre de l'aide médicale urgente.
(☞1) (**) supprimé à partir du 1/7/2019 (date de prestation)
(☞1) (***) supprimé à partir du 1/1/2021 (date de prestation)

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

Honoraires médical et paramédical

0960035	0960046	Prestations de laboratoires non remboursables
0960050	0960061	Prestations de soins diagnostiques non remboursables
0960072	0960083	Prestations de soins thérapeutiques non remboursables
(☞7) 0961251	0961262	Acte non remboursable sans but thérapeutique

Convention oncofreezing

0961376	0961380	Participation annuelle pour oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans l'article 12 de la convention (le bénéficiaire avait déjà un contrat au moment de l'entrée en vigueur de la convention)
0961391	0961402	Participation annuelle pour oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans l'article 13 de la convention (prolongation de la conservation au-delà de la période de 10 ans).

Implants et autres produits

0960234	0960245	Implants non remboursables avec obligation de notification
0960536	0960540	Implants non remboursables sans obligation de notification
0961236	0961240	Produits radiopharmaceutiques non remboursables
0961295	0961306	Matériel piqûre au doigt à charge du patient dans le cadre de la convention diabète
0961310	0961321	Matériel piqûre au doigt à charge du patient dans le cadre de la convention diabète enfants
0961332	0961343	Matériel mesure par capteurs à charge du patient dans le cadre de la convention diabète
0961354	0961365	Matériel mesure par capteurs à charge du patient dans le cadre de la convention diabète enfants

0961273	0961284	Montant total TVA

Frais divers dans les hôpitaux ou MSP

0960492	0960503	Confort de chambre
0960190	0960201	Frais personne accompagnante
0960411	0960422	Nourriture et boissons
0960433	0960444	Produits d'hygiène sans code APB
0960455	0960466	Autres produits/services fournis à la demande du patient
0960470	0960481	Frais d'ambulance (*)

Frais divers dans les initiatives d'Habitations Protégées

960315	frais de séjour tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour
960330	coûts éventuels surplus au frais de séjour tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour
960352	'autres' coûts surplus qui ne sont pas prévus dans la convention de séjour

(*) L'indemnité forfaitaire (60 €) qui peut, à partir du 1/1/2019, être facturée au patient pour le transport en ambulance suite à un appel 100/112, est également mentionnée sous ce pseudo-code.

Suppléments MRPA-MRS-CSJ.

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

Accidents de travail conventions internationales :

0961030	0961041	Biologie clinique non remboursable
0961052	0961063	Prestations de soins diagnostiques non remboursables
0961074	0961085	Prestations de soins thérapeutiques non remboursables
0961096	0961100	Déplacements non remboursables
0961214	0961225	Autres produits ou services non remboursables

Il s'agit des prestations originellement non remboursables qui sont prises en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la Z 19.

Exemple en EUR d'une suite d'enregistrements relatifs aux implants.

Lentilles intra-oculaires : 682754/765 U 97
Prix € 152,40 - marge de délivrance € 15,24

Remboursement € 100,18 - quote-part patient € 67,46
Prestataire conventionné.

	ET 50	ET 50	ET 50	ET 50
Zone		Implant	Marge de sécurité	Marge de délivrance
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50
4	N°PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0682765	0618741	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20080301	20080301	20080301
6	DATE FIN PRESTATION	20080301	20080301	20080301
15	PRESTATAIRE	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1
17 18	PRESTATION RELATIVE	0	0682765	0682765
19	MONTANT O.A.	+00000010018	+00000000000	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20080110	00000000	00000000
22 23	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001
24 25	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000	000000000000
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000005222	+000001524
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYZZZZZC	000000000000	000000000000

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

Exemple en EUR d'une suite d'enregistrements relatifs aux tuteurs coronaires.

Tuteur coronaire : 0687875-0687886 U1985
Remboursement (forfait) : € 2050,16
Marge de délivrance : € 148,74

Prestataire conventionné
a) 2 tuteurs sont implantés :
- 1 tuteur du type : 0XXXYYYAAAAAC
- 1 tuteur du type : 0XXXYYYBBBBBC

E.T.	50	50	50	50	50
ZONE	PRESTATIONS				
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	9	0	0
4	N°PSEUDO-CODE	0687886	0687886	0687886	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	19980701	19980701	19980701	19980701
6	DATE FIN PRESTATION	19980701	19980701	19980701	19980701
15	PRESTATAIRE	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0589024	0589024	0589024	0687886
18					
19	MONTANT O.A.	+00000000000	+00000000000	+00000205016	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	19980630	19980630	19980630	00000000
21					
22	NOMBRE DE	+0001	+0001	+0001	+0001
23	PRESTATIONS				
24	IDENTIFICATION DU	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
25	PRESCRIPTEUR				
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	0XXXYYYBBBBBC	0000000000000	000000000000

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

b) 4 tuteurs sont implantés :
- 1 tuteur de type 0XXXYYYAAAAAC, le 5/4/2004
- 3 tuteurs du type 0XXXYYYBBBBBC, le 12/4/2004

E.T.	50	50	50	50	50 (X 3)
ZONE	PRESTATIONS				
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	0	0	9
4	N°PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0687886	0687886	0685823	0687886
5	DATE DEBUT PRESTATION	20040405	20040405	20040405	20040412
6	DATE FIN PRESTATION	20040405	20040405	20040405	20040412
15	PRESTATAIRE	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0589024	0589024	0687886	0589024
18					
19	MONTANT O.A.	+00000000000	+00000205016	+00000000000	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20040331	20040331	00000000	20040331
21					
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATION DU	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000	01/XXXXX/CC/KKK
25	PRESCRIPTEUR				
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000014874	+000000000
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	0000000000000	000000000000	0XXXYYYBBBBBC

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

L'exemple ci-dessous est valable pour les prestations exécutées à partir du 1/04/2011.

Exemple d'une suite d'enregistrements relatif aux drug eluting stents (DES)

Drug eluting stents : 0680315-0680326 U2047
Remboursement (forfait) : € 2114,19
Marge de délivrance : € 148,74

Prestataire conventionné
2 drug eluting stents sont implantés :
- 1 DES du type : 0XXXYYYAAAAAC
- 1 DES du type : 0XXXYYYBBBBBC

E.T.	50	50	50	50	50
ZONE	PRESTATIONS				
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	9	0	0
4	N°PSEUDO-CODE	0680326	0680326	0680326	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20110701	20110701	20110701	20110701
6	DATE FIN PRESTATION	20110701	20110701	20110701	20110701
15	PRESTATAIRE	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0589024	0589024	0589024	0680326
18					
19	MONTANT O.A.	+00000000000	+00000000000	+00000211419	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20110630	20110630	20110630	00000000
21					
22	NOMBRE DE	+0001	+0001	+0001	+0001
23	PRESTATIONS				
24	IDENTIFICATION DU	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
25	PRESCRIPTEUR				
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	0XXXYYYBBBBBC	0000000000000	000000000000
46	NORME PLAFOND	0	0	0	7

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux implants, dans le cas où le plafond de la marge de délivrance est d'application pour la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de la nomenclature.

688634 - 688645: Tige pour révision à placer avec ciment et utilisée lors de la prestation 293436 - 293440 y compris le centraliseur éventuel - U 1238
Code implant : 115007000017 :
Honoraire: € 1278,64
L'hôpital facture: € 1470,31
Marge de sécurité 15%, prix max. 115% = € 1470,44 → Marge de sécurité concrète: (1470,31-1278,64) = 191,67
Marge de délivrance : € 147,03
Remboursement O.A.. = € 1278,64
688774 - 688800: Tête pour tige de hanche destinée à être utilisée sans cupule acétabulaire - U 185
Code implant : 115014000017
Honoraire: 191,07
L'hôpital facture : € 206,54
Marge de sécurité = 10%, prix max.110% = € 210,18 → Marge de sécurité concrète: (206,54-191,07) = 15,47
Marge de délivrance = 10% = € 20,65
Intervention O.A.. : € 191,07
-> La marge de délivrance est plafonée à € 148,74

Zone		Implant	Marge de sécurité	Marge de délivrance	Implant	Marge de sécurité	Marge de délivrance
1	Type enregistrement	50	50	50	50	50	50
3	Norme prestation	0	0	0	0	0	0
4	Code nomenclature	0688645 (Tige)	0618741	0685823	0688800 (tête)	0618741	0685823
5	Date début prestation	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801
6	Date fin prestation	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801
15	Prestataire	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300
16	Norme dispensateur	1	1	1	1	1	1
17-18	Prestation relative	0293440	0688645	0688645	0	0688800	0688800
19	Montant O.A.	+00000127864	+000000000000	+00000000000	+00000019107	+000000000000	+00000000000
20	Date prescription	20080730	00000000	00000000	20080730	00000000	00000000
22	Nombre	+00001	+0001	+00001	+00001	+0001	+00001
24-25	Identification du prescripteur	01/xxxxx/cc/kkk	0	0	01/xxxxx/cc/kkk	0	0
27	Ticket modérateur	+000000000	+000019167	+000014703	+000000000000	+00000001547	+00000000171
30-31	Montant supplément	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	Code implant	115007000017	0	0	115014000017	0	0
46	Norme plafond	0	0	8	0	0	7

La norme 8 doit être utilisée dans le cas où la marge de délivrance calculée sur la prestation de nomenclature mentionnée dans l'ET 50 précédent et éventuellement additionnée aux marges de délivrance des enregistrements précédents, indiqués avec la norme 8, est inférieure au plafond.

La norme 7 doit être utilisée dans le cas où le montant mentionné dans la zone 27 de l'enregistrement de la marge de délivrance, est le résultat de la différence entre le plafond et la somme des marges de délivrance précédentes indiquées avec la norme 8.

Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux implants, dans le cas où le plafond de la marge de délivrance est d'application pour la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de la nomenclature.
Cas particulier dans lequel des enregistrements statistiques doivent être mentionnés pour une des prestations.

2x

637910 – 637921 : Tige à surface lisse. (Polissage électrolytique. Le filetage ou le crantage n'est pas considéré comme un traitement de surface) - Y 63
Code notification implant: 000006527407:
Prix: € 285,06
L'hôpital facture: € 285,06
Patient paie supplément: 285,06 – 65,07= € 219,99
Marge de délivrance : 10 % du prix = € 28,50
Remboursement OA = € 65,07

4x

638234 – 638245 : Implant composé (implant d'ancrage unitaire (vis pédiculaire ou corporéale, broche filetée, crochet pédiculaire ou lamaire, agrafe, ...) accompagné de toutes les pièces d'attache, d'ajustement, de réduction et de blocage de cet implant d'ancrage unitaire à l'implant principal) – Y 300
Code notification implant: 000006524635:
Prix: € 260,53
L'hôpital facture: € 260,53
Code notification implant: 000006521071:
Prix: € 272,38
L'hôpital facture: € 272,38
Code notification implant: 000006718734:
Prix: € 68,16
L'hôpital facture: € 68,16

Patient paie supplément: (260,53 + 272,38 + 68,16) – 309,85 = € 291,22
Marge de délivrance : 10 % du prix = 10% de (260,53 +272,38 + 68,16) = € 60,10
Remboursement OA = € 309,85

Marge de délivrance totale: (2 x 28,50) + (4 x 60,10) = 297,40 → est plafonnée à € 148,74
→ La marge de délivrance pour l'implant composé est limitée à € 91,74

Zone délivrance		Implant 1 (2 pièces)	Marge de délivrance (4 pièces) (enregistr. stat.)	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. stat.)	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. stat.)	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. de fact.)	Implant 2	Marge de
1	Type enregistrement	50	50	50	50	50	50	50
3	Norme prestation	0	0	9	9	9	0	0
4	Code nomenclature	0637921	0618726	0638245	0638245	0638245	0638245	0618726
5	Date début prestation	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
6	Date fin prestation	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
15	Prestataire	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300
16	Norme dispensateur	1	1	1	1	1	1	1
17-18	Prestation relative	0000000	0637921	0000000	0000000	0000000	0000000	0638245
19	Montant OA	+00000013014	+00000000000	+000000000000	+000000000000	+000000000000	+00000123940	+000000000000
20	Date prescription	20100730	00000000	20100730	20100730	20100730	20100730	00000000
22	Nombre	+0002	+0002	+0004	+0004	+0004	+0004	+0004
24-25	Identification du prescripteur	01/xxxxx/cc/kkk	0	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	0
27	Ticket modérateur	+000000000	+000005700	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000009174
30-31	Montant supplément	+000043998	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000116488	+00000000
43	Code implant	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000
46	Norme plafond	0	8	0	0	0	0	7
55-56	Code de notification	000006527407	000000000000	000006524635	000006521071	000006718734	000000000000	000000000000

A. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, en cas de forfait (1) pour soins.

				Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7	Colonne 8	Colonne 9	Colonne 10	Colonne 11
Enregistrement 50		Enregistrement 52		50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
Z	libellé	Z	libellé	(5) (10)	(5) (10)	(5)	(5)		(9)	(11)	(11)		(11)	(11)
1	TYPE ET	1	TYPE ET	50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
3	NORME	3	RAISON ENC. MAN.	9	0, 1, 2 ou 3	9	9	0	9	0	0, 1, 2 ou 3	0	0	0, 1, 2 ou 3
4	(PSEUDO)-CODE	4	(PSEUDO)-CODE	0426635	0426635	pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art. 8, §5bis, 5°, d)	forfait (1)	pseudo-code art 8, § 9	soin technique spécifique + éventuel. 0424395,0424690, 0424852, 0427991, 0429015, 0428035, 0428050, 0428072, 0429273	0429015, 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424896	voyage rural	Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991	Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991
5	DATE DEBUT	5	DATE PREST.	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1
15	PRESTATAIRE	6a-6b	DATE LECTURE	04XXXXXCC4XX	jour 1	04XXXXXCC4XX	04XXXXXCC4XX	04XXXXXCC4XX (3)	04XXXXXCC4XX	04XXXXXCC4XX	si exécuté jour 1	04XXXXXCC4XX	04XXXXXCC4XX	si exécuté jour 1
17-18	PREST. RELATIVE	9	TYPE SAISIE	forfait (1)	1, 2, 3 ou 4	forfait (1)	forfait (1')	0426613(2) ou pseudo-code annexe 85 du Règlement (2')	0427534, 0427556 0427571 ou 0429251	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2')	2 ou 4	0	0	2 ou 4
19	MONTANT O.A.	10	TYPE SUPPORT	0	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ou 9	0	0	montant	0	montant	7	montant	montant	7
20-21	DATE PRESCRIPTION	11	RAISON VIGNETTE	0	0, 1 ou 2	si exigé	0	date (6)	exigé	exigé (7)	1	0	exigé (8)	1
22-23	NOMBRE	12-13	HEURE LECTURE	1	Heure visite	1	1	1	1	1	Heure jour 1	1	1	Heure jour 1
24-25	PRESCRIPTEUR	15	PRESTATAIRE	0	04XXXXXCC4XX	si exigé	0	si exigé	exigé	exigé (7)	04XXXXXCC4XX	0	exigé (8)	04XXXXXCC4XX
27	QP PERSONNELLE	16	NUMERO SERIE	0	si exigé	0	0	montant	0	montant	0	montant	Montant (si nomencl.) ou 0 (si trajet de soins)	0
		17	NUMERO JUSTIF.		exigé						exigé			exigé

(1) par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire A, B, C, PA, PB, PC ou PP.
(1') par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire PA, PB, PC ou PP.
(2) possible, pas nécessaire.
(2') seulement pour les prestations de l'art. 8 , §1, 3°
(3) le même que dans l'enregistrement (statistique) 1ère prestation de base, sauf si le prestataire de la 1ère prestation de base ne dispose pas de la qualification nécessaire pour attester le forfait.
(4) l'ordre des prestations effectuées pendant la journée doit être respecté.
(5) ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que des prestations de base ont été effectuées durant le jour de soins concerné. Chaque enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un nombre d'enregistrements comportant une prestation technique/des soins palliatifs effectués durant la prestation de base concernée. Dès lors, plusieurs blocs prestations peuvent se suivre : [base, soins techniques, soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP)] ; [base, soins techniques, soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP)] ; …
(6) pour les forfaits A, B, C, PA, PB et PC : date demande forfait ; pour le forfait PP : date modèle 90 (notification soins palliatifs)
(7) excepté pour codes 0424395, 0424690, 0424852, 0427991 et 0429015 et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée
(8) excepté pour codes 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée
(9) ces enregistrements statistiques doivent, le cas échéant, être mentionnés lorsqu'un enregistrement de facturation avec la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 suit.
(10) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un enregistrement 52. Ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que le nombre de visites durant le jour de soins concerné.
(11) A partir du 1/10/2017, pour les prestations qui n'engendrent pas de visites (par ex : consultation,…), la valeur 7 est indiquée dans l'ET 52 Z 10 et la valeur 1 est indiquée dans l'ET 52 Z 11. L'ET 52 suit l'ET 50 concerné et forment un bloc.

B. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, dans le cas où il n'y a pas de forfait dans les soins infirmiers.

Ordre des enregistrements pour 1 patient.

ET	**jour**	**nomenclature**	**remarque**
50	1	pseudo-code palliatif précédé de la norme «9» dans la zone 3 plusieurs pseudo-codes palliatifs possibles	si PN imputé et prestation art. 8, § 5bis, 5°, d)
50	1	honoraire supplémentaire PN	si patient palliatif 1 fois par jour
50	1	prestation de base	obligation
52 (*)	1	prestation de base	obligation à partir du 1/10/2017
50	1	soins	obligation, lorsqu'il ne s'agit pas d'une prestation technique spécifique
50	1	soins	si exécutés
50	1	soins	si exécutés
...		max 6 enregistrements avec soins	
...			
...		plusieurs blocs de base + soins autorisés	
...			
50	1	pseudo-code(s) avec norme « 9 » dans la zone 3	si prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 imputée et prestation art. 8, § 9
50	1	soins techniques spécifiques + éventuellement 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424874, 0424896, 0429015	si exécutés
52 (**)	1	0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424896, 0429015	si exécutée
50	1	voyage rural plusieurs voyages ruraux possibles	si exécuté
50	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991	si exécutée
52 (**)	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète (423135,…) ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991	si exécutée

ATTENTION : les prestations suivantes peuvent se présenter de manière totalement autonome, c.à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant :

- toutes les prestations de la nomenclature diabétique excepté les codes 0423231/334 (honoraire de suivi des diabétiques) qui sont toujours liés à au moins une injection d'insuline
- les prestations concernant le trajet de soins "diabète" (423813, 423835, 423850) (jusqu' 31/12/2018).
- à partir du 1/5/2018: éducation au diabète chapitre V de l'AR du 10/1/1991
- les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques)
- à partir du 1er février 2009 : le code 0429015 (consultation infirmière)
- à partir du 1er juin 2012 : le code 0424896 (avis et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments)

50	2	pseudo-code palliatif précédé	…
etc...			

(*) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrements 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un enregistrement 52. Ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que le nombre de visites durant le jour de soins concerné.

(**)A partir du 1/10/2017, pour les prestations qui n'engendrent pas de visites (par ex : avis et concertation en vue de la préparation de médicaments,…), un ET 52 suit l'ET 50 concerné. Dans l'ET 52, la valeur 7 est indiquée dans la zone 10 et la valeur 1 est indiquée dans la zone 11. Si la prestation se présente de manière autonome, un ET 52 suit également l'ET 50 concerné.

Explication relative à la facturation des soins infirmiers.

1ère possibilité : Traitement des forfaits.

Prestation de base (colonne 1 du schéma dans l'ET 50 Z 4 S 23).

Ne provient pas d'une prescription déterminée ni d'un prescripteur déterminé, puisqu'elle représente une visite à domicile comprenant une ou plusieurs prestations techniques ou techniques spécifiques provenant d'un ou plusieurs prescriptions et éventuellement de plusieurs ou même d'aucun prescripteur.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui atteste la prestation
norme dispensateur	:	1 ou 2
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit, donc, toujours être suivi par un enregistrement 52.

Prestation technique (colonne 3).

Trois cas sont possibles :

* la prestation appartient au groupe 1 (soins d'hygiène).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui atteste la prestation
norme dispensateur	:	1 ou 2
date prescription	:	date message MyCarenet 410000 (demande de toilette ou demande de toilette-forfait combiné)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

* la prestation appartient au groupe 2 jusqu'au 6 inclus (prescription médicale exigée).

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui atteste la prestation
	norme dispensateur	:	1 ou 2
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
(☞1)	prescripteur	:	médecin/dentiste
	norme prescripteur	:	toujours 1

* la prestation appartient au groupe 7 (soin supplémentaire A.R. 18/06/90)

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui atteste la prestation
norme dispensateur	:	1 ou 2
date prescripteur	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs (colonne 4).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui atteste la prestation
norme dispensateur	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

remarque :

- *les colonnes 2 et 3 sont répétées autant de fois que des prestations techniques/soins palliatifs sont effectués durant la prestation de base précédente*
- *le bloc « colonne 1, colonne 2, colonne 2, colonne 3, … » est répété autant de fois que des prestations de base sont effectuées durant le forfait*
- *la colonne 1 (prestation de base) peut exceptionnellement ne pas être suivie par une ou plusieurs colonnes avec des prestations techniques lorsqu'une prestation technique spécifique (colonne 5) suit un honoraire forfaitaire (colonne 4).*

Honoraire forfaitaire (colonne 5).

Le forfait est toujours demandé par un praticien de l'art infirmier via le message MyCarenet 410000.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	• praticien de l'art infirmier de la première prestation de base. S'il n'est pas qualifié pour attester le forfait alors il s'agit du premier praticien de l'art infirmier qui dispose de la qualification nécessaire
norme dispensateur	:	valeur 1, 2 ou 9 (*)
date prescription	:	date message MyCarenet 410000 (demande de forfait)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	• si seules des prestations de base et des prestations techniques du groupe 1 ou groupe 7 ont été effectuées, alors 0 (norme prescripteur = 0) • si des prestations techniques du groupe 2 jusque et y compris le groupe 6 ont été effectuées, alors l'un des prescripteurs de ces prestations doit être mentionné (norme prescripteur = 1 ou 9)
norme prescripteur	:	valeur 0, 1 ou 9

(*) La norme 9 doit seulement être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents.

Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9) (colonne 6).

Manière de compléter les zones

	dispensateur	: praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	norme dispensateur	: toujours 1
	date prescription	: date prescription médicale
	nombre prestations	: toujours 1
(☞1)	prescripteur	: médecin/dentiste
	norme prescripteur	: toujours 1

Remarque : la colonne 6 est répétée autant de fois que des actes infirmiers différents sont effectués dans le cadre de la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251.

Prestation technique spécifique (colonne 7).

Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques) , 0429015 (consultation infirmière) et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 (prestation multiple et contraignante chez un patient très dépendant) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.
Les codes 0424395/690/852 , 0427991, 0429015 et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 sont aussi repris dans cette rubrique vu qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

Manière de compléter les zones

	dispensateur	: praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
(☞3)	norme dispensateur	: valeur 1, 2(**) ou 9(*)
	date prescription	: date prescription médicale
	nombre prestations	: toujours 1
(☞1)	prescripteur	: médecin/dentiste
	norme prescripteur	: toujours 1

(*) La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents (dans le cas de la prestation 0427534, 0427556, 0427571ou 0429251).

(☞3) *(**) Uniquement pour les prestations 428035, 428050, 428072 et 429273.*

Indemnité de déplacement rural (colonne 9).

Est liée à la visite à domicile (n'est pas prescrite).

Manière de compléter les zones

	dispensateur	: praticien de l'art infirmier qui atteste la prestation
	norme dispensateur	: 1 ou 2
	date prescription	: toujours 0
	nombre prestations	: toujours 1
	prescripteur	: toujours 0
	norme prescripteur	: toujours 0

Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète ou éducation au diabète chapitre V de l'AR du 10/1/1991 (colonne 10).

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

Manière de compléter les zones

	dispensateur	: praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	norme dispensateur	: toujours 1
	date prescription	: date prescription médicale
	nombre prestations	: toujours 1
(☞1)	prescripteur	: médecin
	norme prescripteur	: valeur 1 ou 0

2ème possibilité : Traitement des autres cas.

Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	toujours 0
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

Soins palliatifs – honoraire supplémentaire PN

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	premier praticien de l'art infirmier qui dispose de la qualification nécessaire pour l'attestation de l'honoraire
plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
prestation relative	:	toujours 0
date prescription	:	date modèle 90 ou message MyCarenet 420000 (notification soins palliatifs)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

(*) La norme 9 doit seulement être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents.

Prestation de base (1ère, 2ème ou 3ème etc.).

Ne provient pas d'une prescription déterminée ni d'un prescripteur déterminé, puisqu'elle représente une visite à domicile comprenant 1 ou plusieurs prestations techniques ou techniques spécifiques provenant d'une ou plusieurs prescriptions et éventuellement de plusieurs ou même d'aucun prescripteur.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit, donc, toujours être suivi par un enregistrement 52.

Prestation technique.

Deux cas sont possibles :

* la prestation appartient au groupe 1 (soins d'hygiène).

Manière de compléter les zones

	dispensateur	: praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	: toujours 1
	prestation relative	: dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
	date prescription	: date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de toilette)
	nombre prestations	: toujours 1
	prescripteur	: toujours 0
	norme prescripteur	: toujours 0

* la prestation appartient au groupe 2 jusqu'au 6 inclus (prescription médicale exigée).

Manière de compléter les zones

	dispensateur	: praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	: toujours 1
	prestation relative	: dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
	date prescription	: date prescription médicale
	nombre prestations	: toujours 1
(☞1)	prescripteur	: médecin/dentiste
	norme prescripteur	: toujours 1

Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9)

Manière de compléter les zones

	dispensateur	: praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	: toujours 1
	prestation relative	: 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251
	date prescription	: date prescription médicale
	nombre prestations	: toujours 1
(☞1)	prescripteur	: médecin/dentiste
	norme prescripteur	: toujours 1

Prestation technique spécifique.

Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques), 0429015 (consultation infirmière), 0424874 et 0424896 (préparation hebdomadaire de médicaments) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.
Les codes 0424395/690/852, 0427991, 0424874, 0424896 et 0429015 sont également repris dans cette rubrique, étant donné qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
	prestation relative	:	pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0 (dans les autres cas)
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
(☞1)	prescripteur	:	médecin/dentiste
	norme prescripteur	:	toujours 1

(*) La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents (dans le cas de la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251).

Indemnité de déplacement rural.

Est liée à une visite à domicile (n'est pas prescrite).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	toujours 0
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

Nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète ou éducation au diabète chapitre V de l'AR du 10/1/1991

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	toujours 0
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
(☞1) prescripteur	:	médecin
norme prescripteur	:	toujours 1 ou 0

remarque : l'ordre de suite des enregistrements correspond à l'enchaînement des prestations dans la journée (c-.à-d. 1ère prestation de base, suivie des prestations techniques complémentaires, 2ème prestation de base, suivie des prestations techniques complémentaires, etc).
Exception doit être faite pour les prestations techniques spécifiques (et similaires), l'indemnité de déplacement rural, la nomenclature soins diabétiques, le trajet de soins diabète et l'éducation au diabète (chapitre V de l'AR du 10/1/1991)qui, si effectuées, doivent être mentionnées comme dernier enregistrement de la journée de soins concernée et les soins palliatifs qui, si effectués, doivent être mentionnés comme premiers enregistrements de la journée de soins concernée.

Soins infirmiers : prestations effectuées durant le week-end.

1. uniquement pour des raisons d'organisation
   prestation de base semaine
   nomenclature semaine - tarif semaine
   plafond semaine

2. a) mixte 1 visite obligatoire
   1 visite pour des raisons d'organisation

   prestation de base week-end
   nomenclature week-end - tarif week-end
   prestation de base semaine
   nomenclature semaine - tarif semaine
   plafond week-end

   b) mixte durant 1 visite obligatoire pour des raisons d'organisation
   prestation de base week-end
   nomenclature semaine + tarif semaine
   nomenclature week-end + tarif week-end
   plafond week-end

3. dans le forfait : il n'y a pas de distinction de pseudo-codes selon les prestations de semaine ou de week-end

<u>Addendum</u>: **Questions et réponses relatives à la nomenclature du 1/7/2003.**

DIABÈTE

1. Dans la convention, la mention selon laquelle la nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans la détermination du plafond journalier ou s'ajoute aux forfaits ordinaires n'apparaît pas. Pouvons-nous admettre que la nomenclature DIABÈTE soit totalement indépendante du reste ?

   La nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans la détermination du plafond journalier. De plus, les prestations 423135, 423150, 423172 et 423194 ne peuvent pas être attestées dans le chef de patients pour lesquels les honoraires forfaitaires ou honoraires supplémentaires, repris dans la rubrique IV et V (PALLIATIFS) ont été portés en compte.

   En général, pour la nomenclature DIABÈTE, une prestation de soins techniques sera souvent portée en compte (à savoir, l'injection d'insuline). Avec cette prestation de soins techniques, une prestation de base peut être portée en compte et celle-ci comprend des frais de déplacement. Il se peut que seule une prestation de diabète soit portée en compte, ce qui serait pourtant exceptionnel.

2. Les FORF-DIABÈTE n'interviennent pas dans les prestations 2° week-end. Ne peuvent-ils pas être attestés le week-end ?

   Les FORF-DIABÈTE peuvent être attestés le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

3. La nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans les prestations 3° cabinet et 4° centres de soins de jour ?

   En effet, la nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans les prestations 3° cabinet et 4° centres de soins de jour.

4. Le 423135 (dossier) et 423172 (présence d'un infirmier référent) n'exigent pas de prescription médicale ?

   Les prestations 423135 (dossier) et 423172 (présence infirmier référent) n'exigent pas de prescription médicale. La prestation 423135 ne peut cependant être attestée que s'il y a eu consultation du médecin traitant (généraliste ou spécialiste) durant laquelle les objectifs des soins infirmiers relatifs à l'éducation au diabète et le suivi ont été discutés; le médecin décide s'il va ou non prescrire l'éducation aux soins autonomes ou à l'éducation à la compréhension.

SOINS DE PLAIE(S) et STS

5. Pas de prescription pour 424255/410/550/712 et 427836 (surveillance-bio) mais bien pour les soins de plaies avec pansement bioactif comme tels. Cette prescription est-elle alors utilisée pour le support magnétique ?

   En effet, les prestations 424255, 424410, 424550, 424712 et 427836 (Surveillance de plaie avec pansement bioactif) ne doivent pas être prescrites, mais ne peuvent être portées en compte que pendant la période pour laquelle le soin d'une plaie avec pansement bioactif a été prescrit.

   Paragraphe 8 "autres dispositions relatives aux soins de plaies", le point 2 stipule que la surveillance des soins de plaies avec pansement bioactif (424255/410/550/712 et 427836) exclut toutes autres prestations de soins pendant cette journée. Est-ce vrai ?
   Ces soins ne peuvent donc jamais apparaître chez un patient forfaitaire, étant donné que la toilette est une obligation du forfait. Quelle est l'utilité du pseudocode 427210 ?

