

**INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS,  
AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES,  
AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER  
ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS  
QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE  
DES FICHIERS DE FACTURATION  
ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -  
EDITION 2013**

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

---

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

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

- note d'hospitalisation (facture récapitulative + facture individuelle) en cas de facturation par le gestionnaire de l'hôpital sans qu'il y ait suppression de la facture hospitalière individuelle;
- note d'hospitalisation (facture récapitulative seulement) en cas de facturation par le gestionnaire de l'hôpital, avec suppression de la facture hospitalière individuelle;
- (☞3) - note d'honoraires (annexe 83 du Règlement du 28/7/2003) (facture récapitulative + facture individuelle) en cas de facturation par le Conseil Médical sans qu'il y ait suppression de la facture individuelle;
- (☞3) - note d'honoraires (annexe 83 du Règlement du 28/7/2003) (facture récapitulative seulement) en cas de facturation par le Conseil Médical, avec suppression de la facture individuelle;
- note de frais récapitulative + notes de frais individuelles en cas de facturation par une MRPA/MRS/CSJ ou MSP/IHP ;
- (☞3) - attestations individuelles de soins donnés ou attestations récapitulatives, accompagnées d'une note récapitulative (voir annexe 2 B) en cas de facturation par un groupe de dispensateurs de soins ou en cas de facturation par d'autres établissements ou d'autres dispensateurs de soins .

Remarques :

- Les conditions spécifiques auxquelles un hôpital doit satisfaire pour obtenir la suppression de la facture papier individuelle, est décrite dans un document séparé (voir [www.carenet.be](http://www.carenet.be))
- (☞16) - Les praticiens de l'art infirmier, les laboratoires et les médecins généralistes qui facturent en tiers payant via le réseau MyCaret ne doivent plus transmettre de factures papier aux organismes assureurs pour les prestations facturées à partir du 1er juillet 2015.

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

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

Un fichier de facturation peut être transmis de façons différentes:

Par le système CareNet/ MyCareNet (voir pages 6 à 11 incluse).

Par le support magnétique (toutes les spécifications techniques du présent document se rapportent à ce type de support).

### **1. Procédure générale.**

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

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

Le fichier de facturation comprend toutes les factures du décompte sur un mois, groupées par mutualité suivant le numéro d'admission en cas d'hospitalisation et suivant le numéro d'ordre des factures individuelles en cas de prestations ambulatoires.

L'ordre dans lequel les factures sont enregistrées sur le fichier de facturation doit correspondre à celui des factures papier.

L'ordre des prestations figurant sur les factures papier devrait être maintenu dans la mesure du possible lors de l'enregistrement des données sur le fichier de facturation.

#### Principe de base :

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

#### (☞3) Exceptions :

(☞23) Dans le cadre d'e-fac (tiers facturant = (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou spécialistes ou dentistes), un fichier de facturation au maximum est accepté par jour par numéro tiers payant (exception: l'OA300 accepte deux fichiers de facturation par jour par numéro tiers payant, un pour la mutualité 306 et un pour les autres mutualités).

(☞36) Pour les (groupements de) sages-femmes, il est possible de déroger au nombre maximum d'envois par mois. Cela doit être indiqué par la valeur '050' dans l'ET 10 Z 13.

Pour les hôpitaux, trois fichiers de facturation au plus sont acceptés par mois (par trimestre pour les hôpitaux psychiatriques), à savoir :

- un fichier pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés.
- un fichier supplémentaire de correction

Lorsqu'un groupe de dispensateurs de soins est actif dans l'établissement (conseil médical), celui-ci peut facturer séparément selon les modalités fixées dans le règlement du 28 juillet 2003. Par établissement hospitalier et par mois (par trimestre pour les hôpitaux psychiatriques), six fichiers de facturation peuvent au **MAXIMUM** être délivrés, à savoir :

- un fichier du gestionnaire de l'établissement pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier du gestionnaire de l'établissement pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés
- un fichier supplémentaire de correction du gestionnaire de l'établissement
- un fichier du groupe de dispensateurs de soins pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier du groupe de dispensateurs de soins pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés
- un fichier supplémentaire de correction du groupe de dispensateurs de soins

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

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

Une dérogation systématique du nombre d'envois doit être demandée préalablement au Collège Intermutualiste National, Commission Technique Soins de Santé, Chaussée de Haecht 579, boîte 40, 1031 Bruxelles. L'accord obtenu doit être indiqué par la valeur '020' dans l'ET 10 Z 13.

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

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

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

Pour ces établissements, une facturation trimestrielle est prévue.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit être également établi trimestriellement.

Un seul fichier de facturation par trimestre et par numéro de tiers payant est accepté.

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

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

(☞35) (\*) À partir du 2 octobre 2017, nouvelle adresse pour toute la correspondance concernant l'assurance dépendance, les demandes médicales et notifications pour le médecin conseil de l'Union, les dossiers d'assurance dans le cadre des conventions internationales,...

Union Nationale des Mutualités Libres, Route de Lennik 788 A, 1070 Anderlecht

#### **ATTENTION:**

Si vous êtes médecin généraliste, MRS ou MRPA, CCS, MSP ou IHP, veuillez bien envoyer votre courrier concernant la facturation en tiers payant à l'adresse ci-dessous:

Mutualités Libres, P.O. Box 80500, 1070 Anderlecht

Tout autre courrier concernant la facturation centralisée, vous envoyez à l'adresse :

Mutualités Libres, P.O. Box 80555, 1070 Anderlecht

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

## **2. Processus de facturation.**

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

#### **2.A.1. Généralités.**

L'établissement transmet chaque mois un fichier de facturation à l'organisme assureur concerné au niveau national (voir les adresses à l'annexe 1), ainsi qu'un bordereau d'envoi (voir annexe 2 A) en triple exemplaire

Sur ce support, il y a lieu d'indiquer au minimum les données de l'annexe 4 sur une face externe.

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

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

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

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

Cinq situations peuvent se produire :

- 1) le fichier de facturation est illisible pour raisons techniques;
- 2) le fichier de facturation ne comporte aucune erreur. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté;
- 3) le fichier de facturation comporte une erreur qui est de nature à bloquer le système. Les erreurs bloquantes sont reprises dans la liste Excel « Codes erreur ». Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. L'établissement reçoit en sus, dans la mesure du possible, une liste des rejets résultant du contrôle de l'ensemble des enregistrements du fichier de facturation;
- 4) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui sont de nature à bloquer le système mais l'ensemble des erreurs excède le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. Le seuil d'acceptabilité est défini en annexe 5.1.;
- 5) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui soient de nature à bloquer le système et l'ensemble des erreurs n'excède pas le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté.

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

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

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

- 1° Un exemplaire du bordereau d'accompagnement doit toujours être retourné à l'expéditeur avec mention du visa de l'organisme assureur et la date du traitement informatique en cas d'acceptation; ou la mention "refusé" avec la motivation si le fichier de facturation est refusé.
- 2° Le bordereau susmentionné doit être accompagné d'une liste de contrôles (annexe 5.2) avec mention du pourcentage d'erreur.
- 3° Dans des cas exceptionnels (par exemple d'illisibilité du support), la liste de contrôles peut être remplacée par une lettre d'accompagnement.

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

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

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

### **2.A.3. Responsabilités.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**2.A.4.2.** Une facture individuelle ou une attestation de soins donnés entièrement rejetée doit être réintroduite sur fichier de facturation.

Cette réintroduction se fait soit comme facture originale si la nouvelle facture est adressée à un autre organisme assureur, soit comme réintroduction de rejet avec référence à la facture précédente dans l'enregistrement de type 20, à partir de la zone 29 jusque la zone 41.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Le processus de facturation en gros.**

1. Le tiers payant envoie le fichier de facturation (lay-out INAMI), accompagné des enregistrements des bordereaux récapitulatifs par mutualité.
2. L'OA effectue un premier contrôle en validant les enregistrements des bordereaux par mutualité :
  - si aucune erreur n'est décelée, l'OA envoie un accusé de réception;
  - si une erreur est décelée, l'OA envoie un fichier faisant apparaître que l'ensemble de la facture est rejetée; après correction, l'hôpital renvoie un fichier complet.

3. L'OA effectue un contrôle sur le détail de la facture :
  - en cas d'erreur bloquante ou si le nombre d'erreurs dépasse de 5 % le nombre d'enregistrements de la facturation, l'OA transmet un fichier d'erreurs. Autrement dit, la facturation tout entière est rejetée;
  - s'il n'y a pas d'erreur bloquante ou si le nombre d'erreurs n'excède pas 5 %, l'OA transmet un fichier d'erreurs qui doit permettre au tiers payant de corriger, pour la facturation suivante, des anomalies éventuelles dans les programmes et/ou les fichiers de référence. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté par l'OA.
4. L'OA effectue un contrôle plus poussé par mutualité, en vue d'établir un fichier de décompte dans lequel figurent les montants qui ont été acceptés et crédités en faveur de l'établissement d'une part, et l'ensemble des rejets définitifs d'autre part.

### **Structure des fichiers**

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

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

### **Inventaire des fichiers**

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

### **Message 920000**

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

Lorsqu'une erreur est décelée à ce niveau ou lorsque tous les enregistrements du type 95 et/ou 96 contiennent au minimum une erreur, l'OA transmet au tiers payant un fichier spécifique (920999).

Il est important de noter que l'envoi d'un tel fichier de notification des erreurs signifie également que l'ensemble du fichier de facturation, en ce compris les factures papier, sera considéré comme caduc et devra entièrement être renvoyé à l'organisme assureur.

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

Les erreurs constatées par l'OA au niveau des factures feront partie d'un fichier spécifique de rejets (920099).

Les contrôles effectués sur les zones enregistrements INAMI (10, 20, ...,90) sont ceux décrits dans la liste Excel « Codes erreur ».

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

### Message 931000

Ce message permet au destinataire d'un fichier spécifique (autre que les messages) de confirmer la réception de ce fichier déterminé, sans qu'il soit nécessairement accepté.

Exemple : un OA envoie un accusé de réception pour un fichier de facturation; le tiers payant envoie un accusé de réception pour un fichier décompte ou un fichier rejets.

### Message 920098

Ce message est utilisé dans les cas suivants :

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

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

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

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

### **Pour rappel :**

L'information mentionnée dans ce message a un caractère préventif. A l'avenir, il doit permettre à l'établissement d'éviter de commettre des erreurs (ce ne sont pas encore des rejets définitifs). Il se limite donc à fournir les erreurs constatées.

Quels enregistrements du fichier de facturation doivent être repris ?

Toujours ET 10 et 90

ET 20 et 80:

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

Si erreur dans l'ET 80

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

(☞8,15) ET 30, 40, 50, 51, 52 si erreur dans l'enregistrement concerné

A ce stade, les zones 107, 108, 114, 115, 116 et 117 ne sont pas complétées.

### Message 920099

Le message 920099 est utilisé dans les cas suivants :

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

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

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

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

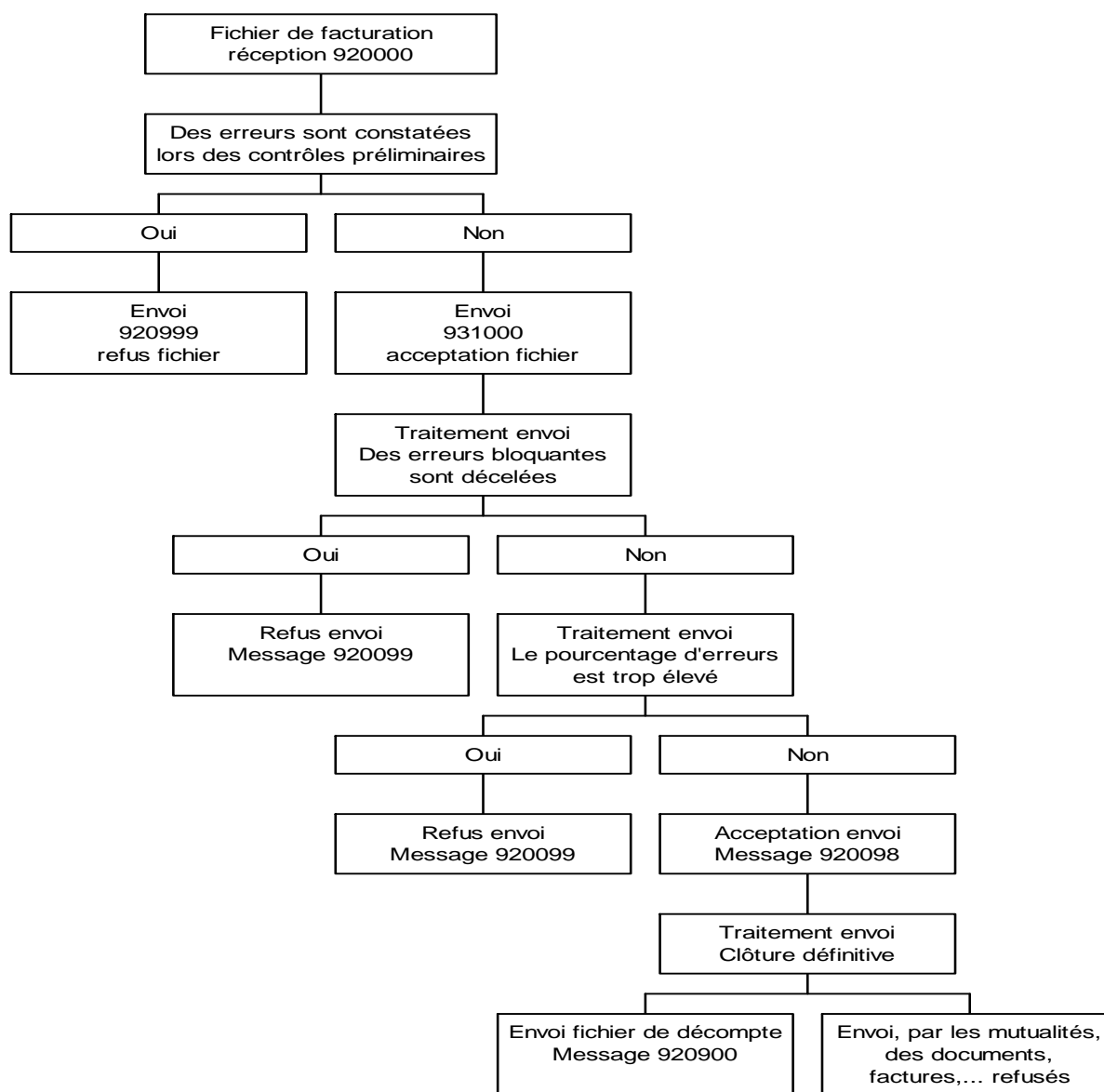
### Message 920900

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

➤ Zone 310 – pourcentage d'erreur

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

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



**Aperçu des tests de facturation**

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

## **A. Planning de l'instauration de l'échange des données de facturation via CareNet**

### Remarque :

*Il est important de signaler que chaque hôpital pourra échanger des données de facturation par l'intermédiaire de CareNet, en observant le planning décrit ci-dessous, même si l'hôpital concerné ne se sert pas encore des messages relatifs à l'administration de l'hôpital.*

L'instauration du transfert des données de facturation prévoit deux phases.

**La phase 1** consiste en l'envoi, par l'établissement de soins, d'un fichier de facturation à destination de l'organisme assureur concerné.

Grace à un premier contrôle de validité rigoureux, cette phase donne lieu :

- soit à une réception globale du fichier de facturation (une réception ne signifie pas une acceptation) par le fichier 931000;
- soit à une communication d'erreurs constatées au niveau du premier contrôle du détail de la facture par le fichier 920098 ;
- soit à une communication de toutes les erreurs bloquantes ou celles dont le nombre excède 5 % par le fichier 920099 ;
- soit à un rejet total qui résulte d'erreurs constatées au niveau des enregistrements de synthèse (par le fichier 920999).

### Période de mise en production :

**1er semestre 2004** (février), en fonction du résultat des tests qui seront effectués entre les 3 hôpitaux pilote et l'ensemble des organismes assureurs.

**La phase 2** implique, pour l'organisme assureur, le transfert de toutes les informations qui découlent des contrôles définitifs effectués sur les données détaillées des factures.

Le fichier prévu est :

- le fichier 920900 : communication des montants acceptés et des rejets constatés.

### Période de mise en production :

La mise en production dépend des possibilités dont dispose chaque organisme assureur.

Certains organismes assureurs ont annoncé la mise en production de cette deuxième phase à partir de la réception d'une facturation via CareNet, d'autres ultérieurement.

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

01/01/2009 : groupes pilote sélectionnés en PRODUCTION.

Après phase test : accessible pour tous les praticiens de l'art infirmier.

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

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

La présence d'une étiquette externe (ou CD-label) est **obligatoire** (voir modèle en annexe 4). Dans le cas d'un CD-Rom, 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.

**Attention** : Dés qu'il sera possible de facturer via MyCarenet, l'utilisation des disquettes ne sera plus permise.

#### **3.1.1. Les normes suivantes sont d'application pour les disquettes :**

Seules les disquettes de type 3 1/2 inch (720KB ou 1,4 MB) sont encore acceptées.

Ces disquettes doivent correspondre aux normes suivantes :

- 3 1/2 inch, double densité, IBM-compatible, soft-sectoré, MS/DOS, ASCII, maximum 1,4 Megabyte.
- 9 secteurs par piste
- enregistrement séquentiel de 350 caractères sans signe particulier entre chaque enregistrement
- nom = 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 0 0.
- pos 9 = usage libre point.
- pos 10 - 12 = lorsque 1 fichier est reproduit sur 1 disquette = 000  
lorsque 1 fichier est reproduit sur plusieurs disquettes =
  - première disquette = 001
  - deuxième disquette = 900.

Les multi-volumes 3 1/2 inch ne sont plus acceptés à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008.

#### **3.1.2. 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**

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

### 3.3. Dessin d'un fichier

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

- Identification de l'envoi (type 10)
- Identification de la première facture (type 20)
- Identification des données pour :
  - journées d'entretien (type 30)
  - idem
  - produits pharmaceutiques (type 40)
  - idem
  - prestations ou fournitures (type 50)
- (☞ 7,23) - engagement de tarif e-fac correspondant (type 51) (seulement pour groupements/postes de garde de) médecins généralistes et dentistes, pas pour les spécialistes)
- (☞ 15) - lecture document d'identité électronique correspondant (type 52)
- (☞ 7) - idem (type 50)
- (☞ 7) - idem (type 51)
- (☞ 15) - idem (type 52)
- Montant total de la première facture (type 80)
- Identification de la deuxième facture (type 20)
- (☞ 7,15) - Identification des données (type 30, 40, 50, 51, 52)
- Montant total de la deuxième facture (type 80)
- Idem
- Montant total de la dernière facture (type 80)
- Montant total de l'envoi (type 90).

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

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

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

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

### 3.4. Dessin d'enregistrement

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

### 3.5. Signification et codification des éléments

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

**4. Identification du patient. Données provenant du document "Notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement" (modèle 721 bis), du carnet de membre ou de la vignette et dans la carte d'identité sociale.**

Afin de permettre aux organismes assureurs d'effectuer leurs ventilations comptables et statistiques en matière de dépenses en soins de santé, certaines données d'identification du patient sont nécessaires.

Les organismes assureurs communiqueront ces données sur le document "notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement". Ces données figurent aussi sur les carnets de membres ou sur les vignettes d'identification et dans la carte d'identité sociale.

Il s'agit des éléments suivants :

**1) Le numéro de la mutualité**

Sur le fichier de facturation électronique, une distinction est faite entre la mutualité d'affiliation (ET 20/80 Z 7) et la mutualité de destination (ET 20/80 Z 18).

La manière de remplir ces zones est différente suivant l'organisme assureur auquel le fichier de facturation est destiné.

La tableau ci-dessous fournit un aperçu des procédures par OA.

	Mut. d'affiliation (Z7)	Mut. de destination (Z18)
(☞ 22,23) (☞ 30)	OA100 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 Certaines conventions de rééducation : 100 Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier et laboratoires et médecins/dentistes (efac) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation) (*) E-fac spécialistes : 100
(☞ 1,16)	OA200 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
(☞ 22) (☞ 28) (☞ 23,32) (☞ 11)	OA300 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : • Certaines conventions de rééducation : 300 • Mutualités wallonnes – ressources partagées (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 • E-fac médecins généralistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319 • E-fac dentistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 315 • E-fac spécialistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317
	OA400 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= 400 (**)
	OA500 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)

(\*) A la Mutualité Chrétienne, dans le cadre de notre projet REFAC, les factures ne seront plus adressées à la mutualité d'affiliation, mais à la mutualité associée au point unique de contact.

A partir de l'entrée dans REFAC, le numéro de la mutualité de destination (ET 20 et 80 Zone 18) est toujours le Point Unique de Contact quel que soit la mutualité d'affiliation et même s'il s'agit de psychiatrie ou de rééducation.

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

En toute logique le record 95 du message 920000 n'apparaît qu'une seule fois, et ce pour la mutualité 400.

A la Mutualité Socialiste, l'ET 20 Z18 (mutualité de destination) doit reprendre le numéro de la mutualité d'affiliation sauf pour certaines conventions de rééducation où il faut indiquer le numéro 300:

- 7.20 Postcure – hôpitaux psychiatriques
- 7.70 Rééducation professionnelle
- 7.71 Rééducation motrice
- 7.72 Rééducation psychosociale
- 7.73 Alcooliques et toxicomanes
- 7.74 Psychotiques – scolarisés
- 7.74.5 Troubles interactifs précoces et graves enfants/parents
- 7.74.6 Centres de référence autisme
- 7.76.0 Rééducation médico psychosociale – VIH - SIDA.
- (☞ 20) 7.76.1 Accompagnement médical et psychosocial traitement séquelles mutilations génitales féminines
- 7.76.5 Rééducation pour patients mucoviscidose (problèmes respiratoires)
- 7.76.6 Enfants atteints de maladies chroniques
- 7.76.7 Unités de répit
- 7.78.1 Clinique de la mémoire
- 7.79 Rééducation fonctionnelle malentendants
- 7.81.5 Affections respiratoires chroniques graves.
- 7.82.5 Rééducation médico psychosocial (grossesse non désirée)
- (☞ 20) 7.83.6 Suivi des enfants nés prématurément.
- 7.84 Paralysés cérébraux
- 7.84.5 Neuropsychiatrie infantile
- 7.85 Assistance ventilatoire apnées obstructives du sommeil (nCPAP)
- 7.85.2 Assistance ventilatoire à domicile (AVD)
- 7.85.3 Assistance ventilatoire syndrome d'obésité hypoventilation (SOH)
- 7.86.5 Insulinothérapie par perfusion continue à domicile
- 7.86.7 Autogestion du diabète (circ. 370/568) chez les enfants et les adolescents
- (☞ 20) 7.86.9 Monitoring continu de la glycémie.
- 7.87 Défibrillateurs cardiaques implantables
- 7.89.0 Maladie métabolique monogénique héréditaire rare
- 7.89.1 Centres de référence mucoviscidose
- 7.89.2 Maladies neuromusculaires
- 7.89.3 Epilepsie rebelle
- 7.89.4 Syndrome de Fatigue Chronique « SFC »
- 7.89.5 Bénéficiaires atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC)
- 7.89.55 Spina bifida
- 7.89.6 Rééducation de la douleur chronique
- 7.89.7 Néphrologie pédiatrique
- (☞ 20) 7.89.8 Centre de coordination de l'hémophilie.
- (☞ 20) 7.89.81 Centres de référence de l'hémophilie.
- 9.50 Réadaptation et médecine physique
- 9.51 Rééducation fonctionnelle R 30 / R 60
- 9.69 Rééducation fonctionnelle en raison d'un handicap visuel

Attention : un certain nombre de centres de rééducation sont autorisés à utiliser les pseudo-codes liés à la rédaction du rapport de fonctionnement multidisciplinaire dans le cadre des aides à la mobilité (770276, 770280, 770291, 770302, 770313, 770324, 770335, 770346, 770350, 770361, 770372, 770383).  
Pour la facturation de ces pseudo-codes, l'ET 20 Z18 doit reprendre le numéro de la mutualité d'affiliation.

## 2) Identification du bénéficiaire

A partir du mois facturé 01/2006, l'utilisation du numéro NISS est obligatoire, sauf pour les nouveau-nés et pour les conventions internationales.

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

Sa forme est :

- positions 1 à 6 : Date de naissance inversée (AA MM JJ)  
position 7 : blanc ou \*  
\* 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 2aammjnnn (+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.

Remarque :

Dissolution mutualité MRB (107)

Le 01-01-2007, la mutualité MRB (OA n° 107), sera dissoute. Selon leur rôle linguistique, les membres de la mutualité MRB seront transférés vers l'une des mutualités suivantes:

<b>OA n° 135 (FR)</b>	Mutualité Saint-Michel, Boulevard Anspach 111-115	1000 BRUXELLES
<b>OA n° 126 (NL)</b>	CM Sint-Michielsbond, Haachtsesteenweg 1805	1130 BRUSSEL

Les cartes-SIS de tous les assurés de la mutualité 107 seront adaptées, avant le 01-01-2007, en fonction de leur nouvelle mutualité d'affiliation, et les affiliés recevront des nouvelles vignettes jaunes.

Tous les accords administratifs ou médicaux en cours resteront valables et seront automatiquement repris par les mutualités respectives ; aucune démarche à ce sujet n'est requise.

### **Concrètement : à qui devrez-vous envoyer vos factures-papier?**

**S'il s'agit de soins dispensés en 2006**, vous devrez encore les facturer à la mutualité 107 et vous devrez envoyer vos factures :

- jusqu'au 31-12-2006, à l'adresse suivante : Boulevard Saint-Lazare, 2 bte 2, 1210 BRUXELLES;
- après le 31-12-2006, à l'adresse suivante : Haachtsesteenweg 1805, 1130 BRUSSEL.

**S'il s'agit de soins dispensés en 2007**, vous devrez les facturer à la mutualité à laquelle votre patient sera affilié à ce moment-là (selon le membre concerné, l'OA n° 135 ou l'OA n° 126).

**Fusion de la mutualité 104 avec la mutualité 105 au 1<sup>er</sup> janvier 2012.**

Le 1<sup>er</sup> janvier 2012, la MC de Mechelen (104) fusionnera avec la MC de Turnhout (105). La nouvelle entité existera sous le nom de MC région Mechelen – Turnhout avec le numéro 105 et l'adresse suivante : Korte Begijnenstraat 22, 2300 TURNHOUT.

Les membres gardent leur numéro d'identification mutualiste.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, toutes les factures (1<sup>ère</sup> facturation ou réintroduction) concernant les prestations exécutées avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012 ainsi que les différents documents médicaux et administratifs pour la mutualité 104 doivent obligatoirement être envoyés à la mutualité 105 avec les données d'identification de la mutualité 104.

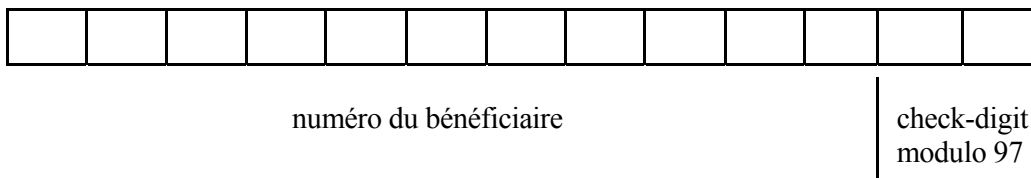
Les fichiers de facturation électroniques seront toujours transmis à l'ANMC avec l'identification des assurés de la mutualité 104 actuelle en fonction de la date de prestation, à savoir :

- Prestations exécutées avant le 01.01.2012 = mutualité 104
- Prestations exécutées à partir du 01.01.2012 = mutualité 105

Pour des informations pratiques complémentaires concernant la facturation ou concernant les aspects comptables dans le cadre de ce projet de fusion des mutualités, nous nous renvoyons au courrier spécifique qui a été envoyé par les mutualités concernées aux institutions et aux dispensateurs de soins.

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

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



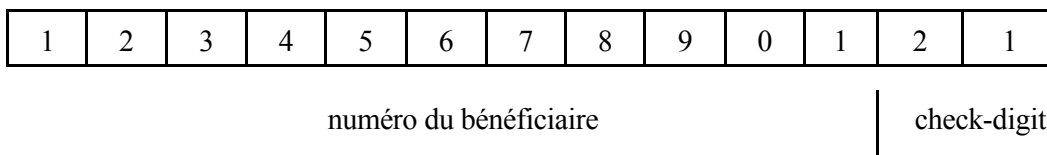
$$\frac{\text{Numéro du bénéficiaire}}{97} = \text{quotient} + \text{reste}$$

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

Exemple :

Numéro du bénéficiaire = 12345678901; check-digit = 21

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



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

IDENTITE MUTUALITE	2XX
NOM      PRENOM	
ADRESSE	1.10
LOCALITE	
110/110	1234567890121

Numéro d'identification

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

UNION NATIONALE DES		2XX
MUTUALITES NEUTRES		
NOM	PRENOM	
1234567890121		DATE DE NAISSANCE
110/110		VALIDITE 07.95/06.96
<b>CODES A BARRES</b>		

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..

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

13 caractères numériques :

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

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

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

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

Additionner ces résultats au :

- 2ème chiffre (cent mille);
- 4ème chiffre (mille);
- 6ème chiffre (dizaine).

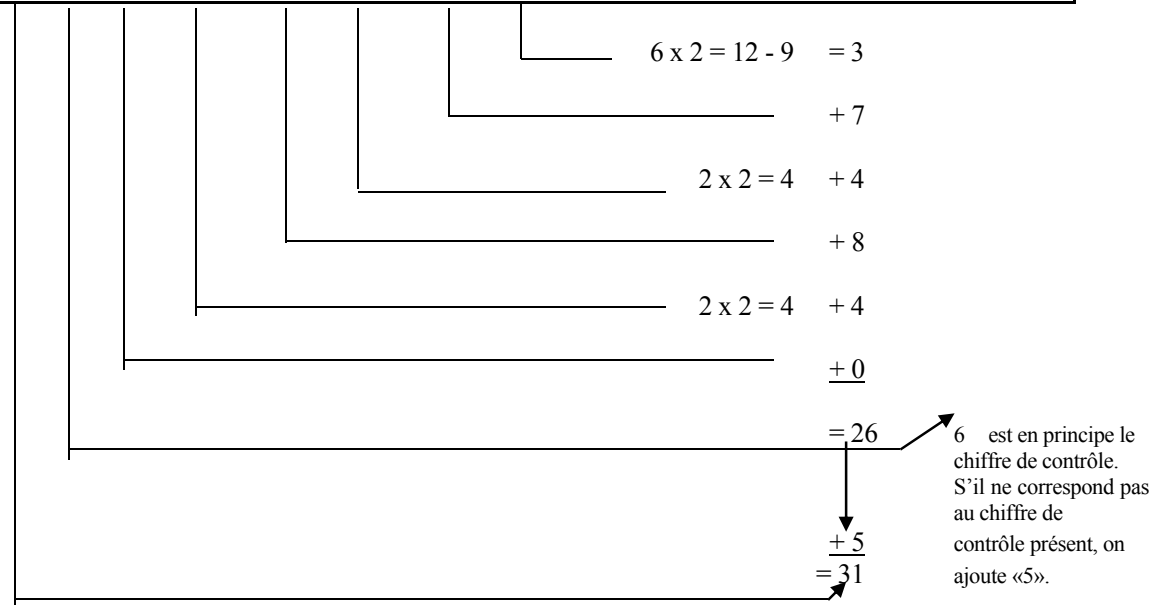
L'unité du résultat de l'addition représente le chiffre contrôle que se place en première position.

Si le chiffre de contrôle calculé ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute «5» au chiffre de contrôle calculé.

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

S'il ne correspond pas, le numéro d'identification est erroné.

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



C.C. = chiffres de contrôle

(☞ 4)

Page supprimée  
(informations dépassées concernant des fusions antérieures)

(☞ 4)

Page supprimée  
(informations dépassées concernant des fusions antérieures)

(☞ 4)

Page supprimée  
(informations dépassées concernant des fusions antérieures)

## **Fusions au 1-1-2012**

### 1. Fusion de la mutualité 314 avec la mutualité 315

Au 01/01/2012, la mutualité 314 (Mutualité Socialiste du Hainaut Occidental) fusionnera avec la mutualité 315 (Mutualité Socialiste de Mons Borinage). Les assurés de la mutualité 314 seront transférés vers la mutualité 315.

Identité de la nouvelle entité : **Solidaris Mons-Wallonie picarde**  
**Rue du Fort, 48**  
**7800 Ath**

Concrètement, cela signifie que :

- Pour les prestations effectuées et les médicaments délivrés **avant le 01/01/2012** pour des assurés de la mutualité 314 et facturés à partir du 01/01/2012 :
  - ET 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 314
  - ET 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 314
  - Les factures papier correspondantes ainsi que les différents documents administratifs et médicaux doivent être envoyés à la mutualité 315.
- Pour les prestations effectuées et les médicaments délivrés **à partir du 01/01/2012** pour des assurés de l'ancienne mutualité 314 et facturés à partir du 01/01/2012 :
  - ET 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 315
  - ET 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 315
  - Les factures papier correspondantes ainsi que les différents documents administratifs et médicaux doivent être envoyés à la mutualité 315.

Le support magnétique ou le fichier électronique de facturation est toujours transmis à l'U.N.M.S., avec l'identification des assurés en fonction de la **date des prestations**, à savoir :

- prestations **antérieures** au 01/01/2012 = mutualité 314
- prestations **à partir** du 01/01/2012 = mutualité 315

Cependant, à partir du 01/07/2012, toutes les prestations dont la date est antérieure au 01/01/2012, devront être facturées avec l'identification de la mutualité 315.

## 2. Fusion de la mutualité 316 avec la mutualité 317

Au 01/01/2012, la mutualité 316 (Mutualité Socialiste du Centre et de Soignies) fusionnera avec la mutualité 317 (Mutualité Socialiste de Charleroi). Les assurés de la mutualité 316 seront transférés vers la mutualité 317.

Identité de la nouvelle entité : **Solidaris Mutualité Socialiste du Centre, Charleroi et Soignies**  
**Avenue des Alliés, 2**  
**6000 Charleroi**

Concrètement, cela signifie que :

- Pour les prestations effectuées et les médicaments délivrés **avant le 01/01/2012** pour des assurés de la mutualité 316 et facturés à partir du 01/01/2012 :
  - ET 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 316
  - ET 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 316
  - Les factures papier correspondantes ainsi que les différents documents administratifs et médicaux doivent être envoyés à la mutualité 317
- Pour les prestations effectuées et les médicaments délivrés **à partir du 01/01/2012** pour des assurés de l'ancienne mutualité 316 et facturés à partir du 01/01/2012 :
  - ET 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 317
  - ET 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 317
  - Les factures papier correspondantes ainsi que les différents documents administratifs et médicaux doivent être envoyés à la mutualité 317

Le support magnétique ou le fichier électronique de facturation est toujours transmis à l'U.N.M.S., avec l'identification des assurés en fonction de la **date des prestations**, à savoir :

- prestations **antérieures** au 01.01.2012 = mutualité 316
- prestations **à partir** du 01.01.2012 = mutualité 317

Cependant, à partir du 01/07/2012, toutes les prestations dont la date est antérieure au 01/01/2012, devront être facturées avec l'identification de la mutualité 317.

## 3. Info pour les deux fusions

Toutes les dispositions nécessaires sont prises pour procéder à la mise à jour des cartes SIS et à la remise de nouvelles vignettes (roses) d'identification.

Pour la facturation, le n° NISS reste l'identifiant prioritaire, ce qui signifie que seul le numéro d'identification de la mutualité change.

A défaut d'une identification correcte, notre site [www.mutsoc.be/fusions](http://www.mutsoc.be/fusions) vous renseignera sur la conversion des anciennes données d'identification vers les nouvelles données d'affiliation.

Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser à notre Helpdesk au 02/515 17 00 ou via l'adresse [helpdesk.carenet@mutsoc.be](mailto:helpdesk.carenet@mutsoc.be)

#### 4. Erreur bloquante à partir du 01/09/2012

A partir du 01/09/2012, la facturation via l'identification des mutualités 314 et 316 sera interdite et provoquera une **erreur bloquante**.

**Centralisation de l'activité traitement support magnétique/électronique des mutualités wallonnes – ressources partagées**

A partir du 01/01/2014, le traitement des facturations sur support magnétique ou électronique pour les mutualités socialistes wallonnes sera centralisé sur le site de la mutualité du Centre, Charleroi et Soignies (317).

Les mutualités concernées par la centralisation de l'activité sont les mutualités suivantes :

- 305 : Brabant Wallon
- 315 : Mons, Wallonie Picarde
- 317 : Centre, Charleroi et Soignies
- 319 : Liège
- 323 : Luxembourg
- 325 : Namur

Cette nouvelle procédure entraîne une adaptation de la zone 18 enregistrement de type 20 « numéro de la mutualité de destination ».

La centralisation étant effective au 01/01/2014, la zone « mois de facturation » (ET 10 zone 22 et 23) ne peut être utilisée comme élément clef pour l'application de ces nouvelles dispositions.

C'est la raison pour laquelle la zone « date de création du support » (ET 10 zone 25-26) sera pris en considération pour l'application des dispositions décrites ci-dessous :

Contenu de la zone 18 enregistrement de type 20 : numéro de la mutualité de destination

- a) Zone date de création (RT 10 zone 25-26) < au 01.01.2014 ou ≥ au 01.01.2014 uniquement dans le cas d'une réintroduction d'un support rejeté pour erreur bloquante ou % d'erreurs trop élevé, si la date de création initiale < au 01.01.2014 :

N° de la mutualité de destination (Z 18)	= mutualité d'affiliation (zone 7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certaines conventions de rééducation = 300</li> </ul>
--	--

La facturation papier et les annexes (justificatifs de remboursement, documents à l'attention du médecin-conseil, ...) sont transmises à la mutualité de destination.

- b) Zone date de création (ET 10 zone 25-26) ≥ au 01.01.2014

N° de la mutualité de destination (Z 18)	= mutualité d'affiliation (zone 7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certaines conventions de rééducation = 300</li> <li>• Mutualités wallonnes – ressources partagées (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317</li> </ul>
--	--

(☞1)

- 26 ter -

La facturation papier est transmise à la mutualité de destination.

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

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

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

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

13 caractères numériques :

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

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

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

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

Additionner ces résultats au :

- 2ème chiffre (cent mille);
- 4ème chiffre (mille);
- 6ème chiffre (dizaine).

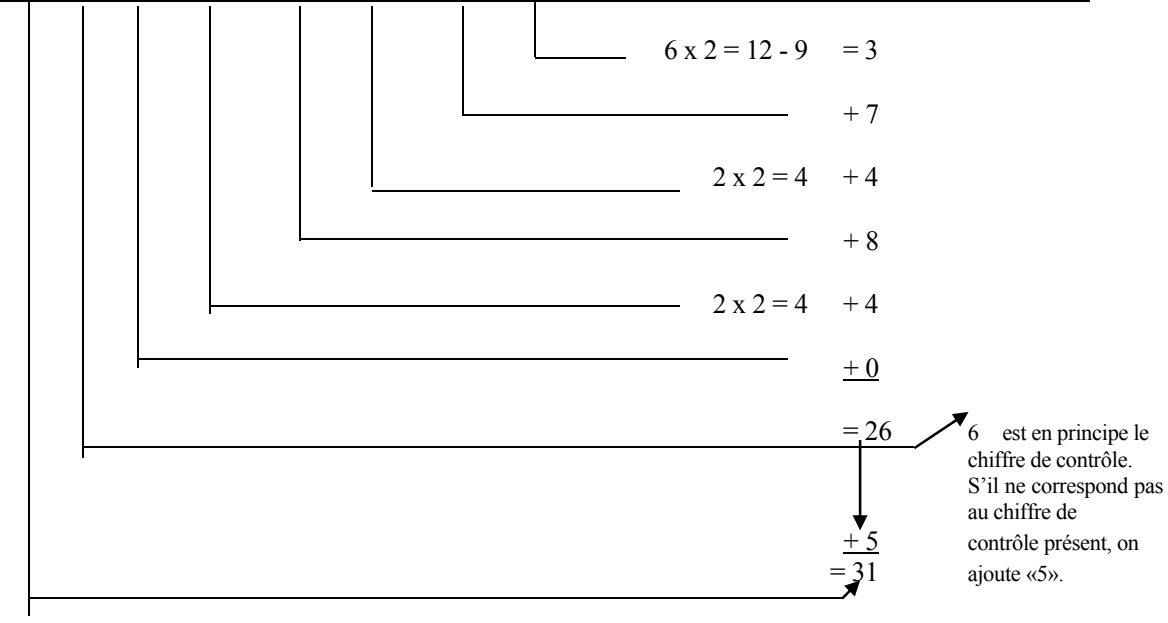
L'unité du résultat de l'addition représente le chiffre contrôle que se place en première position.

Si le chiffre de contrôle calculé ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute «5» au chiffre de contrôle calculé.

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

S'il ne correspond pas, le numéro d'identification est erroné.

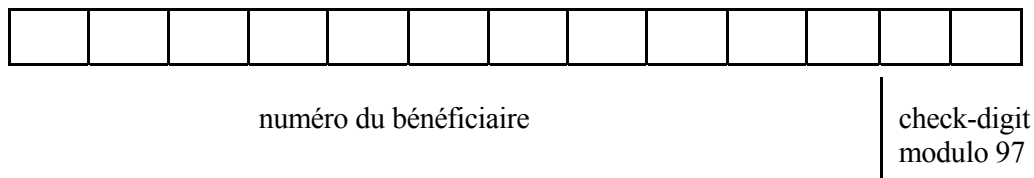
Identification du titulaire							Date de naissance					
C.C.	Racine						Jour		Mois		Année	
1 ou 6	0	2	8	2	7	6	2	3	0	6	6	1



C.C. = chiffres de contrôle

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).



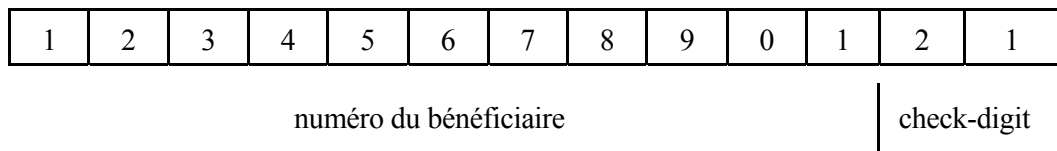
$$\frac{\text{Numéro du bénéficiaire}}{97} = \text{Quotient} + \text{reste}$$

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

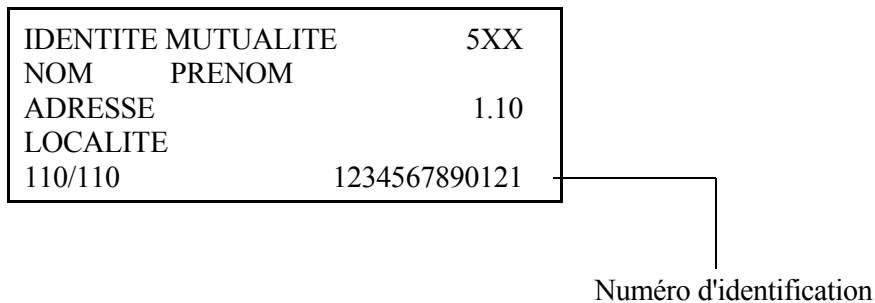
Exemple :

Numéro du bénéficiaire = 12345678901; check-digit = 21

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



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.

MUTUALITES LIBRES		5XX
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
1234567890121		
110/110		VALIDITE 07.95/06.96
<b>CODES A BARRES</b>		

Numéro d'identification

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

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

**(29) Fusion mutualité 509 et 516**

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

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

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

Tous les membres de la 516 passent donc dans l'entité 509 et reçoivent un nouveau numéro de membre.

**Attention**, les membres de la mutualité 516, habitant en Communauté Flamande seront automatiquement transférés à la 526 (Partena OZV) au 01/01/2017.

L'historique de ces membres (avant le 01/01/2017) passe dans l'entité 509.

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

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

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

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

**Cette opération entrainerait un rejet de votre facturation. Le N° de Mutualité fait partie intégrante du N° d'identification.**

**516-YYYYYYYYYYYYYY devient 509-XXXXXXXXXXXXXX**

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

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

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

**Dans la pratique pour les hôpitaux**

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

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

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

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

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

- *Pour les hospitalisations de **tous** les membres 516 clôturées au 31/12/2016, vous pouvez nous envoyer les messages s'y rapportant même en 2017 avec les données de la 516. Notre système les convertira.*
- *Si vous utilisez les données du message 730000 lors de la facturation du séjour, les prestations facturées seront acceptées. Idem pour les factures supplémentaires éventuelles.*
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**

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

#### Dans la pratique pour les pharmaciens

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

### Dans la pratique pour les maisons médicales

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 :
  - pour tous les membres 516 qui habitent en communauté **Wallonie-Bruxelles** et ce peu importe la date des soins.
  - pour tous les membres 516 qui habitent en communauté **Flandre** uniquement pour les soins prestés avant le 01/01/2017.
- Concernant la facturation des soins au 01/01/2017 pour les ex membres 516 qui habitent en **communauté Flandre**, celle-ci doit se faire à la 526.

Sous quelle mutualité facturer	soins prestés avant le 01/01/2017	soins prestés après le 01/01/2017
ex membre 516 habitant en Wallonie	<b>509</b>	<b>509</b>
ex membre 516 habitant à Bruxelles	<b>509</b>	<b>509</b>
ex membre 516 habitant en communauté Flandre	<b>509</b>	<b>526</b>

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

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

### Dans la pratique pour les infirmiers

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

Sous quelle mutualité facturer	soins prestés avant le 01/01/2017	soins prestés après le 01/01/2017
ex membre 516 habitant en Wallonie	<b>509</b>	<b>509</b>
ex membre 516 habitant à Bruxelles	<b>509</b>	<b>509</b>
ex membre 516 habitant en communauté Flandre	<b>509</b>	<b>526</b>

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

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

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

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

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

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

- Etant donné que la facturation via efact est basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur la base de cet engagement de paiement même si celui-ci fait référence à la 516 et est utilisé en 2017. Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet en utilisant leur numéro NISS.

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

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

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

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

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

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

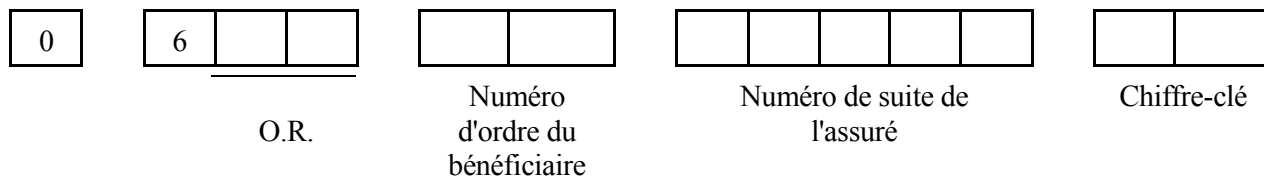
**Règles particulières pour la facturation du tiers-payant manuel (sur papier)**

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

**Avez-vous encore des questions ?**

Envoyez-les par e-mail : [opercontfac@mloz.be](mailto: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](mailto: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

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

03 : office régional de la Flandre Occidentale

04 : office régional de la Flandre Orientale

05 : office régional du Hainaut - bureau de Mons

15 : office régional du Hainaut - bureau de Charleroi

06 : office régional de Liège

07 : office régional du Limbourg

08 : office régional du Luxembourg

09 : office régional de Namur

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

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

(☞5) 12 : office régional Brabant Flamand

(☞5) 22 : office régional Brabant Wallon

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

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

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

Ce numéro identifie le titulaire et ses personnes à charge dans le cadre de l'office régional ou du bureau local de l'office régional.

Le numéro de suite de l'assuré et de ses personnes à charge est le même.

Les personnes à charge sont identifiées au moyen de leur numéro d'ordre (voir ci-avant point 3).

Remarque : Les 0 à gauche sont indiqués.

Conventions Internationales : Le premier chiffre du numéro de suite est toujours 9.

Ce chiffre indique qu'il s'agit du numéro d'identification d'un assuré social étranger séjournant temporairement en Belgique.  
(formulaires E.111, E.112 ou documents bilatéraux équivalents des conventions internationales).

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

Formule : modulo 97 :

Le chiffre-clé est calculé sur les 11 positions numériques précédentes, à savoir :

- le code organisme assureur + office régional;
- le numéro d'ordre du bénéficiaire;
- le numéro de suite de l'assuré.

Il est égal au reste de la division de ces 11 chiffres par 97.

Si le reste est égal à 0, le chiffre-clé est 97.

(☞ 15) Pour les conventions internationales:

modulo 97 (voir si dessus)

ou

modulo 89 (à partir du 1/6/2015):

Le chiffre-clé est calculé sur les 11 positions numériques précédentes, à savoir :

- le code organisme assureur + office régional;
- le numéro d'ordre du bénéficiaire;
- le numéro de suite de l'assuré.

Il est égal au reste de la division de ces 11 chiffres par 89.

Si le reste est égal à 0, le chiffre-clé est 89

### **Régime général**

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

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

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

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

10 = descendant

### **Conventions Internationales**

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

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

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

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

01 = conjoint

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

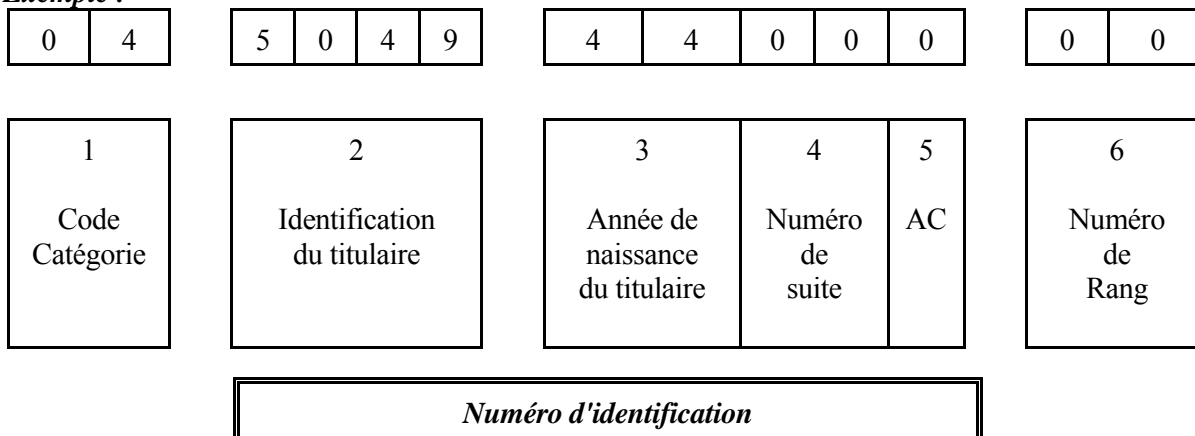
0	6	0	2	0	0	9	1	2	3	4	4	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

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

**Exemple :**



**Numéro d'affiliation à la C.S.S. =**

**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	

**Signification des rubriques :**

**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 :

$$0 \times 2 = 00$$
$$0 + 0 + 13 = 13$$

- 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 :

$$9 \times 2 = 18$$
$$1 + 8 + 13 = 22$$

- 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 :

$$4 \times 2 = 08$$
$$0 + 8 + 22 = 30$$

- 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 :

$$0 \times 2 = 00$$
$$0 + 0 + 30 = 30$$

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

$$10 - 0 = 10$$

## 6 Numéro de Rang :

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

00 = titulaire  
> 00 = personne à charge du titulaire

## Aperçu des annexes

- Annexe 1** : Liste des adresses des centres de calcul auxquels les supports magnétiques doivent être envoyés.
- Annexe 1.1** : Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.
- Annexe 2 A** : Bordereau d'expédition pour supports magnétiques
- Annexe 2 B** : Etat pour la facturation dans le système du tiers payant, de prestations ne figurant pas sur une note d'hospitalisation.
- Annexe 3** : Dessin support magnétique.
- Annexe 4** : Etiquette externe.
- Annexe 5.1** : Description de la codification des erreurs.
- Annexe 5.2** : Lay-out de la liste des contrôles.
- Annexe 5.3** : Bande de décompte.
- Annexe 6** : Dessin d'enregistrement.
- Annexe 7** : Libellé des zones.
- Annexe 8** : Remplissage des différentes zones en fonction de l'identité de l'institution qui facture.
- Annexe 9** : Utilisation de la zone "intervention personnelle" et zone "supplément".
- Annexe 10** : Transferts les plus fréquents des nouveau-nés.
- Annexe 11** : Transmission des données de facturation par support magnétique ou électronique des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP.  
Application de l'art. 6, § 16, 3° du Règlement du 28/7/2003.
- Annexe 12** : Facturation sur support magnétique par les Maisons Médicales.
- Annexe 13** : Facturation sur support magnétique par les Maisons de Soins Psychiatriques.
- Annexe 14** : Règles d'arrondis pour les médicaments.
- Annexe 15** : Facturation de la nutrition parentérale au domicile du patient.
- Annexe 16** : Structure des numéros d'identification INAMI.
- Annexe 17** : Forfaitarisation des médicaments en hôpital.
- Annexe 18** : Facturation sur support magnétique par les MRPA/MRS/CSJ.
- Annexe 19** : Facturation à 100% dans le cadre du MAF.
- (☞ 6) **Annexe 20** : Facturation électronique par les médecins (e-fac).
- (☞ 8) **Annexe 21** : Facturation du transport urgent de malades.
- (☞ 14) **Annexe 22** : Règles d'arrondis pour les prestations exécutées par les stagiaires à 75%, prestations de chirurgie à 50% et aide opératoire à 10%.
- (☞ 22) **Annexe 23** : Facturation électronique par les dentistes (e-fac).

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

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

- (☞4) Statut des fichiers de facturation:
- Tiers REFAC: Point Unique de Contact (PUC)
  - Autres tiers: Service MDU ([mdu.cpt@mc.be](mailto:mdu.cpt@mc.be); 02/246.41.97)
- (☞4) Analyse et rejets:
- Tiers REFAC: Point Unique de Contact (PUC)
- (☞ 20) - Autres tiers: Contact Center Soins de Santé ([mycarenet@mc.be](mailto:mycarenet@mc.be); 02/246.43.28)

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

Numéro de fax général : 02/537.33.69

**Cellule support :**

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

**Helpdesk :**

De préférence utiliser l'adresse mail suivante : [support@lnz.be](mailto:supports@lnz.be)

M. WAEGEMANS Alain

Téléphone: 02/300.11.01

**Cellule contrôle de qualité :**

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

**Helpdesk :**

De préférence utiliser l'adresse mail suivante: [ccq@lnz.be](mailto:ccq@lnz.be)

M. GEERTS Jean-Louis (FR)

(☞18) Téléphone : 02/533.06.08

M. ALDERWEIRELD Eddy (NL)

Téléphone : 02/535.98.59

**Cellule Carenet :**

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

**Helpdesk :**

De préférence utiliser l'adresse mail suivante: [modcare@UNMN-LNZ.BE](mailto:modcare@UNMN-LNZ.BE)

M. ADRIAENS Yves

Téléphone : 02/535.73.42

(☞26) Mme SUAREZ Susana

(☞26) Téléphone : 02/300.11.05

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

(☞4) M. Kristof Debolle (NL) 02/515.04.20

(☞4) M. Patrick Pauwels (FR) 02/515.17.50

<u>Nom</u>	<u>Numéro Tél.</u>	<u>Numéro Fax</u>	<u>Compétence</u>
<b><u>U.N.M.L.</u></b>			
Mme PATERNOTTE (NL)	02/542.86.38		Résultats et questions tarification prestataires
Mme MAGNET (FR)	02/542.86.37		Résultats et questions tarification prestataires
Mme SENABRE	02/542.86.36		Analyse et problèmes généraux

**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 9h et 12h et entre 14h et 16h.

Numéro de fax : 02/778.94.06

Adresses E-mail :

[Operprodlog@mloz.be](mailto:Operprodlog@mloz.be)

Pour vos questions concernant les factures papier et les fichiers électroniques.

[Operconfac@mloz.be](mailto:Operconfac@mloz.be)

Pour vos questions concernant la tarification, le paiement et le remboursement de votre envoi.

**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](mailto:elecfac@caami-hziv.fgov.be)

Numéro de fax : 02 229 34 38

**(☎27)C.S.S. de HR RAIL****(☎27)Mme TARBE** 02/525.35.56 02/525.35.61Adresse E-mail: [900-factura@b-holding.be](mailto:900-factura@b-holding.be)

**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'agrération :  
 (☞ 15) Numéro BCE :  
 N° compte de l'Ets. :  
 IBAN de l'Ets. :  
 BIC de l'Ets. :  
 N° compte Conseil méd :  
 IBAN du Conseil méd :  
 BIC du Conseil méd :

**Identification Conseil médical (2) :**

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

**Identification organisme assureur :**

Dénomination :  
 Adresse :  
 Code postal - Commune :

**Facturation AMBULANT - HOSPITALISE - MIXTE (1)**

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

N° mutualité	Nombre d'enregistrements (a)	N° de contrôle par mutualité (b)	Montants à charge de l'O.A.		
			cpte Ets. (c)	cpte Cons méd. (d)	Total (e)

000  
 001  
 002  
 .  
 .  
 099

Totaux                      Somme des nombres  
                                   repris ci-dessus + 2

**Visa établissement (hospitalier) :**

Date :  
 Nom :  
 Fonction :  
 Signature

**Visa Conseil médical :**

Date :  
 Nom :  
 Fonction :  
 Signature

**Réservé à l'organisme assureur :**

Date de réception :  
 Nom :  
 Signature

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

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

- Les valeurs des zones 4 des types d'enregistrement 30, 40 et 50 de toutes les factures individuelles destinées à la fédération en question sont additionnées. A cette somme on ajoute encore la somme des valeurs des zones 17-18 et des zones 40-41 des types d'enregistrement 40 des mêmes factures. Le modulo 97 est appliqué sur ce résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97).
- Sur la ligne "Totaux", on indiquera le numéro de contrôle de l'envoi (cf. type d'enregistrement 90 zone 98).

**Directives concernant l'utilisation du bordereau d'expédition**

- Dans le cas du système de facturation 1) il y a lieu de compléter les colonnes (a), (b) et (e), la colonne (c) étant facultative; seul le visa de l'établissement (hospitalier) est apposé.
- Dans le cas du système de facturation 2) il y a lieu de compléter les colonnes (a), (b), (c), (d) et (e); le visa du Conseil médical doit être apposé en regard du visa de l'établissement (hospitalier).
- Dans le cas du système de facturation 3) il y a lieu de compléter toutes les colonnes. Dans ce cas, le bordereau d'expédition peut être composé de deux volets; une première partie où les colonnes (a), (b) et (c) sont complétées, et une deuxième partie où les colonnes (a), (b) et (d) sont complétées. Avant expédition, il faut cependant fixer ensemble les deux volets, et sur chacun doivent figurer les visas des deux parties (établissement (hospitalier) & Conseil médical).
- Dans le cas du système de facturation 4) il y a lieu de compléter toutes les colonnes. Dans ce cas, le bordereau d'expédition doit être composé de deux volets; une première partie où les colonnes (a), (b), (c) et (d) sont complétées, et une deuxième partie où les colonnes (a), (b) et (d) sont complétées. Avant expédition, il faut cependant fixer ensemble les deux volets, et sur chacun doivent figurer les visas des deux parties (établissement (hospitalier) & Conseil médical).

**Ordre séquentiel**

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

L'ordre séquentiel imposé est le suivant :

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

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

**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° (☞ 15) 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.

**Dessin support magnétique.**

A partir du 1<sup>er</sup> 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.

ET 10	ET 20	ET 30 ET 40 ET 50	ET 30 ET 40 ET 50	ET 30 ET 40 ET 50	... ... ...	ET 80	...	ET 90	
		Ensemble des E.T. 30/40/50 dans 1 bloc 20-80 = facture							
		1 bloc avec les E.T. 20-30/40/50-80 par facture							

**Étiquette externe**

A	B	C	D	E	F	G
XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	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 X : Le numéro du tiers payant (ET 10 Z 14).

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

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

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

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

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

**Structure de la codification des anomalies**

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

RR = type d'enregistrement.

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

NN = numéro d'ordre attribué à l'anomalie.

La partie "NN" donne les possibilités suivantes:

00 jusque et y compris 99

a0 jusque et y compris a9

...

z0 jusque et y compris z9

0a jusque et y compris 0z

...

9a jusque et y compris 9z

**Accords:**

La zone (111b, 112b ou 113b) peut uniquement contenir des caractères de « 0 » jusque et y compris « 9 » et de « a » jusque et compris « z ».

Si la zone ne comporte pas de code erreur, elle est remplie par des zéros (0)

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

01 = donnée non numérique.

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

03 = donnée non autorisée.

09 = caractères interdits.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Nature des erreurs

Les anomalies peuvent être de diverses natures.

B : erreur bloquante.

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

R : erreur entraînant un rejet.

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

E : erreur qui n'est pas prise en compte pour la fixation de pourcentage d'erreur.

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

### Principes

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

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

B RRZZ01 : Montant non numérique

B RRZZ05 : Première position du montant différente de + ou -

B RRZZ06 : Partie numérique de la zone contient un montant signé

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

B RRZZ01 : Contenu zone différent de zéro

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

## **Règles des contrôles**

### **a) Anomalies bloquantes et non-bloquantes**

Il y a deux types d'erreurs bloquantes :

Type "B" : Ces erreurs bloquent la procédure de contrôle.

Le fichier de facturation entier est rejeté et renvoyé à l'établissement de facturation.

Toutes les communications d'erreurs dans les enregistrements de type 10 et 90 sont bloquantes, ainsi (☞ 8,15) qu'un nombre restreint d'erreurs dans les enregistrements de type 20, 30, 40, 50, 51, 52 et 80.

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

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

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

### **b) Seuils de tolérance**

#### **I. Processus de calcul du seuil de tolérance**

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

Les seuils de tolérance sont calculés selon la formule suivante :

Total enregistrements rejetés

Nombre total d'enregistrements

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

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

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

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

Le seuil de tolérance est fixé à 5 %.

**Annexe 5.2**

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME ASSUREUR

REMARQUE PENDANT LA LECTURE DU SUPPORT DE FACTURATION 9999999999 ANNEE ET MOIS : 999999 BANQUE : 999999999999 PAGE : 999  
 ETABLISSEMENT : XXX

N° FACTURE XXXXXXXXXXXX	C X	N° ENREG XXXXXX	N° PRESTATION XXXXXX	CONTENU ZONE ERRONE XXXXXXXXXXXX	REMARQUE XXXXXX	ENREGISTREMENTS NON ACCEPTES	VOS REFERENCES XXXXXXXXXXXX
TOT MUT :		XXX					ZZZ.ZZZ.ZZ9,99
TOT GEN :				ZZZ.ZZZ.ZZ9,99		TOT OA :	ZZZ.ZZZ.ZZ9,99
							DIFFERENCE : ZZZ.ZZZ.ZZ9,99

LISTE DES ERREURS TROUVEES

REMARQUE XXXXXX	QUANTITE ZZZ9	DESCRIPTION XX XX
--------------------	------------------	---

TOTAL : ZZZ.ZZZ.ZZ9

NOMBRE DES ENREGISTREMENTS LUS 20 :	ZZZ.ZZ9	NOMBRES DES ENREGISTREMENTS ERRONES :	ZZZ.ZZ9
NOMBRE DES ENREGISTREMENTS LUS 30 :	ZZZ.ZZ9	NOMBRES DES ENREGISTREMENTS ERRONES :	ZZZ.ZZ9
NOMBRE DES ENREGISTREMENTS LUS 40 :	ZZZ.ZZ9	NOMBRES DES ENREGISTREMENTS ERRONES :	ZZZ.ZZ9
NOMBRE DES ENREGISTREMENTS LUS 50 :	ZZZ.ZZ9	NOMBRES DES ENREGISTREMENTS ERRONES :	ZZZ.ZZ9

FICHER DE DECOMPTE

Quelques concepts :

“fichier de facturation” : le fichier envoyé par un tiers payant facturateur 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 facturateur et qui contient les prestations / factures rejetées et les données relatives au décompte.

**Dessin d’enregistrement pour le fichier de décompte**

			10	20	30	40	50	(8) 51	(15) 52	80	90
1 à 99	350	1	Enregistrement initial								
100	3N	351	Identification envoi (= ET 10 Z 7)								
101	8N	354	Date création O.A.	Date création envoi (= ET 10 Z 25-26)							9
102	6N	362	1	Mois et année de facturation (= ET 10 Z 22-23)							9
103	3N	368	1	Mutualité (= ET 20 Z 18)							9
104	12N	371	1	0	0				0	9	
105	12N	383	1	0	0				0	9	
106	12N	395	9								
107	3N	407	1	CT1 ou 0	CT1	CT1	CT1	CT1	0	0	9
108	3N	410	1	CT2 ou 0	CT2	CT2	CT2	CT2	0	0	9
109	22A	413	1	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	Réf. O.A. Compte A	9
110	22A	435	1	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	Réf. O.A. Compte B	9
111a	1A	457	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1	Lettre rejet 1
111b	4N+2A	458	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1
112a	1A	464	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2	Lettre rejet 2
112b	4N+2A	465	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2
113a	1A	471	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3	Lettre rejet 3
113b	4N+2A	472	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3
114	1A+11N	478	1	0	Montant tarifé Compte A	Montant tarifé Compte A	Montant tarifé Compte A	0	0	Montant tarifé Compte A	9
115	1A+11N	490	1	0	Montant tarifé Compte B	Montant tarifé Compte B	Montant tarifé Compte B	0	0	Montant tarifé Compte B	9
116	1A+11N	502	1	0	Montant tarifé patient	Montant tarifé patient	Montant tarifé patient	0	0	Montant tarifé patient	9
117	7N	514	1	0	Code nomenclature corrigé	Code nomenclature corrigé	Code nomenclature corrigé	0	0	0	9
118	1N	521	1	0							9
119	1A+11N	522	1	0	Résultat OA	Résultat OA	Résultat OA	0	0	0	9
149	200A	534	1	Commentaire du code erreur							9
150	61A	734	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 tarifé (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 51, 52: toujours 0
  - S'il s'agit d'un ET 30, 40, ou 50 :

(☞ 8,15)

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 tarifé par l'OA

(☞ 8,15)

11. Les codes erreur de l'ET 20 doivent être prévus dans les ET 30, 40, 50, 51, 52 et 80. Les codes erreur de l'ET 20 doivent être mentionnés en premier lieu, puis ceux des ET 30, 40, 50, 51, 52 et 80.

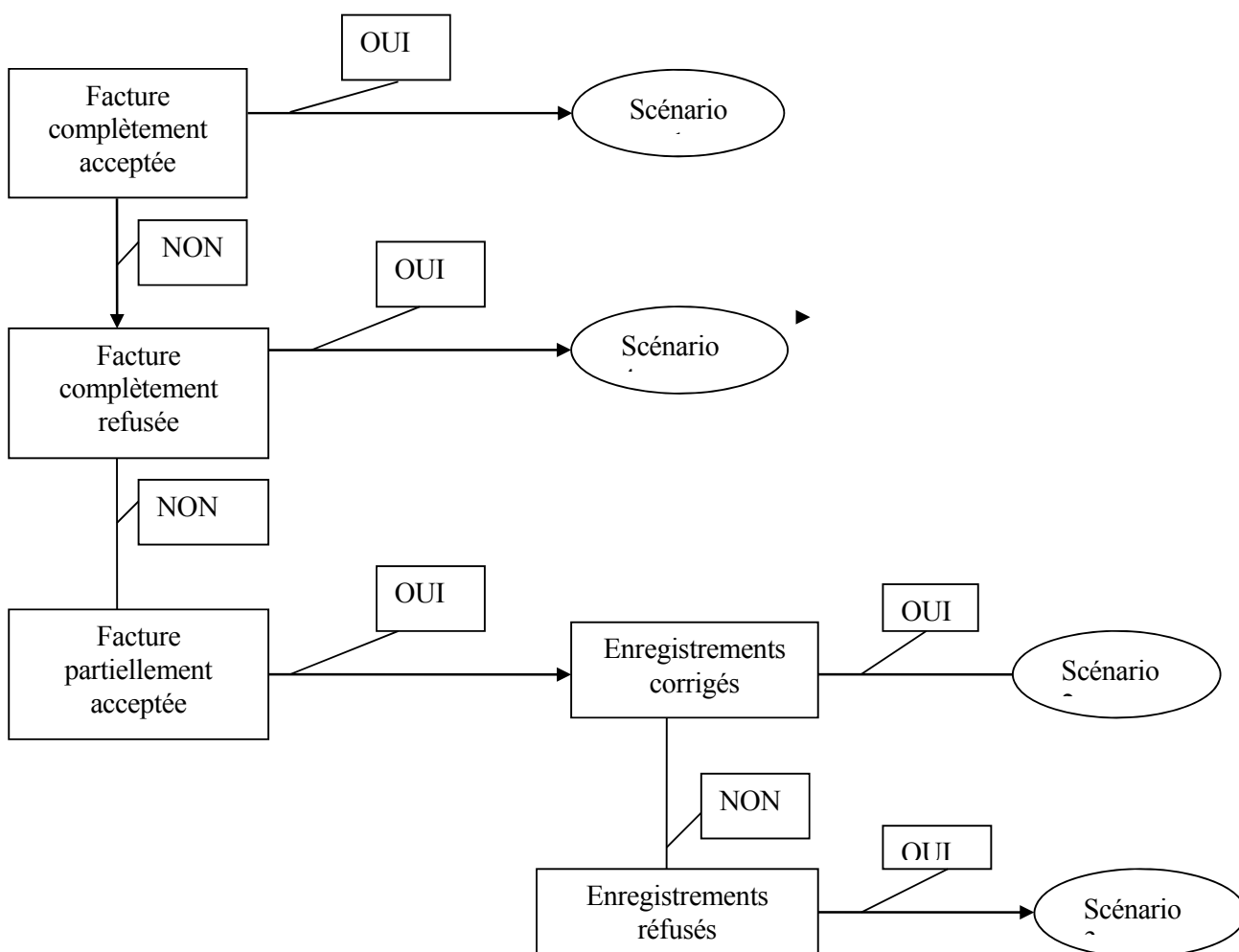
Pour une facture rejetée suite à une erreur dans l'ET 20, les enregistrements de type 30, 40 et 50 correspondants sont mentionnés avec le code erreur respectif RR0119 (si aucune autre erreur ne peut être attribuée).

12. Les zones non définies sont complétées par des zéros.

13. Le fichier de facturation est trié de la façon suivante :

1. numéro d'envoi;
2. année et mois facturés;
3. mutualité;
4. numéro de suite de l'enregistrement original.

## 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 -  $\sum$  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 -  $\sum$  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						
			<b>400,00</b>						
Paiement	Facture 1 - Z 114		100,00						
	Facture 2 - Z 114		65,00						
	Facture 3 - Z 114		0,00						
	Facture 4 - Z 114		100,00						
				<b>265,00</b>					
				Différence	$400,00 - 265,00 = 135,00$				

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

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

		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>Tot.</b>
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
				<b>520,00</b>
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
				<b>325,00</b>

Différence 520,00 - 325,00 = 195,00

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

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

## Annexe 6.1

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

## Annexe 6.2

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

## Annexe 6.4

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

(☞ 23)

## Annexe 6.5

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

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

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

## Annexe 6.6

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

## Annexe 6.7

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
( <del>7</del> ) 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 N	235 - 260	reserve
46	1 N	261 - 261	reserve
47	8 N	262 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 A	271 - 282	iban - compte financier b (partie 1)
50	4 A	283 - 286	iban - compte financier b (partie 2)
51	6 A	287 - 292	iban - compte financier b (partie 3)
52	12 A	293 - 304	iban - compte financier b (partie 4)
53	8 N	305 - 312	reserve
54a	3 N	313 - 315	reserve
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	chiffres de controle de l'envoi
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

**LIBELLE DES ZONES****Généralités****1. Date.**

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

AAAA MM JJ

AAAA : le numéro de l'année

MM : le numéro du mois dans l'année

JJ : le numéro du jour dans le mois

**2. Description des zones.****a. En général.**

Lorsque la valeur à introduire dans une zone numérique est plus petite que la zone réceptrice, la valeur est alignée à droite de la zone réceptrice et les positions non utilisées sont remplies de zéros.

Lorsqu'une zone alphanumérique n'est pas complète, le contenu est aligné à gauche et les positions non utilisées sont remplies de blanc.

Les zones numériques non définies doivent être remplies par des zéros et les zones alphanumériques non définies doivent être remplies par des blancs.

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

Toutes les zones sont considérées comme numériques à l'exception de la zone 8a-8b des

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

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

**b. Zones montant.**

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

ET 30 Z 19, Z 27, Z 30-31

ET 40 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39

ET 50 Z 19, Z 27, Z 30-31

(☞ 8) ET 51 Z 19

ET 80 Z 15, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 38

ET 90 Z 15, Z 19

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

Les deux premières positions à droite sont considérées comme décimales.

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

**c. Zones avec nombre ou quantité.**

ET 30 Z 22

ET 40 Z 22

ET 50 Z 22

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

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

Dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones (partout + ou partout -); excepté lorsqu'il s'agit d'un enregistrement de type 30 avec interventions personnelles ou s'il s'agit d'un enregistrement avec une intervention pour le matériel

(☞ 4) d'incontinence en MRPA-MRS (pseudo-code 763593) ou un enregistrement avec un montant « accessibilité MSP » (pseudo-code 762775\*, 763770, 763792, 763814, 763836, 763851, 763873, 763895 ou 763910) ou s'il s'agit d'un enregistrement de type 50 avec la prestation 0700000 (quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales).

(☞ 5) Si un montant ou un nombre est égal à zéro, le signe algébrique peut être différent de celui des autres zones de l'enregistrement comportant un signe.

**d. Zones avec une position de réserve.**

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

La position de réserve doit être complétée par un zéro, qui se trouve dans la 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.

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

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

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

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

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

(☞ 4) (\*) supprimé à partir du 1/10/2013.



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.															
- ambulat	H	3	H	0	-	-	-	-	-	-	-	990	H	H	H
- hospitalisé	H	1	H	H	-	-	-	-	-	-	-	service en H pas 770!	H	H	H
		<b>pas 5 ou 6!</b>													
* 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															
câd. 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 défibrillateurs 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) Médicaments peuvent seulement être remboursés pour autant qu'ils sont délivrés par l'office de tarification de l'hôpital et qu'ils ne sont pas prévus dans le forfait de rééducation.

Annexe 8.3

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

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

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

<b>FACTURATION PAR MRS, MRPA, MSP, HP</b>		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 <sub>g</sub> , SA <sub>r</sub> , SB, SB <sub>g</sub> , SB <sub>r</sub> , SC, SC <sub>g</sub> , SC <sub>r</sub> , SC <sub>s</sub> , SC <sub>s</sub> <sub>g</sub> , SC <sub>s</sub> <sub>r</sub> , SC <sub>x</sub> , SC <sub>x</sub> <sub>g</sub> , SC <sub>x</sub> <sub>r</sub> , SFa, SFb, moyens de contraste, médicaments biologiques A, B, Fa, Fb	Cat. SA, SA <sub>g</sub> , SA <sub>r</sub> , SFa DA, MA, médicaments biologiques A, Fa	Cat. SB, SB <sub>g</sub> , SB <sub>r</sub> , SC, SC <sub>g</sub> , SC <sub>r</sub> , SC <sub>s</sub> , SC <sub>s</sub> <sub>g</sub> , SC <sub>s</sub> <sub>r</sub> , SC <sub>x</sub> , SC <sub>x</sub> <sub>g</sub> , SC <sub>x</sub> <sub>r</sub> , SFb DB, DC, DC <sub>x</sub> , DC <sub>x</sub> , MB, MC, MC <sub>s</sub> , MC <sub>x</sub> , moyens de contraste, médicaments biologiques B, Fb	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

(☞ 30) (\*) Pour les moyens de contraste (classe ATC V08), l'intervention est diminuée de 10 % (à partir du 1/1/2013). Pour les médicaments biologiques repris dans le tableau « 90% facturation biologiques » du fichier de référence, l'intervention est diminuée de 10% (à partir du 1/1/2017).

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

	(☞1)	(☞1)	(☞1)	(☞1)	(☞1)	(☞1)	(☞1)
E.T. 40 Z 4	Cat. SA, SA <sub>g</sub> , SA <sub>r</sub> , DA, MA + prép. mag. catég. 2 + médicaments biologiques A	Cat. SFa + médicaments biologiques Fa	Cat. SB, SB <sub>g</sub> , SBr, SC, SC <sub>g</sub> , SC <sub>r</sub> , SCs, SCs <sub>g</sub> , SCs <sub>r</sub> , SCx, SCx <sub>g</sub> , SCx <sub>r</sub> , DB, DC, DCx, DCx <sub>r</sub> , MB, MC, MCs, MCx + prép. mag. cat. 1 et 4 +oxygène : 0751030, 0751052 + moyens de contraste : 0757912 + médicaments biologiques B	Cat. SFb + médicaments biologiques Fb	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

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

(☞ 30) (\*\*) Pour les moyens de contraste (classe ATC V08), l'intervention est diminuée de 10 % (à partir du 1/1/2013). Pour les médicaments biologiques repris dans le tableau « 90% facturation biologiques » du fichier de référence, l'intervention est diminuée de 10% (à partir du 1/1/2017).

## 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

**Ces tableaux reprennent les transferts les plus fréquents des nouveau-nés.**

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

## Annexe 10.2

Libellé	Est-ce possible ?		Prix de journée d'entretien	
	Oui/non	oui/non	Service	
La mère <u>ne séjourne plus à l'hôpital</u>				
1. et l'enfant reste en service N*	oui	0790020 (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	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	-	-
<u>Note</u> : 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.

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

Enregistrement de type 20

Z 1	:	<b>Enregistrement de type 20</b>
Z 2	:	<b>Numéro d'ordre de l'enregistrement</b>
Z 3	:	<b>Autorisation tiers payant</b> 0 ou 1 à lire sur la carte SIS ou par Carenet
Z 4	:	<b>Heure d'admission</b> 0 (heure peut être mentionnée mais n'est pas exigée)
Z 5	:	<b>Date d'admission</b> 0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée)
Z 6a-6b	:	<b>Date de sortie</b> 0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée)
Z 7	:	<b>Numéro de la mutualité d'affiliation</b>
Z 8a-8b	:	<b>Identification du bénéficiaire</b>
Z 9	:	<b>Sexe bénéficiaire</b>
Z 10	:	<b>Type de facture</b> : Type de facture 4
Z 11	:	<b>Type de facturation</b>
Z 13	:	<b>Service 721 bis</b> : 0
Z 14	:	<b>Numéro de l'établissement qui facture</b> 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	:	<b>Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)</b> Numéro de l'établissement concerné M.R.S., M.R.P.A. ou I.H.P..
Z 16	:	<b>Code levée délai de prescription</b> : 0 ou 1
Z 17	:	<b>Causes du traitement</b> : Toujours 0
Z 18	:	<b>Numéro de la mutualité de destination</b>
Z 19	:	<b>Numéro d'admission</b> : Toujours 0
Z 20-21	:	<b>Date de l'accord traitement de rééducation</b> : Toujours 0
Z 22	:	<b>Heure de sortie</b> 0 (heure peut être mentionnée mais n'est pas exigée)
Z 24-25	:	<b>Numéro de la facture individuelle</b> : 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	:	<b>Application de la franchise sociale</b> : 0
Z 27	:	<b>Code titulaire 1 + 2</b>
Z 28	:	<b>Référence de l'établissement</b>
Z 29-30-31	:	<b>Numéro de la facture précédente</b> : 0
Z 32	:	<b>FLAG identification du bénéficiaire</b>
Z 34-35-36	:	<b>Numéro de l'envoi précédent</b>
Z 37	:	<b>Numéro de la mutualité de la facturation précédente</b>
Z 38-39	:	<b>Référence mutualité numéro de compte financier A</b>
Z 41	:	<b>Année et mois précédemment facturés</b>
Z 42-43-44-45	:	<b>Données de référence réseau ou carte SIS</b>
Z 47	:	<b>Date de facturation</b>
Z 49-51	:	<b>Référence mutualité numéro de compte financier B</b>
Z 53	:	<b>Date début assurabilité</b>
Z 54a-54b	:	<b>Date fin assurabilité</b>
Z 55	:	<b>Date communication information</b>
Z 56	:	<b>MAF année en cours</b>
Z 57	:	<b>MAF année en cours -1</b>
Z 58	:	<b>MAF année en cours -2</b>
Z 99	:	<b>Chiffres de contrôle de l'enregistrement</b>

**Enregistrement de type 40**

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

**Enregistrement de type 80**

Z 1	: <b>Enregistrement de type 80</b>
Z 2	: <b>Numéro d'ordre de l'enregistrement</b>
Z 4	: <b>Heure d'admission</b> 0 (heure peut être mentionnée mais n'est pas exigée).
Z 5	: <b>Date d'admission</b> 0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée).
Z 6a-6b	: <b>Date de sortie</b> 0 (date peut être mentionnée mais n'est pas exigée).
Z 7	: <b>Numéro de la mutualité d'affiliation</b>
Z 8a-8b	: <b>Identification du bénéficiaire</b>
Z 9	: <b>Sexe bénéficiaire</b>
Z 10	: <b>Type de facture</b> Type de facture 4.
Z 13	: <b>Service 721 bis</b> : 0
Z 14	: <b>Numéro de l'établissement qui facture</b> 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	: <b>Signe + montant numéro de compte financier B</b>
Z 17	: <b>Causes du traitement</b> Toujours 0.
Z 18	: <b>Numéro de la mutualité de destination</b>
Z 19	: <b>Signe + montant numéro de compte financier A</b>
Z 20-21	: <b>Date de la facture</b>
Z 22	: <b>Heure de sortie</b> 0 (date peut être mentionné mais n'est pas exigée).
Z 24-25	: <b>Numéro de la facture individuelle</b> : 0
Z 27	: <b>Signe + intervention personnelle patient</b> Voir art. 2. a) de l'A.R. du 7 mai 1991.
Z 28	: <b>Référence de l'établissement</b>
Z 30-31	: <b>Signe + montant supplément</b> Si d'application
Z 32	: <b>FLAG identification du bénéficiaire</b>
Z 38	: <b>Signe + acompte numéro de compte financier A</b>
Z 98	: <b>Chiffres de contrôle de la facture</b>
Z 99	: <b>Chiffres de contrôle de l'enregistrement</b>

**Enregistrement de type 90**

Z 1	:	<b>Enregistrement de type 90</b>
Z 2	:	<b>Numéro d'ordre de l'enregistrement</b>
Z 5-6a	:	<b>Numéro de compte financier A</b> Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	<b>Numéro de l'envoi</b> S'il s'agit d'un fichier logique exceptionnel, établi 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	:	<b>Numéro de compte financier B</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	:	<b>Numéro tiers payant</b> Numéro d'identification de l'hôpital ou numéro d'identification de l'office de tarification agréé.
Z 15	:	<b>Signe + montant total numéro de compte financier B</b>
Z 19	:	<b>Signe + montant total numéro de compte financier A</b>
Z 22	:	<b>Année facturée</b>
Z 23	:	<b>Mois facturé</b>
(☞7) Z 27	:	<b>Numéro BCE</b>
Z 28	:	<b>Référence de l'établissement</b>
Z 31-34	:	<b>BIC compte financier A</b>
Z 36-41	:	<b>IBAN compte financier A</b>
Z 43a	:	<b>BIC compte financier B</b>
Z 49-52	:	<b>IBAN compte financier B</b>
Z 98	:	<b>Chiffres de contrôle de l'envoi</b>
Z 99	:	<b>Chiffres de contrôle de l'enregistrement</b>

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

Enregistrement de type 10				
Zone	Longueur	Positions	Libellé	Commentaire concernant le contenu
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 10	<i>Toujours 10</i>
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement	<i>Séquentiel à partir de 1</i>
3	1 N	9 - 9	nombre numeros comptes financiers (code indice)	<i>Zéro</i>
4	7 N	10 - 16	version fichier	<i>0001999 (9991999 pour un test)</i>
5	8 N	17 - 24	numero compte financier a (partie 1)	<i>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101)</i>
6 a	4 N	25 - 28	numero compte financier a (partie 2)	<i>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101)</i>
6 b	4 N	29 - 32	reserve	
7	3 N	33 - 35	numero de l'envoi	<i>Séquentiel, unique par année, &lt;&gt;0</i>
8 a	12 N	36 - 47	numero de compte financier b	<i>Zéro</i>
8b	1 N	48 - 48	reserve	
9	1 N	49 - 49	code "suppression facture papier"	<i>1 si ET 10 Z 22-23 &lt; 0201001 0 si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001</i>
10	1 N	50 - 50	code fichier de décompte	<i>0 ou 1 si ET 10 Z 22-23 &lt; 0201001 0 si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001</i>
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	<i>N° agrégation INAMI de la maison médicale</i>
15	12 N	68 - 79	numero d'accréditation cin	<i>Zéro</i>
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	année facturée	<i>Année de facturation 0AAAA</i>
23	2 N	113 - 114	mois facture	<i>Mois de facturation MM</i>
24	5 N	115 - 119	reserve	
25	7 N	120 - 126	date de creation (partie 1) aaaammj	<i>Date de création du fichier de facturation</i>
26	1 N	127 - 127	date de creation (partie 2) j	<i>AAAAMMJJ</i>
27	10 N	128 - 137	numéro BCE	<i>Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015</i>
28	25 A	138 - 162	référence de l'établissement	<i>Réservé pour l'établissement qui facture</i>
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	<i>Blanc</i>
43b	1 N	230-230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 N	235 - 260	reserve	
46	1 N	261 - 261	reserve	
47	8 N	262 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 A	271 - 282	iban – compte financier b (partie 1)	<i>Blanc</i>
50	4 A	283 - 286	iban – compte financier b (partie 2)	<i>Blanc</i>
51	6 A	287-292	iban – compte financier b (partie 3)	<i>Blanc</i>
52	12 A	293-304	iban – compte financier b (partie 4)	<i>Blanc</i>
53	8N	305-312	reserve	
54a	3N	313-315	reserve	
54b	5N	316-320	reserve	
55	8N	321-328	reserve	
56	4N	329-332	reserve	
57	4N	333-336	reserve	
58	4N	337-340	reserve	
59	6N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	reserve	
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement	<i>Chiffres de contrôle de l'enregistrement</i>

(7, 15)

Enregistrement de type 20				
Zone	Longueur	Positions	Libellé	Commentaire concernant le contenu
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 20	<i>toujours 20</i>
2	6 N	3 - 8	numéro d'ordre d'enregistrement	<i>séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10</i>
3	1 N	9 - 9	autorisation tiers payant	<i>0 (pas d'application)</i>
4	7 N	10 - 16	heure d'admission	<i>zéro</i>
5	8 N	17 - 24	date d'admission	<i>zéro</i>
6 a	4 N	25 - 28	date de sortie (partie 1)	<i>zéro</i>
6 b	4 N	29 - 32	date de sortie (partie 2)	
7	3 N	33 - 35	numéro de la mutualité d'affiliation	<i>mutualité d'affiliation du patient</i>
8 a	12 A	36 - 47	identification du bénéficiaire (partie 1)	<i>niss du patient</i>
8 b	1 A	48 - 48	identification du bénéficiaire (partie 2)	
9	1 N	49 - 49	sexe bénéficiaire	<i>m = 1, f = 2</i>
10	1 N	50 - 50	type de facture	<i>fact. individuelle pour patients ambulants = 3</i>
11	1 N	51 - 51	type de facturation	<i>= 0 sauf si refacturation</i>
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	service 721 bis	<i>zéro</i>
14	12 N	56 - 67	numéro de l'établissement qui facture	<i>n° agrégation inami de la maison médicale</i>
15	12 N	68 - 79	établissement de séjour	<i>zéro</i>
16	1 N	80 - 80	code levée délai de prescription	<i>= 0 (sauf exception)</i>
17	4 N	81 - 84	causes du traitement	
18	3 N	85 - 87	numéro de la mutualité de destination	<i>mutualité affiliation</i>
19	12 N	88 - 99	numéro d'admission	<i>zéro</i>
20	7 N	100 - 106	date accord traitement (partie 1)	<i>date d'inscription au forfait</i>
21	1 N	107 - 107	date accord traitement (partie 2)	<i>aaaammjj</i>
22	5 N	108 - 112	heure de sortie	<i>zéro</i>
23	2 N	113 - 114	reserve	
24	5 N	115 - 119	numéro de la facture individuelle (partie 1)	<i>numéro de la facture</i>
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	<i>codes titulaires du patient</i>
28	25 A	138 - 162	référence de l'établissement	<i>réserve pour l'établissement qui facture</i>
29	2 N	163 - 164	numéro de facture précédente (partie 1)	<i>uniquement en cas de refacturation</i>
30	2 N	165 - 166	numéro de facture précédente (partie 2)	<i>sinon = 0</i>
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)	<i>uniquement en cas de refacturation</i>
35	1 N	178 - 178	numéro de l'envoi précédent (partie 2)	<i>sinon = 0</i>
36	1 N	179 - 179	numéro de l'envoi précédent (partie 3)	
37	3 N	180 - 182	numéro mutualité facturation précédente	<i>uniquement en cas de refacturation, sinon = 0</i>
38	12 A	183 - 194	référence mutualité numéro compte financier a (partie 1)	<i>uniquement en cas de refacturation</i>
39	10 A	195 - 204	référence mutualité numéro compte financier a (partie 2)	<i>sinon = blanc</i>
40	2 N	205 - 206	reserve	
41	6 N	207 - 212	année et mois précédemment facturés	<i>uniquement en cas de refacturation, sinon = 0</i>
42	6 A	213 - 218	données de référence réseau ou sis (partie 1)	<i>=0 car pas d'application</i>
43a	11 A	219 - 229	données de référence réseau ou sis (partie 2)	
43b	1 A	230-230	données de référence réseau ou sis (partie 3)	
44	4 A	231 - 234	données de référence réseau ou sis (partie 4)	
45	26 A	235 - 260	données de référence réseau ou sis (partie 5)	
46	1 N	261 - 261	reserve	
47	8 N	262 - 269	date de facturation	<i>facultatif</i>
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 A	271 - 282	référence mutualité numéro compte financier b (partie 1)	<i>blanc</i>
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	<i>chiffres de contrôle de l'enregistrement</i>

(☞ 1)

Enregistrement de type 50				
Zone	Longueur	Positions	Libellé	Commentaire concernant le contenu
	1	2 N	1 - 2	Enregistrement de type 50 <i>Toujours 50</i>
	2	6 N	3 - 8	Numéro d'ordre de l'enregistrement <i>Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10</i>
	3	1 N	9 - 9	Norme prestation (pourcentage) <i>Zéro</i>
(☞28)	4	7 N	10 - 16	Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature <i>M = 0109616; K = 0509611; I = 0409614; pidiab = 0102852 (*); suividiabmm = 0109594</i>
	5	8 N	17 - 24	Date première prestation effectuée <i>voir zone</i>
	6 a	4 N	25 - 28	Date dernière prestation effectuée (partie 1) <i>voir zone</i>
	6 b	4 N	29 - 32	Date dernière prestation effectuée (partie 2) <i>AAAAMMJJ</i>
	7	3 N	33 - 35	Numéro mutualité d'affiliation <i>Mutualité d'affiliation du patient</i>
	8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1) <i>NISS du patient</i>
	8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)
	9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire <i>M = 1, F = 2</i>
	10	1 N	50 - 50	accouchement <i>Zéro</i>
	11	1 N	51 - 51	reference numero de compte financier <i>Zéro</i>
	12	1 N	52 - 52	nuit, week-end, jour ferie
	13	3 N	53 - 55	code service <i>990</i>
	14	12 N	56 - 67	lieu de prestation <i>N° agrégation INAMI de la maison médicale</i>
	15	12 N	68 - 79	identification du dispensateur <i>voir zone</i>
	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 <i>Montant intervention O.A. pour la prestation</i>
	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'unités <i>+0001</i>
(☞36)	23	2 N	113 - 114	dérogation nombre maximal ou prestation identique
	24	5 N	115 - 119	identification prescripteur (partie 1)
	25	7 N	120 - 126	identification prescripteur (partie 2)
	26	1 N	127 - 127	norme prescripteur
	27	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient <i>+000000000</i>
	28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement <i>Réservé pour l'établissement qui facture</i>
	29	2 N	163 - 164	dent traitée
	30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1) <i>+000000000</i>
	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	date accord prestation
	48	1 N	270 - 270	transplantation
	49	12 N	271 - 282	identification de l'aide soignant (zone reservee)
	50	4 N	283 - 286	reserve
	51	6N	287-292	site hospitalier
	52	12N	293-304	identification association bassin de soins
	53	8A	305-312	numero de course (partie 1)
	54a	3A	313-315	numero de course (partie 2)
	54b	5N	316-320	reserve
	55	8N	321-328	code notification implant (partie 1)
	56	4N	329-332	code notification implant (partie 2)
	57	4N	333-336	reserve
	58	4N	337-340	reserve
	59	6N	341-346	reserve
	98	2 N	347 - 348	reserve
	99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement <i>Chiffres de contrôle de l'enregistrement</i>

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

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

Enregistrement de type 90				
Zone	Longueur	Positions	Libellé	Commentaire concernant le contenu
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 90	Toujours 90
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement	Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10
3	1 N	9 - 9	reserve	
4	7 N	10 - 16	reserve	
5	8 N	17 - 24	numero compte financier a (partie 1)	Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101)
6 a	4 N	25 - 28	numero compte financier a (partie 2)	Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101)
6 b	4 N	29 - 32	reserve	
7	3 N	33 - 35	numero d'envoi	Séquentiel, unique par année, <0
8 a	12 N	36 - 47	numero compte financier b	Zéro
8 b	1 N	48 - 48	reserve	
9	1 N	49 - 49	reserve	
10	1 N	50 - 50	reserve	
11	1 N	51 - 51	reserve	
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	reserve	
14	12 N	56 - 67	numero tiers payant	N° agrégation 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 à partir du mois facturé juillet 2015
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement	Réservé pour l'établissement qui facture
29	2 N	163 - 164	reserve	
30	2 N	165 - 166	reserve	
31	8 A	167 - 174	bic - compte financier a (partie 1)	
32	1 A	175 - 175	bic - compte financier a (partie 2)	
33	1 A	176 - 176	bic - compte financier a (partie 3)	
34	1 A	177 - 177	bic - compte financier a (partie 4)	
35	1 N	178 - 178	reserve	
36	1 A	179 - 179	iban - compte financier a (partie 1)	
37	3 A	180 - 182	iban - compte financier a (partie 2)	
38	12 A	183 - 194	iban - compte financier a (partie 3)	
39	10 A	195 - 204	iban - compte financier a (partie 4)	
40	2 A	205 - 206	iban - compte financier a (partie 5)	
41	6 A	207 - 212	iban - compte financier a (partie 6)	
42	6 N	213 - 218	reserve	
43a	11 A	219 - 229	bic - compte financier b	Blanc
43b	1 N	230-230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 N	235 - 260	reserve	
46	1 N	261 - 261	reserve	
47	8 N	262 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 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 N	305-312	reserve	
54a	3 N	313-315	reserve	
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	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

(☞ 7,15)

**FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE PAR LES MAISONS DE SOINS  
PSYCHIATRIQUES.**

**Enregistrement de type 10**

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

Enregistrement de type 20

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

Enregistrement de type 30

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

**Enregistrement de type 40**

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

Enregistrement de type 50

Z 1	:	<b>Enregistrement de type 50</b>
Z 2	:	<b>Numéro d'ordre de l'enregistrement</b>
Z 3	:	<b>Norme prestation (pourcentage)</b>
Z 4	:	<b>Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature</b> Code Ambulatoire
Z 5	:	<b>Date première prestation effectuée</b> Date prestation
Z 6a-6b	:	<b>Date dernière prestation effectuée</b> Date prestation
Z 7	:	<b>Numéro mutualité d'affiliation</b>
Z 8a-8b	:	<b>Identification bénéficiaire</b>
Z 9	:	<b>Sexe bénéficiaire</b>
Z 10	:	<b>Accouchement</b> Toujours 0
Z 11	:	<b>Référence numéro de compte financier</b>
Z 12	:	<b>Nuit, week-end, jour férié</b>
Z 13	:	<b>Code service: 990</b>
Z 14	:	<b>Lieu de prestation</b> 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	:	<b>Identification du dispensateur</b>
Z 16	:	<b>Norme dispensateur</b>
Z 17-18	:	<b>Prestation relative</b>
Z 19	:	<b>Signe + montant intervention de l'assurance</b>
Z 20-21	:	<b>Date prescription</b>
Z 22	:	<b>Signe + nombre d'unités</b>
(☞ 36) Z 23	:	<b>Dérogation nombre maximal ou prestation identique</b>
Z 24-25	:	<b>Identification prescripteur</b>
Z 26	:	<b>Norme prescripteur</b>
Z 27	:	<b>Signe + intervention personnelle patient</b>
Z 28	:	<b>Référence établissement</b>
Z 29	:	<b>Dent traitée</b>
Z 30-31	:	<b>Signe + montant supplément</b>
Z 32	:	<b>Exception régime tiers-payant</b>
Z 33	:	<b>Code facturation intervention personnelle ou supplément</b>
Z 34	:	<b>Membre traité</b>
Z 35	:	<b>Prestataire conventionné</b>
Z 36-37	:	<b>Heure de prestation</b>
Z 38	:	<b>Identification administrateur du sang</b>
Z 39-40	:	<b>Numéro attestation d'administration</b>
Z 41-42	:	<b>Numéro bon de délivrance ou sac</b>
Z 43a-43b	:	<b>Code implant</b>
Z 44-45	:	<b>Libellé du produit</b>
Z 46	:	<b>Norme plafond</b>
Z 47	:	<b>Date accord prestation</b>
Z 48	:	<b>Transplantation</b>
Z 49	:	<b>Identification de l'aide soignant (zone réservée)</b>
Z 51	:	<b>Site hospitalier</b>
Z 52	:	<b>Identification association bassin de soins</b>
Z 53-54a	:	<b>Numéro de course</b>
Z 55-56	:	<b>Code notification implant</b>
Z 99	:	<b>Chiffres de contrôle de l'enregistrement</b>

**Enregistrement de type 80**

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

Enregistrement de type 90

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

<b>RÈGLES DE CALCUL ET D'ARRONDI POUR LES MEDICAMENTS</b>
---

**Remarque générale préalable :** La règle d'arrondi est appliquée sur 3 décimales, c'est-à-dire pour arrondir à 2 décimales, on ne tient compte que de la 3<sup>ème</sup> décimale.

<b>A. Délivrance à des bénéficiaires HOSPITALISÉS</b>
---

**1. En cas de forfaitarisation (facturation à 25%)****Règle générale** (voir exemple 1)

Base de remboursement x nombre d'unités:      A

Intervention de l'AMI:      B = A \* 0,25  
B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.(☞ 30) **Produits de contraste** (voir exemple 15 BIS) **et médicaments biologiques**.A partir du 1/1/2013, l'intervention de l'assurance pour les produits de contraste (classe ATC V08) délivrés par une officine hospitalière **est diminuée de 10 %**. Cette diminution ne peut pas être facturée au patient.

(☞ 30) A partir du 1/1/2017, cette règle vaut également pour les médicaments biologiques repris dans le tableau « 90% facturation biologiques » du fichier de référence.

Intervention de l'AMI:      B = A \* 0,25 \* 0,90  
B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.**2. Hors forfaitarisation**

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

**Médicaments de la catégorie A ou Fa** (voir exemple 2)Base de remboursement x nombre d'unité :      A  
A' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

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

(☞ 30) Pour les médicaments biologiques repris dans le tableau « 90% facturation biologiques » du fichier de référence, l'intervention est diminuée de 10% à partir du 1/1/2017.

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	Basis v togemoetk Base de romb.	I	II
					<i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>		
		CO-AMILORIDE TEVA 5/50 mg	TEVA PHARMA BELGIUM			ATC: C03EA01		
B-28	1488-774	50 tabletten, 5 mg / 50 mg	50 comprimés, 5 mg / 50 mg	G	5,94	5,94	0,34	0,57
	<b>1488-774</b>				<b>1,2900</b>	<b>1,2900</b>		
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
	<b>1488-782</b>				<b>2,5700</b>	<b>2,5700</b>		
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	
	<i>0794-834</i>	<i>4 injectieflacons 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml</i>	<i>4 flacons injectables 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml</i>		<i>577,5000</i>	<i>577,5000</i>		
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	
	<i>0748-319</i>	<i>1 injectieflacon 100 IU poeder voor oplossing voor injectie, 100 IU</i>	<i>1 flacon injectable 100 IU poudre pour solution injectable, 100 IU</i>		<i>197,6000</i>	<i>197,6000</i>		
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  $\leq$  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

Pour les produits de contraste (classe ATC V08), l'intervention est diminuée de 10% à partir du 1/1/2013 (voir exemple 15TER).

(☞ 30) A partir du 1/1/2017, cette règle vaut également pour les médicaments biologiques repris dans le tableau « 90% facturation biologiques » du fichier de référence.

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)  
 (respectivement 50%, 60% , 80%)      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 bas.

Intervention personnelle théorique (Z 39):      B'

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

<b>B. Délivrance à des bénéficiaires AMBULANTS</b>
--

**Règle générale** (voir exemples 16 et 17)

Prix x nombre d'unités:	A A' <b>ARRONDI</b> 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 <u>haut</u> .
Base de remboursement x nombre d'unités:	B B' <b>ARRONDI</b> 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 <u>haut</u> .
A – B =	C C' <b>ARRONDI</b> 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 <u>bas</u> .
Pourcentage ticket modérateur (calculé sur B) :D	D' <b>ARRONDI</b> 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 <u>bas</u> .
Intervention personnelle (Z 27):	C' + D'
Intervention de l'AMI (Z 19):	B' – D'

Attention:

La différence entre le prix et la base de remboursement (montant C') est intégralement à charge du patient et doit être comptée en plus du ticket modérateur calculé (et éventuellement plafonné), à moins que l'hôpital ne prenne lui-même en charge ce montant (Z 33 = 1).

Exception : Catégories Fa et Fb : La différence entre le prix et la base de remboursement (montant C') est intégralement à charge de l'hôpital. Ce montant ne peut donc pas être facturé au patient.

(☞ 30) **Produits de contraste** (voir exemple 29) **et médicaments biologiques**

A partir du 1/1/2013, l'intervention de l'assurance pour les produits de contraste (classe ATC V08) délivrés par une officine hospitalière est diminuée de 10 %. Cette diminution ne peut pas être facturée au patient.

(☞ 30) A partir du 1/1/2017, cette règle vaut également pour les médicaments biologiques repris dans le tableau « *90% facturation biologicals* » du fichier de référence.

Intervention de l'AMI (Z 19):	$(B' - D') * 0,90$	<b>ARRONDI</b> 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 <u>haut</u> .
-------------------------------	--------------------	---

**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	Basis v tegemoetk Base de remb.	I	II	
					<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>	<i>buiten bedrijf / ex-usine</i>			
CAPOTEN 50 mg (Impexeco) IMPEXECO ATC: C09AA01									
B-21	2675-718	50 tabletten, 50 mg	50 comprimés, 50 mg	R	27,95	22,36	9,36	11,88	
	<b>2675-718</b>				<b>19,0100</b>	<b>14,2200</b>			
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	
	<b>1524-214</b>				<b>71,0600</b>	<b>61,1700</b>			
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	
	<b>0115-808</b>				<b>1,2900</b>	<b>0,8400</b>			
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			

## Annexe 14.6

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
	<b>0321-596</b>				<b>22,5100</b>	<b>22,5100</b>		
B-33 *	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 seringue 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 seringue 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
	<b>1583-590</b>				<b>2,2800</b>	<b>2,2800</b>		
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		EUROGENERIC		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
	<b>1402-569</b>				<b>2,0400</b>	<b>2,0400</b>		
Cx-10	1464-114	120 filmomhulde tabletten, 135 mg	120 comprimés pelliculés, 135 mg	G	9,57	9,57	6,01	6,01
	<b>1464-114</b>				<b>4,2500</b>	<b>4,2500</b>		
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
	<b>2195-642</b>				<b>51,3300</b>	<b>48,9200</b>		
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
	<b>1327-576</b>				<b>139,5500</b>	<b>139,5500</b>		
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	1344-385	100 capsules met verlengde afgifte, hard, 3 mg	100 gélules à libération prolongée, 3 mg		89,05	89,05	8,90	13,50
	<b>1344-385</b>				<b>73,4200</b>	<b>73,4200</b>		
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				
B-233	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
	<b>2114-346</b>				<b>2,4100</b>	<b>2,4100</b>		
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		(ze 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
	<b>1641-018</b>				<b>165,5000</b>	<b>165,5000</b>		
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.

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités} : 0,2512 * 14 = 3,5168$$

$$\text{Intervention de l'AMI} : 3,5168 * 0,25 = 0,8792 \\ \approx 0,88$$

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.

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités} : 6,4840 * 12 = 77,8080 \\ \approx 77,81$$

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.

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités} : 0,2512 * 14 = 3,5168 \\ \approx 3,52$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39)}: 0,37$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19)}: 3,52 - 0,37 = 3,15$$

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.

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 0,1275 * 2 & = 0,2550 \\ & & \approx 0,26 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,26 \text{ (limitée)}$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 0,26 - 0,26 = 0,00$$

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.

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 0,2512 * 80 & = 20,0960 \\ & & \approx 20,10 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 2 * 0,37 = 0,74$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 20,10 - 0,74 = 19,36$$

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.

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 0,2512 * 61 & = 15,3232 \\ & & \approx 15,32 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 2 * 0,37 = 0,74$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 15,32 - 0,74 = 14,58$$

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 1<sup>er</sup> fichier de facturation, les 8 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

{	Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,1275 * 2$	$= 0,2550$ $\approx 0,26$
	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:	$0,1275 * 8$	$= 1,0200$ $\approx 1,02$
	Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,11 (= 0,37 - 0,26)	
	Intervention de l'AMI (Z 19):	$1,02 - 0,11$	$= 0,91$

#### 1<sup>er</sup> 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

#### 2<sup>e</sup> 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:  $0,0067 * 101 = 0,6767$   
 $\approx 0,68$

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 1<sup>er</sup> fichier de facturation, les 10 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

{	Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,2512 * 30$	$= 7,5360$ $\approx 7,54$
	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:	$0,2512 * 10$	$= 2,5120$ $\approx 2,51$
	Intervention personnelle théorique (Z 39):	$0,00$ (car $0,37$ déjà décomptés précédemment pour cette tranche)	
	Intervention de l'AMI (Z 19):	$2,51 - 0,00$	$= 2,51$

1<sup>er</sup> 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

2<sup>e</sup> 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:	$0,2512 * 30$	$= 7,5360$	$\approx 7,54$
	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:	$0,2512 * 10$	$= 2,5120$	$\approx 2,51$
	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 :

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités : } 0,2512 * 40 = 10,0480 \approx 10,05$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39): } 0,37$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19): } 10,05 - 0,37 = 9,68$$

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 1<sup>er</sup> fichier de facturation, les 22 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

{	Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,0178 * 63$	$= 1,1214$ $\approx 1,12$
	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:	$0,0178 * 22$	$= 0,3916$ $\approx 0,39$
	Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,00 (car 0,37 déjà décomptés précédemment pour cette tranche)	
	Intervention de l'AMI (Z 19):	$0,39 - 0,00$	$= 0,39$

#### 1<sup>er</sup> 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

#### 2<sup>e</sup> 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 1<sup>er</sup> fichier de facturation, les 80 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

{	Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,0178 * 5$	$= 0,089$ $\approx 0,09$
	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:	$0,0178 * 80$	$= 1,424$ $\approx 1,42$
	Intervention personnelle théorique (Z 39):	$0,28 + 0,37 = 0,65$ (car 0,09 EUR déjà décompté pour la 1 <sup>ère</sup> tranche)	
	Intervention de l'AMI (Z 19):	$1,42 - 0,65$	$= 0,77$

1<sup>er</sup> 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

2<sup>e</sup> 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).

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 2,3860 * 5 = 11,9300 \\ \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 11,93 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39): } 0,37 \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19): } 11,93 - 0,37 = 11,56 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 2,4356 * 21 = 51,1476 \\ \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 51,15 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39): } 2 * 0,37 = 0,74 \text{ (les 0,37 EUR doivent seulement être} \\ \text{décomptés 2x, à savoir pour la 2}^{\text{e}} \text{ et 3}^{\text{e}} \text{ tranche car} \\ \text{pour la 1}^{\text{er}} \text{ tranche, les 0,37 EUR ont déjà été} \\ \text{décomptés précédemment)} \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19): } 51,15 - 0,74 = 50,41 \end{array} \right.$$

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

## Annexe 14.15

**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:	$0,2512 * 30$	$= 7,5360$ $\approx 7,54$
	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:	$0,2512 * 10$	$= 2,5120$ $\approx 2,51$
	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:  $0,0807 * 32 = 2,5824$   
 $\approx 2,58$

Intervention personnelle théorique (Z 39):  $2,5824 * 0,50 = 1,2912$   
 $\approx 1,29$

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.

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités} : 14,99 * 2 = 29,98$$

$$\text{Intervention de l'AMI} : 29,98 * 0,25 * 0,90 = 6,7455 \\ \approx 6,75$$

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.

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités} : 14,99 * 2 = 29,98$$

$$\text{Intervention personnelle théorique} : 0,37 * 2 = 0,74$$

$$\text{Intervention de l'AMI} : (29,98 - 0,74) * 0,90 = 26,316 \\ \approx 26,32$$

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

**Exemples bénéficiaires ambulants****Exemple 16** (catégorie A)

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

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & \quad 8,2430 * 22 & = 181,3460 \\ & & \approx 181,35 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 7,1950 * 22 & = 158,2900 \\ & & \approx 158,29 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 181,3460 - 158,2900 & = 23,0560 \\ & \approx 23,06 \end{aligned}$$

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

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & \quad 0,0457 * 150 & = 6,8550 \\ & & \approx 6,86 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 0,0457 * 150 & = 6,8550 \\ & & \approx 6,86 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 6,8550 - 6,8550 & = 0,0000 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & \quad 0,80 * 6,8550 & = 5,4840 \\ & & \approx 5,48 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 5,48 = 5,48$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 6,86 - 5,48 = 1,38$$

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 14.18

**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 ambulancier sans régime préférentiel.

$$\text{Prix} * \text{nombre d'unités:} \quad 0,4088 * 30 \quad = 2,2640 \\ \approx 12,26$$

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités:} \quad 0,3058 * 30 \quad = 9,1740 \\ \approx 9,17$$

$$12,2640 - 9,1740 \quad = 3,0900 \\ \approx 3,09$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,25 * 9,1740 \quad = 2,2935 \\ \approx 2,29$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 3,09 + 2,29 \quad = 5,38$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 9,17 - 2,29 \quad = 6,88$$

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 ambulancier sans régime préférentiel.

$$\text{Prix} * \text{nombre d'unités:} \quad 0,4088 * 80 \quad = 32,7040 \\ \approx 32,70$$

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités:} \quad 0,3058 * 80 \quad = 24,4640 \\ \approx 24,46$$

$$32,7040 - 24,4640 = 8,2400 \\ \approx 8,24$$

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

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités:} \quad 0,3058 * 60 \quad = 18,3480$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,25 * 18,3480 \quad = 4,5870 \\ \approx 4,59$$

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

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités:} \quad 0,3058 * 20 \quad = 6,1160$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,25 * 6,1160 \quad = 1,5290 \\ \approx 1,53$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 8,24 + 4,59 + 1,53 \quad = 14,36$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 24,46 - 4,59 - 1,53 \quad = 18,34$$

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.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & \quad 6,1520 * 9 & = 55,3680 \\ & & \approx 55,37 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 5,8970 * 9 & = 53,0730 \\ & & \approx 53,07 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 55,3680 - 53,0730 & = 2,2950 \\ & \approx 2,29 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & \quad 0,15 * 53,0730 & = 7,96095 \\ & & \approx 7,96 \\ \text{plafond} & & = 7,20 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 2,29 + 7,20 = 9,49$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 53,07 - 7,20 = 45,87$$

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.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & \quad 0,8494 * 99 & = 84,0906 \\ & & \approx 84,09 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 0,8494 * 99 & = 84,0906 \\ & & \approx 84,09 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 84,0906 - 84,0906 & = 0,0000 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & \quad 0,15 * 84,0906 & = 12,61359 \\ & & \approx 12,61 \\ \text{plafond} & & = 8,90 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 8,90 = 8,90$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 84,09 - 8,90 = 75,19$$

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.

$$\text{Prix * nombre d'unités:} \quad 0,8494 * 110 = 93,4340 \\ \approx 93,43$$

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,8494 * 110 = 93,4340 \\ \approx 93,43$$

$$93,4340 - 93,4340 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

#### Calcul ticket modérateur 1<sup>er</sup> tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,8494 * 100 = 84,9400$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,25 * 84,9400 = 21,2350 \\ \approx 21,23 \\ \text{plafond} \quad = 13,50$$

#### Calcul ticket modérateur 2<sup>e</sup> tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,8494 * 10 = 8,4940$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,25 * 8,4940 = 2,1235 \\ \approx 2,12$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 13,50 + 2,12 = 15,62$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 93,43 - 13,50 - 2,12 = 77,81$$

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 ambulancier sans régime préférentiel.

$$\text{Prix} * \text{nombre d'unités:} \quad 0,8494 * 59 = 50,1146 \\ \approx 50,11$$

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités:} \quad 0,8494 * 59 = 50,1146 \\ \approx 50,11$$

$$50,1146 - 50,1146 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,25 * 50,1146 = 12,52865 \\ \approx 12,53 \\ \text{plafond} \quad = 10,80 \text{ (plafond ordinaire car délivrance } \leq 60)$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 10,80 = 10,80$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 50,11 - 10,80 = 39,31$$

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 ambulancier sans régime préférentiel.

$$\text{Prix} * \text{nombre d'unités:} \quad 2,1657 * 30 = 64,9710 \\ \approx 64,97$$

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités:} \quad 2,1657 * 30 = 64,9710 \\ \approx 64,97$$

$$64,9710 - 64,9710 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

Calcul ticket modérateur par tranche

$$3x \left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités:} \quad 2,1657 * 10 = 21,6570 \\ \text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,25 * 21,6570 = 5,41425 \\ \approx 5,41 \end{array} \right.$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 3 * 5,41 = 16,23$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 64,97 - 16,23 = 48,74$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	48,74	30	16,23

## Annexe 14.23

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

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

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités :} & & 2,1731 * 140 & = 304,2340 \\ & & & \approx 304,23 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 2,1731 * 140 & = 304,2340 \\ & & & \approx 304,23 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 304,2340 - 304,2340 & = 0,0000 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

### Calcul ticket modérateur 1<sup>ère</sup> tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 2,1731 * 84 \quad = 182,5404$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,15 * 182,5404 & = 27,38106 \\ & & & \approx 27,38 \end{aligned}$$

$$\text{plafond} \quad = 8,90 \text{ (car délivrance > 60 unités)}$$

### Calcul ticket modérateur 2<sup>ème</sup> tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 2,1731 * 56 \quad = 121,6936$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,15 * 121,6936 & = 18,25404 \\ & & & \approx 18,25 \end{aligned}$$

$$\text{plafond} \quad = 7,20 \text{ (car délivrance } \leq 60 \text{ unités)}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 8,90 + 7,20 \quad = 16,10$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19):} \quad 304,23 - 8,90 - 7,20 \quad = 288,13$$

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.

$$\text{Prix * nombre d'unités :} \quad 2,1731 * 80 = 173,8480 \\ \approx 173,85$$

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités :} \quad 2,1731 * 80 = 173,8480 \\ \approx 173,85$$

$$173,8480 - 173,8480 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,15 * 173,8480 = 26,0772 \\ \approx 26,08$$

plafond = 8,90 (car délivrance > 60 unités)

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 8,90 = 8,90$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19):} \quad 173,85 - 8,90 = 164,95$$

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.

$$\text{Prix} * \text{nombre d'unités} : \quad 2,1731 * 28 \quad = 60,8468 \\ \approx 60,85$$

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités} : \quad 2,1731 * 28 \quad = 60,8468 \\ \approx 60,85$$

$$60,8468 - 60,8468 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur} : \quad 0,15 * 60,8468 = 9,12702 \\ \approx 9,13 \\ \text{plafond} \quad = 7,20 \text{ (car délivrance} \leq 60 \text{ unités)}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27)} : \quad 0,00 + 7,20 \quad = 7,20$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19)} : \quad 60,85 - 7,20 \quad = 53,65$$

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 = 6) à un patient ambulant.

$$\text{Prix} * \text{nombre d'unités} : \quad 18,9950 * 3 \quad = 56,9850 \\ \approx 56,99$$

$$\text{Base de remboursement} * \text{nombre d'unités} : \quad 18,4300 * 3 \quad = 55,2900 \\ \approx 55,29$$

$$18,9950 - 18,4300 = 0,5650 \\ \approx 0,56$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27)} : \quad 0,00$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19)} : \quad 55,29$$

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.

$$\begin{array}{l} \text{Prix * nombre d'unités:} \\ 18,25 * 2 \\ = 36,50 \\ \approx 36,50 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \\ 18,25 * 2 \\ = 36,50 \\ \approx 36,50 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} 36,5 - 36,5 \\ = 0,00 \\ \approx 0,00 \end{array}$$

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

$$\begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \\ 18,25 * 1 \\ = 18,25 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Pourcentage ticket modérateur:} \\ 0,25 * 18,25 \\ = 4,5625 \\ \approx 4,56 \end{array}$$

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

$$\begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \\ 18,25 * 1 \\ = 18,25 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Pourcentage ticket modérateur:} \\ 0,25 * 18,25 \\ = 4,5625 \\ \approx 4,56 \end{array}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 4,56 + 4,56 = 9,12$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad (36,5 - 9,12) * \underline{0,90} = 24,6420 \\ \approx 24,64$$

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

(☞1)

**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.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités :} & \quad 3,3200 * 3 & = 9,9600 \\ & & \approx 9,9600 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 2,3800 * 3 & = 7,1400 \\ & & \approx 7,14 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 9,9600 - 7,1400 & = 2,8200 \\ & \approx 2,82 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur: } 0,80 * 7,1400 & = 5,712 \\ & \approx 5,71 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Intervention spécifique:} & \quad 1,9040 * 3 & = 5,712 \\ & & \approx 5,71 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27) :} \quad 2,82 + 5,71 - 5,71 = 2,82$$

$$(☞2) \quad \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 7,14 - 5,71 + 5,71 = 7,14$$

(☞2)

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

**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.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités :} & \quad 6,1369 * 3 & = 18,4107 \\ & & \approx 18,41 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Intervention spécifique:} & \quad 3,0000 * 3 & = 9,0000 \\ & & \approx 9,00 \end{aligned}$$

$$\text{Supplément (Z 30-31):} \quad 18,41 - 9,00 = 9,41$$

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

## 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 forfaitaire 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:

$$\begin{array}{rcl} \text{base de remboursement} * \text{nombre d'unités} = & 12,8900 * 1 = & 12,8900 \\ & \text{arrondi} & 12,89 \end{array}$$

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)

$$\text{intervention AMI} = 12,89$$

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 Aminoplasma (B-184) sont utilisées.

Calcul de l'intervention AMI de cette spécialité :

$$\begin{array}{rcl} \text{base de remboursement} * \text{nombre d'unités} = & 12,8900 * 3 = & 38,6700 \\ & \text{arrondi} & 38,67 \end{array}$$

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 :

$$\text{base de remboursement} * \text{nombre d'unités} = 0,5900 * 3 = 31,7700$$

$$31,7700 * 0,25 = 7,9425$$

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

Structure des numéros d'identification INAMI

Remarque : Il est possible qu'une personne (personne physique ou personne juridique) ait plusieurs numéros.

**1. Dispensateurs de soins.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Positions dans la zone
0												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Positions dans n°identification
Profession		Numéro d'ordre				Check-digit		Qualification				

**A. Profession (1er et 2ème chiffre du numéro d'identification).**

10 à 19	médecins
20 à 29	pharmaciens
30 à 39	praticiens de l'art dentaire
40	accoucheuses
41 à 49	praticiens de l'art infirmier
50 à 55	kinésithérapeutes
56	diététiciens
57	podologues
58	logopèdes
59	orthoptistes
60	logopèdes
61	orthopédistes
62	bandagistes
63	dispensateurs d'implants
64	bandagistes
65	ergothérapeutes
66	opticiens
67	audiciens
68	pharmaciens-biologistes
69	fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.
(☞ 16) 70	thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC
80 à 94	personnel soignant et aides soignants
95 à 97	infirmières MR
98 à 99	personnel soignant et aides soignants

**B. Numéro d'ordre (3ème au 6ème chiffre inclus du numéro d'identification).**1) Médecins.

Numéro d'identification, attribué par l'Ordre provincial des médecins.

- 2) Pharmaciens.  
Numéro attribué par l'INAMI.
- 3) Praticiens de l'art dentaire.  
2ème et 3ème chiffres : les deux derniers chiffres de l'année au cours de laquelle a été obtenu le diplôme permettant l'exercice de l'art dentaire;  
4ème, 5ème et 6ème chiffres : le numéro d'ordre dans l'année visée, attribué par l'INAMI.
- 4) Accoucheuses.  
Un numéro d'ordre allant de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.
- 5) Praticiens de l'art infirmier  
Un numéro d'ordre allant de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.
- 6) Kinésithérapeutes.  
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.
- 7) Diététiciens.  
Un numéro d'ordre de 0001 et 9999, attribué par l'INAMI.
- 8) Podologues.  
Un numéro d'ordre de 0001 et 9999, attribué par l'INAMI.
- 9) Logopèdes.  
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.
- 10) Orthoptistes.  
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.
- 11) Orthopédistes.  
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.
- 12) Bandagistes.  
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.
- 13) Dispensateurs délivrant des implants et prothèses et des appareillages divers.  
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.
- 14) Ergothérapeutes  
Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

15) Opticiens.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

16) Audiciens.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

17) Pharmaciens-biologistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

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

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

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

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

20) Personnel soignant et aides soignants.

Les 4ème au 8ème chiffres constituent un numéro d'ordre entre 10.000 et 99.000, attribué par l'INAMI.

C. Check-digits (7ème et 8ème chiffres du numéro d'identification), à l'exception du numéro du personnel soignant

Le nombre inscrit en positions 7 et 8 est égal à la différence entre

1) 97, et

2) le reste de la division dont le dividende est formé par les chiffres des positions 1 à 6 inclus du numéro d'inscription, et le diviseur est égal à 97 (c.à.d. le nombre premier le plus élevé, inférieur à 100).

(☞ 4) Le check-digit des numéros INAMI qui sont attribués aux praticiens de l'art infirmier à domicile à partir du 1/10/2013 et aux accoucheuses à partir du 1/12/2017, est calculé selon la méthode du modulo 89.

(☞35)

Le nombre inscrit en positions 7 et 8 est égal à la différence entre

1) 89, et

2) le reste de la division dont le dividende est formé par les chiffres des positions 1 à 6 inclus du numéro d'inscription, et le diviseur est égal à 89.

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

D. Qualification d'un dispensateur (9ème au 11ème chiffre inclus du numéro d'identification)

La qualification diffère de dispensateur à dispensateur.

Il est possible qu'un dispensateur ait plusieurs codes de compétence. Cela signifie que pour chaque qualification, les huit premiers chiffres sont toujours les mêmes et les chiffres 9 à 11 seront différents selon la qualification.

1. Médecins

Voir liste officielle des codes compétence publiée sur le site de l'INAMI

(☞ 14)

(<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/codes-competences-numero-inami-dispensateurs-soins.aspx>).

2.	<u>Pharmaciens</u>	
	- titulaire d'une pharmacie	: 001
	- adjoint	: 002
	- remplaçant	: 003
3.	<u>Praticiens de l'art dentaire</u>	
(☞ 14)	Voir liste officielle des codes compétence publiée sur le site de l'INAMI ( <a href="http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/codes-competences-numero-inami-dispensateurs-soins.aspx">http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/codes-competences-numero-inami-dispensateurs-soins.aspx</a> ).	
4.	<u>Sages-femmes</u>	
(☞ 8)	- Sages-femmes autorisées à effectuer des prestations obstétricales	: 002
	- Sages-femmes autorisées à effectuer des prestations obstétricales et à prescrire des médicaments	: 003
5.	<u>Praticiens de l'art infirmier inscrits sur la liste établie par le Service des soins de santé :</u>	
	- infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s	: 401
	- accoucheuses	: 402
	- assistant(e) hospitalier(ère)s et assimilé(e)s	: 407
	- infirmier(ère)s breveté(e)s	: 408
	- soigneuses agréées avant le 1er janvier 1964 et ayant demandé le maintien de cet agrément	: 404
	- auxiliaires agréées temporairement avant le 1er janvier 1964 et ayant demandé le maintien de cet agrément	: 405
	- infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.)	: 411
	- assistant(e) hospitalier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.)	: 417
	- infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.)	: 418
	- infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s)	: 421
	- accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s)	: 422
	- infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s)	: 428
	- infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s)	: 431
	- infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de soins de plaie(s)	: 438
	- infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s+infirmier(ères)s relais en matière de diabète	: 441
	- accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de diabète	: 442
	- infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ères) relais en matière de diabète	: 448
	- infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète	: 451
	- infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète	: 458
	- infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s + infirmier(ères) relais en matière de diabète et de soins de plaie(s)	: 461
	- accoucheuses + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s)	: 462
	- infirmier(ère)s breveté(e)s + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s)	: 468
	- infirmier(ère)s gradué(e)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s)	: 471
	- infirmier(ère)s (agréé(e)s dans le cadre de la C.E.E.) + infirmier(ères) relais en matière de diabète et soins de plaie(s)	: 478

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

	Compétence définitive	Compétence provisoire
<b><u>Education au diabète (*)</u></b>		
- Infirmier(ère)s bachelor/gradué(e)s et assimilé(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète	501	601
- Accoucheur (ses) compétent(e)s pour l'éducation au diabète	502	602
- Infirmier(ère)s breveté(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète	508	608
- Infirmier(ère)s gradué(e)s/bachelor (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète	511	611
- Infirmier(ère)s agréé(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète	518	618
<b><u>Education au diabète + soins de plaies (*)</u></b>		
- Infirmier(ère)s bachelor/gradué(e)s et assimilé(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies	521	621
- Accoucheur (ses) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies	522	622
- Infirmier(ère)s breveté(e)s compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies	528	628
- Infirmier(ère)s gradué(e)s/bachelor (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies	531	631
- Infirmier(ère)s agréé(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de soins de plaies	538	638
<b><u>Education au diabète</u></b>		
- 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 agréé(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète	558	658
<b><u>Education au diabète + soins de plaies</u></b>		
- 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 agréé(e)s (U.E.) compétent(e)s pour l'éducation au diabète + infirmier(ère)s relais en matière de diabète et de plaies	578	678

(\*) cette série de codes compétence a été supprimée

6. Kinésithérapeutes• **Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2002**

*Les kinésithérapeutes 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 1<sup>er</sup> 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 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 : 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 1<sup>er</sup> 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 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 : 526

• **A partir du 1<sup>er</sup> 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 : 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

*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 : 527

Kinésithérapeutes – trajet de soins « diabète »

- **Depuis le 1er octobre 2002**

*Les kinésithérapeutes agréés par le SPF Santé publique et 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) : 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 1<sup>er</sup> 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 : 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 1<sup>er</sup> 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 : 724

- **Depuis 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 1<sup>er</sup> 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 déclaré 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

## Annexe 16.8

7. <u>Diététiciens</u>	
Diététiciens	: 601
Diététiciens + trajet de soins « diabète »	: 701
8. <u>Podologues</u>	
Podologues	: 701
Podologues + trajet de soins « diabète »	: 801
9. <u>Logopèdes</u>	
- gradués en logopédie	: 801
- licenciés en logopédie	: 802
10. <u>Orthoptistes</u>	: 900
11. <u>Orthopédistes (100-199)</u>	

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 (agrégations 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, § 1 <sup>er</sup> )	: 200
	IV (art. 28, § 8)	: 240
	O + I + II + III + IV + V + VI (art. 27, § 1 <sup>er</sup> + art. 28, § 8)	: 241

Agrément partiel :

0	: 201	0 + I + II + IV + V	: 217
0 + IV	: 202	0 + I + III + IV + V	: 218

## Annexe 16.10

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 - chirurgie 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

**Annexe 16.12**

14. Ergothérapeutes : 650
15. Opticiens (600-699)  
 - Opticiens : 600  
 - Opticiens exerçant la profession de pharmacien : 610
16. Prothésistes-acousticiens (700-799)  
 - Prothésistes-acousticiens : 700  
 - Prothésistes-acousticiens exerçant la profession de pharmacien : 710
17. Pharmaciens-biologistes (800-899) ou (900-999)

Ces personnes peuvent être agréées pour un ou plusieurs des groupes ci-après.

Les codes des agrégations, 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 agrégations, 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 soins sauf les lancettes : 005

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

Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre sont toujours 000.

20. Personnel soignant et aides soignants

a) Personnel soignant

Le 9<sup>ème</sup> chiffre = 1 : Néerlandophone  
2 : Francophone  
3 : Germanophone

Le 10<sup>ème</sup> 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 11<sup>ème</sup> 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

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		

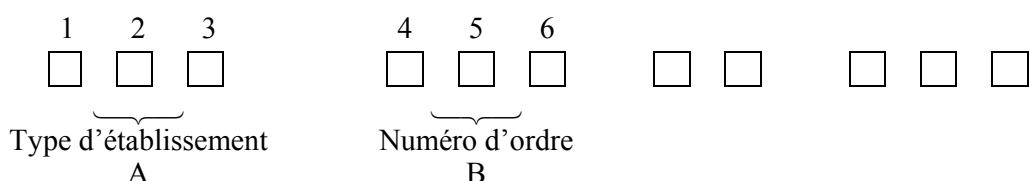
Pour chaque groupe linguistique, la première colonne mentionne le code de compétence comme personnel soignant. La deuxième colonne (2<sup>ième</sup> chiffre = 4 ou 7) concerne la situation en cas d'un enregistrement définitif par le SPF Santé publique. La troisième colonne (2<sup>ième</sup> chiffre = 5) concerne la situation en cas d'un enregistrement provisoire par le SPF Santé publique et la dernière colonne (2<sup>ième</sup> chiffre = 6) concerne la situation où le prestataire n'a pas encore été enregistré comme aide-soignant par le SPF Santé publique mais dispose de la confirmation de la réception de la demande d'enregistrement par le SPF précité.

B. Les aides-soignants qui ne disposent pas d'un numéro d'identification comme personnel soignant :

- enregistrement définitif par le SPF Santé publique : 440
- enregistrement provisoire par le SPF Santé publique : 450
- demande d'enregistrement par le SPF Santé publique : 460

## 2. Etablissements

Le numéro d'identification attribué par l'INAMI est composé comme suit :



### A. Type d'établissement (1er au 3ème chiffre)

Dans un certain nombre de cas (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789, 968), le type d'établissement est de nouveau divisé au niveau du 4ème au 6ème chiffre.

#### 1. Hôpitaux, maisons de soins psychiatrique, initiatives d'habitations protégées

- |        |   |  |       |
|--------|---|--|-------|
|        | - | Hôpitaux généraux  | : 710 |
|        | - | Agrément d'un service associé à un ou plusieurs hôpitaux | : 715 |
|        | - | Hôpital Militaire – Neder-Over-Heembeek                  | : 719 |
|        | - | Etablissements psychiatriques                            | : 720 |
| (☞ 14) | - | Centre de psychiatrie légale                             | : 721 |
|        | - | Maisons de soins psychiatriques (MSP)                    | : 725 |
|        | - | Initiatives d'habitations protégées (IHP)                | : 726 |

#### 2. Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)

- |  |   |  |       |
|--|---|--|-------|
|  | - | Etablissements agréés qui dépendent de la Communauté française                               | : 73Y |
|  | - | Etablissements agréés qui dépendent de Bruxelles   | : 74Y |
|  | - | Etablissements agréés qui dépendent de la Communauté flamande                                | : 76Y |
|  | - | Etablissements enregistrés non agréés qui dépendent des Communauté française et germanophone | : 735 |
|  | - | Etablissements agréés qui dépendent de la Communauté germanophone                            | : 737 |
|  | - | Etablissements enregistrés non agréés qui dépendent de Bruxelles                             | : 745 |
|  | - | Etablissements enregistrés non agréés qui dépendent des Communauté flamande                  | : 765 |

3. Maisons de repos et de soins (MRS)

- Etablissements qui dépendent de la Communauté flamande : 750
- Etablissements qui dépendent de la Communauté française : 751
- Etablissements qui dépendent de Bruxelles : 752
- Etablissements qui dépendent de la Communauté germanophone : 753

A partir du 01/04/2007, chaque établissement (MRPA-MRS) a un numéro INAMI unique (indépendamment des différentes reconnaissances).

Les 8 premières positions sont reprises de l'ancien numéro MRPA ; si pas de MRPA, l'ancien numéro MRS.

4. Centres de soins de jour (CSJ)

- Etablissements qui dépendent de la Communauté flamande : 755
- Etablissements qui dépendent de la Communauté française : 756
- Etablissements qui dépendent de Bruxelles : 757
- Etablissements qui dépendent de la Communauté germanophone : 758

5. Rééducation

- (☞ 10) - Centre de rééducation des paralyés cérébraux Arthur Regnier : 770
- Rééducation fonctionnelle motrice : 771
- Rééducation fonctionnelle psychosociale : 772
- Programme de rééducation fonctionnelle pour alcooliques et toxicomanes : 773
- Programme de rééducation fonctionnelle pour affections psychiques graves, troubles prématurés de l'interaction parents-enfant, troubles du spectre autistique : 774
  - entre 001 et 499 : rééducation fonctionnelle psychosociale d'enfants et d'adolescents souffrant d'affections psychiques graves
  - entre 501 et 599 : programme de rééducation fonctionnelle pour troubles prématurés de l'interaction parents-enfant
  - entre 601 et 999 : troubles du spectre autistique
- Programme de rééducation fonctionnelle pour enfants souffrant d'une pathologie médico-psychosociale grave : 775
- Rééducation fonctionnelle médico-psychosociale, affections respiratoires, centres de rééducation pédiatrique, unités de répit : 776
  - entre 001 et 099 : établissements de rééducation fonctionnelle pour rééducation fonctionnelle médico-psychosociale
- (☞ 9) • entre 101 et 199 : accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines
- (☞ 33) • entre 201 et 299 : accompagnement transidentité
- entre 501 et 599 : établissements pour enfants souffrant d'affections respiratoires
- entre 601 et 699 : centres de révalidation pédiatrique
- entre 701 et 999 : unités de répit
- Clinique de la mémoire : 778
- Programme de rééducation fonctionnelle pour malentendants : 779
- Oxygénothérapie à domicile : 781
  - entre 001 et 499 : services de pneumologie qui organisent l'oxygénothérapie à domicile
  - entre 501 et 999 : convention de rééducation fonctionnelle concernant les troubles respiratoires chroniques graves
- Services de rééducation fonctionnelle cardiaque
- Accompagnement médico-psychosocial lors de grossesse non désirée : 782
  - entre 101 et 500 : services de rééducation fonctionnelle cardiaque qui répondent aux conditions prévues dans l'AR du 10/01/1991
  - entre 501 et 599 : accompagnement médico-psychosocial lors de grossesse non désirée

(☞10,15)	- Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons, suivi du décès inopiné et médicalement inexpliqué d'un enfant de moins de 18 mois et suivi des enfants nés prématurément	: 783
	• entre 101 et 199: suivi d'un décès inopiné et médicalement inexpliqué	
	• entre 501 et 599 : monitoring cardiorespiratoire à domicile	
	• entre 601 et 999 : suivi prématurés	
	- Programme de rééducation fonctionnelle pour infirmes moteurs cérébraux	: 784
	• entre 001 et 499 : prog. rééducation fonction. pour infirmes moteurs cérébraux	
	• entre 500 et 999 : prog. Rééducation fonction. de neuropsychiatrie pédiatrique	
	- Assistance respiratoire mécanique chronique à domicile	: 785
	• entre 001 et 199 : apnées obstructives du sommeil (convention nCPAP)	
	• entre 201 et 299 : ventilation assistée à domicile (AVD).	
	• entre 301 et 999 : ventilation assistée à domicile en cas de syndrome d'obésité-hypoventilation (SOH)	
	- Convention diabète	: 786
	• entre 001 et 499 : autogestion des patients diabétiques	
	• entre 501 et 699 : thérapie d'injection d'insuline	
	• entre 701 et 799 : autorégulation du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	
(☞ 10)	• entre 801 et 899 : cliniques du pied	
(☞ 10)	• entre 901 et 999 : monitoring continu de la glycémie	
	- Défibrillateurs cardiaques	: 787
	- Maladies du métabolisme, mucoviscidose, maladies neuromusculaires, épilepsie réfractaire, syndrome de fatigue, IMOC, Spina Bifida, douleur chronique, néphrologie pédiatrique	: 789
	• entre 001 et 099 : rééducation fonctionnelle de bénéficiaires souffrant d'une maladie du métabolisme monogène héréditaire rare	
	• entre 101 et 199 : centres de référence pour patients souffrant de mucoviscidose	
	• entre 201 et 299 : centres de référence pour patients souffrant de maladies neuromusculaires	
	• entre 301 et 399 : centres de référence pour patients souffrant de d'épilepsie réfractaire	
	• entre 401 et 449 : centres de référence pour patients souffrant de syndrome de fatigue	
(☞ 16)	• entre 451 et 499 : centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC	
	• entre 501 et 549 : centres de référence IMOC	
	• entre 551 et 599 : centres de référence Spina Bifida	
	• entre 601 et 699 : centres de référence de la douleur chronique	
(☞ 11)	• entre 701 et 799 : centres de référence en néphrologie pédiatrique	
(☞ 11)	• entre 801 et 999 : centres de coordination et centres de référence de l'hémophilie	
	- Conventions de rééducation fonctionnelle d'évaluation multidisciplinaire prévue dans la nomenclature des aides à la mobilité	: 790
	6. <u>Centres de transfusion sanguine</u>	: 795
	7. <u>Laboratoires</u>	: 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. <u>Maisons médicales</u>	: 8xx
	9. <u>Rééducation fonctionnelle</u>	: 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. <u>Centres pédiatriques médicaux</u>	: 967

11.	<u>Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour</u>	: 968
	• entre 001 et 499 : Equipes multidisciplinaires d'accompagnement pour les soins palliatifs.	
	• entre 500 et 999 : Centres palliatifs de jour.	
12.	<u>Numéros Services intégrés soins à domicile (art. 23, 13°)</u>	: 947
13.	<u>Numéros services ambulanciers agréés</u>	: 796
(☞ 15)	<u>Numéros PIT (Team d'intervention paramédical)</u>	: 797
14.	<u>Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles</u>	: 759
(☞ 32)	15. <u>Projets soins intégrés</u>	: 798
(☞ 16)	16. <u>Poste de garde</u>	: 678
17.	<u>Numéros tiers payant – groupement de dispensateurs</u>	: 940 jusqu'au 946 inclus

#### 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 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre inclus du numéro d'identification)

1.	<u>Hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques</u>	
(☞ 14)	- l'hôpital lui-même, sans code de compétence	: 000
	- centre de psychiatrie légale	: 000
	- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe transversal axial	: 110
	- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe à résonance magnétique nucléaire (RMN)	: 111
	- PETscan	: 112
	- service radiothérapie	: 113

-	service pathologie cardiaque B	: 120
-	service pathologie cardiaque B1	: 121
-	service pathologie cardiaque B1 +B2	: 127
-	service pathologie cardiaque T	: 122
-	service pathologie cardiaque C	: 123
-	service pathologie cardiaque E + B 3	: 124
-	service pathologie cardiaque E sans B 3	: 125
-	service pathologie cardiaque P	: 126
-	premier accueil des urgences	: 130
-	soins urgents spécialisés	: 131
(☞ 24)	fonction service mobile d'urgence	: 132
(☞ 24)	programme de soins de base en oncologie	: 133
(☞ 24)	programme de soins d'oncologie	: 134
-	programme de soins de médecine de la reproduction A	: 140
-	programme de soins de médecine de la reproduction B	: 141
(☞ 22)	centre de chirurgie robot-assistée (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 150
-	centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3	: 151
(☞ 23)	centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B	: 152
(☞ 22)	centre « moniteur cardiaque implantable » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 153
(☞ 9,25)	centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire» (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 154
-	centre d'expertise pour patients comateux	: 155
-	centre « tuteur coronaire et drug eluting stent »	: 156
(☞ 22)	centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 157
(☞ 25)	centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 158
(☞ 23)	centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (jusqu'au 30/4/2016 inclus)	: 159
(☞ 5,25)	centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 160
(☞ 5)	centre « neurostimulateurs en cas de Parkinson et de tremblements essentiels »	: 161
(☞ 9,25)	centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique» (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 162
(☞ 22)	centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales»	: 163
(☞ 22)	centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage »	: 164
(☞ 25)	centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (à partir du 1/8/2016)	: 165
(☞ 25)	centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (à partir du 1/8/2016)	: 166
(☞ 25)	centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique » (à partir du 1/8/2016)	: 167
(☞ 30)	centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)	: 168
(☞ 29)	centre « fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire » (à partir du 1/1/2017)	: 169
(☞ 34)	centre « tige magnétique allongeable » (Magec)	: 170
(☞ 26)	agrément convention reconstruction mammaire	: 190
(☞ 32)	agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose seulement du programme de soins médecine de la reproduction B)	: 191
(☞ 32)	agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose du programme de soins médecine de la reproduction B et répond aux normes du programme de soins en hémato-oncologie pédiatrique)	: 192

#### Agrément banque de matériel corporel humain :

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

#### Agrément centres de dialyse :

-	centre d'hémodialyse chronique	: 561
-	centre d'hémodialyse chronique pédiatrique	: 562
-	centre de dialyse à domicile	: 563
-	centre de dialyse péritonéale ambulatoire	: 564
-	centre d'autodialyse collective	: 565 à 569

## 2. MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ

Dans ces cas, le code de compétence = 000.

3. MRPA, MRS

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

(☞1) 4. Laboratoires

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

5. Rééducation fonctionnelle

Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> 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 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre sont toujours 000.

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

Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre sont toujours 000.

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

Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre sont toujours 000.

(☞ 32) 10. Projets soins intégrés

Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre sont toujours 000.

11. Poste de garde

(☞ 16) Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> 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

(☞35) (\*) Actuellement, de nouveaux numéros tiers payant de groupe ne sont plus délivrés qu'aux seuls groupements de praticiens de l'art infirmier (code compétence 001).

Dans les autres situations, MyCareNet prévoit la possibilité pour une entité "le mandant" (par ex : un dispensateur de soins) de mandater une autre entité "le mandataire" (par ex : une personne ou une organisation) pour qu'il puisse accéder en son nom aux services MyCaret (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%.

(☞30) Attention : Pour les produits de contraste (classe ATC V08), l'intervention est à chaque fois diminuée de 10% (à partir du 1/1/2013). A partir du 1/1/2017, cette règle vaut également pour les médicaments biologiques repris dans le tableau « 90% facturation biologicals » du fichier de référence.

### 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:

(☞5) 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 4)
- Médicaments non forfaitarisés: facturation selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 4)

Les médicaments délivrés dans l'hôpital aigu B, sont facturés par l'hôpital aigu B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.4 (voir ET 40 Z 4 S 5)  
+ facturation à l'hôpital aigu A du 75% qui reste
- Médicaments non forfaitarisés : facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 4)

b) Un patient est hospitalisé dans un hôpital psychiatrique A ou dans un hôpital uniquement agréé pour un service chronique (G, Sp) – c.à.d. dans un hôpital qui n'entre pas dans le cadre de la forfaitarisation des médicaments.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital aigu B (qui entre effectivement dans le système de la forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Le patient est soigné dans l'hôpital B:

- Soit dans le cadre d'une journée d'entretien forfaitaire (art 4 de la Convention avec les hôpitaux) ou de l'hôpital chirurgical de jour
- Soit hors du cadre d'une journée d'entretien forfaitaire ou de l'hôpital chirurgical de jour (par exemple pour une prestation RX).

Facturation:

L'hôpital psychiatrique ou chronique A facture les médicaments délivrés dans son propre hôpital selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 1 (voir ET 40 Z 4 S 1), puisqu'il s'agit d'une facture d'un hôpital hors du cadre de la forfaitarisation.

Les médicaments délivrés dans l'hôpital aigu B, sont facturés par l'hôpital aigu B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 100% sous les pseudo-codes du point 13.5 (voir ET 40 Z 4 S 5)
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 4)

Cas exceptionnel :

*Délivrance de médicaments aux patients hospitalisés dans un hôpital aigu pendant un examen ou une prestation spécifique dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique (transfert temporaire de moins d'une journée).*

Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation), l'hôpital psychiatrique ou chronique de prestation facture 100 % de la base de remboursement à l'hôpital de séjour. L'hôpital aigu de séjour facture 25 % à l'OA.

Exemple

Un patient est hospitalisé dans un hôpital aigu A.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique B (qui n'entre pas dans le système de forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Facturation:

L'hôpital aigu A facture à l'OA une fois (à savoir à la date d'admission dans cet hôpital) le forfait médicaments par admission (0756000 ou 0767502).

(☞5)

Il facture les médicaments délivrés dans son propre hôpital comme suit:

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.2 (voir ET 40 Z 4 S 4)
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 4)
- Il facture les médicaments forfaitarisés, délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes du point 13.2 (voir ET 40 Z 4 S 4)

Les médicaments délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B, sont facturés par l'hôpital B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à 100 % de la base de remboursement à l'hôpital aigu de séjour A
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 13.3 (voir ET 40 Z 4 S 4)

**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)

<b>Enregistrement de type 10</b>		
<b>Zone</b>	<b>Libellé</b>	<b>Commentaire concernant le contenu</b>
Z 1	Enregistrement de type 10	<i>Valeur constante 10</i>
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	<i>Valeur constante 0 (en cas de facturation par les MRPA/MRS/CSJ, un seul numéro de compte autorisé)</i>
Z 4	Version du fichier	<i>Valeur constante : 0001999 Pour les tests : 9991999</i>
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>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).</i>
Z 7	Numéro d'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 9	Code "suppression facture papier"	<i>Si ET 10 Z 22-23 &lt; 0201001 : valeur 1 Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0</i>
Z 10	Code fichier de décompte	<i>Si ET 10 Z 22-23 &lt; 0201001 : valeur 0 ou 1 Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0</i>
Z 13	Contenu facturation	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ</i>
Z 15	Numéro d'accréditation CIN	<i>Numéro d'accréditation attribué au logiciel</i>
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	<i>Valeur 03, 06, 09 ou 12 en fonction de la période facturée</i>
Z 25-26	Date de création	
(☞ 7,15) Z 27	Numéro BCE	<i>Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015</i>
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – Compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 36-41	IBAN – Compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 43a	BIC – Compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
Z 49-52	IBAN – Compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
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	

(☞ 1)

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

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

<b>Enregistrement de type 80</b>		
<b>Zone</b>	<b>Libellé</b>	<b>Commentaire concernant le contenu</b>
Z 1	Enregistrement de type 80	<i>Valeur constante 80</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 4	Heure d'admission	<i>Mention de l'heure</i>
Z 5	Date d'admission	<i>Mention de la date</i>
Z 6a-6b	Date de sortie	<i>A mentionner si la période de séjour est terminée</i>
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Type de facture	<i>Toujours 4</i>
Z 13	Service 721 bis	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	<i>Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET 20 Z 14)</i>
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 17	Causes du traitement	<i>Toujours 0</i>
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	<i>Montant Total pour le patient concerné</i>
Z 22	Heure de sortie	<i>A mentionner si la date de sortie est complétée</i>
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	<i>Numéro de la note de frais individuelle</i>
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	<i>Toujours 0</i>
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	
Z 32	Flag identification bénéficiaire	<i>Toujours 1, sauf en cas de conventions internationales</i>
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
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	<i>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).</i>
Z 7	Numéro de l'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro d'identification MRP/MRS/CSJ</i>
Z 15	Signe + montant total numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant total numéro de compte financier A	
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	
(7,15) Z 27	Numéro BCE	<i>Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015</i>
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 36-41	IBAN – compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 43a	BIC – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
Z 49-52	IBAN – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
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 2<sup>e</sup> 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 10<sup>e</sup> 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 10<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 : 1<sup>re</sup> partie de la facture sans application du droit au MAF (car le droit au MAF est communiqué après le 10<sup>e</sup> jour qui suit la fin de la période à facturer), 2<sup>e</sup> 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 (puisque 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	<b>36,81</b>	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.

**FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES MEDECINS (e-fact)**

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

Enregistrement de type 20		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 20	Valeur constante 20
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	Obligation de compléter
Z 3	Autorisation tiers payant	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 ambulante) ou 1 (patient hospitalisé)
Z 11	Type de facturation	Valeur normale= 0 ; Peut éventuellement aussi être 1, 3 ou 4
Z 13	Service 721 bis	000 (si Z 10 = 3) ou 002 (si Z 10 = 1)
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	= ET 10 Z 14
Z 15	Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)	0 (si Z 10 = 3) ou numéro d'identification de l'établissement (si Z 10 = 1)
Z 16	Code levée délai de prescription	0 ou 1
Z 17	Causes du traitement	Obligation de compléter
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	Obligation de compléter
Z 19	Numéro d'admission	Toujours 0
Z 20-21	Date de l'accord traitement de rééducation	Toujours 0
Z 22	Heure de sortie	Toujours 0
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	Propre numéro de suite structuré (pas le numéro de l'attestation de soins)
Z 26	Application franchise sociale	Toujours 0
Z 27	Code titulaire 1 + 2	Obligation de compléter
Z 28	Référence de l'établissement	Facultatif
Z 29-31	Numéro de la facture précédente	Seulement si Z 11 ≠ 0
Z 32	Flag identification bénéficiaire	Toujours 1, sauf en cas de convention internationale ou 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
r23,29)	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)
(32)	Z 15	Identification du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur, à moins qu'autre chose soit mentionné dans la description de la zone.
(20,23)	Z 16	Norme dispensateur	Médecins gén. : 1, 4 ou 5 ; Spécialistes : 1, 3, 5 ou 9
	Z 17-18	Prestation relative	Voir liste « prestation relative »
	Z 19	Intervention de l'assurance	Montant de l'intervention
	Z 20-21	Date prescription	Obligation de compléter si Z 24-25 ≠ 0
	Z 22	Nombre d'unités	Normalement 1, mais peut également être > 1 (p.ex. frais de déplacement) (voir description de la zone)
(36)	Z 23	Dérogation nombre maximal ou prestation identique	01, 02, 03, 04 ou 00
	Z 24-25	Identification prescripteur	Voir liste « prescripteur »
(23)	Z 26	Norme prescripteur	Médecins généralistes : 0, 1, 3, 4 ou 9 ; Spécialistes : toutes les valeurs possibles
	Z 27	Intervention personnelle patient	Intervention personnelle réglementaire effectivement facturée
	Z 28	Référence établissement	Facultatif
(23)	Z 29	Dent traitée	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif (voir description de la zone)
	Z 30-31	Supplément	Montant qui est éventuellement facturé au patient en plus de l'intervention personnelle réglementaire
(20,23)	Z 32	Exception tiers-payant	Médecins généralistes 0, 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 ou P ; Spécialistes : 0, 1, 2, 3, 5, 6, 8 ou P
	Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	Valeur 0, 1 ou 2
	Z 34	Membre traité	Valeur 0, 1 ou 2
	Z 35	Prestataire conventionné	Valeur 0, 1, 2 ou 9
	Z 36-37	Heure de prestation	Toujours 0
	Z 38	Identification administrateur du sang	Toujours 0
	Z 39-40	Numéro attestation d'administration	Toujours 0
	Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac	Toujours 0
	Z 43	Code implant	Toujours 0
	Z 44-45	Libellé du produit	Toujours des blancs
(23)	Z 46	Norme plafond	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : 0, 7 ou 8
	Z 47	Date accord prestation	Toujours 0
	Z 48	Transplantation	Toujours 0
(23)	Z 49	Identification dispensateur auxiliaire	Compléter si Z 16 = 4 ou 5, dans tous les autres cas 0
	Z 51	Site hospitalier	Toujours 0
	Z 52	Identification association bassin de soins	Toujours 0
	Z 53-54a	Numéro de course	Toujours 0
	Z 55-56	Code de notification implant	Toujours 0
(30)	Z 57-58-59	Code d'enregistrement	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : voir description de la zone
	Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

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

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

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

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

## Facturation 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

	Montant facturé	Intervention	Plément
fait pour les 10 premiers km	$46 / 3 = 20.487 \approx 20.49 \text{ €}$	$49 / 2 = 10.245 \approx 10.25 \text{ €}$	$49 - 10.25 = 10,24 \text{ €}$
et 12 <sup>e</sup> km	$4 \times 2 = 12.28$ $28 / 3 = 4.093 \approx 4.09 \text{ €}$	$9 / 2 = 2.045 \approx 2.05 \text{ €}$	$9 - 2.05 = 2.04 \text{ €}$

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 3Calcul de l'intervention

	Montant facturé	Intervention	supplément
Forfait pour les 10 premiers km	$61.46 / 3 = 20.487 \approx 20.49 \text{ €}$	$20.49 / 2 = 10.245 \approx 10.25 \text{ €}$	$20.49 - 10.25 = 10,24 \text{ €}$
11 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> km	$6.14 \times 2 = 12.28$ $12.28 / 3 = 4.093 \approx 4.09 \text{ €}$	$4.09 / 2 = 2.045 \approx 2.05 \text{ €}$	$4.09 - 2.05 = 2.04 \text{ €}$
Forfait électrodes	58,34 €	$58,34 / 2 \approx 29,17 \text{ €}$	$58,34 - 29,17 = 29,17 \text{ €}$

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

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

**1. Règles générales**

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

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

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

Ensuite, sur base de l'honoraire réduit, l'intervention AMI et l'intervention personnelle sont calculées selon le pourcentage de ticket modérateur applicable.

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

L'intervention personnelle est toujours arrondie vers le bas (round-down).

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

*Exemple (suite) : 12% ticket modérateur*

*Intervention AMI = 19,82 € \* 0,88 = 17,4416 ≈ 17,45 €*

*Intervention personnelle = 19,82 € - 17,45 € = 2,37 €*

Ticket modérateur plafonné :

*Exemple: Prestation avec honoraire (à 100%) = 66,53 €*

*Pourcentage ticket modérateur 15%, avec un plafond de 8,68 €*

*A 100%:*

(☞ 26) *Intervention AMI = 66,53 € \* 0,85 = 56,5505 ≈ 56,56 €*

(☞ 26) *Intervention personnelle = 66,53 € - 56,56 € = 9,97 € → plafonnée à 8,68 €*

*→ intervention AMI devient donc: 66,53 € - 8,68 € = 57,85 €*

*A 50%:*

*Honoraire à 50% = 66,53 € \* 0,50 = 33,265 ≈ 33,27 €*

*Intervention AMI = 33,27 € \* 0,85 = 28,2795 ≈ 28,28 €*

*Intervention personnelle = 33,27 € - 28,28 € = 4,99 € (le plafond n'est pas atteint) (le montant du plafond n'est, donc, pas diminué de 50%).*

## 2. Exceptions: plusieurs calculs

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

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

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

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

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

*2<sup>e</sup> 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 €*

**FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES DENTISTES (e-fac)**

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

Enregistrement de type 20		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 20	Valeur constante 20
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	Obligation de compléter
Z 3	Autorisation tiers payant	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 ambulante) ou 1 (patient hospitalisé)
Z 11	Type de facturation	Valeur normale= 0 ; Peut éventuellement aussi être 1, 3 ou 4
Z 13	Service 721 bis	000 (si Z 10 = 3) ou 002 (si Z 10 = 1)
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	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
(34)	Z 3	Norme prestation	Valeur 0, 5 (uniquement possible pour les prestations de l'art.14, 1)) ou 9 (uniquement pour les pseudo-codes des phases de fabrication des prothèses dentaires)
	Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	Obligation de compléter
	Z 5	Date de première prestation effectuée	Date de prestation
	Z 6a-6b	Date de dernière prestation effectuée	Date de prestation (=ET 50 Z 5)
	Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	Obligation de compléter
	Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	Idem ET 20 Z 8a-8b
	Z 9	Sexe bénéficiaire	Idem ET 20 Z 9
	Z 10	Accouchement	Toujours 0
	Z 11	Référence n° de compte financier	Toujours 0
	Z 12	Nuit, week-end, jour férié	Valeur 0, 1, 2 ou 3
	Z 13	Code service	990 (si ET 20 Z 10 = 3) ou 002 (si ET 20 Z 10 = 1)
	Z 14	Lieu de prestation	Normalement 0, mais le numéro d'identification d'un établissement (hôpital, ...) est également possible (voir description de la zone)
	Z 15	Identification du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur
	Z 16	Norme dispensateur	Toujours 1
	Z 17-18	Prestation relative	Voir liste «prestation relative »
	Z 19	Intervention de l'assurance	Montant de l'intervention
	Z 20-21	Date prescription	Obligation de compléter si Z 24-25 ≠ 0
	Z 22	Nombre d'unités	Toujours 1
(36)	Z 23	Dérogation nombre maximal ou prestation identique	01, 02, 03, 04 ou 00
	Z 24-25	Identification prescripteur	Normalement 0, <u>sauf</u> pour les radiographies reprises sur la liste « prescripteur » pour lesquelles prescripteur ≠ prestataire
	Z 26	Norme prescripteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• radiographies reprises sur la liste « prescripteur » : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1(ou)9 lorsque prescripteur ≠ prestataire</li> <li>○ 3 lorsque prescripteur = prestataire</li> </ul> </li> <li>• Autres prestations : 0</li> </ul>
	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 lors de soins conservateurs: 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	Date accord prestation	Toujours 0
	Z 48	Transplantation	Toujours 0
	Z 49	Identification dispensateur auxiliaire	Toujours 0
	Z 51	Site hospitalier	Toujours 0
	Z 52	Ident. association bassin de soins	Toujours 0
	Z 53-54a	Numéro de course	Toujours 0
	Z 55-56	Code de notification implant	Toujours 0
(30)	Z 57-58-59	Code d'enregistrement	Toujours 0
	Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistr.	Obligation de compléter

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

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

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

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

---

**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.

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

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

---

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

---

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

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

Numérotation croissante, valable pour tous les enregistrements.

Le numéro d'ordre doit être progressif de raison 1 (le précédent + 1).

**RUBRIQUE : NOMBRE NUMEROS COMPTES FINANCIERS (CODE INDICE)**

---

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

---

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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Le montant total de l'envoi doit être payé à un compte financier.
1	Le montant total de l'envoi est scindé en une partie à payer au compte financier A et une partie à payer au compte financier B.

Seul l'établissement hospitalier peut utiliser deux numéros de compte financier.

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

**RUBRIQUE : VERSION FICHIER**

---

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

---

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

Si le support magnétique est composé suivant la "version 1999", et

- s'il s'agit d'une facturation effective, cette zone doit comporter la valeur "0001999";
- s'il s'agit d'un test, cette zone doit comporter la valeur "9991999".

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

**RUBRIQUE : NUMERO DE COMPTE FINANCIER A**

---

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

---

Cette zone est égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011.  
A partir de cette date, seuls l'IBAN et le BIC doivent être utilisés.

**RUBRIQUE : NUMERO DE L'ENVOI**

---

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

---

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

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

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

(☞20) En cas de facturation via support magnétique (accompagnée de facturation papier), ce numéro doit être repris sur :

- le bordereau d'expédition accompagnant le support magnétique adressé aux unions nationales;
- le relevé récapitulatif accompagnant les factures adressées aux mutualités.

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

**RUBRIQUE : NUMERO DE COMPTE FINANCIER B**

---

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

---

Cette zone est égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011.  
A partir de cette date, seuls l'IBAN et le BIC doivent être utilisés.

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

---

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

---

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

**RUBRIQUE : CODE FICHER 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.

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

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

**RUBRIQUE : NUMERO TIERS PAYANT****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56**

- (☞35) C'est le numéro de l'établissement ou du dispensateur de soins qui effectue la facturation.
- \* s'il s'agit d'un dispensateur individuel, alors le numéro du tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. du dispensateur; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;
  - \* s'il s'agit d'une institution qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I. (comme les établissements hospitaliers, maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées, laboratoires de biologie clinique agréés, maisons médicales, etc), alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I., la première position à gauche sera toujours égale à zéro, suivie par 8 chiffres significatifs identifiant l'établissement, les trois dernières positions indiquent le code qualification ou sont complétées par des zéros;
  - \* s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins travaillant dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. de l'institution, dans lequel les 3 dernières positions sont complétées par "799"; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;
- (☞35) \* s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins qui ne travaillent pas dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors il s'agit du numéro tiers payant attribué par le Service des soins de santé.  
Les quatre premières positions sont toujours "0940, 0941, 0942, 0943, 0944, 0945 ou 0946"  
Les trois dernières positions rendent compte de la qualification des prestataires du groupe.
- (☞35) \* s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins qui ne travaillent pas dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., et que la facturation s'effectue via MyCaret alors le numéro d'identification I.N.A.M.I. du dispensateur individuel est rempli dans cette zone et un mandat doit exister entre le dispensateur de soins individuel (le mandant) et son mandataire ( une personne ou une organisation, ex : le responsable du groupement) qui enverra la facturation au nom de celui-ci. Les principes et modalités pratiques relatives à l'utilisation des mandats sont disponibles sur le site de la plateforme e-Health : <https://www.ehealth.fgov.be/fr/%252Fesante/mandats>
- (☞35) \* s'il s'agit d'un groupement de praticiens de l'art infirmier alors il s'agit du numéro tiers payant attribué par le Service des soins de santé.

Lors de la modification du numéro INAMI d'un(e) infirmier(ère) (ou de groupe) dans le courant d'un mois, le numéro I.N.A.M.I. (ou de groupe) à la date de création du fichier de facturation est mentionné dans cette zone.

La facturation ne peut pas être scindée.

Dans l'ET 50 Z 15, chaque prestation doit, bien, évidemment être accompagnée du n° INAMI correct à la date de prestation.

**RUBRIQUE : NUMERO D'ACCREDITATION CIN**

---

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

---

Le numéro d'accréditation est mentionné dans cette zone, comme décrit à l'art. 5, §4bis, 4° de la Convention entre les MRPA/MRS/CSJ et les organismes assureurs.  
Ce numéro est attribué par le Collège Intermutualiste National.

Cette zone doit seulement être complétée par les MRPA-MRS-CSJ.

**RUBRIQUE : ANNEE FACTUREE**

---

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

---

Le numéro de l'année.

**RUBRIQUE : MOIS FACTURE**

---

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

---

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

Cela ne pose aucun problème pour autant que la période à laquelle se rapporte la facture, corresponde à un mois calendrier : le contenu de la zone 23 = mois calendrier auquel se rapporte la facture.

Si la période à laquelle se rapporte la facture ne correspond pas à un mois calendrier, la date de fin de la période de facturation est déterminante pour la zone 23 :

- \* la période de facturation se termine durant la première moitié du mois calendrier :  
le contenu de la zone 23 = mois qui précède le mois calendrier concerné;
- \* la période de facturation se termine durant la seconde moitié du mois calendrier :  
le contenu de la zone 23 = mois calendrier concerné.

Le mois facturé, combiné à l'année facturée, ne peut pas être postérieur à la date mentionnée dans l'ET 10 zone 25-26 (date de création).

Pour les facturations trimestrielles des établissements psychiatriques, des M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. et I.H.P., il faut mentionner systématiquement 03, 06, 09 ou 12 selon la période facturée.

Cette valeur reste inchangée lorsqu'un nouveau fichier est établi à partir d'un fichier rejeté.  
Voir également la différence avec la date de création.

**RUBRIQUE : DATE DE CREATION**

---

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

---

Dans cette zone, on mentionne le mois durant lequel le fichier de facturation a été établi.

Exemple : Pour les prestations effectuées en janvier, facturées en février, la valeur AAAA02JJ est mentionnée dans cette zone.

Cette date est modifiée lorsqu'une nouvelle version d'un fichier rejeté est établie.

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

---

**RUBRIQUE : NUMERO BCE**

---

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

---

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

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

A partir du mois facturé janvier 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par les hôpitaux, les laboratoires, les praticiens de l'art infirmier et les médecins généralistes.

(14) A partir du mois facturé mars 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par les centres de rééducation faisant partie d'un hôpital.

(15) A partir du mois facturé juillet 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être rempli par tous les tiers qui facturent.

(12) Période transitoire : les groupements de dispensateurs en « Association de fait » et les

(13) dispensateurs de soins étrangers exerçant des activités en Belgique sans s'établir en Belgique ne disposent pas encore de numéro BCE et doivent provisoirement mentionner le pseudo-numéro BCE fictif 0999.999.922 dans cette zone.

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

ZNNNNNNNCC avec:

Z = 0 ou 1

NNNNNNN = 7 chiffres de 0 à 9

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

**RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT**

---

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

---

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

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

**RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER A**

---

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

---

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

Le BIC (*Bank Identifier Code*) désigne la banque du bénéficiaire.  
Il est composé d'un code bancaire (4 caractères), d'un code-pays (2 lettres), d'un code de lieu (2 caractères) et peut être complété pour certaines banques d'un code d'agence (3 caractères).

Le BIC doit être rempli sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent le BIC.

La BNB publie la liste des codes (notamment les BIC) pour les banques établies en Belgique: [www.bnb.be](http://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 est possible d'utiliser un numéro de compte étranger.

Si le paiement doit se faire sur un seul compte financier, le BIC de ce compte doit toujours être repris dans cette zone.

Si le paiement se fait sur deux comptes financiers, il y a lieu de mentionner le BIC du premier compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 0 dans la zone 11 de l'enregistrement dans lequel ils figurent.

**RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER A**

---

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

---

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

L'IBAN (*International Bank Account Number*) comprend au maximum 34 positions alphanumériques. Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national (complété pour certains pays).

S'il s'agit d'un compte belge, l'IBAN compte seulement 16 positions. Les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.

A partir du mois facturé janvier 2011, il est 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 B**

---

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

---

Il s'agit de l'IBAN de compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire l'IBAN du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.  
Si la zone n'est pas remplie, elle doit être remplie par des blancs.

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

---

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

---

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

---

Le contenu de toutes les positions 1 jusque et y compris 348 est additionné. Le module 97 est appliqué sur le résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est inscrit dans cette zone.

Si le contenu d'une zone est alphanumérique, les valeurs numériques suivantes sont attribuées :

blanc	= 10
a = A	= 11
b = B	= 12
c = C	= 13
.	
.	
.	
z = Z	= 36
tous les autres signes	= 37

Les chiffres (également dans les zones alphanumériques) gardent toujours leurs valeurs numériques de 0 à 9.

**RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 20**

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

---

**RUBRIQUE : AUTORISATION TIERS PAYANT**

---

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

---

- (7,23) - S'il s'agit d'une exception à l'interdiction du régime tiers payant reçue par (My)CareNet  
(13) (zone 316 du message 801900), cette zone doit alors être complétée; il en est de même lorsqu'il s'agit d'une facturation en tiers payant obligatoire.
- Si le contenu de cette zone est égal à 1,  
(7,13,23) \* la valeur 0 peut être indiquée dans la zone 32 de l'enregistrement de type 50 sauf dans le cas de e-fac médecins généralistes et dentistes;  
\* aucun document justificatif à l'exception ne doit être joint à la facture papier.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(7,13,23)	0	Pas d'exception reçue par (My)CareNet (zone 316 du message 801900).
(7,13,23)	1	Exception reçue par (My)CareNet (zone 316 du message 801900)

**RUBRIQUE : HEURE D'ADMISSION**

---

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

---

'000HHMM' valeurs entre '0000001' et '0002400'.

- L'heure doit être mentionnée pour tous les séjours pour lesquels l'heure d'admission et l'heure de sortie ont une influence sur la facturation (facture de type 1, 4 ou 5).
- La mention de l'heure d'admission, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington.
- Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.
- En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés, qui séjournent ailleurs, cette zone peut être égale à zéro (facture de type 1).

**RUBRIQUE : DATE D'ADMISSION**

---

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

---

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

En cas de rééducation interne et de séjours dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP, il s'agit de la date à laquelle le bénéficiaire est admis dans l'établissement concerné.

En cas de réadmission après interruption, il y a lieu d'indiquer la date de réadmission.

Si un patient suit un traitement de rééducation ambulatoire et est brusquement admis dans l'hôpital qui est lié au centre de rééducation, alors, 2 factures sont établies pour la période durant laquelle le patient est hospitalisé : une avec type de facture 1 et ET 20 Z 5 = date d'admission dans l'hôpital et une avec type de facture 5 et ET 20 Z 5 = date d'admission dans l'hôpital et ET 20 Z 20-21 = date de début de l'accord du traitement de rééducation.

Cette zone doit être mentionnée lorsqu'il s'agit de dépenses liées à un patient interne hospitalisé ou séjournant dans un centre de rééducation, dans une maison de repos ou de soins, dans une maison de repos pour personnes âgées, dans une maison de soins psychiatriques ou dans un établissement pour habitations protégées.

Type de facture = 1, 4 ou 5.

La mention de la date d'admission, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington.

Cette zone doit être égale à zéro lorsqu'il s'agit de dépenses pour des prestations ambulatoires, salles de plâtres, forfait journalier ambulatoire ou rééducation externe.

Type de facture = 3, 6 ou 9.

En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type de facture 1), la date d'admission doit être mentionnée prioritairement; lorsque la date d'admission n'est pas connue (par ex. demande biologie clinique ou anatomopathologie), une date au choix dans la période d'admission peut être mentionnée dans cette zone.

**RUBRIQUE : DATE DE SORTIE**

---

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

---

Cette zone doit être complétée s'il s'agit d'une facture qui clôture un séjour dans un établissement hospitalier, MRS, MRPA, MSP, IHP ou un établissement de rééducation.

Cette zone doit être complétée lorsque la "norme journées d'entretien" (ET 30 Z 3) est égale à 2 ou 9 en cas d'admission dans un hôpital.

En cas de rééducation interne, la date de sortie ne peut dépasser la période pour laquelle un accord est accepté.

En cas d'admission dans un hôpital, la date se trouve sur le document de fin d'hospitalisation (ex. 727).

Si cette date est mentionnée, celle-ci ne peut pas être antérieure à la date d'entrée.

La mention de la date de sortie, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington et lorsque la période de séjour est terminée.

En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type de facture 1), cette zone peut être égale à zéro.

**RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33**

Voir le répertoire des Unions nationales et des mutualités de Belgique, Bruxelles, INAMI  
ou l'aperçu sur le site web de l'INAMI

(☞ 14) (<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/autres/mutualites/Pages/contactez-mutualites.aspx>)

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

Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité à laquelle le patient était affilié à la date de début de la période à laquelle le forfait se rapporte.

(\*) Le CMR régional (réponse message Carenet, carte SIS, vignette, carte d'affiliation : 921, 922, 931, 941, 942, 951) doit être mentionné dans cette zone. Cependant, la facture ne sera pas rejetée lorsqu'on mentionne le CRM comptables (910, 920, 930, 940, 950) à la place puisque les factures sont traitées dans une comptabilité centrale.

Les factures papier des CMR régionaux ainsi que celles des CMR comptables sont uniquement traitées au niveau des CMR comptables et doivent, donc, être envoyées à ces adresses.

---

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

---

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

---

Dans cette zone, on indique le numéro d'inscription à la sécurité sociale du bénéficiaire (numéro NISS).

L'utilisation du numéro NISS est obligatoire à partir du mois facturé janvier 2006.

Ce numéro permet d'identifier les bénéficiaires au sein de la mutualité.

Dans des cas exceptionnels, le numéro d'affiliation à l'OA peut être utilisé :

- pour les nouveau-nés, pour lesquels le numéro d'inscription à la sécurité sociale n'est pas immédiatement connu
- pour les conventions internationales

Dans cette zone, il faut toujours mentionner le numéro d'identification du bénéficiaire (= patient).

Si ET 20 Z 32 = 1, le numéro d'inscription à la sécurité sociale doit être mentionné dans cette zone.

Si ET 20 Z 32 = 0, le numéro d'affiliation du bénéficiaire à l'OA doit être mentionné dans cette zone.

Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est composé de 11 chiffres et doit être précédé de 2 zéros.

Ce numéro doit être aligné à droite.

Il n'y a pas de caractère spécial ou de blanc.

Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est mentionné sur la carte S.I.S.

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

Ces bénéficiaires peuvent être identifiés sur base du numéro d'identification mentionné dans cette zone.

**RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE**

---

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

---

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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 24)	1	Facture individuelle hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour, salle de plâtre, dialyse rénale et journée d'entretien forfaitaire comme prévue dans l'art. 4 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs pour patients hospitalisés.
	3	Facture individuelle pour patients ambulants <u>et</u> autres types que ceux prévus aux codes 4, 5, 6 et 9.
	4	Facture individuelle maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques ou maisons de repos pour personnes âgées ou initiatives d'habitations protégées.
	5	Revalidation interne.
	6	Revalidation externe.
(☞ 24,31)	9	Facture individuelle hôpital chirurgical de jour, forfait - salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou dialyse rénale pour patients ambulants, forfait manipulation cathéter à chambre, journée d'entretien forfaitaire service A dans les hôpitaux psychiatriques ou forfaits postcure de rééducation.

Facture individuelle : une facture est établie par patient, en d'autres termes, un enregistrement de type 20 par patient. Une facture individuelle peut comporter plusieurs attestations de soins, dès lors, toutes les attestations concernent un seul patient.

Dialyse rénale

- (☞ 24) La dialyse à domicile ou dans un centre (jusqu'au 31/7/2016 inclus : pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761526, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; à partir du 1/8/2016 : pseudo-codes repris dans la convention) peut être facturée avec le type de facture 9 à condition que le code service (ET 30 Z 13) est égal à 750. Si le code service est égal à 990, le type de facture doit être égal à 3.

Rééducation :

- les forfaits postcure de rééducation doivent être facturés par le type 9 avec le code service 760.
- Les prestations de rééducation effectuées dans un hôpital doivent être facturées via une facture individuelle (valeur 5 ou 6) séparément de celle faite pour l'hospitalisation.
- Pour les prestations de rééducation individuelle (ET 50 Z 4 S1 et S2), le type de facture doit être égal à 1 ou 3 selon qu'il s'agit des prestations effectuées à des patients hospitalisés ou ambulants.

Attention : Les prestations R30-R60 (voir ET 50 Z 4 S2) et les défibrillateurs cardiaques implantables (voir ET 50 Z 4 S 6) relèvent d'une convention de rééducation et doivent, dès lors, être facturés sous le type de facture 5 ou 6 et avec le code service 770.

- (☞29) Les forfaits dans le cadre de la convention diabète (enfants) (voir ET 50 Z 4 S 3) doivent également être facturés sous le type de facture 6 et avec le code service 770.

Praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales :

- Pour les praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales, le type de facture sera toujours = 3.

M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., :

- Le type de facture 4 doit être utilisé pour la facturation de toutes les prestations et délivrances aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., donc également pour les montants qui sont, dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington, facturés par un hôpital pour les patients séjournant dans des « structures résidentielles ».

Assistance médicale lors d'un transport avec accompagnement médical (art. 25 §3) et honoraires pour la prise en charge urgente (art. 25 §3bis).

- Pour les prestations 590435, 590472 (art. 25 §3) et les prestations de l'art.25 §3bis, les codes hospitalisés n'existent pas. Ces prestations doivent, donc, toujours être facturées via une facture de type 3 séparée. Cela vaut également si ces prestations sont suivies d'une admission hospitalière.

Exception :

Si ces prestations sont suivies d'une journée forfaitaire ambulatoire, elles peuvent être facturées ensemble avec la journée forfaitaire sous le type de facture 9, à condition que le code service de la journée forfaitaire concernée soit utilisé.

**RUBRIQUE : TYPE DE FACTURATION****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51**

Cette zone contient une indication concernant le genre de facturation.

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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Facture originale
1	Réintroduction d'une facture rejetée ou partiellement rejetée ou créditée
2	Facture complémentaire
3	Note de crédit (valeur -)
4	Facture de correction en accord avec la mutualité (valeur + et -)
(☞ 20) 5	Facture de correction (valeurs - et + ) pour forfaits infirmiers suite à déclassement après visite médecin conseil

Une facture originale est une facture qui reprend un séjour ou une période de soins déterminé(e).

Une période de séjour ou de soins peut être répartie sur 2 ou plusieurs factures originales partielles.

Une facture partielle originale ou complémentaire peut contenir des montants négatifs.

Une facture complémentaire est une facture avec des prestations ou d'autres frais se rapportant à un séjour ou à une période de soins antérieurement facturé(e).

Une note de crédit et une facture de correction sont introduites sur l'initiative de l'établissement ou du prestataire qui facture et annulent ou corrigent une facture précédemment introduite.

Voir également le point c de l'annexe 7 suite 1 (dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones).

Dans le cadre d'une première facturation et s'il s'agit d'un patient qui est hospitalisé dans un autre établissement, la valeur "0" (et non la valeur "2") doit être utilisée dans cette zone.

S'il s'agit d'une réintroduction d'une facture rejetée par un autre organisme assureur, la facture est alors considérée comme facture originale.

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

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

## ENREGISTREMENT DE TYPE 20 ZONE 11 SUITE 1

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

### Exemples :

- Sur une facture originale E.T. 20 Z 11 = 0, avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 1, apparaissent des prestations de rééducation qui auraient dû être introduites par une facture séparée avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 5. La mutualité rejette les prestations de rééducation lors de la correction manuelle.  
Le type de facturation qui doit être mentionné lors de la réintroduction est E.T. 20 Z 11 = 1.
- Sur une facture originale E.T. 20 Z 11 = 0, apparaissent des prestations qui sont rejetées par la mutualité lors d'une correction manuelle (ex. à cause d'une attestation non annexée ou d'un prix erroné, ...).  
Si les prestations sont à nouveau introduites par support magnétique, l'institution doit mentionner comme type de facturation E.T. 20 Z 11 = 1.
- A cause d'un manque d'information, l'institution facture les prestations d'un patient hospitalisé dans une autre institution avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 3 et l'E.T. 20 Z 11 = 0. Cette facture est rejetée par la mutualité.  
Lors de réintroduction sur support magnétique, l'E.T. 20 Z 10 = 1 et l'E.T. 20 Z 11 = 1.
- Une intervention chirurgicale est mentionnée sur la facture et donne lieu à un forfait prophylactique Z. Sur une facture partielle suivante ou sur une facture complémentaire, il est mentionné, le même jour, une deuxième intervention chirurgicale qui donne lieu à un forfait prophylactique A1. Dès lors, sur cette facture partielle ou sur la facture complémentaire, le forfait prophylactique Z est facturé en négatif et le nouveau forfait prophylactique A1 est porté en compte. Le type de facture utilisé est, dans ce cas, 0 ou 2, car il ne s'agit pas ici d'une facture de correction mais d'une correction sur une facture partielle originale ou facture complémentaire.

Si, lors de la réintroduction de prestations rejetées, une modification a été apportée aux instructions entre le moment de l'introduction originale et celui de la réintroduction, la formulation de la date d'application de la modification est déterminante pour les règles à suivre lors de la réintroduction :

Si la date d'application était liée à une date de prestation, la réintroduction s'effectue selon les règles en vigueur lors de l'introduction originale;

Si la date d'application était liée à une date de facturation, la réintroduction s'effectue conformément à la réglementation modifiée.

**RUBRIQUE : SERVICE 721 bis**

---

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

---

Pour les patients hospitalisés, le code service indiqué sur le document 721 bis (zone 310 du message Carenet 721000), doit être mentionné dans cette zone (seulement en cas de type de facture 1).

S'il s'agit de prestations facturées à des patients hospitalisés dans un autre établissement, le pseudo-code service 002 doit être mentionné dans cette zone.

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

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

---

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

---

Ce numéro permet d'identifier l'établissement de soins qui effectue la facturation.

Le contenu de cette zone est, par définition, égal au contenu de la zone 14 de l'enregistrement de type 10.

Il existe une codification officielle des établissements hospitaliers, des centres de rééducation, des laboratoires de biologie clinique agréés, des maisons de repos et de soins, des maisons de repos pour personnes âgées, des maisons de soins psychiatriques et des initiatives d'habitations protégées, des maisons médicales (voir circulaires O.A. rubriques 170, 370, 165, 174, 175, 395).

Les établissements ou les associations ne possédant pas un numéro d'identification I.N.A.M.I. officiel sont codés d'une façon spéciale.

Voir enregistrement de type 10 zone 14 pour les différentes possibilités.

**RUBRIQUE :** NUMERO MATRICULE DE L'ETABLISSEMENT (HOSPITALIER) (OU DE REEDUCATION) DANS LEQUEL LE BENEFICIAIRE EST HOSPITALISE (SEJOURNE)

---

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

---

Dans cette zone, le numéro d'identification de l'hôpital d'admission doit être mentionné s'il s'agit d'une facture relative à un patient hospitalisé.

S'il s'agit de factures se rapportant à une convention de rééducation (soit interne, soit externe), le numéro de la convention doit être repris.

S'il s'agit de factures des MRS, MRPA, MSP ou IHP, alors le numéro de l'institution concernée doit être mentionné.

Voir enregistrement de type 10 zone 14.

Lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé pour lequel une salle de plâtre, une journée d'entretien pour dialyse rénale ou une journée d'entretien forfaitaire peut être facturée parallèlement à une journée d'hospitalisation, il y a lieu de reprendre le numéro de l'hôpital où le patient a été admis originellement.

Lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé qui suit un programme de rééducation simultanément, la facture doit obligatoirement être subdivisée en une facture hospitalisation individuelle et une facture rééducation individuelle.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 1, le numéro de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 5 ou 6, le numéro du centre de revalidation doit alors être mentionné dans cette zone.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 4, le numéro de l'institution concernée doit alors être mentionné dans cette zone.

Dans tous les autres cas, et donc également pour les praticiens de l'art infirmier, le contenu de cette zone doit être égal à zéro.

---

**RUBRIQUE : CODE LEVEE DELAI DE PRESCRIPTION**

---

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

---

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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0050	Traitement chimiothérapeutique ambulat
0060	Maladies professionnelles
0070	Accidents de travail
0080	Accidents - droits communs (responsabilité de tiers)
0090	Autres accidents
0000	Autres ou non communiquées

Note : Les établissements hospitaliers disposent d'une ventilation plus large en matière d'accidents.

**RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85**

(☞ 12,16) (☞ 22,23)  (☞ 30)	OA100	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100</li> <li>• Certaines conventions de rééducation : 100</li> <li>• Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier, laboratoires et médecins/dentistes (e-fac) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation)</li> <li>• E-fac spécialistes: 100</li> </ul>
	OA200	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
(☞ 1,16)   (☞ 22) (☞ 28) (☞ 23) (☞ 32)  (☞ 11)	OA300	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certaines conventions de rééducation : 300</li> <li>• Mutualités wallonnes – ressources partagées (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317</li> <li>• E-fac médecins généralistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319</li> <li>• E-fac dentistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 315</li> <li>• E-fac spécialistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317</li> </ul>
	OA400	= 400
	OA500	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900	= mutualité d'affiliation (Z7)

**RUBRIQUE : NUMERO D'ADMISSION**

---

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

---

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

En cas d'hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9) pour laquelle la facture est scindée en une partie gestion de l'hôpital et une partie conseil médical, la liaison entre les deux parties de facture peut s'effectuer facilement si l'on mentionne un numéro unique dans la zone 19 de chaque partie de facture. La mention d'un même numéro est souhaitable mais n'est provisoirement pas obligatoire.

Remarque : Si la facturation est effectuée par 2 parties (gestion de l'hôpital d'une part et conseil médical d'autre part), le même patient doit obligatoirement être identifié par un même numéro sur les 2 supports magnétiques.

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

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

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

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

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

---

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

---

Il s'agit de la date de début de la période pour laquelle l'accord du Collège des Médecins-directeurs ou du Médecin-conseil est accordé pour le traitement de rééducation.

Si la facture se rapporte à une période couverte par deux accords distincts, la date de début de l'accord qui précède directement ou qui correspond à la date de début de facturation doit alors être mentionnée.

Pour les maisons médicales, la date d'inscription au forfait doit être mentionnée dans cette zone

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

Si l'établissement qui facture (ET 20 Z 14) est un laboratoire de biologie clinique, cette zone peut être égale à zéro.

**RUBRIQUE : HEURE DE SORTIE**

---

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

---

'0HHMM' valeurs entre '00001' et '02400'.

- L'heure de sortie doit être mentionnée si la zone 6a-6b est complétée.
- Dans tous les autres cas, cette zone doit être égale à zéro.
- La mention de l'heure de sortie, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington et lorsque la période de séjour est terminée.

---

**RUBRIQUE : NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE**

---

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

---

La possibilité de facturation globale est supprimée, c.-à-d. que dorénavant, une facture individuelle doit être établie par patient.

Sur support magnétique, un enregistrement de type 20 et un enregistrement de type 80 doivent être établis par patient; les enregistrements de prestations intermédiaires (de type 30, 40 et/ou 50) ne se rapportent qu'au même patient.

Dans le circuit papier, une facture individuelle correspond soit à

- une facture individuelle de la note d'hospitalisation;
- une ou plusieurs attestation(s) de soins qui se rapportent au même patient.
- une note de frais individuelle (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/ MRS/CSJ)

Dans cette zone, les factures individuelles sont numérotées.

Ce numéro doit également être mentionné soit sur

- la facture récapitulative de la note d'hospitalisation;
- l'état récapitulatif de l'annexe 2 B si des attestations de soins sont utilisées.
- la note de frais récapitulative (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/ MRS/CSJ)

Ce qui signifie que sur la facture papier récapitulative (note d'hospitalisation) ou sur l'état récapitulatif (annexe 2 B) ou sur la note de frais récapitulative, 1 ligne par patient doit être imprimée avec indication des données d'identification du patient et la somme des montants des prestations individuelles à charge des OA (voir enregistrement de type 80) et s'il s'agit d'une note d'hospitalisation, également les montants à charge du patient.

Pour compléter correctement cette zone, le lay-out de la facture récapitulative de la note d'hospitalisation ou de l'état récapitulatif de l'annexe 2 B ou de la note de frais récapitulative doit être suivi.

Le numéro doit être unique et différent de zéro.

Pour les établissements hospitaliers, le numéro est unique par année de facturation et différent de zéro (à l'exception de la remarque). La numérotation peut, donc, recommencer au début d'une nouvelle année facturée.

Le numéro d'une attestation de soins peut être utilisé comme numéro de facture (en supprimant les signes non numériques), mais ce dernier peut également être un numéro structuré par l'établissement. Dans ce dernier cas, ce numéro doit également être repris sur l'ensemble des attestations concernées.

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

**Remarque :** En cas de facturation de médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., le numéro de la facture doit être communiqué pour autant qu'une facture individuelle par patient ait été établie; sinon, cette zone est égale à zéro.

**RUBRIQUE : APPLICATION FRANCHISE SOCIALE**

---

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

---

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

**RUBRIQUE : CODE TITULAIRE 1 + 2**

---

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

---

Pour définir le statut social des assurés, les organismes assureurs utilisent une combinaison de deux numéros.

Ces numéros sont appelés les codes titulaire 1 et 2.

Les codes se trouvent, entre autres, sur la carte d'identité sociale, sur les vignettes et dans le carnet de membre et sur certains documents administratifs utilisés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

Chacun de ces codes est composé de trois positions.

Le C.T. 2 est mentionné dans les trois premières positions à droite et est précédé par le C.T. 1 dans les trois positions précédentes.

Les quatre positions à gauche sont égales à zéro.

A partir du 1/1/2008, les travailleurs indépendants ont également droit aux petits risques via l'assurance obligatoire.

La signification du CT2, comme décrite ci-dessus, sera dès lors atténuée. Celui-ci n'aura de sens que dans le cadre des conventions internationales.

La tarification doit, à partir du 1/1/2008, s'effectuer sur base du 3<sup>ème</sup> 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.

<u>1<sup>er</sup> chiffre</u>	<u>Régime</u>
1	Régime général
4	Régime des travailleurs indépendants
0	Situation indéfinissable ou ne donnant pas lieu à l'ouverture du droit

<u>2<sup>ème</sup> chiffre</u>	<u>Catégorie</u>
0	Personnes non protégées
1	Actifs
2	Invalides et handicapés
3	Pensionnés
4	Veufs, veuves
5	Orphelins
7	Communautés religieuses
8	Conventions internationales

<u>3<sup>ème</sup> chiffre</u>	<u>Régime préférentiel ou non</u>
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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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 :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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.

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**

---

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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.

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.

**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.

**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.

**RUBRIQUE : DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE S.I.S.****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 48 A=32A + 10N + 2N + 1N + 3N - 213**

- (☞11) Cette zone est réservée pour la mention des données de la consultation du réseau ((My)Carenet) ou de  
 (☞11) la carte S.I.S.(\*).
- (☞11) Si ni la carte S.I.S.(\*), ni l'attestation de remplacement n'a été présentée et le réseau n'a pas été consulté, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Le contenu de cette zone est structuré comme suit :

RRNNNNNNNNNNNNVVVA000

- soit R = 32 positions alphanumériques pour le numéro d'agrément de garantie de paiement (en  
 (☞11) cas de consultation du réseau) ou pour le certificat de lecture de la carte SIS (\*)  
 N = 10 positions numériques pour le numéro de carte  
 V = 2 positions numériques pour le numéro de version  
 A = 1 position numérique  
 (☞11) A = 0 : lecture de la carte SIS (\*)  
 A = 1 : attestation de remplacement  
 A = 2 : consultation du réseau  
 0 = 3 positions numériques de réserve, remplies de zéros.
- (☞11) Si la position A = 0, les positions R, N et V sont remplies lors de la lecture de la carte SIS (\*).  
 Le numéro de version peut, selon l'appareil de lecture, être lu en 2 ou en 3 positions; étant donné que la position à gauche est toujours égale à zéro (dans le cas des 3 positions), il suffit de retenir les 2 dernières positions.
- Si la position A = 1, les valeurs N et V peuvent être complétées à partir de l'attestation, les positions R seront alors égales à zéro.
- Si la position A = 2, les positions R sont complétées à partir de la zone 333, 344, 355, 366 ou 377 du  
 (☞11) 377 du message (My)Carenet 801900. Les positions N et V sont égales à zéro.

(☞11) (\*) jusqu'au 31/12/2013.

**RUBRIQUE : DATE DE FACTURATION**

---

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

---

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

Cette zone contient la date à laquelle la facture concernée a été établie/finalisée (= date sur laquelle sont basés, les calculs de la facture concernée).

Sur base de cette date, l'organisme assureur détermine les messages (My)Carenet 730000 dont il doit tenir compte lors du contrôle de l'assurabilité et du MAF-facturation à 100%.

Cette date n'est pas modifiée lorsqu'une nouvelle version d'un fichier rejeté est établie.

Cette date est bien modifiée lorsqu'il s'agit d'une réintroduction d'une facture (partiellement) rejetée ou d'une facture créditée, mais à condition de tenir compte des règles reprises dans l'annexe 19 (MAF-facturation 100 %) et dans la Circ. Hôp 2012/6 (Psy 2012/5) (Circ. OA 2012/125) (engagement de paiement ambulatoire).

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

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

---

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

---

Cette référence sera communiquée par l'organisme assureur en cas de rejet se rapportant au compte financier B.

Pour les établissements qui travaillent avec le fichier de décompte, la référence concernée se trouve dans la zone 110 des enregistrements de type 20, 30, 40, 50 ou 80 de ce fichier de décompte.

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

**RUBRIQUE : DATE DEBUT PERIODE ASSURABILITE**

---

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

---

- (☞11) Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Caret (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2).  
Elle doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans les zones 325, 336, 347, 358 ou 369 du message (My)Caret 801900.

**RUBRIQUE : DATE FIN PERIODE ASSURABILITE**

---

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

---

- (☞ 11) Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2). Elle doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans les zones 326, 337, 348, 359 ou 370 du message (My)Carenet 801900.

**RUBRIQUE : DATE COMMUNICATION INFORMATION**

---

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

---

- (☞11) Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via (My)Carenet (position A de l'ET 20 Z 42-45 égale à 2). Elle doit être remplie avec la date à laquelle l'OA a communiqué les données (d'assurabilité) via le message (My)Carenet 801900. Cette date se trouve dans les zones 334, 345, 356, 367 ou 378 du message 801900.

**RUBRIQUE : MAF ANNEE EN COURS**

---

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

---

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

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

---

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

---

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

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

---

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

---

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

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

**RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 30**

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

---

**RUBRIQUE : NORME JOURNEES D'ENTRETIEN**

---

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

---

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

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

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

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

- (☞5) L'hospitalisation chirurgicale de jour suit les mêmes règles de facturation que celles des miniforfait(\*), maxiforfait et forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 et forfait douleur chronique 1, 2 ou 3. Dès lors, pour l'hôpital chirurgical de jour, tant dans l'enregistrement du forfait par jour que dans celui du forfait par admission, la norme est égale à «zéro», et cela qu'il s'agisse de codes hospitalisés ou ambulants.

La norme 2 est réservée pour la facturation d'un séjour hospitalier classique, limitée à un enregistrement (ex. code prestation 0768025).

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

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

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

---

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

---

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

Remarque : Chaque enregistrement "intervention personnelle" doit être précédé par un enregistrement "journée d'entretien" et le nombre des deux enregistrements doit être identique.  
Ces enregistrements « montant par jour » et « intervention personnelle » doivent toujours rester ensemble, même dans le cas d'une note de crédit, d'une facture de correction ou d'une réintroduction.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Code</b>
1) <i>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 :</i> dans le cas de séjour d'un nouveau-né en service N* (n)	0790020
<i>1 bis)</i> Hôpitaux aigus :	
- montant par admission	0768003 (**)
(5) - montant réduit par admission (réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après une hospitalisation précédente)	0767421
- montant par jour	0768025
Hôpital chirurgical de jour: - montant par admission	0768036 0768040
- montant par jour	0768051 0768062
<b>HG</b> Services Sp autres que palliatifs : - montant par jour	0768106
Hôpitaux psychiatriques (720, ***, **) : montant par jour	0768121
<b>HG</b> Services Sp palliatifs : montant par jour	0768143
Centres pour brûlés : montant par jour	0768165
(5) Hôpitaux généraux : montant par jour à 0 € (jour de sortie en cas d'admission avant 12 h et sortie après 14h)	0767443
Hôpitaux aigus : prix de journée 100%	0768504 (*)
Hôpital chirurgical de jour : prix de journée 100%	0768471 0768482 (*)
<b>HG</b> Services Sp autres que palliatifs : prix de journée 100%	0768460 (*)
<b>HG</b> Services Sp palliatifs : prix de journée 100%	0768445 (*)
Hôpitaux psychiatriques : prix de journée 100%	0768423 (*)
Centres pour brûlés : prix de journée 100%	0768401 (*)
<i>La mention <b>HG</b> signifie que ces pseudo-codes sont réservés pour les services Sp dans les hôpitaux généraux.</i>	
2) <i>S'il s'agit de l'enregistrement dont la zone 19 comporte, en négatif, le ticket modérateur;</i>	
<u>A. 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
<i>Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.</i>	
b) A partir du 2 <sup>ème</sup> jour jusque et y compris le 90 <sup>ème</sup> 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
<i>Ces tickets modérateurs sont repris dans le compteur ticket modérateur pour le MAF.</i>	

(\*) 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.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

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

## RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<u>Libellé</u>	<u>Code</u>
<u>C. En cas de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle</u>	
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
<u>C. En cas de certaines conventions avec les établissements de rééducation comme prévu dans l'arrêté royal du 29 avril 1996</u>	
Tickets modérateurs en cas de facturation ordinaire	0765973
Tickets modérateurs en cas de dépassement de la capacité normale de facturation	0765995
Tickets modérateurs en cas de ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale (nCPAP) durant le sommeil	0765951
<i><b>Remarque :</b> 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 = XXI), aucun enregistrement ticket modérateur ne peut être mentionné.</i>	
<u>D. En cas de séjour en maison de soins psychiatriques</u>	
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 -
<i><b>Remarque :</b> 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 <u>sans interruption</u> est prolongé.</i>	
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 -
<i><b>Remarque :</b> 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 <u>sans interruption</u> est prolongé.</i>	

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

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

(☞ 8,31) (\*) Zones montant égales à zéro.

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
8) <i>Dialyse à domicile ou dans un centre</i>		
a) Hémodialyse à domicile	0761493(*)	-
Hémodialyse à domicile avec ...infirmier ...	0761456(*)	-
b) Dialyse dans un centre collectif d'autodialyse	0761515(*)	0761526(*)
c) Dialyse péritonéale à domicile	0761552(*)	-
Dialyse péritonéale à domicile avec ...(CCPD)	0761530(*)	-
Dialyse péritonéale à domicile avec ...infirmier ...	0761471(*)	-
d) Dialyse péritonéale fractionnée à domicile	0761574(*)	-
Dialyse péritonéale fractionnée à domicile avec ...(CCPD)	0761655(*)	-
Dialyse péritonéale fractionnée à domicile avec ...infirmier ...	0761670(*)	-
(☞ 24) A partir du 1/8/2016, des nouveaux pseudo-codes sont d'application (voir le point B de l'annexe 1 à la Convention concernant le financement de la dialyse).		
(☞ 4) 9) <i>Postcure de rééducation</i>		
Montant par heure effectivement prestée et indivisible (art. 3, § 1 de la convention nationale établissements psychiatriques - O.A. à partir du 1/1/2014)	0762974	-

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretienLibelléAmbulant Hospitalisé

## 10) MRPA-MRS-CSJ

(☞ 10) *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	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRS (IC)	0760233	-
	- forfait catégorie C en MRS (IC)	0763055	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRS (IC)	0760255	-
	- forfait catégorie Cdem en MRS (IC)	0763070	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRS (IC)	0760270	-
	- forfait catégorie Cc en MRS (IC)	0763092	-
	- forfait catégorie B en MRS (IP)	0763114	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRS (IP)	0760292	-
	- forfait catégorie C en MRS (IP)	0763136	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRS (IP)	0760314	-
	- forfait catégorie Cdem en MRS (IP)	0763151	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRS (IP)	0760336	-
	- forfait catégorie Cc en MRS (IP)	0763173	-

*B. Maisons de repos pour personnes âgées*

	- établissement non-agréé, enregistré	0764411	-
	- forfait catégorie O en MRPA (IC)	0763195	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie O en MRPA (IC)	0760351	-
	- forfait catégorie A en MRPA (IC)	0763210	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie A en MRPA (IC)	0760373	-
	- forfait catégorie B en MRPA (IC)	0763232	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRPA (IC)	0760395	-
	- forfait catégorie C en MRPA (IC)	0763254	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRPA (IC)	0760410	-
	- forfait catégorie Cdem en MRPA (IC)	0763276	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRPA (IC)	0760432	-
	- forfait catégorie D en MRPA (IC)	0763696	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie D en MRPA (IC)	0760454	-
	- forfait catégorie O en MRPA (IP)	0763291	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie O en MRPA (IP)	0760476	-
	- forfait catégorie A en MRPA (IP)	0763313	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie A en MRPA (IP)	0760675	-
	- forfait catégorie B en MRPA (IP)	0763335	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRPA (IP)	0760690	-
	- forfait catégorie C en MRPA (IP)	0763350	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRPA (IP)	0760712	-
	- forfait catégorie Cdem en MRPA (IP)	0763372	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRPA (IP)	0760734	-
	- forfait catégorie D en MRPA (IP)	0763711	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie D en MRPA (IP)	0760756	-

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 6 BIS

(☞ 10)	- forfait catégorie O en MRPA (IC) – CS	0763394	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie O en MRPA (IC) - CS	0760771	-
	- forfait catégorie A en MRPA (IC) - CS	0763416	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie A en MRPA (IC) - CS	0760793	-
	- forfait catégorie B en MRPA (IC) – CS	0763431	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRPA (IC) - CS	0760815	-
	- forfait catégorie C en MRPA (IC) – CS	0763453	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRPA (IC) - CS	0760830	-
	- forfait catégorie Cdem en MRPA (IC) – CS	0763475	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRPA (IC) - CS	0760852	-
	- forfait catégorie D en MRPA (IC) – CS	0763733	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie D en MRPA (IC) – CS	0760874	-
	- forfait catégorie O en MRPA (IP) – CS	0763490	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie O en MRPA (IP) – CS	0760896	-
	- forfait catégorie A en MRPA (IP) – CS	0763512	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie A en MRPA (IP) – CS	0760911	-
	- forfait catégorie B en MRPA (IP) – CS	0763534	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie B en MRPA (IP) – CS	0760933	-
	- forfait catégorie C en MRPA (IP) - CS	0763556	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie C en MRPA (IP) – CS	0760955	-
	- forfait catégorie Cdem en MRPA (IP) – CS	0763571	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie Cdem en MRPA (IP) – CS	0760970	-
	- forfait catégorie D en MRPA (IP) – CS	0763755	-
(☞ 10)	- forfait patients SEP/SLA/Huntington catégorie D en MRPA (IP) – CS	0760992	-
	<i>C. Centres de soins de jour</i>		
	Forfait F	0764514	-
	Forfait Fp	0764912	-
	Forfait D	0764934	-
	Forfait Fd	0764956	-
	<i>D. MRS-MRPA : Ristourne sur le coût solidarisé du matériel d'incontinence</i>		
(☞ 10)	Patients Coma	0763976	-
(☞ 10)	Patients SEP/SLA/Huntington	0763991	-
	Autres patients	0763593	-

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
11) <i>Initiatives d'habitations protégées</i>	0762576	-
12) <i>Supprimé.</i>		
13) <i>Maisons de soins psychiatriques</i>		
a) Montant total de séjour pour		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0762510	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0762532	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0762554	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0762591	-
b) Jours de congé non payés	0791512	-
c) Jours de congé payés individuels		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0791814	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0791836	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0791851	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0791873	-
d) Séjour dans des camps de vacances collectifs		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0791711	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0791733	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0791755	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0791770	-
(☞ 4) e) Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA)	0762775 (*)	-
- bénéficiaire de la catégorie a)	0763770	-
- bénéficiaire de la catégorie b)	0763792	-
- bénéficiaire de la catégorie c)	0763814	-
- bénéficiaire de la catégorie d)	0763836	-
- bénéficiaire de la catégorie e)	0763851	-
- bénéficiaire de la catégorie f)	0763873	-
- bénéficiaire de la catégorie g)	0763895	-
- bénéficiaire de la catégorie h)	0763910	-
Le montant de cette intervention doit être mentionné en positif dans l'ET 30 Z 19 et en négatif dans l'ET 30 Z 27.		
14) <i>Hôpitaux et services psychiatriques</i>		
<u>Services A2 et T2 : Hospitalisation partielle de nuit</u>		
dans l'hôpital général :		
- montant par admission	-	0793203
(☞ 5) - montant réduit par admission (réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après une hospitalisation précédente)	-	0767480
dans l'hôpital général et dans l'hôpital psychiatrique : montant par jour		
a) Activité sans rémunération ou pas d'activité : sans intervention personnelle	-	0793225
b) Activité rémunérée, dans un atelier protégé : intervention personnelle du 2ème jour reste d'application pour la durée totale de l'hospitalisation	-	0793240
c) Activité autrement rémunérée : intervention personnelle, patient ordinaire	-	0793262
dans l'hôpital général et dans l'hôpital psychiatrique : montant prix de journée 100%	-	0793505 (**)
(☞ 4) (*) supprimé à partir de la date de prestation 1/10/2013.		
(**) à ne mentionner que dans la facture aux tiers (autre que 7 O.A.).		

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.

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

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Libellé** **Ambulant** **Hospitalisé**

## 16) Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions types

	- Oxygénothérapie de longue durée à domicile (à partir du 1/7/2012) (*)		
	avec un oxyconcentrateur fixe	0797252	
	avec un oxyconcentrateur fixe équipé d'un compresseur de recharge	0797274	
	avec un oxyconcentrateur fixe et un oxyconcentrateur portable	0797296	
	par oxygène liquide (**)	0797311	
	avec un oxyconcentrateur fixe complété de petites bouteilles d'oxygène	0797333	
(☞ 4)	avec un oxyconcentrateur portable exclusivement (à partir du 1/8/2013)	0797370	
	- Surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile des nourrissons menacés de mort subite		
	- surveillance cardio-respiratoire	0775250	(***)
	- surveillance cardio-respiratoire	0775272	(***)
(☞ 15)	- Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons (à partir du 1/4/2015):		
	- Catégorie 1 (art. 3)	0779133	
	- Catégorie 2 (art. 3)	0779155	
	- Catégorie 3 (art. 3)	0779170	
	- ALTE (art. 4)	0779192	
(☞ 10)	- Suivi des enfants nés prématurément:		
	- Une prestation complète		
	La prestation de bilan A (groupe 1)	0784674	
	La prestation de bilan A (groupe 2)	0784696	
	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	
	La prestation de bilan A (groupe 2)	0784851	
	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 inexplicé d'un enfant de moins de 18 mois		
	- Transport de l'enfant décédé en vue d'une autopsie	0775316	0775320
	- Autopsie réalisée par un médecin anatomopathologiste selon un protocole standard	0775294	0775305
	- Soutien psychologique des parents et de la famille	0775331	0775342

(\*) Si les forfaits sont facturés pour un bénéficiaire hospitalisé dans un autre hôpital (voir art.14 de la convention), la facturation doit, dans ce cas, s'effectuer sous les pseudo-codes ambulatoires et sur une facture de rééducation externe (type de facture 6) avec le pseudo-code service 770.

(\*\*) La spécialité pharmaceutique "oxygène liquide" est facturée dans l'enregistrement de type 40 sous le pseudo-code 751052 et sous un code CNK repris dans la liste annexée à l'AR du 21/12/2001. Elle peut être reprise sur la même facture que le forfait (type de facture 6) ou sur une facture ambulatoire séparée (type de facture 3).

(☞ 15) (\*\*\*) Supprimé au 1/6/2015.

(☞ 10)

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 9 BIS

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<u>Libellé</u>	<u>Ambulant</u>	<u>Hospitalisé</u>
- Insuline continue, thérapie d'infusion à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable	0772450	0772461
(☞ 25,29) - Autogestion de patients atteints de diabète sucré (**) (***)		
- Groupe 1A	0770033 (*)	
- Groupe 1B	0770055 (*)	
- Groupe 2	0773253 (*)	
- Groupe 3A (avec DMG)	0771573 (*)	
- Groupe 3A (sans DMG)	0773592 (*)	
- Groupe 3B	0771595 (*)	
- Renvoi vers une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne	0770070	
- Education ambulatoire d'un patient trajet de soins		
a) Forfait annuel ordinaire	0786015	
b) Forfait annuel majoré pour les patients qui commencent une autogestion	0786030	
- Education d'un patient trajet de soins hospitalisé		0786085 (*)
- Programme d'autogestion pour un patient hospitalisé qui commence une autogestion et qui a l'intention de conclure un contrat trajet de soins après son hospitalisation :		
a) forfait matériel (matériel pour une période de 6 mois) (une seule fois)		0786100
b) forfait éducation (une seule fois)		0786122 (*)
- Forfait annuel relatif au coaching général	0786052 (*)	
(☞ 24) - Journée de prestation groupe A – piqûre au doigt	0788756	
(☞ 24) - Journée de prestation groupe B – piqûre au doigt	0788793	
(☞ 24) - Journée de prestation groupe C – piqûre au doigt	0788830	
(☞ 24) - Journée de prestation groupe 1A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788874	
(☞ 24) - Journée de prestation groupe 1B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788896	
(☞ 24) - Journée de prestation groupe 2 de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788911	
(☞ 24) - Journée de prestation groupe 3A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788933	
(☞ 24) - Journée de prestation groupe 3B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788955	
(☞ 10) - Monitoring continu de la glycémie chez le patient diabétique		
- prestation pendant la période d'essai	0784630	0784641
- prestation pendant les phases ultérieures	0784652	0784663

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

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

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

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 10

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

**Libellé** **Ambulant**

- (☞ 25,29) - Convention diabète enfants (\*\*) (\*\*\*)
- Autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents 0773113 (\*)
  - Programme pour "les patients très intensifs" et assimilés – enfants et adolescents 0774115 (\*)
  - Programme pour diabétiques \* 3 administrations d'insuline par jour \*  
4 courbes journalières de glycémie par semaine et assimilés –  
enfants et adolescents 0774130 (\*)
  - Programme pour diabétiques \* 2 administrations d'insuline par jour \*  
2 courbes journalières de glycémie par semaine et assimilés – enfants et adolescents 0774152 (\*)
  - Programme pour enfants et adolescents diabétiques traités  
à l'aide d'une pompe à insuline 0775456 (\*)
  - Programme pour insulinothérapie par perfusion pour diabétiques 0775471 (\*)
  - Frais de déplacement pour l'information et l'accompagnement  
dans le milieu de vie du bénéficiaire 0775493

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

- (☞ 25) (\*) Ces codes sont supprimés suite à la nouvelle convention qui entre en vigueur le 1/8/2016, mais certains d'entre eux peuvent encore être utilisés dans le cadre des mesures transitoires prévues.
- (☞ 25) (\*\*) Si les forfaits sont facturés pour un bénéficiaire hospitalisé, la facturation doit s'effectuer sous les pseudo-codes ambulatoires et sur une facture de rééducation externe (type de facture 6) avec le pseudo-code service 770.
- (☞ 29) (\*\*\*) Les pseudo-codes relatifs à la mesure par capteurs ont été déplacés vers l'ET 50 Z 4 S 3 (à partir de la date de prestation 1/2/2017).

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 10 BIS

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

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
- Epilepsie réfractaire		
- Module d'évaluation pré-chirurgicale avec étude vidéo-E.E.G. non-invasive	0777711	0777722
- Module d'évaluation pré-chirurgicale complémentaire avec étude vidéo-E.E.G. invasive	0777733	0777744
- Module de rééducation fonctionnelle après chirurgie épileptique ou après implantation d'un stimulateur du nerf vague	0777755	0777766
- WADA test	0777770	0777781
- Discussions inter-équipes multidisciplinaires	0777792	0777803
- Rédaction de rapports de fonctionnement multidisciplinaires dans le cadre de la nomenclature des aides à la mobilité :		
(☞ 10) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les conventions 790.1	0770276	0770280
(☞ 10) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement pour les conventions 790.1	0770291	0770302
(☞ 10) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les conventions 790.0	0770313	0770324
(☞ 10) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement, pour les conventions 790.0	0770335	0770346
(☞ 10) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les conventions 790.2	0770350	0770361
(☞ 10) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement, pour les conventions 790.2	0770372	0770383

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 12

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Ambulant Hospitalisé

**CONVENTION – SAOS**

Pression positive continue par voie nasale pendant la nuit	0779096 (*) 0779100(*)
(☞ 29) Forfait AOM pour un bénéficiaire qui utilise pour la première fois une OAM	0779870 (**)0779881(*)
(☞ 29) Forfait AOM pour un bénéficiaire dont l'OAM doit être renouvelée	0779892 (**)0779903(*)
(☞ 29) Forfait de base AOM	0779914 (**)0779925(*)

**CONVENTION - SOH**

Convention SOH				Pseudo-codes	
				Ambulant	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
	méthode non invasive		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788093	788104
		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
	méthode non invasive		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788255	788266
		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
	pression positive à 2 niveaux (enfants < 5ans)		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788314	788325
		percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788336	788340
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788351	788362
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788373	788384
			sans assistance mécanique à la toux et sans 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
	méthode non invasive		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788491	788502
		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
	pression positive à 2 niveaux		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788550	788561
		percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788572	788583
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788594	788605
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788616	788620
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788631	788642
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788653	788664
pression négative péithoracique		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788675	788686
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788690	788701
	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788712	788723	
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788734	788745	

(☞ 36) (\*) Supprimé le 31/12/2017

(☞ 36) (\*\*) A partir du 1/1/2018, ces pseudo-codes sont facturés dans l'enregistrement de type 50 (voir ET 50 Z 4 S 3).

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 13

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 péithoracique	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
<b>percussion intra-pulmonaire</b>			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
<b>Assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive</b>				789736	789740

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
(☞ 10) - Conventions de rééducation médico-psycho-sociale avec les centres de référence VIH/SIDA (à partir du 1/8/2014):		
- forfait de base	0787754	0787765
- forfait annuel majoré	0787776	0787780
- Maladie métabolique		
- première séance de rééducation	0775832	0775843
- deuxième séance de rééducation	0775854	-
- présence médecin généraliste / pédiatre	0775876	0775880
- Accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée		
- premier forfait accompagnement grossesse non désirée	0775132	-
- second forfait accompagnement grossesse non désirée	0775154	-
- Rééducation fonctionnelle pour bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle (969)		
- Bilan initial	0771234	0771245
- Bilan intérimaire	0771256	0771260
- Séance in	0771271	0771282
- Séance out	0771293	0771304
- Séance de groupe	0771315	0771326
- Centres de références IMOC		
- Prestation art. 7, 1)	0783510	0783521
- Prestation art. 7, 2)	0783532	0783543
- Prestation art. 7, 3)	0783554	0783565
- Prestation art. 13, § 4, 1er alinéa	0783576	0783580
- Prestation art. 13, § 4, 2ème alinéa	0783591	0783602
- Spina Bifida - centres de références		
- Prestation art.12bis, §2, 1): forfait annuel pour un bénéficiaire < 3 ans	0783650	0783661
- Prestation art.12bis, §2, 2): forfait annuel pour un bénéficiaire de 3-18 ans	0783672	0783683
- Prestation art.12bis, §2, 3): forf. annuel pour un bénéf. de 19 ans ou plus	0783694	0783705
- Prestation art.13, § 4, 1 <sup>er</sup> alinéa: participation du médecin traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe	0783716	0783720
- Prestation art. 13, § 4, 2 <sup>ème</sup> alinéa: participation du kinésithérapeute traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe	0783731	0783742
(☞ 5) - Centres de références pour les troubles du spectre autistique		
- séance de diagnostic (1 heure)	0784571	0784582
- séance de coordination	0783635	0783646
- Centres de référence en néphrologie pédiatrique		
- prestation annuelle	0787511	0787522
- Clinique de la mémoire		
- Séance en clinique	0784512	0784523
- Séance à domicile (1ère séance)	0784534	-
- Séance à domicile (2e séance le même jour)	0784556	-
(☞ 9) - Accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines		
- Séance	0784593	0784604
- Opération de reconstruction (y compris l'anesthésie générale)	0784615	0784626
(☞ 33) - Accompagnement de la transidentité		
- Séance	0787916	0787920
- Entretien	0787931	0787942
- Forfait médicaments	0787953	0787964
(☞ 11) - Centre de coordination de l'hémophilie	0787813	0787824
(☞ 11) - Centres de références de l'hémophilie	0787791	0787802

## ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 15

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
(☞ 16) - Centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC		
- Bilan multidisciplinaire	0787835	0787846
- Suivi du traitement	0787850	0787861
<i>17) Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions spécifiques</i>		
<b><u>Facturation normale</u></b>		
Rééducation professionnelle	0772015	0772026
Rééducation motrice	0772030	0772041
Rééducation psychosociale	0772052	0772063
Alcooliques et toxicomanes	0772074	0772085
Psychotiques	0772096	0772100
Troubles précoces de l'interaction parents/enfants	0773371	0773382
Epileptiques	0772133	0772144
Malentendants	0772192	0772203
Rééducation enfants/adolescents ayant des troubles neurologiques	0775213	0775224
Paralysés cérébraux	0772295	0772306
Rééducation pour enfants maltraités	-	0772402
Rééducation pour des patients mucoviscidose	0772413	0772424
Refacturation de rééducation	0774012	0774023
Unités de répit	-	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
<b><u>Dépassement de la "capacité normale de facturation" (facturation d'un prix réduit)</u></b>		
Rééducation professionnelle	0775596	0775600
Rééducation motrice	0775611	0775622
Rééducation psychosociale	0775633	0775644
Programmes de rééducation fonctionnelle pour alcooliques et toxicomanes	0775515	0775526
Programmes de rééducation fonctionnelle pour psychotiques	0775530	0775541
Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents/enfants	0776451	0776462
Programmes de rééducation fonctionnelle pour épileptiques	0775552	0775563
Programmes de rééducation fonctionnelle pour malentendants	0775670	0775681
Programmes de rééducation fonctionnelle pour paralysés cérébraux	0775574	0775585
Programmes de rééducation fonctionnelle pour enfants maltraités	-	0775740
Programmes de rééducation fonctionnelle pour mucoviscidose	0775751	0775762
Unités de répit	-	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.

## ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 16

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>C.R.A. - convention secteur ORL-PSY</b>			
<b><u>Groupes cibles (cf. art.3)</u></b>	<b><u>Séances qui font partie d'un bilan initial (cf. art. 15)</u></b>	<b><u>Séances de rééducation ordinaires (cf. art. 19)</u></b>	<b><u>Séances de groupe pour enseignants (cf. art. 20)</u></b>
<b>Groupe 1</b>	796014-796025	796412-796423	796795-796806
<b>Groupe 2</b>	796036-796040	796434-796445	796810-796821
<b>Groupe 3</b>	796051-796062	796456-796460	796832-796843
<b>Groupe 4</b>	796073-796084	796471-796482	796854-796865
<b>Groupe 5</b>	796095-796106	796493-796504	796876-796880
<b>Groupe 6</b>	796110-796121	796515-796526	796891-796902
<b>Groupe 7</b>	796132-796143	796530-796541	796913-796924
<b>Groupe 8</b>	796154-796165	796552-796563	796935-796946
<b>Groupe 9</b>	796176-796180	796574-796585	796950-796961
<b>Groupe 10</b>	796191-796202	796596-796600	796972-796983
<b>Groupe 11</b>	796213-796224	796611-796622	796994-797005
<b>Groupe 12</b>	796235-796246	796633-796644	797016-797020
<b>Groupe 13</b>	796250-796261	796655-796666	797031-797042
<b>Groupe 14</b>	796272-796283	796670-796681	797053-797064
<b>Groupe 15</b>	796294-796305	796692-796703	797075-797086
<b>Groupe 16</b>	796316-796320	796714-796725	797090-797101
<b>Groupe 17</b>	796331-796342	796736-796740	797112-797123
<b>Groupe 18</b>	796353-796364	796751-796762	797134-797145
<b>Groupe 19</b>	796375-796386	796773-796784	797156-797160
<b>Groupe 20</b>	797193-797204	797215-797226	797230-797241
<b>Nomenclature de logopédie (sans préjudice de l'art. 8, § 2, de la présente convention)</b>	796390-796401	-	-
<b>Groupe 1 bis</b>	797171-797182		

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

		<b>Pseudo-code de la nomenclature</b>	
		<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
<u>Conventions de rééducation : forfaits de rattrapage</u>			
(☞ 10)	Centre de rééducation des paralysés cérébraux Arthur Regnier (7.70)	0784114	0784125
	Etablissement de rééducation motrice (7.71)	0784136	0784140
	Etablissements de rééducation psycho-sociale pour adultes (7.72)	0783893	0783904
	Etablissements de rééducation pour toxicomanes (7.73)	0783915	0783926
	Etablissements de rééducation pour enfants et adolescents présentant des troubles mentaux graves (7.74)	0784151	0784162
	Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents-enfants (7.745)	0784173	0784184
	Etablissements de rééducation pour enfants atteints d'affections respiratoires (7.765)	-	0777280
	Centres de rééducation pédiatrique (7.766)	0777335	0777346
(☞ 11)	Clinique de la mémoire (7.78.1)	0785551	0785562
	Etablissements de rééducation pour malentendants (7.79)	0784210	0784221
	Etablissements de rééducation pour paralysés cérébraux (7.84)	0784232	0784243
	Neuropsychiatrie infantile (7.845)	0784254	0784265
	Centres de référence pour SFC (7.894)	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 fonctionnelle médico-psycho-sociale spécialisées	0784011	0784022
	Centres de référence Spina Bifida	0784070	0784081
	Centres de références pour les troubles du spectre autistique	0785514	-
	Institution « Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle » à Fraiture	0785536	0785540
	Convention-C.R.A.	0784490	0784501
18) <i>Conventions Comité de l'Assurance</i>			
	Sclérose en plaques (SEP)	0764551	0764562
	Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	0764573	0764584
	Huntington	0764595	0764606
	Intervention art.10bis SEP	0764853	-
	Intervention art.10bis SLA	0764816	-
	Intervention art.10bis Huntington	0764831	-

**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.  
(1<sup>er</sup> jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité à laquelle le patient était affilié à la date mentionnée dans cette zone.

- (☞12) Convention de rééducation médico-psychosociale avec les centres de référence VIH/SIDA (à partir du 1/8/2014):
- A partir du 1/8/2014, la date du premier contact original (= jour x) est mentionnée dans cette zone. Pour les périodes annuelles qui vont suivre, le jour x du 1<sup>er</sup> contact original (jour x de chaque période annuelle) est mentionné dans cette zone.
- (☞13) • Disposition transitoire :
- Si le 1<sup>er</sup> contact (= jour x) a lieu avant le 1/8/2014 et le 2<sup>e</sup> contact au plus tôt le 1/8/2014, la date du 2<sup>e</sup> contact est mentionnée dans cette zone. Cette date de 2<sup>e</sup> contact peut se situer en 2014 ou en 2015 (au plus tard à la date du dernier jour de la période, cf. zone 6). Pour les périodes annuelles qui vont suivre, le jour x du 1<sup>er</sup> contact original (jour x de chaque période annuelle) est mentionné dans cette zone.
- (☞ 4) Les codes prestation 0762156 et 0762171 (postcure de rééducation à titre expérimental) (jusqu'au 31/12/2013 inclus) et 0762974 (postcure de rééducation à partir du 1/1/2014) doivent être enregistrés jour par jour.
- (☞ 5) Montant par admission (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): date d'admission ou date de l'admission dans le 1<sup>er</sup> service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.

Si plusieurs enregistrements avec des frais de séjour se suivent (donc uniquement en cas de facturation des journées d'entretien ou remboursements journaliers forfaitaires), par ex. en cas de changement du tarif de remboursement, de chambre ou de service, la date de début de la deuxième période doit être égale à la date suivant la date de fin de la première période.

De cette règle, il peut être dérogé dans le cas de journées d'entretien pour les nouveaux-nés séjournant dans le service NIC (N) 270 ou dans le service N\* (n) 190.

Exemple : nouveaux-nés

jour 1	: naissance
jours 2 et 3	: vers service 270 NIC 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

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 AAAAMMJ - 25**

La date du dernier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.  
(dernier jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

(☞12) Convention de rééducation médico-psychosociale avec les centres de référence VIH/SIDA (à partir du 1/8/2014) :

- Le jour (x-1) du 1<sup>er</sup> contact repris dans la zone 5 + 12 mois est mentionné dans cette zone.
- Dispositions transitoires : si le 1<sup>er</sup> contact (= jour x) a lieu avant le 1/8/2014 et le 2<sup>e</sup> contact au plus tôt le 1/8/2014, le jour (x-1) de la date du 1<sup>er</sup> contact + 12 mois est mentionné dans cette zone.

(☞15) Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons (à partir du 1/4/2015): lorsque le forfait est facturé avant la fin de la période de monitoring, la date de facturation (= ET 20 Z 47) est mentionnée dans cette zone au lieu de la date de fin du monitoring.

Remarque : Pendant une période faisant l'objet d'une facture (1 enregistrement de type 30), il ne peut être fait application que d'un seul prix pour la journée d'entretien ou intervention personnelle. Dans toute autre éventualité, il y a lieu de scinder cette période en 2 périodes ou plus.

Lorsqu'il s'agit d'un forfait par admission, la date d'admission doit être mentionnée dans cette zone.

La date de sortie doit être communiquée s'il y a une interruption effective du séjour.  
En cas de prolongement de l'accord, aucune date de sortie ne doit être mentionnée.

Si plusieurs enregistrements avec des frais de séjour se suivent, par ex. en cas de changement du tarif de remboursement, de chambre ou de service, la date de fin de la première période doit être égale à la date qui précède la date du début de la deuxième période.

En cas de changement de service, il y a lieu de mentionner dans cette zone la date du changement si le transfert a lieu à partir de 12 heures ou la date précédant la date de changement de service si le transfert a lieu avant 12 heures.

Cette date est toujours inférieure ou égale à la date actuelle et au mois facturé, sauf pour les forfaits de rééducation fonctionnelle suivants qui peuvent être facturés avant la fin de la période à laquelle ils se rapportent:

- conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale (7.76.0xx.xx)
  - les centres de référence pour les maladies métaboliques (7.89.0xx.xx)
  - les centres de référence de la mucoviscidose (7.89.1xx.xx)
  - les centres de référence pour les maladies neuromusculaires (7.89.2xx.xx)
  - les centres de référence en spina bifida (7.89.55x.xx)
  - les centres de référence en néphrologie pédiatrique (7.89.7xx.xx)
  - autogestion de patients atteints du diabète sucré : pseudo-codes 786015, 786030, 786052 et 786100
- (☞14) - centre de coordination national et centres de référence hémophilie (7.89.8xx.xx)

Règles particulières concernant les forfaits mensuels dans le cadre de la convention diabète

La date de fin est toujours égale au « jour x-1 du mois suivant », sauf :

si la date de début = 30/1/yyyy, alors la date de fin est 28/2/yyyy (dans une année bissextile 29/2/yyyy)

si la date de début = 31/1/yyyy, alors la date de fin est 28/2/yyyy (dans une année bissextile 29/2/yyyy)

si la date de début = 1/mm/yyyy, alors la date de fin est le dernier jour du mois

**Exemple de facturation d'un séjour hospitalier normal.**

Admission 26/03/2003 à 11.00 heures dans le service 210  
 Sortie 10/04/2003 à 10.00 heures dans le service 210  
 Transfert 28/03/2003 à 02.19 heures dans le service 490  
 Transfert 30/03/2003 à 10.57 heures dans le service 210  
 Congé 01/04/2003 à 00.01 heures jusqu'au 03/04/2003 08.00 heures  
 Retour 03/04/2003 à 08.00 heures dans le service 210  
 Sortie 10/04/2003 à 10.00 heures dans le service 210

Séjour dans le service 210 = chambre à 2 lits

Séjour dans le service 490 = chambre commune

Forfait par admission	= 77,85 EUR
Forfait par jour	= 9,58 EUR
Prix 100%	= 199,68 EUR
IP 1er jour	= 39,34 EUR
IP jours suivants	= 12,07 EUR
Supplément chambre	= 18,95 EUR
Forfait bio clinique	= 15,07 EUR
Forfait médicaments	= 0,62 EUR

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 Z 5 ET 6a-6b SUITE 2

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	0	0	0	0	0	0	0
43	12 n	219-230	reference	0	0	0	0	0	0	0
44	4 n	231-234	carte s.i.s.	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. enregistrement	c.c. enregistrement	c.c. enregistrement

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 Z 5 ET 6a-6b SUITE 3

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 Z 5 ET 6a-6b SUITE 4

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. etablissement	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**

---

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement.

Si le code service 190 est mentionné dans la zone 13, la valeur "0" doit alors être mentionnée.

---

**RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO DE COMPTE FINANCIER**

---

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

---

Il y a lieu d'indiquer au moyen d'un code à quel compte financier le montant de la zone 19 doit être transféré.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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).

Seuls les établissements hospitaliers peuvent utiliser la valeur 1.

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

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

- (☞ 5) Il s'agit du code service où séjourne le patient à 12h (midi) à la date mentionnée dans la zone 5 ou (☞5,31) le pseudo-code service en cas d'utilisation de la salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulant), journée forfaitaire psychiatrie, revalidation (interne ou externe), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou autres prestations ambulatoires.

Dans le cas de journées d'entretien forfaitaires et d'une hospitalisation chirurgicale de jour pour des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné.

S'il s'agit de prestations ambulatoires (autres que celles citées ci-dessus), alors le pseudo-code service 990 doit être mentionné.

Lorsque l'enregistrement concerne des suppléments pour le type de chambre, forfait pharmaceutique (750002), jours de congé non-payés ou jours d'absence à visée thérapeutique, cette zone est mise à zéro.

Forfaits pharmaceutiques 750175 et 751811 : code service 990.

- (☞ 5) Montant par admission (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): service d'admission ou 1er service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.

Frais de déplacement prématurés : code service 270.

Journée d'entretien en service N\* (n): code service 190.

Unité de traitement de grands brûlés : code service 290.

- (☞24) Dialyse rénale à domicile ou dans un centre (jusqu'au 31/7/2016 inclus : pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; à partir du 1/8/2016 : pseudo-codes repris dans la convention): code service 750 ou 990 selon le type de facture mentionné dans l'ET 20 Z 10.

- Journées d'entretien forfaitaires dans le service A (0761073) et forfait de postcure de (☞ 4) rééducation (0762974): code service 760.

Hôpital chirurgical de jour avec codes ambulants : code service 320.

Journée d'entretien camp de vacances collectif (793321, 793343 et 793365) : code service du service où le patient séjournait avant son départ en camp de vacances collectif.

Hôpital militaire (0760524, 0760642, 0760653 et 0760664) : code service = 000

Exemples de facturation de journées d'entretien (montant par admission et montant par jour).

(☞ 5) (valable pour les hospitalisations jusqu'au 31/12/2013 inclus)

Exemple 1

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 23/09 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 2

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 11h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 3

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 15h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 4

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 16h ; transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025) (1<sup>er</sup> 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) (1<sup>er</sup> 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) (1<sup>er</sup> 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) (1<sup>er</sup> jour facturable = 23/9)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation montant par jour (768025)

Z 5 (date) = 24/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 12

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 8h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h ; sortie le 24/9 à 15h.

Facturation du montant par jour (0768106):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 610

Facturation du montant par admission(0768003):

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation montant par jour (0767443) (à 0 €)

Z 5 (date) = 24/9

Z 13 (code service) = 210

---

**RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION**

---

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

---

**(☞ 25) Convention concernant le financement de la dialyse**

- \* Le numéro de l'hôpital + 561 (centre d'hémodialyse chronique) s'il s'agit des interventions forfaitaires 767594, 767616, 767664, 767701
- \* Le numéro de l'hôpital + 562 (centre d'hémodialyse chronique pédiatrique) s'il s'agit des interventions forfaitaires 767631, 767686, 767723
- \* Le numéro de l'hôpital + 563 (centre de dialyse à domicile) s'il s'agit de l'intervention forfaitaire 767734
- \* Le numéro de l'hôpital + 564 (centre de dialyse péritonéale ambulatoire) s'il s'agit des interventions forfaitaires 767815 à 767841 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 565 à 569 (centre d'autodialyse collective) s'il s'agit des interventions forfaitaires 767756, 767782, 767804

Le numéro du centre de dialyse sera mentionné prioritairement aux autres numéros d'identification.

En cas de journées d'entretien forfaitaires dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour, le numéro d'identification de l'hôpital de prestation doit être mentionné dans cette zone, à l'exception d'une journée d'entretien forfaitaire pour dialyse rénale pour laquelle le numéro du centre de dialyse doit être mentionné.

En cas de prestation de rééducation (type de facture 5 ou 6) facturée par l'hôpital qui a conclu la convention, le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Si la facture a été établie sous le numéro d'identification de la convention, le numéro de la convention est alors mentionné dans cette zone.

Pour les factures établies par les MRS, MRPA, MSP et IHP, le numéro d'identification de ces institutions est alors repris dans cette zone.

Pour les factures établies par un hôpital pour les patients qui résident en MRS, MRPA, MSP ou IHP, le numéro de l'hôpital doit être indiqué dans cette zone.

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION CONVENTION / ETABLISSEMENT DE SEJOUR**

---

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

---

En cas de prestation effectuée dans le cadre d'une convention de rééducation (type de facture = 5 ou 6), il y a lieu de renseigner le numéro d'identification de la convention.

S'il s'agit d'un traitement dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP (type de facture = 4), le numéro de l'établissement concerné doit être mentionné.

S'il s'agit des prestations (pseudo-codes 764562 ,764584 ou 764606) issues d'une convention SEP/SLA/Huntington (type de facture 1), le numéro de l'hôpital doit être mentionné dans cette zone.

Dans les autres cas, cette zone est mise à zéro.

**RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81**

---

- Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée
- (☞ 14) sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»). Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.
- (☞ 7) Pour les prestations qui ne figurent pas sur la liste, aucune prestation relative ne peut être remplie et cette zone doit, donc, obligatoirement être remplie avec des zéros.

---

**RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88**

---

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.

Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.

Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel

Forfaits de rééducation fonctionnelle

S'il s'agit d'un remboursement forfaitaire, lié à une période déterminée (forfait par semaine, mois, trimestre ou année), le tarif appliqué doit correspondre à une date dans la période définie dans l'ET 30 Z 5 et Z 6.

L'établissement peut donc appliquer le tarif le plus favorable.

Exceptions:

- Convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs (9.68.0xx.xx) (le tarif = le tarif applicable à la date de la 1<sup>ère</sup> 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).
- (☞14) - Conventions de rééducation médico-psychosociale avec les centres de référence VIH/SIDA
- (☞12) (7.76.0 à partir du 1/8/2014): tarif = tarif applicable à la date de début (= jour x de chaque période annuelle = jour 1<sup>er</sup> contact original).
- (☞12) Dispositions transitoires: si le 1<sup>er</sup> contact a lieu avant le 1/8/2014 et le 2<sup>e</sup> contact au plus tôt le 1/8/2014, tarif = tarif applicable à la date du 2<sup>e</sup> contact.
- (☞15) - Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons (7.83.5 à partir du 1/4/2015): tarif = tarif applicable à la date de début.

Le montant de l'éventuelle intervention personnelle qui est décomptée, doit être déterminé à la même date que le tarif du forfait de rééducation même.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

---

**RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE DE JOURS FACTURES, DE JOURS DE CONGE OU FORFAITS**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108**

---

C'est le nombre de jours facturés, de congé ou le nombre de forfaits facturés (en cas de forfait de rééducation) qui est mentionné dans cet enregistrement.

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

(☞ 4) Postcure de rééducation:

code 0762134 (jusqu'au 31/12/2013 inclus): toujours 1

codes 0762156 et 0762171 (jusqu'au 31/12/2013 inclus): nombre d'heures

code 0762974 (à partir du 1/1/2014): nombre d'heures

Dans le cas de frais de déplacements pour prématurés (0773581) ou de frais de transports pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique (0761946) ou au départ d'un service isolé Sp ou G (0761961), le nombre de kilomètres doit être mentionné ici.

**RUBRIQUE** : SIGNE + MONTANT INDICATIF ORDRE DE GRANDEUR FRAIS DE SEJOUR

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT** : 1 A + 11 N - 115

---

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux positions à droite contiennent toujours des décimales.

Cette zone n'est complétée que lorsque la zone 4 = 0768025, 0768051, 0768062, 0768106, 0768121, 0768143, 0768165 ou 0793041, 0793063, 0793100, 0793122, 0793166, 0793181, 0793225, 0793240, 0793262 ou 0793284.

Cette zone contient une donnée indicative, à savoir un montant qui renseigne l'ordre de grandeur des frais de séjour.

Ce montant est égal au prix de journée à 100% (repris dans l'art. 140 ter de la loi des hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987) multiplié par le nombre de jours mentionné dans la zone 22.

Le placement familial à domicile et les camps de vacances collectifs ne font pas partie du financement en douzièmes budgétaires.

La mention du prix de la journée à 100% à titre informatif n'est donc pas nécessaire.

---

**RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128**

---

Dans cette zone, doivent être mentionnés les tickets modérateurs réglementaires effectivement imputés. Le contenu de cette zone est indispensable dans le cadre du calcul du montant annuel des tickets modérateurs.

Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant effectivement porté en compte (peut même être égal à zéro) doit être mentionné dans cette zone et la valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.

L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Lors de la réintroduction d'une prestation rejetée, la zone « intervention personnelle » doit à nouveau être remplie, même si le montant a entre-temps déjà été facturé et payé par le patient.

Si la zone 19 reprend en négatif la quote-part légale ou le prix de journée d'entretien, la valeur positive doit être reprise dans cette zone, pour autant que l'intervention personnelle ait effectivement été portée en compte au patient.

En application de l'A.R. du 5 mars 1997 et l'art. 37bis de loi coordonnée du 14 juillet 1994, s'il s'agit d'enregistrements contenant des interventions personnelles en cas d'admission dans un hôpital, ils doivent directement être précédés par un enregistrement contenant le montant par jour correspondant (pseudo-codes 0768025, 0768106, 0768121, 0768143 ou 0768165). Les enregistrements contenant les interventions personnelles suivent la même subdivision que les enregistrements relatifs aux montants par jour.

Pour l'hôpital chirurgical de jour, aucune intervention personnelle n'est portée en compte pour le séjour.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

**RUBRIQUE** : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

**RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165**

---

Dans cette zone, sont mentionnés les suppléments - dépassant les interventions personnelles réglementaires (voir zone 27) - portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Les montants à rembourser au patient dans le cadre de la dialyse à domicile doivent être mentionnés en négatifs dans cette zone.

Si la zone 4 mentionne le pseudo-code 0761633-0761644, il y a lieu de reprendre dans cette zone, le supplément concernant le type de chambre.

(☞ 24,25) L'éventuel supplément facturé au patient dans le cadre de la convention diabète (enfants) (parce qu'il souhaite quand même utiliser le matériel pour la mesure par capteur) doit être mentionné dans cette zone.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

**RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT**

---

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

---

(~~7~~ 7) A partir du mois facturé janvier 2015, cette zone est toujours égale à zéro.

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

Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle, qui devrait être mentionnée dans la zone 27, ou le supplément, qui est normalement mentionné dans la zone 30-31, a été prise en charge, en tout ou en partie, par un autre tiers (prestataire/établissement même ou législation hors AMI).

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
4	Communication droit au MAF reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
(☞ 36) 6	Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice)
(☞ 36) 7	Interné placé pour lequel les tickets modérateurs sont portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
(☞ 36) 8	Interné placé pour lequel la communication droit au MAF a été reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

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

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

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

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

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

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

(☞ 36) (\*) Les valeurs 3, 4, 7 ou 8 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3, 4, 7 ou 8 ne peuvent être utilisées dans le cas d'une facturation de l'intervention personnelle dans le prix de la journée d'hospitalisation à partir du 366<sup>e</sup> 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).

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 33 SUITE 1

**Exemple**

Facturation normale

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

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

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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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**

---

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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 (ET 40 Z 4 = 0750746, 0750864, 0753745, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046, 0757621, 0757746, 0757820), 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 (ET 40 Z 4 = 0750746 0750864, 0753745, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046, 0757621, 0757746, 0757820), pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été partiellement décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service et donc, est plus grand que zéro mais plus petit que le montant attendu.
9	En cas de facturation de la spécialité Inomax, les unités supérieures à 96 (heures) sont mentionnées dans un enregistrement séparé avec la norme 9. Les zone 19, zone 27, zone 30-31 et Z 39 sont égales à zéro.

Voir exemples détaillés dans l'annexe 14.

**RUBRIQUE : PSEUDO-CODE CATEGORIE MEDICAMENT**

---

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

---

Ce code donne la catégorie de remboursement du produit pharmaceutique ou la nature du forfait concerné.

- les différents enregistrements de type 40 avec un même code dans la zone 4 doivent être groupés;
- les différents codes qui peuvent être enregistrés dans la zone 4 de l'enregistrement de type 40 sont énumérés aux suites 1, 2, 3, 4 et 5;
- si un médicament peut contenir plusieurs catégories de remboursement alors la catégorie retenue pour la tarification, doit être mentionnée dans cette zone.

**Par exemple :**

- si les liquides à perfusion et les solutions pour irrigation vésicale sont administrés à des patients hospitalisés, alors la catégorie A doit être mentionnée;
- dans le cas des liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 dans le cadre de la nutrition parentérale (remboursés à 100 % de la base de remboursement), la catégorie A doit être utilisée pour la facturation.

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
1. Spécialités délivrées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpitaux psychiatriques et en hôpitaux chroniques (Services Sp et G isolés) (= hôpitaux hors forfaitarisation)		
catégorie SA	-	0750724
(☞ 3) catégorie SAgc	-	0750842
catégorie SAR	-	0753723
catégorie SB	-	0750746
(☞ 3) catégorie SBgc	-	0750864
catégorie SBr	-	0753745
catégorie SC	-	0750761
(☞ 3) catégorie SCgc	-	0750886
catégorie SCr	-	0753760
catégorie SCs	-	0750783
(☞ 3) catégorie SCsgc	-	0750901
catégorie SCsr	-	0753782
catégorie SCx	-	0750805
(☞ 3) catégorie SCxgc	-	0750923
catégorie SCxr	-	0753804
catégorie pour tous les médicaments non remboursables	-	0750820
catégorie SFa	-	0757606
catégorie SFb	-	0757621
(☞ 4) moyens de contraste catégorie B, Bgc, Br (classe ATC V08)	-	0757945
(☞ 30) médicaments biologiques à 90% catégorie A	-	0759021
(☞ 30) médicaments biologiques à 90% catégorie B	-	0759043
(☞ 30) médicaments biologiques à 90% catégorie Fa	-	0759065
(☞ 30) médicaments biologiques à 90% catégorie Fb	-	0759080
2. Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés		
catégorie SA	0750912	-
(☞ 3) catégorie SAgc	0750853	-
catégorie SAR	0753911	-
catégorie SB	0750934	-
(☞ 3) catégorie SBgc	0750890	-
catégorie SBr	0753933	-
catégorie SC	0750956	-
(☞ 3) catégorie SCgc	0750875	-
catégorie SCr	0753955	-
catégorie SCs	0750971	-
(☞ 3) catégorie SCsgc	0750831	-
catégorie SCsr	0753970	-
catégorie SCx	0750993	-
(☞ 3) catégorie SCxgc	0750816	-
catégorie SCxr	0753992	-
catégorie pour tous les médicaments non remboursables	0751015	-
oxygène gazeux	0751030	-
oxygène liquide	0751052	-
catégorie SFa	0757632	-
catégorie SFb	0757654	-
(☞ 4) moyens de contraste catégorie B, Bgc, Br (classe ATC V08)	0757912	-
(☞ 1) contraceptifs remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans	0757956	-
(☞ 1) contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans	0757971	-
(☞ 30) médicaments biologiques à 90% catégorie A	0759091	-
(☞ 30) médicaments biologiques à 90% catégorie B	0759113	-
(☞ 30) médicaments biologiques à 90% catégorie Fa	0759135	-
(☞ 30) médicaments biologiques à 90% catégorie Fb	0759150	-
3. Ce point a été supprimé.		

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
4. Préparations magistrales délivrées à des bénéficiaires non-hospitalisés		
catégorie 1	0750035	-
catégorie 2	0750050	-
catégorie 3	0750072	-
catégorie 4	0750094	-
catégorie pour toutes les préparations magistrales non remboursables	0750116	-
enregistrement de détail relatif à la préparation magistrale	0750212	-
5.1. Supprimé		
5.2. Produits parapharmaceutiques d'aide à la mobilité-/d'immobilisation	0960374	0960385
Autres produits parapharmaceutiques	0960396	0960400
5.3. Accidents de travail conventions internationales :		
Médicaments et produits non remboursables	0961015	0961026
Il s'agit des médicaments et produits originellement non remboursables qui sont pris en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la <u>Z 19</u> .		
6. Supprimé		

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
7. Honoraires et forfaits mucoviscidose	0755392	-
8. Aliments diététiques à des fins médicales délivrés aux bénéficiaires hospitalisés :		
catégorie DA	-	0755521
catégorie DB	-	0755543
catégorie DC	-	0755565
catégorie DCs	-	0755580
catégorie DCx	-	0755602
9. Aliments diététiques à des fins médicales délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés :		
catégorie DA	0755613	-
catégorie DB	0755635	-
catégorie DC	0755650	-
catégorie DCs	0755672	-
catégorie DCx	0755694	-
10. Moyens diagnostiques et matériel de soins remboursables délivrés aux bénéficiaires hospitalisés :		
catégorie MA	-	0755720
catégorie MB	-	0755742
catégorie MC	-	0755764
catégorie MCs	-	0755786
catégorie MCx	-	0755801
Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique	-	0753465
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	-
pompes/cassettes à médicaments	0754390	-
Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique	0753454	-
(☞1) contraceptifs remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans	0753631	-
(☞1) contraceptifs non-remboursables délivrés à des femmes de < 21 ans	0753653	-
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	-
12b. <u>Trajets de soins</u>		
Trajet de soins diabète – tiges et lancettes	0757352	
Trajet de soins diabète – glucomètre	0757374	
Programme 'éducation et autogestion' – tiges et lancettes	0757396	
Programme 'éducation et autogestion' – glucomètre	0757411	
Trajet de soins 'insuffisance rénale chronique' – tensiomètre	0757433	
<u>Remarque</u> : Chaque délivrance d'un paquet de tiges/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.		

(\*) Ce pseudo-code doit être utilisé pour les prestations exécutées à partir du 1/1/2013. Pour les prestations exécutées jusqu'au 31/12/2012 inclus, cet honoraire doit être facturé sous le pseudo-code 757470.

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
---------	----------	-------------

## 13. Spécialités délivrées aux bénéficiaires hospitalisés dans les hôpitaux aigus (\*):

	13.1 Forfait par admission	-	0756000
(☞5)	Forfait réduit par admission (réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après une hospitalisation précédente)	-	0767502
	13.2 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans l'hôpital même (x):		
	catégorie SA	-	0756022
(☞3)	catégorie SAgc	-	0756044
	catégorie SAR	-	0756066
(☞3)	catégorie SB	-	0756081
	catégorie SBgc	-	0756103
	catégorie SBr	-	0756125
	catégorie SC	-	0756140
(☞3)	catégorie SCgc	-	0756162
	catégorie SCr	-	0756184
	catégorie SCs	-	0756206
(☞3)	catégorie SCsgc	-	0756221
	catégorie SCsr	-	0756243
	catégorie SCx	-	0756265
(☞3)	catégorie SCxgc	-	0756280
	catégorie SCxr	-	0756302
	catégorie SFa	-	0757680
	catégorie SFb	-	0757702
(☞4)	moyens de contraste catégorie B, Bgc, Br (classe ATC V08)	-	0757864
(☞30)	médicaments biologiques à 90% catégorie A	-	0759183
(☞30)	médicaments biologiques à 90% catégorie B	-	0759205
(☞30)	médicaments biologiques à 90% catégorie Fa	-	0759220
(☞30)	médicaments biologiques à 90% catégorie Fb	-	0759242
	13.3 Médicaments non forfaitarisés:		
	catégorie SA	-	0756324
(☞3)	catégorie SAgc	-	0756346
	catégorie SAR	-	0756361
	catégorie SB	-	0756383
(☞3)	catégorie SBgc	-	0756405
	catégorie SBr	-	0756420
	catégorie SC	-	0756442
(☞3)	catégorie SCgc	-	0756464
	catégorie SCr	-	0756486
	catégorie SCs	-	0756501
(☞3)	catégorie SCsgc	-	0756523
	catégorie SCsr	-	0756545

(\*) La forfaitarisation ne concerne que:

- Les hôpitaux généraux aigus (services psychiatriques dans les hôpitaux généraux inclus); donc pas pour les hôpitaux chroniques (services Sp ou G isolés) ou les hôpitaux psychiatriques.
- Les patients hospitalisés, les hospitalisations classiques, donc pas pour les "hospitalisations de jour" (hôpital chirurgical de jour ou journées d'entretien forfaitaires)
- Médicaments spécialités (donc pas pour les aliments diététiques ou moyens diagnostiques) des catégories de remboursement A, B, C, Cs, Cx, Fa, Fb à l'exclusion de certains médicaments qui se présenteront sur une liste.

(x) Ces pseudo-codes sont également utilisés dans le cas exceptionnel décrit dans l'annexe 17.2.

(☞)

ENREGISTREMENT DE TYPE 40 ZONE 4 SUITE 4 BIS

	<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
	catégorie SCx	-	0756560
(☞ 3)	catégorie SCxgc	-	0756582
	catégorie SCxr	-	0756604
	catégorie D	-	0756626
	Médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et avec information au médecin-conseil (**)	-	0757245
	Médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et sans information au médecin-conseil (***)	-	0757260
	catégorie SFa	-	0757724
	catégorie SFb	-	0757746
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie A	-	0759264
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie B	-	0759286
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie Fa	-	0759301
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie Fb	-	0759323

(\*\*) 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 <u>autre</u> hôpital <u>aigu</u> :		
(☞ 3)	catégorie SA	- 0756641
	catégorie SAgc	- 0756663
	catégorie SAR	- 0756685
(☞ 3)	catégorie SB	- 0756700
	catégorie SBgc	- 0756722
	catégorie SBr	- 0756744
(☞ 3)	catégorie SC	- 0756766
	catégorie SCgc	- 0756781
	catégorie SCr	- 0756803
(☞ 3)	catégorie SCs	- 0756825
	catégorie SCsgc	- 0756840
	catégorie SCsr	- 0756862
(☞ 3)	catégorie SCx	- 0756884
	catégorie SCxgc	- 0756906
	catégorie SCxr	- 0756921
	catégorie SFa	- 0757761
(☞ 4)	catégorie SFb	- 0757783
(☞ 30)	moyens de contraste catégorie B, Bgc, Br (classe ATC V08)	- 0757886
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie A	- 0759345
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie B	- 0759360
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie Fa	- 0759382
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie Fb	- 0759404
13.5 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un <u>autre</u> hôpital <u>psychiatrique ou chronique</u> :		
(☞ 3)	catégorie SA	- 0756943
	catégorie SAgc	- 0756965
	catégorie SAR	- 0756980
(☞ 3)	catégorie SB	- 0757002
	catégorie SBgc	- 0757024
	catégorie SBr	- 0757046
(☞ 3)	catégorie SC	- 0757061
	catégorie SCgc	- 0757083
	catégorie SCr	- 0757105
(☞ 3)	catégorie SCs	- 0757120
	catégorie SCsgc	- 0757142
	catégorie SCsr	- 0757164
(☞ 3)	catégorie SCx	- 0757186
	catégorie SCxgc	- 0757201
	catégorie SCxr	- 0757223
	catégorie SFa	- 0757805
(☞ 4)	catégorie SFb	- 0757820
(☞ 30)	moyens de contraste catégorie B, Bgc, Br (classe ATC V08)	- 0757901
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie A	- 0759426
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie B	- 0759441
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie Fa	- 0759463
(☞ 30)	médicaments biologiques à 90% catégorie Fb	- 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

(<sup>14</sup>) ([http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/magistrales/Pages/default.aspx#Enregistrement\\_du\\_d%C3%A9tail\\_-\\_Fichier\\_de\\_r%C3%A9f%C3%A9rence](http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/magistrales/Pages/default.aspx#Enregistrement_du_d%C3%A9tail_-_Fichier_de_r%C3%A9f%C3%A9rence))

Le nombre d'enregistrements de détail qui suit un enregistrement de base d'une préparation magistrale n'est pas précisé à l'avance.

Lorsqu'il s'agit des spécialités incorporées dans une préparation magistrale, le(s) code(s) CNK de la (des) spécialité(s) concernée(s) doi(ven)t être mentionné(s) dans le(s) enregistrement(s) de détail de la préparation magistrale.

Lorsqu'il s'agit d'une préparation magistrale sans principe actif, le code CNK « générique » d'un excipient de pommade (0586784) doit être mentionné dans l'enregistrement de détail.

Si, pour l'une ou l'autre raison, il n'est vraiment pas possible d'établir un enregistrement de détail, un « pseudo enregistrement de détail » doit être communiqué.

Dans cet enregistrement, le pseudo-code CNK 0589002 est mentionné dans la Z 40-41. Dans la zone 23, une unité arbitraire est choisie. La quantité dans la zone 22 est mise à 1.

La mention des enregistrements de détail (0750212) est obligatoire à partir du 1/1/2009.

Aucun contrôle du tarif n'est effectué sur base des enregistrements de détail.

En cas de rejet pour un enregistrement du bloc « enregistrement de facturation + enregistrements de détail », le bloc complet doit être rejeté.

**Règles de remboursement pour les préparations magistrales.** (art. 22 de l'AR du 12-10-2004)

Cette page est purement informative.

Le remboursement des récipés magistraux est calculé sur base :

1° de la base de remboursement indiquée dans la liste des principes actifs, ou, s'il s'agit d'une spécialité pharmaceutique, de la base de remboursement indiquée dans la liste figurant à l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 précité.

La base de remboursement de chaque constituant est arrondie à l'eurocent le plus proche, cet arrondi est calculé selon le mode de calcul prévu dans le software des ordinateurs;

(☞ 8) 2° de la base de remboursement des excipients pour crèmes, gels, onguents ou pâtes, arrondie comme précisé au 1°, exprimée en valeur de P par gramme et forfaitarisée comme suit: P 0,01 ;

3° de l'honoraire de préparation ou de dispensation calculé conformément aux dispositions de l'article 21 §§ 1er et 2, arrondi comme précisé sous 1° ;

(☞ 8) 4° En ce qui concerne les rectioles, peut être porté en compte à l'assurance, à concurrence de la base de remboursement maximale exprimée en valeur de P, l'élément repris ci-après: pièce: P 0,20.

(☞ 8) 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.

(8) **Exemples au 01.01.2014** (bénéficiaire sans régime préférentiel)

Lettre P valeur au 01.01.2014 = 1,826737

Exemple 1

Bétaméthasone valérate 0,121 g  
 Paraffine liquide 30 g  
 Vaseline blanche ad 100 g

Principe actif : Bétaméthasone valérate

Excipient : Paraffine liquide + Vaseline blanche

Pour que la crème fasse 100 g au total il faut ajouter 69,879 g de vaseline blanche au 30 g de paraffine liquide soit 99,879 g d'excipient.

Le coût de l'excipient sera alors :  $99,879 \times P0,01 = 1,82$  euros

Tarification de la préparation

Prix principe actif : 2,46 euros

**Prix excipients : 1.82 euros**

Honoraires : 17,04 euros

TOTAL : 21,32 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros

→ intervention assurance : 18,92 euros

Exemple 2

Erythromycine 200 mg  
 Dt 20 gélules gastro-résistantes

Principe actif : Erythromycine

Tarification de la préparation

Prix principe actif : 1,91 euros

Prix excipients : 0,37 euros (gélules) + 0,37 euros (enrobage)

Honoraires : 9,13 euros

TOTAL : 11,78 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros

→ intervention assurance : 9,38 euros

(8) **Exemples au 01.04.2014** (bénéficiaire sans régime préférentiel)

Lettre P valeur au 01.04.2014 = 1,826737

Exemple 1

Bétaméthasone valérate 0,121 g  
 Paraffine liquide 30 g  
 Vaseline blanche ad 100 g

Principe actif : Bétaméthasone valérate

Excipient : Paraffine liquide + Vaseline blanche

Pour que la crème fasse 100 g au total il faut ajouter 69,879 g de vaseline blanche au 30 g de paraffine liquide soit 99,879 g d'excipient.

Le coût de l'excipient sera alors :  $99,879 \times P0,01 = 1,82$  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

## ENREGISTREMENT DE TYPE 40 ZONE 4 SUIITE 9

### Exemple 2

Erythromycine 200 mg

Dt 20 gélules gastro-résistantes

Principe actif : Erythromycine

Tarification de la préparation

Prix principe actif : 1,91 euros

Honoraires et excipients : 12,93 euros

Enrobage gastro-résistant : 3,29 euros

TOTAL : 18,13 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros

→ intervention assurance : 15,73 euros

### Remarque :

Ces exemples sont purement informatifs. Ils ne peuvent pas être utilisés pour des contrôles de tarif exacts.

### (☞ 8) CONTENU DES ZONES SUR LE SUPPORT ELECTRONIQUE (à partir du 1/4/2014)

Zone 1	Zone 4	Zone 19	Zone 22	Zone 23	Zone 27	Zone 37	Zone 40-41
Code enregistrement	Code cat.	Montant O.A.	Quantité	Unité	Montant pat.	Forme galénique	Code produit
20					110110		
40	750035	22,91	2	0	2,40	032	0
40	750212	0	121	02	0	0	0570333
40	750035	15,73	2	0	2,40	071	0
40	750212	0	200	02	0	0	0521427
80		38,64			4,80		

**RUBRIQUE : DATE PREMIER JOUR FACTURE**

---

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

---

- (☞5) - *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.
- (☞5) - Le forfait médicaments (0756000 ou 0767502) ne peut être porté en compte qu'une fois par séjour, à savoir lors de la date d'admission à l'hôpital.
  
- *pour les autres produits :* la date de début de la période de délivrance ou date de délivrance.
  
- *en cas de changement de service au cours de la période de délivrance :* il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu avant 12h ou la date suivant la date de changement de service si le transfert a lieu à partir de 12h (ce qui signifie que la facturation doit être scindée en différents enregistrements).

En cas de 0757293 ou de 0757315, cette zone est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2 de l'A.R. du 06/10/2008).

En cas de 0757330, cette zone est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2 de l'A.R. du 06/10/2008).

**RUBRIQUE : DATE DERNIER JOUR FACTURE**

---

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

---

- (5) - *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000 ou 0767502): date d'admission;*
- *pour les autres produits : date de fin de la période de délivrance ou date de délivrance.*
  - *en cas de changement de service au cours de la période de délivrance : il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu à partir 12h ou la date précédant la date de changement de service si le transfert a lieu avant 12h (ce qui signifie que la facturation doit être scindée en différents enregistrements).*

En cas de 0757293 ou de 0757315, cette zone est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2 de l'A.R. du 06/10/2008).

En cas de 0757330, cette zone est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2 de l'A.R. du 06/10/2008).

Remarque : Une date de fin doit toujours être mentionnée, même lorsque celle-ci est identique à la date de début.

**RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

Le numéro de la mutualité doit être repris dans cette zone quel que soit le type de facture codé dans la zone 10 de l'enregistrement de type 20.

**RUBRIQUE** : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

**RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

---

**RUBRIQUE : ACCOUCHEMENT**

---

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

---

Voir enregistrement de type 30 zone 10.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère.
2	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né, alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
3	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s), alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
(☞ 5) 4	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9).
(☞ 5) 5	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s) et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) .
(☞ 9) 6	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère qui a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) .

**RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER**

---

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

---

Voir enregistrement de type 30 zone 11.

**RUBRIQUE : CODE SERVICE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 30 et 50 zone 13.

En cas de délivrances par l'officine hospitalière de produits parapharmaceutiques non remboursables (0960374 - 0960385 ou 0960396 - 0960400), cette zone doit être mise à zéro.

- (☞ 5) En cas de forfait par admission pour les médicaments (0756000 ou 0767502), le service d'admission doit être mentionné dans cette zone.

**RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION**

---

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

---

- (☞ 24) En cas de journées d'entretien forfaitaires dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour, le numéro d'identification de l'hôpital de prestation doit être mentionné dans cette zone.

En cas de médicaments délivrés aux patients qui suivent un traitement de rééducation, ceux-ci peuvent être facturés uniquement par le service de tarification reconnu de l'hôpital responsable de la délivrance. Le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Pour les factures réalisées par un hôpital pour les patients qui résident en MRS, MRPA ou IHP, le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Pour les factures avec comme numéro de tiers payant le numéro d'identification d'un office de tarification agréé d'un hôpital, on mentionne ici le numéro de l'hôpital ou s'il n'y a pas d'hôpital, le numéro de l'office de tarification agréé.

Dans le cas où des forfaits 0757293 ou 0757315 sont attestés, alors le numéro d'agrément du programme de soins de médecine de la reproduction A ou B doit être mentionné dans cette zone (numéro de l'hôpital + 140 ou 141).

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION CONVENTION / ETABLISSEMENT DE SEJOUR**

---

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

---

Lors de traitement dans un centre de rééducation (type de facture = 5 ou 6), il y a lieu de renseigner le numéro d'identification de la convention.

S'il s'agit d'une délivrance de médicaments par l'officine hospitalière aux patients qui séjournent dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P. (type de facture = 4), le numéro de l'établissement où le patient séjourne doit être mentionné.

Dans les autres cas, cette zone est mise à zéro.

---

**RUBRIQUE : MEDICAMENTS GRATUITS**

---

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

---

Il est possible que le patient ne doit pas payer certains médicaments et que l'hôpital (ou la firme pharmaceutique) prend en charge le coût total. Dans ce cas, ces médicaments peuvent être considérés comme médicaments gratuits.

Les médicaments gratuits ne, sont, donc pas imputés à l'assurance maladie obligatoire, ni au patient. Ils peuvent être mentionnés pour information sur le fichier de facturation ou pour justifier la facturation d'une journée forfaitaire.

(☞5) Un médicament gratuit peut donner lieu à l'imputation d'un miniforfait(\*) ou maxiforfait.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Il s'agit de médicaments gratuits, toutes les zones « montant » (Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39) sont égales à zéro.
0	Tous les autres cas non repris sous la valeur 1.

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

**RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81**

---

- Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée
- (☞ 14) sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»). Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.
- (☞ 7) Pour les prestations qui ne figurent pas sur la liste, aucune prestation relative ne peut être remplie et cette zone doit, donc, obligatoirement être remplie avec des zéros.

**RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88**

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

En général : voir art. 95, § 1 et § 3 de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour les bénéficiaires hospitalisés, § 2 a) pour les délivrances aux personnes non hospitalisés et § 2 b) pour les bénéficiaires qui séjournent dans les maisons de repos et de soins.

La tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.

Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.

Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel

- (☞5) • Si la zone 4 = 0756000 (ou 0767502), cette zone est égale au montant (réduit) du forfait.  
Si la zone 4 = 0756022, 0756044; 0756066, 0756081, 0756103, 0756125, 0756140, 0756162, 0756184, 0756206, 0756221, 0756243, 0756265, 0756280, 0756302, 0757680 ou 0757702, cette zone est égale à 25% de la base de remboursement du produit concerné (voir art. 95 § 3 de l'A.R. du 21/12/2001).
- Si la zone 4 = 0757293, 0757315 ou 0757330, cette zone est égale au prix du forfait comme prévu dans l'art. 2, 3 ou 4 de l'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008), diminué de l'intervention personnelle prévue dans l'art. 6, 7 ou 8 du même AR.
- Pour les médicaments délivrés aux patients d'un hôpital chirurgical de jour et aux patients pour lesquels un forfait par jour peut être porté en compte, le montant de l'intervention de l'assurance est calculé selon les règles qui sont d'application pour les patients non hospitalisés.
- Pour les médicaments non remboursables, l'intervention de l'assurance est 0.
- Pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés, dans le cadre d'un forfait par jour, dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour (= forfaits avec code hospitalisé), les règles relatives à l'intervention de l'assurance et aux tickets modérateurs des bénéficiaires hospitalisés doivent être appliquées.
- S'il s'agit d'un enregistrement de détail d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750212), alors le contenu de cette zone est égal à zéro.
- Pour les produits de contraste (classe ATC V08) délivrés par une officine hospitalière, l'intervention de l'assurance est diminuée de 10 % à partir du 1/1/2013. A partir du 1/1/2017, cette même règle vaut également pour les médicaments biologiques repris dans le tableau « 90% facturation biologicals » du fichier de référence.
- (☞ 30) • 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 ou 0757971, cette zone est égale à l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013).
- (☞1) • Si la zone 4 = 0753631 ou 0757956, cette zone est égale à l'intervention prévue dans l'AR du 21/12/2001 augmentée de l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013).

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.

- En cas de forfait, le contenu de cette zone doit toujours être égal à 1.  
En cas de matériel et produits de soins pour les soins à domicile de bénéficiaires souffrant de mucoviscidose (point 4 de l'ET 40 Z 40-41 S 1), le nombre d'unités peut être plus grand que 1.
- (☞ 21) • Pour les médicaments délivrés par les officines hospitalières aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., voir unité à côté des codes indiqués par "\*" dans l'A.R. du 21/12/2001.
- S'il s'agit de la spécialité Inomax, le nombre d'unités mentionné dans cette zone est exprimé en heures.
- S'il s'agit de préparations magistrales (zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116), alors le nombre de modules est indiqué dans cette zone.  
S'il s'agit d'une molécule d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750212), alors on mentionne dans cette zone la quantité totale du produit indiqué dans la zone 40-41, exprimée dans l'unité la plus appropriée selon le code mentionné dans la zone 23 et arrondie à 4 chiffres significatifs. Lorsque la quantité, exprimée dans l'unité la plus petite possible, est plus petite que 1, alors on arrondit vers le haut (donc quantité = 1).
- Si la zone 4 = 0755952 ou 0757455, alors cette zone est égale à 1.
- Si la zone 4 = 0755974, alors on mentionne dans cette zone le nombre de jours de traitement.
- Si la zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 ou 0757433, la zone est égale à 1.

En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

---

**RUBRIQUE : UNITE**

---

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

---

Dans cette zone, on indique au moyen d'un code, l'unité dans laquelle la quantité renseignée dans la zone 22, est exprimée.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 4 = 0750212.

Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
01	ml
02	mg
03	microgramme
04	goutte
05	1000 unités
06	centimètre carré
07	litre
08	pièces
10	gramme
11	10.000 unités
12	100.000 unités
13	microlitre

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR**

---

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

---

Cette zone doit être complétée s'il s'agit de médicaments délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés.

Cette zone est égale à zéro s'il s'agit de médicaments ou de produits délivrés aux bénéficiaires hospitalisés (ET 40 Z 4 = pseudo-code du point 1, point 8, point 10 ou point 13 ou pseudo-code 0961026, 0960385 ou 0960400).

Toutefois, si l'identification du prescripteur est complétée, aucune erreur ne pourra être portée en compte.

Cette zone est également égale à zéro lorsqu'il s'agit de médicaments non remboursables, préparations magistrales ou produits délivrés sans prescription aux patients ambulants (ET 40 Z 4 = 0751015, 0750116 ou 0961015, 0960374 ou 0960396).

Pour les 3 pseudo-codes 0757293, 0757315 et 0757330, le prescripteur (médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique) doit être mentionné.

---

**RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128**

---

Dans cette zone, la quote-part personnelle réelle et réglementaire effectivement imputée doit être mentionnée.

Voir article 2. 1° et 2° a) de l'A.R. du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire maladie et invalidité.

Cette zone ne doit être utilisée que pour les patients non hospitalisés, les patients d'un hôpital chirurgical de jour, les patients pour lesquels un forfait par jour peut être porté en compte et les patients qui séjournent dans les MRS, MRPA ou IHP.

Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.

L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Lors de la réintroduction d'une prestation rejetée, la zone « intervention personnelle » doit à nouveau être remplie, même si le montant a entre-temps déjà été facturé et payé par le patient.

Si la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072 ou 0750094, alors l'intervention personnelle de la préparation magistrale est indiquée dans cette zone.

Si la zone 4 = 0750212, alors cette zone est égale à zéro.

Si la zone 4 = 0755974, alors cette zone est égale à zéro.

Pour les médicaments délivrés en ambulatoire aux patients qui séjournent en MSP et les spécialités pharmaceutiques qui ont été utilisées dans une solution pour alimentation parentérale, la zone 27 est égale à zéro. Dans la zone 39, l'intervention personnelle théorique est mentionnée.

Si la zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 ou 0757433, la zone est égale à zéro.

(☞1) Si la zone 4 = 0753631 ou 0757956, alors cette zone est égale à l'intervention personnelle prévue dans l'AR du 7 mai 1991 diminuée de l'intervention spécifique prévue dans l'AR du xx/xx/2013 (MB du xx/xx/2013).

Si la zone 4 = 0753653 ou 0757971, alors cette zone est égale à zéro.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

**RUBRIQUE** : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

---

**RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT OU MONTANT POUR PRODUITS NON-REBOURSABLES**


---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165**


---

Dans cette zone, on mentionne les montants portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée, hors cadre de l'assurance maladie obligatoire. Il ne s'agit donc pas de médicaments non remboursables délivrés aux patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques (voir ET 40 Z 39).

- Il s'agit
- des spécialités non remboursables délivrées aux patients qui séjournent dans un hôpital général : 0750820;
  - des médicaments non forfaitarisés non remboursables délivrés à des patients qui séjournent dans un hôpital aigu : 0756626 ;
  - des spécialités non remboursables délivrées aux patients non-hospitalisés : 0751015;
  - des préparations magistrales non remboursables délivrées aux patients non-hospitalisés : 0750116;
  - Les produits parapharmaceutiques non remboursables : 0960374-0960385, 0960396-0960400.
  - des médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et avec information au médecin-conseil : 0757245;
- