INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS, AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES, AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE DES FICHIERS DE FACTURATION ET AUX ORGANISMES ASSUREURS - EDITION 2021

MISE A JOUR 2021/18 – Publication 16-1-2024

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

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2021/18

Pages à remplacer :

- Annexes 12.5, 25.3;
- ET 40 Z 4 S 7;
- ET 50 Z 4 S 1, S 2, S 14, S 26, S 28, S 29, S 30, S 31, Z 5, Z 6a-6b, Z 15, Z 15 S 1, Z 57-58-59.

Page à ajouter :

- ET 50 Z 5 S 1.

1. Convention 'Obésité chez les enfants' – précision.

Une clarification est apportée dans la note de bas de page du tableau de la mise à jour 2021/17 :

Pseudo-code	Libellé court	Qui facture?	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
400654	Forfait annuel pour le médecin généraliste ou le pédiatre	Médecin généraliste ou pédiatre (eFact) (ou hôpital *)	Z 5 = Z 6 = n'importe quelle date dans l'année calendrier	Médecin généraliste ou pédiatre	Zéro (ou n° de l'hôpital auquel le pédiatre est affilié *)	Non

* si le pédiatre ne travaille pas dans un cabinet privé mais est rattaché à un hôpital autre que celui du CPMO **(Dans des cas exceptionnels, il peut également s'agir de l'hôpital du CPMO, mais uniquement si le pédiatre ne fait pas partie de l'équipe du CPMO)**.

2. Lecture eID hôpitaux, annexe 25.3.

La liste des exceptions (prestations qui ne nécessitent pas la mention de l'enregistrement 21) est complétée par un certain nombre de prestations sans présence du patient.

3. Trajet de démarrage diabète, annexe 12.5, ET 50 Z 4 S 1, S 2, Z 5, Z 6a-6b, Z 15.

Le pseudo-code pour les maisons médicales (109594) est remplacé par le nouveau pseudo-code 400396, mais les modalités de facturation (date de prestation Z 5-6, prestataire Z 15) restent les mêmes.
L'ET 50 Z 4 S 2 (prestations diététiques de la nomenclature de rééducation) est actualisé.

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

4. Projet transversal 'Trajet de soins de préhabilitation et de réhabilitation dans le cadre d'une transplantation abdominale', ET 50 Z 5 S 1, Z6a-6b, Z 15 S 1.

Les conventions (d'une part 'foie, intestin, pancréas ou multi-organes' et d'autre part 'transplantation rénale') prévoient un certain nombre de prestations (pseudo-codes), qui doivent toutes être facturées dans l'enregistrement de type 50, avec le type de facture 3 (facture ambulatoire) (un code hospitalisé est également prévu pour certaines prestations; celles-ci peuvent donc également être facturées lors d'une hospitalisation, avec le type de facture 1).
Vous trouverez ci-dessous un aperçu de la manière de remplir les principales zones du fichier de facturation.

Pseudo-codes	Libellé court	Qui facture?	ET	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
400750-400761 400875-400886 400993-401004 401111-401122	Concertation (p)réhabilitation	Hôpital	50	Date de la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400772-400783 401015-401026 400890-400901 401133-401144	Forfait évaluation (p)réhabilitation	Hôpital	50	Même date que la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400794 401030 400912 401155	Forfait annuel (p)réhabilitation	Hôpital	50	Date > date de la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400816 401052 400934 401170	Séance de kinésithérapie individuelle	Kinésithérapeute (ou hôpital*)	50	Date de la séance ou du troisième bloc de 15 minutes si modulaire	Kinésithérapeute	Zéro ou n° INAMI de l'institution où la prestation est effectuée (hôpital ou autre)	Oui
400831-400842 400956-400960 401074-401085 401192-401203	Examen d'admission	Hôpital	50	Même date que la concertation (p)réhabilitation	Médecin MPR	N° INAMI hôpital	Non
400853 400971 401096 401214	Forfait pour la coordination du processus de (p)réhabilitation	Hôpital	50	Même date que le forfait annuel (p)réhabilitation	Médecin MPR	N° INAMI hôpital	Non

* lorque le kinésithérapeute est lié à l'hôpital

Ces instructions sont intégrées dans la description des zones 5-6 (date de prestation) et 15 (prestataire) et dans la liste « prescripteur » (voir également le point 10 ci-dessous).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/2/2024.