   La signification des prestations 424255/410/550/712 et 427836 était d'offrir la possibilité au praticien de l'art infirmier, de comptabiliser quelque chose lorsqu'il se rend uniquement chez le patient pour vérifier l'état du pansement bioactif lors d'un jour déterminé. C'est pour cette raison que chaque autre prestation de soins est exclue durant la même jour.
   Lorsque la surveillance du pansement bioactif s'effectue dans le cadre d'un forfait, cette prestation ne peut naturellement pas être comptabilisée mais, au moyen des pseudcodes, il est possible de vérifier si la surveillance est réalisée. De cette manière, on peut voir quels sont les soins pratiqués lors d'un forfait.

6. Le 424395 (visite d'un infirmièr relais pour soins de plaie(s) spécifiques) donne-t-il lieu à une base? Si non : les OA accepteront-ils cette prestation sans autre codification au cours d'une journée. (ceci n'est actuellement pas possible)

   Les prestations 424395/690/852 et 427991 (visite d'un infirmier relais pour soins de plaie(s) spécifiques) ne donnent pas lieu à une prestation de base pour les patients qui ne sont pas au forfait et par conséquent ne donne pas droit aux frais de déplacement en milieu rural.

7. Le 424395 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques) n'intervient pas dans les prestations 2° week-end. Ne peuvent-elles pas être attestés le week-end ?

   Elles peuvent être attestées durant le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

8. Peut-on cumuler deux sortes de Soins Techniques Spécifiques ?

   Les deux types de soins techniques spécifiques peuvent être cumulés.

9. L'héparjet STS ne peut pas être attesté le même jour, en même temps que l'injection ordinaire. Les injections non remboursables peuvent-elles prétendre à une base ou non ?

   Les injections non remboursables ne peuvent pas prétendre à une prestation de base.
   Elles ne sont pas mentionnées sur le support magnétique.

Questions et réponses relative à la consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile

1. La 429015 (*consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile*) n'intervient pas dans les prestations 2° week-end. Ne peut-elle pas être attestée le week-end ?

   Elle peut être attestée durant le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

Questions et réponses relative à la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale

1. Les 424874 (*préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale)* et 424896 (*avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale*) n'interviennent pas dans les prestations 2° week-end. Ne peuvent-elles pas être attestées le week-end ?

   Elle peuvent être attestées durant le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

RUBRIQUE : DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE

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

Il s'agit de la date à laquelle la prestation a été effectuée, ou la date à laquelle une série de prestations a débuté.

La facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 est seulement possible pour les honoraires de surveillance (art. 25, §1). Les autres séries de prestations doivent toujours être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation et date de début = date de fin et nombre d'unités = 1).

En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de début de période doit être transmise.

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

Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Pour les maisons médicales, le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans cette zone pour les (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614 et 0109594.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : date de la prescription;

Honoraires forfaitaires biologie clinique par admission ou par jour donnant droit à un maxiforfait ou à un forfait hôpital de jour (art.24,§2 de la nomenclature) : date d'admission ou date d'admission (transfert) dans le premier service qui entre en compte pour la facturation du forfait ou date maxiforfait ou forfait hôpital de jour;

0590310, 0590332: date maxiforfait ou forfait hôpital de jour ou hôpital chirurgical de jour ;

0590181, 0590203, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : date d'admission, ou date d'admission (transfert) dans le premier service aigu qui entre en compte pour la facturation du forfait;

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : date de prestation.

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 décèdé à la *invoice date*.

Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » et convention « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles »
793590-793601(*), 793634-793645(**), 793671-793682(**), 793715, 793752: date de début de prise en charge dans le projet.
793612-793623(*), 793656-793660, 793693-793704, 793730, 793774: date de fin de prise en charge dans le projet.

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.

(☞1) (*) supprimé à partir du 1/7/2019 (date de prestation).
(☞1) (**) supprimé à partir du 1/1/2021 (date de prestation).

RUBRIQUE : DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE

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

Il s'agit de la date à laquelle une série de prestations a pris fin.

Les séries de prestations doivent toujours être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation et date de début = date de fin et nombre d'unités = 1).
La facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 est seulement possible pour les honoraires de surveillance (art. 25, §1). Dans ce cas, si une modification est intervenue dans le prix unitaire de l'intervention au cours de la période (date début – date fin), la facturation doit s'effectuer via 2 ou de plusieurs enregistrements (un enregistrement par prix unitaire).

En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de fin de période doit être transmise.

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

Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Pour les maisons médicales, le dernier jour du mois facturé (AAAAMMJJ) doit être mentionné dans cette zone pour les codes 0109616, 0509611, 0409614.
Pour le pseudo-code 0109594, date fin = date début.

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.

Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » et convention « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles »
793590-793601(*), 793634-793645(**) ou 793671-793682(**), 793715, 793752: date de début de prise en charge dans le projet.
793612-793623(*), 793656-793660 ou 793693-793704, 793730, 793774 : date de fin de prise en charge dans le projet.

Remarques :

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

(☞1) (*) supprimé à partir du 1/7/2019 (date de prestation).
(☞1) (**) supprimé à partir du 1/1/2021 (date de prestation).

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

RUBRIQUE : ACCOUCHEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

Voir enregistrement de type 30 zone 10.

Valeur	Signification
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère.
2	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né, alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
3	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s), alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
4	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9).
5	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s) et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) .
6	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère qui a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) .

Pour les praticiens de l'art infirmier, cette zone est toujours égale à zéro.

(☞7) A partir du 01/01/2023, cette zone n'est plus nécessaire sauf dans les cas exceptionnels où il n'est pas possible d'établir une facture séparée au nom du nouveau-né (p.ex. bébé né mort).
En cas de facturation séparée pour la mère et le bébé, la zone peut être remplie facultativement.

RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

Voir enregistrement de type 30 zone 11.

RUBRIQUE : NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 52

Valeur	Signification
0	Autres
1	Nuit
2	Week-end
3	Jour férié En cas de facturation par des dentistes (e-fac), cette valeur est aussi utilisée pour un pont.
4	Prestations exécutées entre 0 h et 8 h qui peuvent être prises en considération pour porter en compte les suppléments pour des prestations techniques urgentes
5	Prestations effectuées par un praticien de l'art infirmier, pour des raisons de convenance personnelle, durant le week-end ou un jour férié. Ces prestations doivent être attestées au tarif de la semaine. Le plafond d'intervention est le plafond de la "semaine" si toutes les prestations effectuées par un praticien de l'art infirmier durant le week-end ou un jour férié l'ont été pour des raisons de convenance personnelle. Dans le cas contraire, il faut prendre en considération le plafond applicable le week-end ou un jour férié.

Dans le cas des prestations de biologie clinique, la mention est facultative.

Remarque : en cas d'honoraires forfaitaires par admission, la valeur est toujours égale à zéro.

RUBRIQUE : CODE SERVICE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53

Il s'agit du code service (*) du service dans lequel le patient séjourne à la date mentionnée dans la zone 5 ou du pseudo-code service en cas d'utilisation de salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, dialyse rénale dans un hôpital, journée forfaitaire
(☞3) psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis et 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3, forfait manipulation cathèter à chambre ou autres prestations ambulatoires.

Lorsqu'il s'agit de prestations qui sont effectuées sur prescription, il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service ou le pseudo-code service du (pseudo-)service où le patient séjournait au moment de la prescription.
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).

* En cas de suppléments pour les prestations non remboursées par l'assurance maladie portées en compte pour des patients hospitalisés ou ambulants, cette zone doit être mise à zéro.

* En cas de marge de délivrance ou de marge de sécurité des implants, cette zone doit être mise à zéro.

* 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*.

* Pour les pseudo-codes 793590-793601(**), 793612-793623(**), 793634-793645(***), 793656-793660, 793671-793682(***) et 793693-793704 (Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile ») et 793715, 793730, 793752, 793774 (convention équipes mobiles), cette zone est égale à zéro.

(*) Lorsqu'il s'agit d'un séjour d'un nouveau-né, cela peut également être un pseudo-code service (170 ou 180).
(☞1) (**) supprimé à partir du 1/7/2019 (date de prestation).
(☞1) (***) supprimé à partir du 1/1/2021 (date de prestation).

TABLE DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Liste des services pour patients hospitalisés au sein des hôpitaux			
Codes I.N.A.M.I.	Indice Santé Publique	Type d'hôpital	Libellé
190 (*)	N* (n)	Gén.	Section des soins néonatals non-intensifs
200	B	Gén.	Service de traitement de la TBC
210	C	Gén.	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
220	D	Gén.	Service de diagnostic et de traitement médical
230	E	Gén.	Service de pédiatrie
240	H	Gén.	Service d'hospitalisation simple
250	L	Gén.	Service des maladies contagieuses
260	M	Gén.	Service de maternité
270	NIC (N)	Gén.	Service de soins néonatals intensifs
290	-	Gén.	Unité de traitement de grands brûlés (créée le 01/01/94)
300	G (R)	Gén.	Service de gériatrie et revalidation
320			Hôpital chirurgical de jour
340	K	Gén./Psy.	Service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)
350	K1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service K
360	K2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service K
370	A	Gén./Psy.	Service neuropsychiatrique (jour et nuit)
380	A1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service A
390	A2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service A
410	T	Gén./Psy.	Service psychiatrique (jour et nuit)
420	T1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service T
430	T2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service T
440	Tf	Psy.	Placement familial Tf dans un hôpital (à partir du 01/04/2000)
450	Tp	Psy.	Placement familial Tp dans une famille (à partir du 01/04/2000)
480	IB	Psy.	Service de traitement intensif des patients psychiatriques
490	(i) ou I	Gén.	Fonction ou service de soins intensifs

(☞7) (*) A partir du 01/01/2023, le code service 190 sera seulement utilisé pour le séjour d'un nouveau-né en service N* lorsque la mère a quitté l'hôpital. Lorsque la mère séjourne encore dans l'hôpital, le pseudo-code service 180 est utilisé.

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
730	Gén.	Maxiforfait + maxiforfait oncologie
750	Gén.	Dialyse rénale
760	Psy.	Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation
770		Rééducation
(☞3) 840	Gén.	Forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis ou 7 + forfait douleur chronique 1, 2, 3
990	Gén./Psy.	+ forfait manipulation cathèter à chambre 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
			Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinée à des patients atteints ...
610	310	S1	d'affections cardio-pulmonaires
620	312	S2	d'affections locomotrices
630	311	S3	d'affections neurologiques
640	314	S4	d’affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
650	313	S5	de polypathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
660	315	S6	d’affections psychogériatriques

(*) Ce pseudo-code service est utilisé dans toutes les situations qui donnaient lieu à la facturation du mini-forfait avant le 1/1/2014 (soins urgents et perfusion intraveineuse) et pour le forfait soins de base oncologiques.

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

* Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour la biologie clinique :
  - s'il s'agit de prestations de biologie clinique, médecine nucléaire in vitro ;
  - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
  - en cas d'honoraires forfaitaires pour prestations de biologie clinique ambulatoires;
  - s'il s'agit de prestations de biologie clinique pour lesquelles le remboursement ne dépend pas des conditions reprises dans l'article 63 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (voir AR du 31 janvier 1977, MB 4 février 1977), le numéro d'identification d'un laboratoire agréé pour la biologie clinique doit être mentionné, pour autant que ces prestations soient effectuées dans un laboratoire agréé;
    si non, - le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné en cas de prestations effectuées dans un établissement de soins.
    - le numéro d'identification de l'établissement de séjour doit être mentionné s'il s'agit d'un patient qui séjourne dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P.;
    - le numéro du centre de rééducation doit être mentionné s'il s'agit de patients qui subissent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
    - la zone doit être mise à zéro dans tous les autres cas.
  - s'il s'agit de prestations de biologie clinique non remboursables (960035-960046), le numéro d'identification d'un laboratoire doit être mentionné pour autant qu'elles soient facturées par le laboratoire, sinon le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné.

* Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour l'anatomopathologie s'il s'agit de prestations de l'art. 32 de la nomenclature.

* Le numéro d'identification du laboratoire du centre agréé de génétique humaine s'il s'agit de forfaits "genetic counseling" (589750-589761, 589772-589783, 589794-589805)
ou de prestations de l'art. 33.

* Le numéro d'identification du centre de rééducation
  - s'il s'agit de prestations effectuées pour des patients qui suivent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
  - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur ;
  - s'il s'agit de prestations de logopédie dispensées dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle (711373, 712375, etc…).

* Le numéro d'identification de la banque de matériel corporel humain qui a délivré le matériel s'il s'agit d'une intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (Uniquement s'il s'agit de matériel belge ou de matériel étranger importé d'un pays hors UE)

  Pour le matériel corporel humain issu d'un pays de l'UE, aucun agrément banque de matériel corporel humain n'est nécessaire. Dans ce cas, le "numéro de l'hôpital + 200" doit toujours être mentionné dans cette zone.
  Pour les frais de transport entre la banque étrangère de matériel corporel humain et la banque agréée belge (pseudo-code 272650-272661), le même numéro d'agrément que celui du matériel importé doit être mentionné.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau reprenant la relation entre les différents pseudo-codes de l'AR du 02/06/2010 et le numéro d'agrément nécessaire pour la facturation de ce matériel corporel humain.

Pseudo-codes pour le matériel non importé		Pseudo-codes pour le matériel importé		Référence à la liste de l'annexe 1 de l'AR	Numéro d'agrément
DE	A	DE	A		
269290	269301	271471	271482	A 53°	210
269393	269404	271493	271504	A 2°	211
269415	269426	272694	272705	A 3°	211
269496	269625	272392	272521	A 4° à 10°	215
270351	270362	271515	271526	A 11°	212
270373	270465	272532	272602	A 54° à 57°	216
270550	270561	271530	271541	A 12°	212 ou 219
270572	270583	272635	272646	A 13°	220
270616	271062	271552	272005	A 14° à 36°	213
271073	271084	272016	272020	A 37°	213 ou 215
271095	271342	272031	272285	A 38° à 50°	213
271353	271364	272296	272300	A 51°	213 ou 215
271375	271423	272311	272366	B 1°, 2°	213
271434	271445	272370	272381	A 52°	213
272672	272683	272716	272720	A 1°	218
272731	272742	272753	272764	A 58°	220
272775	272786	272790	272801	A 59°	213

Attention : Pour toutes les prestations reprises sous le titre « greffes hématologiques » à l'art.20, §1, a) de la nomenclature, aucun numéro de banque de matériel corporel humain n'est mentionné. Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au numéro de l'hôpital (se terminant par « 000 »).

* Le numéro d'identification de la MRS, MRPA, MSP ou IHP s'il s'agit de prestations effectuées dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.

* Le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée;
- s'il s'agit de prestations effectuées sur le site de l'établissement hospitalier (tant pour les patients hospitalisés que pour les ambulants, également pour les patients séjournant dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP);
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la biologie clinique par admission ou par maxiforfait;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
- s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
- s'il s'agit des produits, prestations ou services non remboursables par l'AMI (codes 096XXXX), sauf pour les codes 0961376-0961380 et 0961391-0961402 pour lesquels le numéro d'agrément « numéro hôpital + 191 ou + 192 » doit être mentionné;
- s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile ;
- s'il s'agit des conventions art. 56 (0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936)
- s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).
- s'il s'agit du montant global prospectif.

* Le numéro d'identification du centre agréé pour la rééducation cardiaque s'il s'agit de prestations de rééducation pour patients cardiaques (0771201, 0771212, 0771223).

* Le numéro d'identification de la maison médicale s'il s'agit de prestations effectuées dans une maison médicale.

* S'il s'agit d'un déplacement d'un patient, le numéro d'identification de l'hôpital qui facture doit alors être mentionné dans cette zone (par exemple en cas de pseudo-code 793553).
* S'il s'agit des projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » ou « hospitalisation à domicile » (793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**) en 793693-793704), le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné dans cette zone.
* Convention « équipes mobiles »:
  Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): numéro réseau de santé mentale.
  Pseudo-codes visite à domicile (104473, 104495): numéro équipe mobile.
* Convention « soins de psychologie de première ligne » : numéro réseau de santé mentale.
* S'il s'agit du montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (pseudo-code 793575), le numéro d'identification du service ambulancier agréé ou, dans le cas d'une intervention du SMUR, le numéro de l'hôpital qui facture, doit être mentionné dans cette zone.
* S'il s'agit du transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), le numéro d'identification du service ambulancier agréé doit alors être mentionné dans cette zone.
* S'il s'agit des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.
* Le numéro d'identification de l'établissement de transfusion sanguine agréé qui a délivré le sang total humain ou les produits sanguins labiles s'il s'agit d'une intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles
* S'il s'agit de prestations de l'article 9 de la nomenclature (accouchements) exécutées en milieu hospitalier, le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée doit alors être mentionné dans cette zone.
* Le numéro de l'hôpital + 000 s'il s'agit d'un examen SPECT exécuté intra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT.
* S'il s'agit d'un examen SPECT exécuté extra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT, cette zone est mise à zéro.

<u>Produits radiopharmaceutiques</u>

* Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations des paragraphes 10001 et 10002 du Chapitre II de la liste en annexe de l'AR du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radio-pharmaceutiques.
* Numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit du forfait 747913-747924

<u>AR 26/5/2016 (MB 31/5/2016)</u>

* Le numéro du laboratoire du centre agréé de génétique humaine s'il s'agit de prestations de l'art. 33 de la nomenclature (565014 à 565600 inclus, 588674-588685, 588711-588722)

(☞6) * Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) s'il s'agit des prestations 457855 à 457903 inclus, 457973-457984, 458452-458463, 458570 à 458603 inclus, 458673-458684, 458732-458743, 458813 à 458905 inclus, 458953-458964, 458990-459001, 459351-459362, 459373-459384, 459550 à 459642 inclus, 459675-459701.

* Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) ou + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 459874 à 459922 inclus

(☞2) * Le numéro de l'hôpital + 111 (tomographe à résonance magnétique) s'il s'agit des prestations 457914 à 457962 inclus, 459395 à 459546 inclus, 459830-459841, 458975-458986.

* Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 442676 à 442761 inclus, 442971- 442982
* Le numéro de l'hôpital + 113 (service de radiothérapie) s'il s'agit des prestations 444113 à 444242 inclus, 444290 à 444323 inclus, 444356 à 444603 inclus

(☞6) * Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 229655-229666, 589190-589201, 589632-589643, 590236-590240.

(☞1) (*) supprimé à partir du 1/7/2019 (date de prestation).
(☞1) (**) supprimé à partir du 1/1/2021 (date de prestation)

* Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) ou numéro de l'hôpital + 127 (programmes partiels B1 et B2) s'il s'agit des prestations 453552 à 453600 inclus, 464155 à 464203 inclus, 589013 à 589046 inclus, 589153 à 589164 inclus, 589735 à 589746 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) s'il s'agit des prestations 476652-476663

* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) s'il s'agit des prestations 589551 – 589562

* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 475952-475963, 476276-476280, 476630-476641, 589492 à 589540 inclus, 589573-589584

* Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) s'il s'agit des prestations 590181, 590310, 590516 à 590995 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) ou numéro de l'hôpital + 130 (premier accueil des urgences) s'il s'agit des prestations 212015 et 214012

* Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) ou numéro de l'hôpital + 130 (premier accueil des urgences) s'il s'agit de la prestation 211013 lorsqu'elle a été effectuée dans une fonction reconnue soins d'urgence.

* Le numéro de l'hôpital + 132 (fonction service mobile d'urgence) s'il s'agit des prestations 590413-590424, 590435, 590446 ou 590472

* Le numéro de l'hôpital + 134 (programme de soins d'oncologie) s'il s'agit de la prestation 350291-350302

* Le numéro de l'hôpital + 141 (centre de médecine de reproduction B) s'il s'agit des prestations 432714 à 432725 inclus, 559812 à 559860 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 155 (centre d'expertise pour patients comateux) s'il s'agit de la prestation 477606

* Le numéro d'identification du centre de dialyse s'il s'agit des prestations 470374-470385, 470400, 470422, 470433-470444, 470470-470481, 474714-474725 (supprimés à partir du 1/2/2020) ou des honoraires de la convention dialyse

<u>Convention concernant le financement de la dialyse</u>

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

<u>Implants</u>

(☞3) * Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 172594-172605, 158815 à 158863 inclus, 180810 à 180843 inclus, 181915 à 181941 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) s'il s'agit des prestations 159574- 159585, 172793 à 172933 inclus, 180331 à 180471 inclus, 684714 à 684725 inclus, 701035 à 701050 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 123 (agrément path. cardiaque C) s'il s'agit des prestations 159471-159482, 172955 à 173003 inclus
* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) s'il s'agit des prestations 158933-158944

* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 158550 à 158642 inclus, 158734 à 158760 inclus, 158874 à 158922 inclus, 158955 à 158966 inclus, 170590 à 170623 inclus, 172572-172583

* Le numéro de l'hôpital + 126 (agrément path. cardiaque P) s'il s'agit des prestations 158653 à 158723 inclus, 172395 à 172465 inclus

* Le numéro de l'hôpital + 150 (centre de chirurgie robot-assistée) s'il s'agit des prestations 777114-777125 (jusqu'au 29/2/2016)

* 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 à180880 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.

(☞2) * 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 et 181694-181705.

(☞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 : 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'agréation de celles-ci est à indiquer dans cette zone lors de la facturation du pseudo-code 0109594.
Cette zone est égale à zéro pour les forfaits 0109616, 0509611 et 0409614.

Si un dispensateur obtient une nouvelle qualification au cours d'un mois (ou d'un trimestre), les prestations effectuées avant la date d'obtention de cette nouvelle qualification doivent être facturées avec l'ancien numéro d'identification ; les prestations effectuées à partir de cette date doivent être facturées avec le nouveau numéro d'identification.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460784, 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0700000, pseudo-codes oncofreezing et pseudo-codes montant global prospectif: pseudo-numéro dispensateur 01.00001.06.999

de 0590166 à 0590332 : numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde.

honoraires forfaitaires par date de prélèvement pour biologie clinique ambulatoire (AR 24/9/1992), 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : numéro du dispensateur (ou un des dispensateurs) qui a effectué les prestations de biologie clinique (respectivement les prestations de radiologie) de la prescription concernée.

0460703, 0460821 : numéro d'un radiologue de l'hôpital.

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : numéro du bandagiste.

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.

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 est égale à 0.
Exception: pour le pseudo-code 960035-960046 (prestations de laboratoire non remboursables), le dispensateur de soins doit obligatoirement être mentionné.

Fécondation in vitro (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860)
Numéro du prestataire.

Alimentation parentérale (et interventions liées dans le cadre de l'art. 56)
Lors de l'indication du code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751833, 0751855, 0751870, 0751892,751914, 751936 ou 751951 dans la zone 4, le contenu de cette zone est égal à 0.

Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle
Pour les prestations 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776473, 0776484, 0776495 et 0776506, cette zone doit être mise à zéro.

Prestations mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants)
Pour les prestations du point 5quater dans l'ET 50 Z 4 S 3, cette zone doit être mise à zéro.

Convention SAOS (à partir du 1/1/2018)
Pour les forfaits du point 5quinquies dans l'ET 50 Z 4 S 3, cette zone doit toujours être remplie.
Pour les pseudo-codes 779936, 779951 et 765951 (nCPAP), il s'agit du " médecin posant le diagnostic" ; pour les pseudo-codes 779870, 779892 et 779914 (AOM), il s'agit du spécialiste AOM (voir art.17 §1 de la convention).
Selon l'art. 3, §6 de la convention, les prestations accordées par le médecin-conseil restent remboursables pendant la période de prise en charge que le médecin-conseil a déjà accordée, même dans le cas où le centre ne dispose provisoirement pas d'un médecin posant le diagnostic ou d'un spécialiste OAM. Dans ce cas, le pseudo-numéro prestataire 01.00001.06.999 est mentionné dans cette zone.

Frais de déplacement rééducation fonctionnelle (0771072 et les prestations reprises dans le point D) de l'ET 50 Z 4 S 2): cette zone est égale à zéro.

Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente (0793553), décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (0793575) et le transport urgent de malades (0784416 à 0784486 inclus) : cette zone est égale à zéro.

Dialyse de détoxification (0761972-0761983): numéro du prestataire.

Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles
Numéro d'identification du médecin responsable de l'établissement de transfusion sanguine.
Remarque : Pour la Croix Rouge Flamande, il s'agit du médecin responsable « local ».

Assistance au sevrage tabagique
Numéro d'identification du prestataire concerné.
Si la prestation a été exécutée par un tabacologue sans numéro INAMI, alors le pseudo-code d'identification 2.99999.22.999 doit être mentionné dans cette zone.

Convention "genetic counseling": Numéro d'identification du médecin spécialiste habilité à attester les forfaits.

Convention reconstruction mammaire: Numéro d'identification du médecin spécialiste qui est habilité à attester les prestations (voir liste des prestataires habilités sur le site Web de l'INAMI).

Conventions chirurgie complexe: Numéro d'identification médecin spécialiste en chirurgie

(☞1) Convention de conseil dermatologique à distance : numéro d'identification du dermatologue qui est autorisé à attester la prestation (103390) (voir liste sur le site de l'INAMI).

Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » (pseudo-codes 793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**) en 793693-793704): numéro d'identification du médecin qui suit le patient.
Convention « équipes mobiles »:
Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): numéro équipe mobile.
Pseudo-codes visite à domicile (104473, 104495): numéro d'identification du psychiatre.

Convention « soins de psychologie de première ligne » : numéro d'identification psychologue ou orthopédagogue.

(☞1) (*) supprimé à partir du 1/7/2019 (date de prestation).
(☞1) (**) supprimé à partir du 1/1/2021 (date de prestation).

RUBRIQUE : NORME DISPENSATEUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 80

Valeur	Signification
0	Il n'y a pas de dispensateur communiqué dans la zone 15.
1	Prestation ou série de prestations pouvant être affectées au dispensateur unique qui l'a effectuée.
2	Prestation ou série de prestations attestée par un infirmier, mais effectuée par un aide soignant.
3	Prestation de physiothérapie (art. 22) (partiellement) effectuée par un (ou plusieurs) kinésithérapeute(s) sous la surveillance d'un médecin spécialiste qui a attesté la prestation.
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 collégialement par plusieurs dispensateurs.

Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :
0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176 : valeur 1 ou 9 selon que les prestations de la prescription sont effectuées par 1 ou plusieurs dispensateurs;
de 0590166 à 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : toujours la valeur 9;
0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000
et pseudo-codes oncofreezing : 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).

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.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.
Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel

Transport urgent de malades (*)
L'intervention s'élève à 50 % du montant facturé, arrondi à l'eurocent supérieur ou inférieur le plus proche.
Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Honoraires pour prestations de biologie clinique ambulatoire facturés aux bénéficiaires eux-mêmes: toujours zéro.

Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales, le pseudo-code nomenclature 0700000 indique une valeur négative.

(*) A partir de la date de prestation 1/1/2019, il existe uniquement une intervention pour les bénéficiaires transportés par un hélicoptère du CHU Sart Tilman ou de l'AZ St. Jan Brugge dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Implants (à partir du 1/7/2014) (AR du 24/6/2014):

Catégorie I = implants, Catégorie II = dispositifs médicaux invasifs

Catégorie A : remboursés sur la base du prix individuel lorsqu'ils sont repris sur une liste nominative
Catégorie B : remboursés de façon non-forfaitaire sans être repris sur une liste nominative et si le prix ne dépasse pas la marge de sécurité
Catégorie C : remboursés de façon non forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative (une marge de sécurité est fixée)
Catégorie D : remboursés de façon forfaitaire sans être repris sur une liste nominative
Catégorie E : remboursés de façon forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative
Catégorie F : remboursés sur base du prix de vente TVA incluse (fixé par le CMD)
Catégorie G : remboursés dans le cadre d'une "Application Clinique Limitée"
Catégorie H : remboursés dans le cadre d'un contrat conclu avec l'INAMI

Information statistique relative aux honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, en cas de pseudo-codes de l'art. 8, § 5, 3°, c avec la norme 9, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » et convention « équipes mobiles » : en cas de pseudo-codes 793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**), 793693-793704, 793715, 793730, 793752, 793774 dans l'ET 50 Z 4 , le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

« Enregistrements à zéro » dans le cadre du montant global prospectif : toujours égal à zéro

Lait maternel (pseudo-code 695052-695063).

Base légale (art. 3 de l'AR du 21 mai 1987 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des bandes et autres matières plâtrées et du lait maternel) :
L'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité dans le coût du lait maternel est fixée comme suit :
a) pour une quantité de 200 ml ou moins, l'assurance rembourse la différence entre le prix de base, qui est de 0,32 EUR/10 ml, et l'intervention forfaitaire de 0,30 EUR à charge du bénéficiaire;
b) par tranche de 20 ml supplémentaire, l'intervention de l'assurance est fixée à 0,62 EUR

Règles de calcul
- Le nombre de millilitres est arrondi vers le bas, par tranche :
  p.ex 188 ml ➔ pour le calcul : 180ml : 18 tranches de 10 ml (8 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)
  p.ex 233 ml ➔ pour le calcul : 220 ml : 20 tranches de 10 ml et 1 tranche de 20 ml (13 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)
  En dessous de 200ml, il y a, donc, des tranches de 10 ml et au dessus de 200ml des tranches de 20 ml.
- L'intervention personnelle est de 0,30 € pour la première tranche de 200ml et 0,02 € pour chaque tranche supplémentaire de 20 ml.
- Cas particulier : quantité > 9 999 ml : la facturation doit être scindée en différents enregistrements (vu que la zone 22 ne compte que 4 positions)

(☞1) (*) supprimé à partir du 1/7/2019 (date de prestation).
(☞1) (**) supprimé à partir du 1/1/2021 (date de prestation).

Exemple 1

556 ml est facturé ➔ zone 22 = 556

556 ml ➔ 20 * 10 ml + 17 * 20 ml = 540 ml (16 ml est insuffisant pour la prochaine tranche de 20 ml)
Remboursement (Z 19) = (20 * 0,32 €) – 0,30 € + (17 * 0,62 €) = 16,64 €
Intervention personnelle (Z 27) = 0,30 € + (17 * 0,02 €) = 0,64 €

Exemple 2

173 ml est facturé ➔ zone 22 = 173

173 ml ➔ 17 * 10 ml = 170 ml (3 ml est insuffisant pour la prochaine tranche de 10 ml)
Remboursement (Z 19) = (17 * 0,32 €) - 0,30 € = 5,14 €
Intervention personnelle (Z 27) = 0,30 €

Exemple 3

10 173 ml est facturé

1er enregistrement ➔ zone 22 = 9 980
9 980 ml ➔ 20 * 10 ml + 489 * 20 ml
Remboursement (Z 19) = (20 * 0,32 €) – 0,30 € + (489 * 0,62 €) = 309,28
Intervention personnelle (Z 27) = 0,30 € + (489 * 0,02 €) = 10,08 €

2ème enregistrement ➔ zone 22 = 193
193 ml ➔ 19 * 10 ml
Remboursement (Z 19) = (19 * 0,32 €) – 0,30 € = 5,78 €
Intervention personnelle (Z 27) = 0,30 €

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

RUBRIQUE : DATE PRESCRIPTION

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

Lorsqu'il s'agit d'une prestation qui est effectuée sur prescription, il y a lieu d'indiquer la date de la prescription dans cette zone.

Honoraires forfaitaires pour soins infirmiers + enregistrements statistiques complémentaires :

Dans l'enregistrement d'honoraires forfaitaires, la date de la demande du forfait sur le document 703ter ou le message MyCarenet 410000 doit être mentionnée.
Dans les enregistrements statistiques, la date de la prescription doit être mentionnée, autant de fois que la nomenclature exige une prescription; s'il s'agit de soins d'hygiène, cette zone contient la date de la demande de toilette sur le document 703ter ou le message MyCarenet 410000; s'il s'agit de prestations de base, cette zone est toujours égale à 0.

Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes :

La date de la demande d'intervention est considérée comme la date de la prescription.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain
Cette zone est égale à zéro.

Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles
La date de la prescription doit être mentionnée dans cette zone.

Echelonnement
La date du formulaire d'envoi du médecin généraliste doit être mentionnée dans cette zone.

Cette zone est égale à 0 si l'ET 50 Z 26 = 0, 3 ou 4, à l'exception de certains soins infirmiers (voir tableaux repris dans l'ET 50 Z 4).

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE D'UNITES

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108

Cette zone contient :
Le nombre de fois qu'une prestation a été dispensée à la date ou durant la période indiquée (date début – date fin).
OU
Le nombre de fournitures (p.ex. sang, isotopes, …) qui ont été délivrées à la date ou durant la période indiquée (date début – date fin).

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

Les séries d'un seul traitement doivent être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation avec date de début = date de fin et nombre d'unités = 1), à l'exception des honoraires de surveillance (art. 25, §1), qui peuvent être facturés en série.

Remarques :
- pour les soins infirmiers et les maisons médicales, le nombre de prestations est toujours = 1;
- pour les bandes et autres matières plâtrées, il y a lieu d'indiquer le nombre d'unités;
- pour les isotopes, il y a lieu d'indiquer le nombre de fois que le tarif a été porté en compte;
- le sang et le plasma sanguin doivent être indiqués en unité délivrée;
- pour le matériel corporel humain (AR du 2/6/2010), il y a lieu d'indiquer le nombre de fois que le tarif unitaire a été porté en compte; dans le cas d'un remboursement par cm (57° allogreffe veineuse), par cm^2 (11° peau conservée dans l'azote liquide ou le glycérol, 12° kératinocytes, 58° membrane amniotique à usage dermatologique) ou par cm^3 (59° poudre d'os cortical avec capacité d'ostéoinduction), le nombre de cm, cm^2 ou cm^3 doit, donc, être mentionné;
- le lait maternel doit être indiqué en ml (voir aussi règles de calcul en Z 19 S 1) ;
- pour les honoraires forfaitaires ou le montant global prospectif, le nombre est toujours 1;
- pour les frais de déplacement dans le cadre de prestations de rééducation et pour les frais de déplacement des accoucheuses (422973), il faut mentionner le nombre de kilomètres parcourus à l'aller et au retour.
- pour les frais de déplacement des médecins dans les régions rurales (109955), cette zone est égale à (distance en km x 2)
- pour les frais divers en hôpital (voir ET 50 Z 4 S 14), le nombre d'unités peut être plus grand que 1.
- pour l'intervention du SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente (pseudo-code 793553) et pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (pseudo-code 793575) (montant forfaitaire par demi-heure), le nombre de demi-heures commencées doit être mentionné dans cette zone.
- transport urgent de malades : nombre de kilomètres (si pseudo-codes 784416 à 784464 inclus) ou nombre de paires d'électrodes utilisées (si pseudo-code 784475-784486).

En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

Implants

- le nombre d'implants identiques utilisés lors d'une intervention peut être facturé via un enregistrement; Attention : le nombre d'unités dans les enregistrements "marge de sécurité" et "marge de délivrance" doit être identique au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel les implants sont facturés.
- implants avec un remboursement par cm^2 (ou par point de contact) :
  - pour les implants avec une liste nominative et sans forfait, le nombre d'unités est égal au nombre de fois que le produit, tel que décrit dans la liste, est utilisé (donc, pas le nombre de cm^2 ou le nombre de points de contact).
    Le nombre d'unités dans les enregistrements "marge de sécurité" et "marge de délivrance" doit être identique au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel les implants sont facturés.
  - pour les implants sans liste nominative (avec ou sans forfait), le nombre d'unités est égal au nombre de cm^2, arrondi au nombre entier le plus proche (la moitié d'une unité est arrondie vers le haut).
    Plusieurs implants identiques ne peuvent pas être facturés via un seul enregistrement. Un enregistrement séparé par implant doit être établi.
    La marge de sécurité et la marge de délivrance sont calculées par implant (et donc pas par cm^2). Le nombre d'unités des enregistrements « marge de sécurité » et « marge de délivrance » est toujours égal à 1 (et donc, pas égal au nombre de cm^2 et pas non plus égal au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel l'implant est facturé)

Exemples filets (basés sur les prix du 1/12/2016)

Exemple 1 : 157931 - 157942 (avec liste nominative et sans forfait)

Délivrance d'1 filet avec code d'identification 320010000826 (surface = 176,63 cm^2):
Enregistrement filet : Z 22 = 1 ; Z 19 = 529,89; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 1; Z 27 = 158,96 EUR
Enregistrement marge de délivrance : Z 22 = 1 ; Z 27 = 68,88 EUR

Délivrance de 2 filets avec code d'identification 320010000826 :
Enregistrement filet: Z 22 = 2; Z 19 = 1059,78 EUR; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 158,96 = 317,92 EUR
Enregistrement marge de délivrance : Z 22 = 2 ; Z 27 = 2* 68,88 = 137,76 EUR

Exemple 2: 158012 - 158023 (avec liste nominative et forfait par filet)

Délivrance de 2 filets avec code d'identification 321010002530
Enregistrement filet: Z 22 = 2; Z 19 = 2*146,40 = 292,80 EUR; Z 27 = 2*48,80 EUR = 97,60EUR
Enregistrement marge de délivrance: Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 19,52 = 39,04 EUR

Exemple 3: 157894 - 157905 (sans liste nominative et sans forfait)

Délivrance d'1 filet avec code de notification 0000011665-72 (Vicryl Mesh 13,5 x 11 CM).
La surface est égale à 148,50 cm^2. Celle-ci est arrondie à 149 cm^2.
Enregistrement filet : Z 22 = 149 ; Z 19 = 149 * 0,5 = 74,50 EUR ; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 1; Z 27 = prix – montant de remboursement (74,50 EUR)
si prix <= 74,50 + 50% de 74,50
Enregistrement marge de délivrance: Z 22 = 1; Z 27 = 10% du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Délivrance d'1 filet avec code de notification 0000204480-93 (Vicryl Mesh 8,5 x 10,5 CM).
La surface est égale à 89,25 cm^2. Celle-ci est arrondie à 89 cm^2.
Enregistrement filet : Z 22 = 89 ; Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50 EUR ; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 1; Z 27 = prix – montant de remboursement (44,50 EUR)
si prix <= 44,50 + 50% de 44,50
Enregistrement marge de délivrance: Z 22 = 1; Z 27 = 10% du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Délivrance de 2 filets avec code de notification 0000204480-93 (Vicryl Mesh 8,5 x 10,5 CM).
La surface est égale à 89,25 cm^2 par filet. Celle-ci est arrondie à 89 cm^2.
Enregistrement 1er filet: Z 22 = 89; Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50 EUR; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité 1er filet: Z 22=1; Z 27 = prix – montant de remboursement (44,50)
si prix <= 44,50 + 50% de 44,50
Enregistrement marge de délivrance 1er filet: Z 22 = 1; Z 27 = 10% du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR
Enregistrement 2e filet: Z 22 = 89; Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50 EUR; Z 27 = 0
Enregistrement marge de sécurité 2e filet: Z 22 = 1; Z 27 = prix – montant de remboursement (44,50)
si prix <= 44,50 + 50% de 44,50
Enregistrement marge de délivrance 2e filet: Z 22 = 1; Z 27 = 10% du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Exemple 4: 160495 - 160506 (sans liste nominative et avec forfait par filet)

Délivrance de 2 filets avec code notification 0000027597-48 (PFTE felt 2,5 x 10,2cm)
Enregistrement filet: Z 22 = 2; Z 19 = 2 * 75,08 = 150,16 EUR; Z 27 = 0
Enregistrement marge de délivrance: Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 7,5= 15 EUR

RUBRIQUE : DEROGATION NOMBRE MAXIMAL OU PRESTATION IDENTIQUE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 113

Pour certaines prestations, les règles d'application de la nomenclature prévoient un nombre maximal de prestations dans une certaine période.
Dans certains cas, la nomenclature prévoit également des dérogations à ce nombre maximal.
De telles dérogations peuvent être communiquées dans cette zone via les valeurs « 01 » et « 02 ».
Les justificatifs pour la dérogation sont tenus à disposition des organismes assureurs pour des contrôles à posteriori.

Cette zone est aussi utilisée pour indiquer qu'il s'agit bien d'une deuxième (ou troisième ou suivante) consultation/visite identique le même jour par le même prestataire pour des prestations sans règles de maxima (valeur « 03 » ou « 04 »).
Les valeurs « 03 » et « 04 » sont particulièrement utilisées pour les consultations/visites facturées via e-fact ou e-attest, mais peuvent exceptionnellement aussi être utilisées pour les consultations/visites facturées par les autres prestataires/institutions (p.ex hôpitaux).

Une liste est publiée sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»). Cette liste contient les prestations pour lesquelles la valeur 1 doit être remplie lorsqu'une exception à la règle des maxima (comme prévue dans la nomenclature) est d'application.
Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

Lors de l'utilisation de la valeur « 02 » (autre séance/prescription), il suffit de mentionner la valeur pour une des prestations.

Lorsqu'une valeur spécifique doit être mentionnée dans cette zone, il suffit de mentionner cette valeur pour la prestation de base, elle ne doit pas être répétée pour p.ex. l'aide opératoire, l'anesthésie, l'honoraire d'urgence,…

Valeur	Signification
01	Dérogation au nombre maximal. (Il existe une limitation légale mais une dérogation est permise)
02	Autre séance/prescription. (Lorsqu'une disposition dans la réglementation prévoit qu'elle est appliquée par séance ou par prescription, on peut indiquer par le biais de cette valeur qu'il s'agit d'une autre séance/prescription)
03	2e consultation/visite identique de la journée. (Il n'existe pas de limitation légale; cette valeur indique qu'il ne s'agit PAS d'une double facturation injustifiée de la même consultation/visite).
04	3e ou suivante consultation/visite identique de la journée. (Idem que valeur 03 mais pour plusieurs prestations)
00	Dans les autres cas.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

- La règle d'obtention du numéro d'identification du prescripteur est identique à celle du numéro d'identification du dispensateur (cf. enregistrement de type 50 zone 15).

- Ce numéro doit être mentionné si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 1, 2, 4, 5, 6 ou 9.

- Ce numéro doit être = 0 si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 0 ou 3.

- S'il s'agit d'un prescripteur étranger, le pseudo-code d'identification suivant doit être utilisé : 01.00000.07.999.

Une liste limitative des prestations pour lesquelles un prescripteur doit être rempli, est publiée sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
Cette liste est actualisée régulièrement.
Pour les prestations qui ne figurent pas sur la liste, aucun prescripteur ne peut être rempli et cette zone doit, donc, obligatoirement être remplie avec des zéros.

Honoraires forfaitaires pour soins infirmiers + enregistrements statistiques complémentaires.
Dans les enregistrements statistiques, les données relatives au prescripteur doivent être communiquées tant que les dispositions de la nomenclature l'exigent.
Dans l'enregistrement des honoraires forfaitaires, on mentionne un des prescripteurs figurant dans les enregistrements statistiques complémentaires.
Si dans les enregistrements statistiques complémentaires, aucun prescripteur n'est mentionné, cette zone est alors égale à zéro.

Mammographie dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité (0450192 - 0450203 et 0450214 – 0450225) :

- si la prestation a été prescrite: le prescripteur doit être mentionné
- si l'invitation de l'autorité vaut comme prescription: le pseudo-prescripteur 01.00001.06.999 doit être mentionné

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain
Numéro d'identification du médecin qui a demandé le matériel et qui a effectué l'implantation = médecin responsable de la greffe = médecin qui signe l'attestation relative à l'utilisation

Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles
Le numéro d'identification du médecin de l'établissement hospitalier qui a demandé (prescrit) le produit.

Echelonnement (AR du 26 novembre 2006)
Pour les consultations des médecins spécialistes facturées avec intervention personnelle réduite (parce que le patient a été envoyé par un médecin généraliste), le numéro d'identification du médecin généraliste référent doit être mentionné dans cette zone. Dans ce cas, le code norme 2 doit être mentionné dans la zone 26.

RUBRIQUE : NORME PRESCRIPTEUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 127

Valeur	Signification
0	Pas de prescripteur.
1	La prestation peut être attribuée à un prescripteur.
2	Echelonnement (la prestation est facturée avec intervention personnelle réduite) (le numéro d'identification du médecin généraliste référent doit être mentionné dans la zone 24-25).
3	Les prestations sont effectuées pour ses propres patients.
4	Il s'agit de prestations ajoutées.
5	La prestation peut être attribuée à un prescripteur et elle a été substituée.
6	La prestation est prescrite par différents prescripteurs et elle a été substituée.
9	La prestation est prescrite par différents prescripteurs. Le numéro d'identification de l'un d'entre eux est enregistré dans la zone du prescripteur (type 50 zone 24-25).

Pour les soins infirmiers, la norme prescripteur est égale à 0, 1 ou 9.

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de radiologie art. 5 (prestations 0307090 à 0307145, 0307230 à 0307285, 0377090 à 0377145 et 0377230 à 0377241 et 377274 à 377285)

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est un spécialiste en radiodiagnostic et - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
(☞4) Le prestataire a une qualification comme repris à l'art. 4, §1 de la nomenclature - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de radiologie
art. 17

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est un spécialiste en radiodiagnostic et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Prestations de l'art. 17 bis - échographies.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est un médecin spécialiste en radiodiagnostic et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
- la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B

Prestations de l'art. 17 quater - échographies.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est médecin-spécialiste avec avec une qualification autre que le radiodiagnostic et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de radiologie art. 17 ter.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est médecin-spécialiste avec une qualification autre que le radiodiagnostic et - la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	0	12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de biologie clinique (art. 3, 24 et 24 bis) et anatomopathologie (art. 32).

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le dispensateur est un médecin spécialiste en biologie clinique (en cas de prestations de l'art. 3, de l'art. 24 et de l'art. 24bis)			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée (exécutée par lui-même)	A	4	A
- la prestation est ajoutée (exécutée par un autre médecin spécialiste en biologie clinique)	B	4	A
- la prestation est prescrite par le médecin spécialiste en biologie clinique même (pour lui-même ou pour d'autres patients qu'il a en traitement)	A	3	12 zéros
Le dispensateur est un médecin spécialiste en anatomopathologie (en cas de prestations de l'art. 32)			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est prescrite par le médecin spécialiste en anatomopathologie même (en cas de prestation 588954-588965 ou 588932-588943)	A	3	12 zéros
Le dispensateur est un médecin spécialiste en médecine nucléaire (en cas des 22 prestations de l'art. 24, qui sont analogues aux 22 prestations de l'art. 18, § 2 B, e) ou le dispensateur a une double qualification dont la biologie clinique (en cas de prestations de l'art. 3, de l'art. 24 et de l'art. 24bis) ou en anatomopathologie (en cas de prestations de l'art. 32) , et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
Les médecins spécialistes dans une discipline autre que la biologie clinique ou l'anatomo-pathologie, et pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité (seulement pour les prestations de l'art.3, de l'art.24, et de l'art.32, pas pour l'art.24bis)	A	3	12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de biologie clinique (art. 3, 24 et 24 bis) et anatomopathologie (art. 32) – suite.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Les médecins généralistes pour les prestations de l'art. 3	A	3	12 zéros
Le dispensateur est un pharmacien ou licencié en sciences agréé pour les prestations de l'art. 3, de l'art. 24 et de l'art. 24bis ou est un pharmacien agréé avant le 1/1/1980 pour les prestations de l'art.32			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée (exécutée par lui-même)	A	4	A
- la prestation est ajoutée par un médecin spécialiste en biologie clinique (exécutée par un pharmacien ou licencié agréé)	A	4	B (médecin spécialiste en biologie)
- la prestation est ajoutée par le pharmacien ou licencié agréé (exécutée par un autre pharmacien ou licencié agréé) (**)	A	4	B (pharmacien ou licencié agréé)

(*) Rappelons en outre que, en vertu de l'A.R. du 16 décembre 1982, l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de la majorité des prestations de biologie clinique est subordonnée à la condition que ces prestations soient exécutées dans un laboratoire agréé.

(**) Le pharmacien biologiste ou le licencié en sciences doit obtenir l'accord préalable du médecin traitant dans les cas où il se propose de modifier la liste des analyses prescrites en fonction de l'adéquation de la technique utilisée au traitement ou à la condition du patient (voir art 24, §9, 3 de la nomenclature).

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de médecine nucléaire in vitro (art. 18, § 2, B, e).

Le dispensateur doit être autorisé à détenir et à utiliser des substances nucléaires à des fins médicales.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le dispensateur est un spécialiste en radio- et en radiumthérapie et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
Le dispensateur a une double qualification dont la radio- et radiumthérapie et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
Le dispensateur est un médecin spécialiste en médecine nucléaire et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de médecine nucléaire in vitro (art. 18, § 2, B, e) - suite.

Le dispensateur doit être autorisé à détenir et à utiliser des substances nucléaires à des fins médicales.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le dispensateur est un pharmacien ou un licencié en sciences (sous les conditions de l'art.19, §5bis) et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
Le dispensateur est un médecin spécialiste en biologie clinique (sous les conditions de l'art.19, §5ter) et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
Le dispensateur est un médecin autorisé (sous les conditions de l'art. 19, §5 quater) et :			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

Rappelons en outre que, en vertu de l'A.R. du 16 décembre 1982, l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût des prestations de médecine nucléaire in vitro est subordonnée à la condition que ces prestations soient exécutées dans un laboratoire agréé.

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de médecine nucléaire in vivo
(art. 18, § 2, B, a) jusqu'à d)quater inclus)

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le dispensateur est un spécialiste en médecine nucléaire et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B
- la prestation est prescrite par le spécialiste même pour ses propres patients (pas possible pour la prestation 442735-442746)	A	3	12 zéros
Le dispensateur a une double qualification dont la médecine nucléaire et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B
- la prestation est prescrite par le spécialiste même pour ses propres patients (pas possible pour la prestation 442735-442746, sauf lorsque le spécialiste est également neurologue, psychiatre, gériatre ou neuropsychiatre)	A	3	12 zéros

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128

Dans cette zone, doivent être mentionnés les tickets modérateurs effectivement imputés.
Le contenu de cette zone est indispensable dans le cadre du calcul du montant annuel des tickets modérateurs.

Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant effectivement porté en compte (peut même être égal à zéro) doit être mentionné dans cette zone et la valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.

L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Lors de la réintroduction d'une prestation rejetée, la zone « intervention personnelle » doit à nouveau être remplie, même si le montant a entre-temps déjà été facturé et payé par le patient.

Pour les frais de séjour pour rééducation professionnelle dans le cadre de la rééducation individuelle (0771050-0771061), on reprend dans cette zone le montant qui reste à charge du patient.

Honoraires pour prestations de biologie clinique ambulatoire facturés aux bénéficiaires eux-mêmes: toujours zéro.

Information statistique relative aux honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, en cas de pseudo-codes de l'art. 8, § 5, 3°, c avec la norme 9, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Implants :

- A partir du 1/7/2014: pour les prestations de la "liste" (annexe à l'AR du 25/06//2014), l'intervention personnelle suivante est d'application (voir zone "personalContribution" du fichier de référence "*LIST*"):
  - pour les prestations avec valeur a dans la zone "reimbursementSubCategory", il n'y a pas d'intervention personnelle
  - pour les prestations avec valeur b, c, d ou e dans la zone "reimbursementSubCategory", une intervention personnelle réglementaire est prévue

- Le montant de la marge de délivrance doit être mentionné dans cette zone, sauf la marge de délivrance pour les prothèses de la parole (785352/363) qui doît être mentionnée dans la zone 19.

- Le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité (tel que défini dans la « liste » (AR du 25/06/2014)) doit être mentionné dans cette zone.

Pour les implants avec des listes nominatives, le montant exact de la marge de délivrance et de la marge de sécurité est publié par l'INAMI dans les listes concernées.
Pour les implants sans listes nominatives, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies vers le bas.
Si plusieurs implants sont facturés via un seul enregistrement (pas possible pour certains implants, voir ET 50 Z 22 S1), alors, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies par unité et ensuite multipliées par le nombre d'unités.

La marge de délivrance pour les défibrillateurs cardiaques implantables (à partir du 1/1/2014) doit toujours être calculée sur base des montants de base des tranches, également dans le cas d'un(e) appareil/électrode après la liquidation complète de l'enveloppe (appareil/électrode à 1€) ou dans le cas de la dernière tranche ou dans le cas d'un remplacement sous garantie.

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » et convention « équipes mobiles » : en cas de pseudo-codes 793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**), 793693-793704, 793715, 793730, 793752,793774 dans l'ET 50 Z 4 , le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

« Enregistrements à zéro » dans le cadre du montant global prospectif : toujours égal à zéro

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

(☞1) (*) supprimé à partir du 1/7/2019 (date de prestation).
(☞1) (**) supprimé à partir du 1/1/2021 (date de prestation).

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : DENT TRAITEE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 163

Le code de la dent traitée (voir art. 6, § 15 du règlement du 28/07/2003) (alignement à droite) doit être mentionné dans cette zone.
Cette obligation est valable :

- pour les prestations dentaires de l'art. 5 de la nomenclature des soins de santé, indiquées par le Conseil technique dentaire.
  Les prestations pour lesquelles un numéro de dent doit être mentionné, sont indiquées dans la liste des tarifs des prestations dentaires publiée sur le site de l'INAMI (http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/dentiste.aspx)
- pour la prestation 317236-317240 (art 14,l de la nomenclature des soins de santé), si elle est exécutée par un dentiste. Pour les stomatologues, le remplissage de cette zone est facultatif.

Si dans le cadre de certains forfaits (par ex : 375575/586), plusieurs dents sont traitées, alors le numéro de dent de la dent sur laquelle la plupart du travail a été fait doit être mentionné.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT OU MONTANT POUR PRODUITS, PRESTATIONS OU SERVICES NON-REMBOURSABLES

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165

Dans cette zone, il y a lieu de mentionner les montants portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée, en surplus des tickets modérateurs réglementaires.

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Les montants portés en compte pour les produits, prestations ou services non-remboursables, dont les pseudo-codes sont publiés dans l'enregistrement de type 50 zone 4 suite 15, doivent être mentionnés dans cette zone.

Transport urgent de malades

- Hélicoptère CHU Sart Tilman ou AZ St. Jan Brugge: La différence entre le montant facturé et l'intervention de l'assurance est mentionnée dans cette zone.
- Autres transports urgents de malades (appel 100/112): L'indemnité forfaitaire facturée au patient (60€) est mentionnée dans cette zone.

Implants :

- Aucun supplément ne peut être imputé et mentionné dans cette zone sauf pour la prestation « cortex osseux » (167694-167705).
- Les implants non remboursables (pseudo-code 960234-960245) peuvent, seulement, être facturés au patient s'ils sont notifiés (le code de notification doit être mentionné dans la zone 55-56).

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » et convention « équipes mobiles » : en cas de pseudo-codes 793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**), 793693-793704, 793715, 793730, 793752, 793774 dans l'ET 50 Z 4 , le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

Dentistes:
Les montants qui sont facturés (au patient) pour les ancrages mécaniques, pour l'utilisation d'un substitut dentinaire bioactif et lors d'un traitement endodontique, en cas de score DETI classe B, documenté dans le dossier, sont mentionnés dans cette zone.
Les "majorations" qui sont facturés (au patient) dans le cadre des tarifs maximaux (point 6.2 de l'Accord National Dento-Mutualiste 2020-2021), sont mentionnées dans cette zone.

Montant global prospectif: toujours égal à zéro.
« Enregistrements à zéro »: supplément possible

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

(☞1) (*) supprimé à partir du 1/7/2019 (date de prestation).
(☞1) (**) supprimé à partir du 1/1/2021 (date de prestation).

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 175

La cause de l'exception à l'interdiction de l'application du régime tiers payant est mentionnée, au moyen d'un code, dans cette zone (voir A.R. du 18/9/2015).

Lorsque le contenu de cette zone est différent de zéro, l'exception doit être justifiée selon les modalités fixées dans la circulaire O.A 2017/305 du 23 octobre 2017.

Valeur	Signification
1	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 4° (décès, coma)
2	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 5° (état d'urgence financière)
3	A.R. 18/9/2015, art. 9/2**,** 6° (VIPO tarif préférentiel), 7° (revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence), 8° (chômeurs longue durée), 9° (droit aux allocations familiales majorées)
4	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 1° (prestations dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations)
5	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 2° (prestations dispensées dans les centres de santé mentale, centres de planning familial et d'information sexuelle et centres d'accueil pour toxicomanes)
6	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 3° (prestations dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés)
7	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, dernière alinéa (prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde de médecine générale)
8	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 10° (statut affection chronique)
P	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 11° (patients palliatifs)
0	Tous les autres cas

Lorsque l'exception a été reçue via (My)CareNet (ET20 Z3 = 1), alors cette zone peut être égale à zéro sauf dans le cas d'e-fac médecins généralistes ou dentistes (où la justification tiers payant qui est communiquée dans la réponse à la consultation du tarif doit être mentionnée dans cette zone).

Le contenu de cette zone est toujours égal à zéro pour toutes les prestations qui ne tombent pas sous l'interdiction du régime du tiers payant.

(☞7) L'interdiction du tiers payant a totalement été levée pour les prestations effectuées à partir du 01/01/2022.
A titre transitoire, une valeur ≠ 0 peut temporairement encore être saisie dans cette zone.
A partir de la date de prestation 01/05/2022, cette zone doit toujours être égale à « 0 ».

RUBRIQUE: CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176

Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle, qui devrait être mentionnée dans la zone 27, ou le supplément, qui est normalement mentionné dans la zone 30-31, a été pris en charge, en tout ou en partie, par un autre tiers (prestataire/établissement même ou législation hors AMI).

Valeur	Signification
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). 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. (*)
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.
Attention : les valeurs 3, 4, 6, 7 et 8 priment sur la valeur 1.

Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.
Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

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

(*)Les valeurs 3, 4, 7 ou 8 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3, 4, 7 ou 8 ne peuvent être utilisées dans le cas d'une facturation de frais de déplacement « transport urgent de malades » (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus) ou dans le cas d'une facturation de prestations ou services non-remboursables (codes 960).

Exemple

Facturation normale

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

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

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

RUBRIQUE : MEMBRE TRAITE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 177

Dans cette zone, il est mentionné, au moyen d'un code, si le traitement a été effectué sur un membre gauche ou droit.

Valeur	Signification
0	Tous les autres cas
1	Gauche
2	Droit

Cette zone peut également être remplie facultativement pour d'autres prestations que celles énumérées ci-dessous.

A. <u>Prestations effectuées avant 01/04/2022 :</u>

1. Art. 14 :
   - les prestations d'ophtalmologie 245151-245162 de l'art. 14 h), §1, I, 1° de la nomenclature;
   - les prestations d'ophtalmologie de l'art. 14, h), §1, I, 6° de la nomenclature et les prestations d'ophtalmologie pour le traitement laser (art. 14, h), § 1er, II, 3° de la nomenclature) et les prestations 248334-248345 et 248415-248426 de l'art. 14, h), §1, II, 1° de la nomenclature
   - les prestations de chirurgie vasculaire de l'art.14, f), 4° de la nomenclature des soins de santé à l'exception des 238011-238022, 238276-238280 et 238335-238346.
   - les prestations 251576-251580, 251613-251624 et 251591-251602 de l'art. 14 c)

2. Convention reconstruction mammaire: prestations 252652-252663 et 252696-252700

3. Art. 17 et 17ter:
   les radiographies du système ostéo-articulaire (prestations de l'art. 17, § 1er, 7° (codes 0455011 à 0455265 et 0455814 à 0455862) et de l'art. 17 ter, A, 7° (codes 0466012 à 0466266 et 0466292 à 0466340) de la nomenclature) à savoir, selon les règles de la nomenclature, les prestations pour lesquelles, il existe des règles de cumul, notamment par côté.

4. « La Liste » (implants) :
   - les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 (implant d'ancrage pour prothèse externe).
   - les prestations 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 170811-170822, 170833-170844, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622, 180633-180644, 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703, 180714-180725 (implants cochléaires)

(☞3) - les prestations 181974-181985 pour le traitement du glaucome

B. <u>Prestations effectuées à partir du 01/04/2022 :</u>

(☞7) Il faut mentionner la latéralité (gauche ou droite) pour chaque membre et chaque organe pair (AR 06/09/21, MB 27/09/21). Cela n'a aucun impact sur les règles d'application de la nomenclature actuellement en vigueur. Les codes nomenclatures concernés sont inclus dans la liste Excel « Membre traité » qui fait partie intégrante des instructions de facturation et qui, si besoin, sera mise à jour en cas de futurs changements de nomenclature. Cette liste contient également les autres prestations pour lesquelles il fallait déjà remplir la zone (voir points 2, 3 et 4 ci-dessus).

RUBRIQUE : PRESTATAIRE CONVENTIONNE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 178

Dans cette zone, il est mentionné, au moyen d'un code, si le prestataire renseigné dans la zone 15 est ou non conventionné.

L'utilisation de cette zone est d'application pour tous les prestataires de soins.

Valeur	Signification
0	Pas de convention
1	Prestataire conventionné
2	Prestataire partiellement conventionné
9	Prestataire non conventionné

Si un pseudo-numéro d'identification (02-99999-22-999 ou 01-00001-06-999) est mentionné dans la zone 15, cette zone est alors égale à zéro.

RUBRIQUE : HEURE DE PRESTATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N HHMM - 179

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

Le but à terme, est de mentionner dans cette zone l'heure de début de prestation (ou l'heure de prélèvement en cas de prestations de biologie clinique).

L'utilisation de cette zone n'est justifiée que lorsque plusieurs prestations sont effectuées le même jour ou risquent de poser un problème lors de contrôles de cumul.

Exemples pour lesquels la mention de l'heure de prestation serait utile :

- prestations ambulatoires effectuées le jour d'admission ou de sortie d'un établissement hospitalier;
- prestations avec plusieurs séances le même jour, effectuées deux ou plusieurs fois par jour;
- prestations qui ne peuvent pas être cumulées dans une même séance, lorsqu'elles sont effectuées durant plusieurs séances le même jour;
- prestations de biologie clinique lors de prélèvements multiples effectués le même jour = heure du prélèvement;
- prestations qui donnent droit aux suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes (art. 26), dans le cas où elles sont effectuées la nuit, à des périodes différentes;
- ....

RUBRIQUE : IDENTIFICATION ADMINISTRATEUR DU SANG

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 183

S'il s'agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone le numéro d'identification du médecin de l'établissement hospitalier qui a signé l'attestation relative à l'utilisation et qui a administré le sang ou les produits sanguins labiles.

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 195

S’il s’agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone, le numéro de l'attestation d'administration, c’est-à-dire, le numéro de l’attestation prouvant que le sang humain total ou les produits sanguins labiles ont bien été administrés.

RUBRIQUE : NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 A - 207

S'il s'agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone le numéro du bon de délivrance ou du sac.

Certains centres de transfusion sanguine utilisent un numéro de 21 positions :
Exemple : B0370 02 330609.16-53

où B0370 = le centre de transfusion de Brugge ;
02 = l'année 2002 ;
330609.16-53 = le numéro unique du sac de sang.

Seules les 12 dernières positions (numéro unique du sac de sang) sont mentionnées dans cette zone.

D'autres centres de transfusion sanguine utilisent un numéro d'unité avec la structure suivante : BXXXXAANNNNNN00

avec
BXXXX: numéro du centre de transfusion sanguine
AA: année
NNNNNN: numéro d'ordre

Dans ce cas, les positions XXXXAANNNNNN de ce numéro doivent être mentionnées dans cette zone.

RUBRIQUE : CODE IMPLANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 219

Si la zone 4 de cet enregistrement est utilisée pour la facturation des implants ou dispositifs médicaux invasifs, pour laquelle l'identification du produit de l'implantation constitue une condition nécessaire pour la tarification, le code d'identification correspondant doit être mentionné dans cette zone.

Jusqu'au 30/6/2014 inclus: XXX-YYY-ZZZZZ-C.

XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;
YYY = 3 positions numériques qui identifient la classe du type de produit;
ZZZZZ = 5 positions numériques qui identifient le produit même.
C = 1 position numérique qui reprend le check-digit (= 7 - reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 11 premiers chiffres du code d'identification et le diviseur est égal à 7).

A partir du 1/7/2014: XXX-YY-ZZZZZ-CC.

XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;
YY = 2 positions numériques qui identifient la classe du type de produit;
ZZZZZ = 5 positions numériques qui identifient le produit même.
CC = 2 positions numériques (check-digit) (= 97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 10 premiers chiffres du code d'identification et le diviseur est égal à 97).

Attention: Dans le cadre des déclarations d'accord, les codes d'identification ont toujours l'ancienne structure avec 1 check-digit calculé selon le modulo 7.

Les prestations pour lesquelles un code d'identification doit être rempli sont indiquées avec la valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone « *identificationZone43* » du fichier de référence « LIST ».
De plus, un code implant doit également être mentionné pour les pseudo-codes de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables », sauf pour les électrodes (pour lesquelles le code notification doit être mentionné dans l'ET 50 Z 55-56).

A partir de la date de prestation 1/2/2017, cette zone est également utilisée pour mentionner le code d'identification des capteurs utilisés dans le cadre de la convention diabète (enfants).
Le code d'identification doit obligatoirement être rempli pour les pseudo-codes du point 5quater de l'ET 50 Z 4 S 3 et pour les pseudo-codes 961332-961343 et 961354-961365 de l'ET 50 Z 4 S 15.

Lorsque des prestations ambulatoires de l'art. 27 (bandagistes) ou de l'art. 31 (audiciens) sont facturées via le fichier de facturation électronique de l'hôpital et que la mention du code d'identification du produit est une condition de remboursement, alors le code d'identification doit être mentionné dans cette zone. Attention: l'attestation de délivrance papier reste obligatoire.

(☞1) À partir du 1/4/2021, un tout nouveau système est applicable pour le matériel de stomie, pour lequel il n'est plus possible de mentionner ce matériel dans le fichier de facturation électronique d'un hôpital.

RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 30 A - 231

Si un code 0960XXX est utilisé dans la zone 4, pour la mention de suppléments pour les produits, prestations ou services non remboursables par l'AMI, le libellé du produit, de la prestation ou du service doit être communiqué dans cette zone.
S'il s'agit de suppléments dans des MRPA-MRS-CSJ, un libellé doit seulement être mentionné pour les pseudo-codes 0960691 et 0960713.

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

RUBRIQUE : NORME PLAFOND

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 261

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

Valeur	Signification
7 ou 8	Les traitements (groupes de codes prestation), pour lesquels l'intervention globale atteint un plafond, sont indiqués au moyen de la norme 7 ou 8. Les enregistrements qui atteignent ensemble le plafond d'intervention doivent se suivre directement sur bande magnétique et être signalés à l'aide de la norme 8 pour autant que la somme des montants des interventions de l'assurance reste inférieure ou égale au plafond. La prestation avec laquelle le plafond est atteint et pour laquelle le montant de l'intervention de l'assurance est limité à la différence entre le plafond et la somme des montants des enregistrements avec la norme 8, est indiquée au moyen de la norme 7. Si d'autres enregistrements contenant des prestations suivent encore, leur montant O.A. sera égal à zéro et leur norme sera égale à 7. La norme 7 est seulement utilisée pour les prestations effectuées à partir du 1er janvier 1995. Dans le cas où le plafond de la marge de délivrance prévu dans la convention avec les fournisseurs d'implants est d'application pour la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de nomenclature, les normes 7 et 8 doivent alors être utilisées. Les normes 7 et 8 doivent également être utilisées dans le cadre du plafond journalier pour les prestations 478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 et 478111-478122 (art. 20, §1, f) de la nomenclature).
0	Dans tous les autres cas.

RUBRIQUE : VALEUR DE BASE PRESTATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 7 N - 262

Jusqu'au mois facturé juin 2019 inclus, cette zone est numérique (8N) avec une structure de date (AAAAMMJJ). La zone peut, facultativement, encore être remplie avec une date (date de l'accord). Sinon, elle est remplie avec « 00000000 ».

A partir du mois facturé juillet 2019, la structure de cette zone doit être modifiée par tous les prestataires/institutions en une zone montant (1 A + 7 N):

- Lorsque la zone 54b = 1 (« enregistrement à zéro » dans le cadre d'un séjour à basse variabilité dans un hôpital), la valeur de base de la prestation doit être mentionnée dans cette zone pour les admissions à partir du 1/7/2019. Il s'agit de la base de calcul pour l'éventuel supplément mentionné dans la zone 30-31.
- Dans tous les autres cas, cette zone doit être remplie avec « +0000000 » (ou éventuellement « -0000000 »).

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : TRANSPLANTATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 270

Cette zone doit être complétée dans le cadre de transplantations d'organe ou de moelle osseuse.

Valeur	Signification
0	Aucune transplantation d'organe ou de moelle osseuse n'a été effectuée.
1	Il y a eu transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au receveur.
2	Il y a eu (préparation d'une) transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au donneur (potentiel).

Lorsque le donneur (potentiel) est ambulant et que le receveur est hospitalisé, les prestations effectuées sur le donneur (potentiel) (valeur 2) peuvent être facturées sur la facture d'hospitalisation du receveur sous les codes hospitalisés ou les codes ambulatoires.

Dans le cas d'une facturation des transplantations avec donneur vivant, 2 factures doivent être établies au nom du receveur :

- 1 facture avec les journées d'entretien/prestations du donneur, les données d'identification et d'assurabilité du receveur (Enregistrements 20 Zones 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 22, 27) et la zone 48 = 2
- 1 facture avec les journées d'entretien/prestations du receveur, les données d'identification et d'assurabilité du receveur et la zone 48 = 1

RUBRIQUE : DISPENSATEUR AUXILIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 271

S'il s'agit d'une prestation attestée par un infirmier mais effectuée par un aide soignant dans le cadre de l'art.8 § 12 (*Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier)* de la nomenclature alors le numéro d'identification de l'aide soignant qui a effectué la prestation est mentionné dans cette zone.

(☞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: numéro INAMI de l'infirmier
- Lorsque tous les soins dans le cadre d'une de ces prestations ont été effectués par 1 aide soignant:
  Prestation + tous les pseudo-codes: numéro INAMI de l'aide soignant
- Lorsque les soins ont été effectués par plusieurs infirmiers et/ou aides soignants:
  Prestation : numéro INAMI de l'infirmier ou de l'aide soignant qui a effectué la 1ère visite
  Pseudo-codes: numéro INAMI de l'infirmier ou de l'aide soignant qui a réellement effectué la prestation concernée

Lorsqu'il s'agit d'une prestation attestée par un médecin mais effectuée par un stagiaire alors cette zone est complétée par le numéro d'identification du médecin stagiaire qui a effectué la prestation.

Le numéro INAMI du gestionnaire du DMG doit être mentionné dans cette zone lorsque l'ET 50 Z 16 = 4 (lettre « G » sur l'attestation de soins : médecin a accès aux données du DMG mais n'est pas le gestionnaire de celui-ci).

Le numéro d'identification est composé de 11 chiffres et est toujours précédé d'un zéro.

Cette zone doit seulement être remplie si ET 50 Z 16 = 2, 4 ou 5.

Exception:

(☞3) Pour les prestations infirmières pour lesquelles des enregistrements statistiques avec pseudo-codes sont nécessaires (*), la zone doit toujours être remplie (également dans les enregistrements correspondants avec pseudo-codes, ainsi que dans les enregistrements avec norme 1 ou 9).

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

RUBRIQUE : POURCENTAGE DANS LE FORFAIT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3N - 283

Lorsque les soins dans le cadre d'un forfait soins infirmiers ont été effectués par plusieurs infirmiers et/ou aides soignants (càd lorsque la norme dispensateur est égale à 9 dans l'enregistrement du forfait), alors le pourcentage des différents infirmier/aides soignant dans le forfait doit être mentionné dans les enregistrements des prestations de base (pseudo-codes).

(☞6) Quelques exemples de remplissage de cette zone:
60 % → 060
10 % → 010
33 % → 033
100 % → 100 (seulement possible dans le cas où il n'y a qu'une prestation de base)

RUBRIQUE : SITE HOSPITALIER

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 287

Voir enregistrement de type 30 zone 51.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 293

Voir enregistrement de type 30 zone 52.

RUBRIQUE : NUMERO DE COURSE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 305

Lors de la facturation du transport urgent de malades (pseudo-codes 0784416-0784420, 0784431-0784442, 0784453-0784464, 0784475-0784486), le numéro de course,
attribué par le centre d'appel, doit obligatoirement être rempli dans cette zone.
Attention : Le « numéro de course » est le « numéro d'intervention » qui est communiqué par le centre d'appel.
Si cette zone, alphanumériquement définie, n'est pas remplie, elle doit alors être complètement remplie de zéro, ceci constitue une exception aux principes généraux (voir annexe 7 suite 1).

Actuellement, 2 plates-formes informatiques (CityGis et CAD Astrid) et 2 structures de « numéro de course » sont utilisés par les centres d'appels.

La plate-forme CityGis utilise un « numéro de course » avec la structure suivante :
PPAAJJJMMMM
PP = code province du centre d'appel :

10 = Anvers	22 = Wavre	50 = Mons	80 = Arlon
20 = Bruxelles	30 = Bruges	60 = Liège	90 = Namur
21 = Louvain	40 = Gand	70 = Hasselt	

AA = année
JJJ = jour de l'année
MMMM = numéro de mission dans la journée (*attention: dans le cas où le centre d'appel attribue un numéro à 5 chiffres, on considère uniquement les 4 derniers chiffres de ce numéro comme MMMM*)

Exemples:
- La mission 124 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: 10090030124
- La mission 12345 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: 10090032345

La plate-forme CAD Astrid utilise un « numéro de course » avec la structure suivante :
DSAAJJJNNNN
D = discipline (ex : pour l'instant, M = médical)
S = site

A (NT) = Anvers	G (LIE) = Liège	N (AM) = Namur	W (VL) = Flandre-Occidentale
B (XL) = Bruxelles	H (AI) = Hainaut	O (V) = Flandre-Orientale	X (LUX)= Luxembourg
F (BRW) = Brabant Wallon	L (IM) = Limbourg	V (BR) = Brabant Flamand	

AA = année
JJJ = jour de l'année
NNNN = numéro de mission dans la journée (*attention: dans le cas où le centre d'appel attribue un numéro à 5 chiffres, on considère uniquement les 4 derniers chiffres de ce numéro comme NNNN*)

Exemples:
- La mission 124 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: MA090030124
- La mission 12345 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: MA090032345

RUBRIQUE : FLAG GPS

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N – 316

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'un « enregistrement à zéro » dans le cadre d'un montant global prospectif (AR portant exécution de la loi relative au financement groupé des activités hospitalières).

Valeur	Signification
1	Il s'agit d'un « enregistrement à zéro » dans le cadre d'un montant global prospectif
0	Tous les autres cas

Lorsque cette zone est égale à 1, les zones 19 et 27 doivent être égales à zéro.

RUBRIQUE : CODE NOTIFICATION IMPLANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 321

Chaque implant notifié reçoit un code de notification unique, qui doit être mentionné dans cette zone pour :
- les implants non remboursables avec obligation de notification (pseudo-code 960234-960245)
- les implants remboursables sans liste nominative avec obligation de notification

Les prestations pour lesquelles un code de notification doit être rempli sont indiquées avec la valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone « *notificationZone55* » du fichier de référence « LIST ».
De plus, un code de notification doit également être mentionné pour les pseudo-codes relatifs aux électrodes de la convention « défibrillateur cardiaque implantable ».

Lorsqu'un dispositif sur mesure est utilisé pour les prestations de la catégorie I.D. Chapitre I (Pneumologie et système respiratoire) ou de la catégorie II.D (tous les chapitres) pour lesquelles la mention d'un code notification est obligatoire (*càd des prestations avec valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone "notificationZone55" du fichier de référence "LIST"*), le pseudo-code notification 999999999850 doit être rempli dans cette zone.

Dans tous les autres cas (notamment, pour les implants avec des listes nominatives), cette zone est égale à zéro.

Le code de notification est composé de 10 chiffres + 2 check-digits : XXXXXXXXXX-CC.

avec CC = 97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 10 premiers chiffres du code de notification et le diviseur est égal à 97

RUBRIQUE : CODE ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 14 N - 333

Pour certains dispositifs médicaux et certains actes médicaux l'intervention de l'assurance maladie est subordonné à l'enregistrement de données. Afin de prouver qu'il y a eu enregistrement de données un code d'enregistrement généré après enregistrement des données doit être mentionné dans cette zone.
Ce code d'enregistrement a la structure suivante :

0XXXAAZZZZZZCC
XXX = type produit ou prestation (voir ci-dessous)
AA = année
ZZZZZZ = numéro d'ordre
CC = check-digit (= reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 11 premiers chiffres du code d'enregistrement et le diviseur est égal à 97)

Les tableaux ci-dessous reprennent, pour chaque enregistrement de données, le code XXX ainsi que la date de début et de fin de l'obligation de mentionner le code d'enregistrement dans cette zone.

Implants et dispositifs médicaux

En cas de facturation des dispositifs médicaux pour lesquels la zone « Qermid » du fichier de référence «LIST» est égale à 2, le code d'enregistrement doit être mentionné dans cette zone, sauf dans les enregistrements statistiques (norme 9). Cette zone est égale à zéro pour la marge de délivrance ou pour la marge de sécurité du matériel avec code Qermid = 2.
En cas de facturation des montants de récupération pour les défibrillateurs cardiaques le code d'enregistrement doit être mentionné dans cette zone.

Implant – nom du registre	**XXX**	**Date prestation à partir du**	**Date prestation jusqu'au (inclus)**	**Remarque**
Défibrillateurs cardiaques et électrodes	101	01/01/2017		Uniquement pour la facturation des montants de récupération
Stimulateurs cardiaques et électrodes	102	01/09/2015	30/11/2018	Primo-implantations et remplacements
		01/04/2017	30/11/2018	Remplacements anticipés
	105	01/12/2018		
Endoprothèses	103	01/02/2018	30/11/2019	
Dilatations coronaires	104	01/09/2015	31/5/2019	Valable pour les hôpitaux qui n'utilisaient pas le S2S de la Smals. Pour les hôpitaux qui utilisent le S2S Smals une procédure provisoire a été mise en place (voir ci-dessous)
Hospitalisation avec FFR - Angioplastie coronaire	107	01/06/2019		
Hospitalisation avec PCI - Angioplastie coronaire	108	01/06/2019		
Hospitalisation avec FFR et PCI - Angioplastie coronaire	109	01/06/2019		
Stent valvulaire pulmonaire	110	01/08/2016	31/3/2019	
Prothèses articulaires du genou - orthopride	201	01/09/2015		
Prothèses articulaires de la hanche - orthopride	202	01/09/2015		
Implants permettant l'ancrage d'une prothèse externe - amputation	203	01/02/2017		
Filets implantables pour réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale - prolapse	302	01/06/2017	31/12/2019	
Filets implantables pour réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale - filets vaginaux	305	01/01/2020		
Neurostimulateurs en cas de douleurs chroniques (FBSS et FNSS) - Neuro-Pain	401	01/01/2018		
Neurostimulateurs DRG en cas de CRPS des membres inférieurs - Neuro-Pain	401	01/12/2019		
Capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose – première implantation	501	01/10/2019		
Capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose – remplacement	502	01/10/2019		

Solution provisoire pour les hôpitaux qui utilisent le S2S de la Smals pour l'enregistrement des dilatations coronaires jusqu'à ce que Healthdata dispose de son propre S2S :

- Facturation des dilatations coronaires avec ou sans FFR : les hôpitaux mentionnent le code avec XXX = 104 qu'ils reçoivent après envoi des données via S2S ;
- Facturation des FFR sans dilatation coronaire : celles-ci n'étant pas enregistrées dans le registre Smals les hôpitaux doivent mentionner le code d'enregistrement 1041999999939.

Liste des hôpitaux concernés :

NUMÉRO D'AGRÉMENT	CENTRE	SITE	ADRESSE	CP	VILLE
71005780-156	Jan Yperman Ziekenhuis	Ieper	Briekestraat 12	8900	IEPER
71007760-156	CHU / UVC Brugmann	Victor Horta	Place Arthur Van Gehuchten / Arthur Van Gehuchtenplein 4	1020	BRUXELLES / BRUSSEL
71011720-156	AZ Delta	Wilgenstraat	Wilgenstraat 2	8800	ROESELARE
71012611-156	Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis	Aalst	Moorselbaan 164	9300	AALST
71014391-156	UZ Brussel		Avenue du Laerbeek / Laarbeeklaan 101	1090	BRUXELLES / BRUSSEL
71032209-156	UZ Leuven	Gasthuisberg	Herestraat 49	3000	LEUVEN
71041018-156	Centre Hopsitalier EpiCURA	Hornu	Route de Mons 63	7301	HORNU
71059527-156	AZ Nikolaas	Sint-Niklaas	Moerlandstraat 1	9100	SINT-NIKLAAS
71071801-156	CHU de Charleroi	Hôpital Civil Marie Curie	Chaussée de Bruxelles 140	6042	LODELINSART

Actes médicaux

Acte médical	XXX	Date prestation à partir du	Date prestation jusqu'au (inclus)	Remarque
Implantation d'endoprothèses – nomenclature, article 34 § 1er	103	01/02/2018	30/11/2019	

Anatomo-pathologie et examens génétiques

Examen	XXX	Date prestation à partir du	Date prestation jusqu'au (inclus)	Remarque
Companion Diagnostics (PITTER) – nomenclature, article 33ter	050	01/07/2019		Au lieu du code d'enregistrement réel, le pseudo-code d'enregistrement 0509999999956 peut être mentionné (*)

(*) L'enregistrement dans PITTER reste obligatoire bien évidemment. Si le Service suspecte que les labos n'enregistrent pas ou enregistrent peu dans PITTER, les services de contrôle viendront sur place pour vérifier. En cas de non-respect de l'obligation d'enregistrement, la mention obligatoire des codes d'enregistrement dans la facturation pourrait alors être réintroduite.
A partir de 2021, les organismes assureurs recevront eux-mêmes l'information issue des registres afin de pouvoir effectuer les contrôles nécessaires de la facturation. La mise en œuvre de ce flux de données sera phasée pour les différents registres mais le registre PITTER sera prioritaire.

RUBRIQUE : FLAG TVA

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'une prestation/délivrance sur laquelle de la TVA est due.

	Valeur	Signification
(☞7)	01	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient et sur lesquelles la TVA est due
	02	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient avec exemption de TVA
	00	tous les autres cas

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 51

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

Voir enregistrement de type 50 zone 4.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : DATE PRESTATION

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

Voir enregistrement de type 50 zone 5.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

Voir enregistrement de type 50 zone 15.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81

Voir enregistrement de type 50 zone 17-18.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

Voir enregistrement de type 50 zone 19.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : CODE TITULAIRE 1 + 2

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 10 N - 128

Voir enregistrement de type 20 zone 27.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : NUMERO AGRÉMENT ENGAGEMENT DE TARIF

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 48 A - 213

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

Cette zone est réservée pour la mention du numéro d'agrément de l'engagement de tarif. La consultation des données du tarif via le réseau est seulement possible pour les secteurs autorisés via MyCareNet.

S'il n'y a aucune utilisation du service « consultation tarif **»**, l'ET 51 ne sera pas présent.

Le contenu de cette zone est structuré comme suit :

RRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRNNNNNNNNNNVVA000

soit :

- R = 32 positions alphanumériques pour le numéro d'agrément d'engagement de tarif obtenu via le service « consultation tarif ».
- N = 10 positions numériques, remplies de zéros.
- V = 2 positions numériques, remplies de zéros.
- A = 2 : consultation tarif (1 position numérique)
- 0 = 3 positions numériques de réserve, remplies de zéros.

La zone est complétée avec le contenu de la zone 'financialcontract' ('numéro d'agrément engagement de tarif') du message de réponse à la consultation du tarif.

RUBRIQUE : DATE COMMUNICATION INFORMATION

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

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

Cette zone est remplie avec la date à laquelle l'OA a communiqué les données du tarif via le message de réponse à la consultation du tarif.
Cette date se trouve dans la zone 'kmehrmessage/transaction/date'.

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 52

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : RAISON ENCODAGE MANUEL

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

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.

Valeur	Signification
1	Utilisation d'un document d'identité sans puce
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)

RUBRIQUE : CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

Voir enregistrement de type 50 zone 4.

RUBRIQUE : DATE PRESTATION

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

Voir enregistrement de type 50 zone 5.

RUBRIQUE : DATE DE LECTURE DOCUMENT IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE

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

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.

La date de lecture du document d'identité du patient est mentionnée dans cette zone.

Cette zone doit toujours être remplie, sauf lorsque l'ET 52 Z 9 = 4 et l'ET 52 Z 3 = 3, 4, 5 ou 6.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

RUBRIQUE : TYPE DE SAISIE DOCUMENT IDENTITÉ

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 49

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.

Ce code fait la distinction entre les différents types de saisie du document d'identité.

Valeur	Signification
1	Lecture puce
2	Lecture code-à-barres
3	Lecture QR code
4	Encodage manuel Lorsque cette valeur est utilisée, la raison doit être mentionnée dans l'ET 52 Z 3.
(☞1) A	Saisie électronique (itsme®)

RUBRIQUE : TYPE DE SUPPORT DOCUMENT IDENTITÉ

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 50

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.

Ce code fait la distinction entre les différents types de support du document d'identité.

Valeur	Signification
1	Carte d'identité électronique belge (ou Kids-id)
2	Carte d'identité électronique étranger ou document de séjour électronique
4	Carte ISI+
7	Vignette avec code-à-barres Lorsque cette valeur est utilisée, la raison doit être mentionnée dans l'ET 52 Z 11.
8	Attestation d'assuré social
9	Attestation de perte ou de vol d'une carte d'identité électronique belge, d'une carte électronique d'étranger ou d'un document de séjour électronique
(☞1) A	Saisie électronique (itsme®)

Pour le médecin généraliste qui gère le dossier médical global, la lecture du document d'identité s'effectue seulement au moment de la consultation ou de la visite sur base de laquelle le médecin a ouvert la gestion d'un dossier médical.

Lorsque la vérification de l'identité du patient par la lecture du document d'identité est obligatoire, cette zone est différente de zéro et doit obligatoirement être remplie avec une des valeurs prévues.

RUBRIQUE : RAISON UTILISATION VIGNETTE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017.

Ce code indique pourquoi une vignette a été utilisée.

Cette zone doit obligatoirement être remplie lorsque l'ET 52 Z 10 = 7.

Valeur	Signification
1	Le bénéficiaire n'est pas présent au moment de la prestation et sa présence simultanée et celle du dispensateur n'est pas réglementairement requise
2	Le bénéficiaire ne dispose pas de document d'identité

RUBRIQUE : HEURE DE LECTURE DOCUMENT IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N HHMM - 52

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.

L'heure de lecture du document d'identité du patient est mentionnée dans cette zone.

Cette zone doit toujours être remplie, sauf lorsque l'ET 52 Z 9 = 4 et l'ET 52 Z 3 = 3, 4, 5 ou 6.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

Voir enregistrement de type 50 zone 15.

RUBRIQUE : NUMÉRO DE SÉRIE DU SUPPORT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 15 A - 80

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.

Le numéro de série du support (carte eId,…) doit être mentionné dans cette zone.

Cette zone doit toujours être remplie, aussi dans le cas d'encodage manuel (ET 52 Z 9 = 4), sauf
(☞1) lorsque l'ET 52 Z 10 = A, 7, 8 ou 9.

RUBRIQUE : NUMÉRO DOCUMENT JUSTIFICATIF

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 N - 95

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.

Le numéro du document justificatif délivré au patient doit être mentionné dans cette zone.
Ce numéro doit être unique et différent de zéro.

Cette zone doit toujours être remplie.

RUBRIQUE : NUMERO UNIQUE APPAREIL IMAGERIE MEDICALE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 120

Dans cette zone, le numéro de l'appareil d'imagerie médicale doit être complété pour les prestations mentionnées dans l'AR du 26/5/2016 portant exécution de l'article 64, § 1er, alinéa 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (MB 31/5/2016).
Le numéro d'appareil doit également être complété pour le forfait INAMI PET 747913-747924 (Art. 27/1 de l'AR du 22/5/2014).

Il s'agit d'un numéro à 12 positions avec la structure 0YYYYYYCD000

avec YYYYYYCD = numéro de facturation INAMI

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

Le statut « défectueux/remplacement » de l'appareil n'est pas communiqué par l'INAMI.
Cependant, si l'appareil est défectueux et que l'examen est, donc, exécuté sur un appareil de remplacement, alors le numéro d'identification de l'appareil attribué par l'INAMI (« numéro de facturation INAMI ») doit être suivi par « 001 » au lieu de « 000 ».

RUBRIQUE : NUMERO D'ACCORD

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 20 A - 132

Dans cette zone, le numéro d'accord, reçu via « eAgreement », doit être complété.

Il s'agit d'un numéro à 20 positions avec la structure XXXYYYYYYYYYYYYYYYDD

avec XXX = Mutualité

YYYYYYYYYYYYYYY = numéro unique par OA

DD = check-digit (modulo 97).

(☞4) A partir du 01/05/22, cette zone doit obligatoirement être complétée par les kinésithérapeutes. Concernant les prestations de kinésithérapie facturées par un hôpital, cette zone ne doit provisoirement pas être complétée.

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 80

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : HEURE D'ADMISSION

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

Voir enregistrement de type 20 zone 4.

RUBRIQUE : DATE D'ADMISSION

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

Voir enregistrement de type 20 zone 5.

RUBRIQUE : DATE DE SORTIE

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

Voir enregistrement de type 20 zone 6a-6b.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

RUBRIQUE : TYPE DE FACTURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

Voir enregistrement de type 20 zone 10.

RUBRIQUE : SERVICE 721 bis

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53

Voir enregistrement de type 20 zone 13.

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

Voir enregistrement de type 20 zone 14.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 68

Il s'agit du montant de la facture que l'organisme assureur doit transférer au compte financier B.

Cette zone est remplie à partir de la droite.
Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : CAUSES DU TRAITEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N - 81

Voir enregistrement de type 20 zone 17.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85

Voir enregistrement de type 20 zone 18.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

Il s'agit du montant de la facture que l'organisme assureur doit transférer au compte financier A.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

Pour les maisons médicales, le montant total de la facture pour le patient concerné doit être mentionné dans cette zone.

RUBRIQUE : DATE DE LA FACTURE

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

La date de la facture individuelle doit être mentionnée dans cette zone (= date d'enregistrement de la facture concernée dans la comptabilité).

Cette zone doit être remplie seulement pour les prestations (aussi bien ambulants qu'hospitalisés) facturées par le gestionnaire de l'établissement ou par le Conseil Médical (aussi bien en cas de suppression de la facture individuelle papier que sans SFP).
Cette zone ne doit, donc, pas être remplie pour les prestations facturées par d'autres prestataires/ institutions.

RUBRIQUE : HEURE DE SORTIE

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

Voir enregistrement de type 20 zone 22.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

Voir enregistrement de type 20 zone 24-25.

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128

Cette zone reprend le montant total à payer par le patient sans déduction des acomptes éventuellement déjà payés.

Il s'agit de la somme des montants mentionnés dans les zones 27 des E.T. 30, 40 et 50 qui précèdent.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

Voir enregistrement de type 20 zone 28.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165

Cette zone reprend le montant total des suppléments à payer par le patient.

Il s'agit de la somme des montants mentionnés dans les zones 30-31 des ET 30, 40 et 50 qui précèdent.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

RUBRIQUE : FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

Voir enregistrement de type 20 zone 32.

RUBRIQUE : SIGNE + ACOMPTE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 183

Cette zone contient le montant de l'acompte destiné au compte financier A.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 321

Cette zone est réservée (réforme de l'état).

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE LA FACTURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347

Ce chiffre de contrôle est calculé de la façon suivante :

pour la facture individuelle concernée, toutes les valeurs des zones 4 des enregistrements de type 30, 40, 50, 51 et 52, des zones 17-18 et des zones 40-41 des enregistrements de type 40 sont additionnées. Le module 97 est appliqué sur ce résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est repris dans cette zone.

Exemple :

Si deux zones contenant les valeurs 101010 sont additionnées, alors le résultat de l'addition est :

```
  101010
+ 101010
--------
  202020
```

et **pas** 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 6

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 90

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

RUBRIQUE : NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 17

Voir enregistrement de type 10 zone 5-6a.

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ENVOI

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

Voir enregistrement de type 10 zone 7.

RUBRIQUE : NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 36

Voir enregistrement de type 10 zone 8a.

RUBRIQUE : NUMERO TIERS PAYANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

Voir enregistrement de type 10 zone 14.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER B

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 68

Signe et montant total de l'envoi qui doit être transféré au compte financier B.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER A

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

Signe et montant total de l'envoi qui doit être transféré au compte financier A.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

RUBRIQUE : ANNEE FACTUREE

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

Voir enregistrement de type 10 zone 22.

RUBRIQUE : MOIS FACTURE

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

Voir enregistrement de type 10 zone 23.

RUBRIQUE : NUMERO BCE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 10 N - 128

Voir enregistrement de type 10 zone 27.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER A

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 167

Voir enregistrement de type 10 zone 31-32-33-34.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER A

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 179

Voir enregistrement de type 10 zone 36-37-38-39-40-41

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER B

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 219

Voir enregistrement de type 10 zone 43a.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 235

Cette zone est réservée (réforme de l'état).

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER B

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 271

Voir enregistrement de type 10 zone 49-50-51-52

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 305

Cette zone est réservée (réforme de l'état).

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 321

Cette zone est réservée (réforme de l'état).

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENVOI

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347

Ce chiffre de contrôle est calculé de la façon suivante :

Les valeurs des zones 4 de tous les enregistrements de type 30, 40, 50, 51 et 52, des zones 17-18 et des zones 40-41 des enregistrements de type 40 de l'envoi sont additionnés. Le module 97 est appliqué sur le résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est repris dans cette zone.

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

Voir enregistrement de type 10 zone 99.