5. <u>Transparence,</u> ET 50 Z 4 S 14.

Trois pseudo-codes génériques sont prévus pour les prestations non remboursables.

Dans la zone « prestation relative », des informations détaillées doivent être fournies sur la prestation effectuée :

- Pour le code générique 384016-384020 (*prestations qui ne sont pas remboursables et pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature*), la prestation relative est égale à un pseudo-code figurant sur une liste fixée par secteur.
- Pour le code générique 384031-384042 (*prestations remboursables, mais pour lesquelles les conditions préalables au remboursement ne sont pas remplies*), la prestation relative est égale au code nomenclature qui serait normalement attesté si les conditions de remboursement étaient remplies.
- Pour le code générique 384053-384064 (*le matériel, la technique ou l'instrumentation qui ne sont pas remboursables et pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature ou pour lesquels la prestation de base est remboursable*), la prestation relative est égale à un pseudo-code figurant sur une liste fixée par secteur.

Pour le secteur dentaire, la mesure entre en vigueur le 1/6/2024 et la liste concernée est reprise dans l'annexe au *Règlement du 11 décembre 2023 fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les praticiens de l'art dentaire*.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/6/2024 (pour le secteur dentaire).

6. <u>Adaptation nomenclature praticiens de l'art infirmier,</u> ET 50 Z 4 S 26, S 28, S 29, S 30, S 31.

Suite à l'AR du 13/11/2023 (MB du 27/11/2023) (Numac 2023047108) modifiant l'art. 8 de la nomenclature, quelques adaptations sont apportées aux instructions de facturation :
Dans l'ET 50 Z 4 S 26 et S 28, la possibilité d'utiliser la norme prestataire « 2 » (prestation attestée par l'infirmier mais effectuée par l'aide-soignant) est ajoutée pour les patients palliatifs.
Dans l'ET 50 Z 4 S 26, une précision est apportée quant au remplissage de la zone « prestataire » pour le forfait (plus spécifiquement pour le forfait palliatif).

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/1/2024.

Il a également été constaté que la norme 2 manquait encore sur les pages à partir de la S 28 (exemple de patient non-forfaitaire). Cette lacune a été corrigée.

7. <u>Forfaits pour le traitement de l'infertilité,</u> ET 40 Z 4 S 7.

L'AR du 30/11/2023 (MB du 20/12/2023) (Numac 2023047888) modifiant l'AR du 6 octobre 2008, supprime le mot "féminine".
Dans l'ET 40 Z 4 S 7 le mot "féminine" est donc supprimé.
Le contrôle sur le sexe doit être désactivé pour ces forfaits.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/1/2024.

8. Code d'enregistrement implants, ET 50 Z 57-58-59.

Suite à l'AM du 21/11/2023 (MB du 1/12/2023, Numac 2023046261), il n'y a plus d'obligation d'enregistrement pour les filets vaginaux. Le tableau de l'ET 50 Z 57-58-59 est modifié en conséquence.

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

9. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
159294	159305	2023046716	1/1/2024
184870	184925	2023046716	1/1/2024
303796	303800	2023046811	1/1/2024
373796	373800	2023046811	1/1/2024
384016	384064	Pseudo-codes (transparence)	1/6/2024

10. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
184693	184763	Pseudo-codes convention thrombectomie	1/1/2024 (*)
400816, 400934, 401052, 401170		Pseudo-codes 'Trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale'	1/2/2024

(*) ces pseudo-codes ont été créés précédemment mais ont été oubliés sur la liste

11. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

12. Liste « codes erreur ».

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

13. Liste « membre traité ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
184774	184866	2023047520	1/1/2024

	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*
(☞12,18)	4	7 N	10 - 16	Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature	*M = 0109616; K = 0509611; I = 0409614; suividiabmm = 0109594 (jusqu'au 31/12/2023), 0400396 (à partir du 1/1/2024); Certaines prestations à l'acte*
	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*
(☞14)	50 b	1 N	286 - 286	indication prestation dans le cadre de la lecture eID	*Toujours zéro*
	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*

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

(☞4) - Pour les bénéficiaires âgés de moins de 3 mois. (C'est l'âge au moment de l'admission qui compte).

(☞12) - Dans le cas où la prestation a déjà été effectuée, que le patient décède dans le mois qui suit la prestation/l'admission et que la vérification à postériori n'a pas eu lieu.

(☞4) - Pour les personnes qui bénéficient de l'assurance obligatoire soins de santé sur base d'une carte européenne d'assurance maladie ou d'un formulaire S2 ou d'un formulaire E111, E128 ou d'une médicarte australienne. Cela englobe TOUS les patients et uniquement les patients dont le CT1 = 18X.

(☞8,10) - prestations de consultation multidisciplinaire sans la présence du patient : (pseudo)-codes 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346, 105350-105361, 350114-350125, 350136-350140, 350151-350162, 350173-350184, 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420, 350475-350486, 350674-350685, 350696-350700, 350711-350722 et 350733-350744.

(☞17,18) - autres prestations sans la présence du patient :

- rapport écrit d'une période d'hospitalisation : 350313-350324
- mammographie de dépistage en 2e lecture : 450214-450225
- convention 'obésité chez les enfants': conseil/soutien au 1er niveau: 400676-400680
- convention 'trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale': concertation de (p)réhabilitation: 400750-400761, 400875-400886, 400993-401004, 401111-401122

(☞8,14) - forfaits pour l'alimentation parentérale à domicile : (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413 et 751951 et les codes 751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936, ainsi que pour les spécialités incorporées dans l'alimentation parentérale (à distinguer au moyen de la prestation relative).

- chimiothérapie orale : (pseudo)-codes 767852 et 767863
- transport urgent du patient vers l'hôpital B effectué et facturé par l'hôpital A : (pseudo)-codes 784416, 784431, 784453 (ces codes ne s'appliquent qu'aux transports en hélicoptère, voir bas de page ET 50 Z 4 S 13).

(☞8) - dialyse au domicile du patient : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 et 767830-767841 ainsi que les produits pharmaceutiques facturés avec un code service 750.

(☞11,14) - médication/prestations administrées/effectuées en SMUR (dans laquelle le patient n'est pas transporté à l'hôpital), à condition que la valeur 1 soit remplie dans l'ET 40 Z 12 et/ou l'ET 50 Z 50b

(☞6) - Pour toutes les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique (art. 3 § 1 AII, § 1 B (2 prestations) et § 1 CI, Art.1 CI, Art. 18 § 2 B, e, Art. 24, Art. 24bis, Art. 32, Art. 33, Art. 33bis et Art. 33ter de la Nomenclature ; prestations de la convention Genetic Counseling (589750, 589761, 589772, 589783, 589794, 589805) ; AR du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations (592815, 592911, 592992, 593014, 593110), les tests Covid et les prestations 559812-559823, 559834-559845, 559856-559860 (*activité de laboratoire FIV*)).

(☞17)

(☞5) - Pour les forfaits dans le cadre des conventions de revalidation visées aux articles 22, 6° et 23, §3 de la loi coordonnée du 14/7/1994 c'est-à-dire les forfaits attestés par l'hôpital dans le cadre d'une convention de rééducation (il s'agit des pseudo-codes des paragraphes 16) et 17) de l'ET 30 Z 4 (+ un nombre limité de codes des conventions de rééducation facturés en R 50), qui sont facturés avec le code service 770 et le type de facture 5 ou 6). L'exception vaut également pour les prestations facturées avec le forfait de rééducation sur la même facture de type 5/6.

(☞9) - Pour les pseudo-codes ambulants du paragraphe 18) de l'ET 30 Z 4 (conventions SEP/SLA/Huntington : 764853, 764816, 764831, 770136, 770151 et 770173)

- Equipes mobiles : lorsque l'hôpital facture uniquement les pseudo-codes IN/OUT (793715, 793730, 793752 et 793774) et les visites à domicile des psychiatres.

(☞11) - Tous les produits radio-pharmaceutiques
(voir liste sur le site de l'INAMI : https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/radiopharma/Pages/radio-pharmaceutiques-remboursables-listes-fichiers-reference.aspx)

(☞11) - La prestation « avis » du chapitre II de la nomenclature (109012).

(☞11,12) - Pour les notes de crédit (ET 20 Z 11=3).

(☞8,14) - Pour toutes les prestations, produits et services non-remboursables (codes 96xxxx) et les médicaments catégorie D.

(☞14) - Prestations effectuées sur le donneur (potentiel) et facturées au receveur (ET 30, 40, 50 Z 48 = 2)

(☞14) - Prestations à distance : prestations du point 1 de la circulaire avec les prestations temporaires COVID-19 (https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/tarifs-prestations-temporaires-COVID19.aspx) + les prestations de l'art. 37 de la nomenclature

(☞14) - Pour les factures d'hospitalisation à domicile (identifiables par le type de facture 7 et le pseudo-code service 980)

Libellé	Numéro de code Ambulant	Hospitalisé
10.4 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
10.5 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

(☞18)11. Intervention forfaitaire pour le traitement de l'infertilité

PMA1	0757293
PMA2	0757315
PMA3	0757330

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	-
(☞18) - suivi patient diabétique de type 2 (jusqu'au 31/12/2023)	0109594	-
(☞18) - trajet de démarrage patient diabétique de type 2 (à partir du 1/1/2024)	0400396	-
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		
(☞18) - évaluation et/ou intervention diététique individuelle (jusqu'au 31/12/2023)	0771131	-
(☞18) - évaluation et/ou intervention diététique individuelle (à partir du 1/1/2024)	0771816	-
- 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		
(☞18) - diététique (à partir du 1/1/2024 : seulement dans le cadre du trajet de soins insuffisance rénale)	0794010	-
(☞18) - diététique dans le cadre du trajet de soins diabète (à partir du 1/1/2024)	0771794	-
- 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.

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

(☞18) Prestations non-remboursables dans le cadre de la transparence

0384016	0384020	Prestations qui ne sont pas remboursables et pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature
0384031	0384042	Prestations remboursables, mais pour lesquelles les conditions préalables au remboursement ne sont pas remplies
0384053	0384064	Le matériel, la technique ou l'instrumentation qui ne sont pas remboursables et pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature ou pour lesquels la prestation de base est remboursable

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.

* 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
(☞18)	norme dispensateur	:	1 ou 2
	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
(☞18)		Dans les cas exceptionnels d'admission dans un établissement de soins ou de décès du patient, un forfait palliatif peut également être attesté par un hospitalier/assistant en soins hospitaliers.
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.

2ème possibilité : Traitement des autres cas.

Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs

Manière de compléter les zones

(☞18)	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a attesté la prestation
(☞18)	norme dispensateur	:	1 ou 2
	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
(☞18)	norme dispensateur	:	valeur 1, 2 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

(☞18)	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a attesté la prestation
(☞18)	norme dispensateur	:	1 ou 2
	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

(☞18)	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a attesté la prestation
(☞18)	norme dispensateur	:	1 ou 2
	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

(☞18)	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a attesté la prestation
(☞18)	norme dispensateur	:	1 ou 2
	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
	norme dispensateur	:	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.

(☞11) Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite infirmier relais soins de plaie(s)), 0429295, 0429413, 0429516, 0429612, 0429715, 0429310, 0429435, 0429531, 0429634, 0429730, 0429332, 0429450, 0429553, 0429656, 0429752 (honoraire complémentaire de soins de plaie(s) complexes), 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.

(☞11) Les codes 0424395/690/852, 0427991, 0429295, 0429413, 0429516, 0429612, 0429715, 0429310, 0429435, 0429531, 0429634, 0429730, 0429332, 0429450, 0429553, 0429656, 0429752, 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
(☞18)	norme dispensateur	:	valeur 1, 2(**) ou 9(*)
(☞11)	prestation relative	:	pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou code nomenclature « soins de plaie(s) complexes » (si honoraire complémentaire de soins de plaie(s) complexes, sauf 429516, 429531 et 429553) 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).

(☞18) (**) Uniquement pour les prestations 428035, 428050, 428072 et 429273.

Indemnité de déplacement rural.

Est liée à une visite à domicile (n'est pas prescrite).

Manière de compléter les zones

(☞18)	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a attesté la prestation
(☞18)	norme dispensateur	:	1 ou 2
	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
(☞14) **du 10/1/1991 ou forfaits hospitalisation à domicile**

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
	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
(☞14) *diabète et l'éducation au diabète (chapitre V de l'AR du 10/1/1991) et les forfaits hospitalisation à domicile 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

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.

Maisons médicales :
Le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans cette zone pour les (pseudo-)codes
(☞18) 0109616, 0509611, 0409614 et 0109594 (jusqu'au 31/12/2023) ou 0400396 (à partir du 1/1/2024).
(☞12) Pour les prestations à l'acte, la date de prestation doit être mentionnée.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : date de la prescription;

Honoraires forfaitaires biologie clinique par admission ou par jour donnant droit à un maxiforfait ou à un forfait hôpital de jour (art.24,§2 de la nomenclature) : date d'admission ou date d'admission (transfert) dans le 1er service qui entre en compte pour la facturation du forfait, date maxiforfait ou forfait hôpital de jour;

0590310, 0590332: date maxiforfait ou forfait hôpital de jour ou hôpital chirurgical de jour ;
0590181, 0590203, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : date d'admission, ou date d'admission (transfert) dans le premier service aigu qui entre en compte pour la facturation du forfait;
0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : date de prestation.

Montant global prospectif : date d'admission

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).
Date d'utilisation comme greffe (= date de l'implantation).

Intervention dans les coûts de typage et de transport des cellules souches hématopoïétiques (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))
La date de la facture (*invoice date*) de la facture de l'organisme qui a exécuté le typage et/ou le transport.
Exception : date de décès si le patient est décèdé à la *invoice date*.

Intervention dans le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. du 20/04/2010)
La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

(☞14) Conventions « hospitalisation à domicile » et « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles » : pseudo-codes à 0 € : date de début/fin de prise en charge
Hospitalisation à domicile: forfaits:

- Forfaits par jour de traitement: date de prestation
- Forfaits pour la mise en route de l'hospitalisation à domicile: une date comprise dans la période d'hospitalisation à domicile (délimitée au moyen des pseudo-codes de début et de fin de prise en charge)

(☞17) Convention « obésité chez les enfants »
Forfait trimestriel (400632-400643): date de fin de la période à laquelle se rapporte le forfait
Forfait annuel pour le médecin généralise ou pédiatre (400654): n'importe quelle date dans l'année calendrier
Conseil/ soutien au 1er niveau (400676-400680): date du conseil
Prise en charge par le pédiatre (104090): date de la prise en charge
Forfait pour les conseils d'un kiné, psychologue, diététicien (400691): date du conseil du dernier prestataire de soins

(☞18) Convention « trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale »
Concertation (p)réhabilitation, forfait évaluation (p)réhabilitation et examen d'admission : date de la concertation (p)réhabilitation
Forfait annuel (p)réhabilitation: date > date de la concertation (p)réhabilitation
Forfait pour la coordination du processus de (p)réhabilitation: même date que le forfait annuel (p)réhabilitation
Séance de kinésithérapie individuelle: date de la séance ou du troisième bloc de 15 minutes si modulaire

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.

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

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

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

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires ou montant global prospectif :

date fin = date début.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).
Date de signature de l'attestation concernant l'utilisation du matériel comme greffe.

Intervention dans les coûts de typage et de transport des cellules souches hématopoïétiques (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))
date de fin = date de début

Intervention dans le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. 20/04/2010)
La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

(☞14,17) Conventions « hospitalisation à domicile », « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles » et « obésité chez les enfants » : Z 5 = Z 6

Remarques :

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

RUBRIQUE : 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
(☞18) lors de la facturation du pseudo-code 0109594 (jusqu'au 31/12/2023) ou 0400396 (à partir du 1/1/2024).
Cette zone est égale à zéro pour les forfaits 0109616, 0509611 et 0409614.
(☞12) Pour les prestations à l'acte, le prestataire doit être mentionné.

Si un dispensateur obtient une nouvelle qualification au cours d'un mois (ou d'un trimestre), les prestations effectuées avant la date d'obtention de cette nouvelle qualification doivent être facturées avec l'ancien numéro d'identification ; les prestations effectuées à partir de cette date doivent être facturées avec le nouveau numéro d'identification.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires
0460784, 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146,
0700000, pseudo-codes oncofreezing et pseudo-codes montant global prospectif: pseudo-numéro dispensateur 01.00001.06.999

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

honoraires forfaitaires par date de prélèvement pour biologie clinique ambulatoire (AR 24/9/1992), 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : numéro du dispensateur (ou un des dispensateurs) qui a effectué les prestations de biologie clinique (respectivement les prestations de radiologie) de la prescription concernée.

0460703, 0460821 : numéro d'un radiologue de l'hôpital.

(☞10) 0641524 : numéro du bandagiste.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain
Numéro d'identification du médecin responsable de la banque de matériel corporel humain = coordinateur de la banque de matériel corporel humain.

Suppléments de l'art. 14 m) de la nomenclature relatifs aux transplantations
Lorsque les codes 0269872 à 0269964 sont mentionnés dans la Z 4, le contenu de cette zone doit être égal à zéro.

Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
Numéro du prestataire des implants.

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

Plâtre, lait maternel et bains désinfectants pour brûlures
Lors de la facturation des bandes et autres matières plâtrées, du lait maternel, des bains désinfectants pour brûlures, cette zone doit être mise à 0.

Produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I.
Pour les produits, prestations et services non remboursables, cette zone doit 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
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
(☞11) Pour les prestations 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776193, 0776204, 0776230, 0776241 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 ».

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

(☞14) Convention « hospitalisation à domicile »
Pseudo-codes début/fin prise en charge: médecin spécialiste qui prend la décision d'hospitalisation à domicile et supervise le traitement
Pseudo-codes 107170, 107192, 107214, 418574, 418596, 418611, 596750, 596772, 795255, 795270, 795292: prestataire (médecin, praticien de l'art infirmier, pharmacien hospitalier)
Autres pseudo-codes (795211, 795351, 795373, 795395): pseudo-prestataire 01.00001.06.999

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.

(☞10) Convention détection variole du singe (557233-557244, 557270-557281) : numéro d'identification d'un spécialiste en biologie clinique actif.

(☞12) Convention perfusion par machine lors d'une transplantation rénale et aphérèse pour un donneur vivant ABO-incompatible :
318592-318603, 318614-318625, 318636-318640 : numéro d'identification du médecin qui réalise la transplantation.
318651-318662 et 318673-318684 : numéro d'identification du néphrologue.

(☞17) Convention obésité chez les enfants
Forfait trimestriel (400632-400643) et forfait pour les conseils complémentaires d'un kiné, psychologue, diététicien (400691): pseudo-prestataire 01.00001.06.999
Forfait annuel (400654): numéro d'identification du médecin généraliste ou du pédiatre
Conseil/soutien au 1er niveau (400676-400680) et prise en charge par le pédiatre (104090): numéro d'identification du pédiatre

(☞18) Convention « trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale »
Concertation (p)réhabilitation, forfait évaluation (p)réhabilitation et forfait annuel (p)réhabilitation : pseudo-prestataire 01.00001.06.999
Séance de kinésithérapie individuelle: numéro d'identification du kinésithérapeute
Examen d'admission et forfait coordination processus de (p)réhabilitation: numéro d'identification du médecin MPR

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	Jusqu'au (inclus)	Remarque
(☞13)	Défibrillateurs cardiaques et électrodes	101	01/01/2017	Date de prestation 31/12/2023	Uniquement pour la facturation des montants de récupération
(☞13)	Stimulateurs cardiaques et électrodes	105	01/12/2018	Date d'enregistrement 31/03/2023	
(☞13)	Hospitalisation avec FFR - Angioplastie coronaire	107	01/06/2019	Date d'enregistrement 31/03/2023	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)
(☞13)	Hospitalisation avec PCI - Angioplastie coronaire	108	01/06/2019	Date d'enregistrement 31/03/2023	
(☞13)	Hospitalisation avec FFR et PCI - Angioplastie coronaire	109	01/06/2019	Date d'enregistrement 31/03/2023	
(☞13)	Prothèses articulaires du genou - orthopride	201	01/09/2015	Date d'enregistrement 28/02/2023	
(☞13)	Prothèses articulaires de la hanche - orthopride	202	01/09/2015	Date d'enregistrement 28/02/2023	
(☞16)	Implants permettant l'ancrage d'une prothèse externe - amputation	203	01/02/2017	Date de prestation 30/9/2023	
(☞18)	Filets implantables pour réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale - filets vaginaux	305	01/01/2020	Date de prestation 31/12/2023	
	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		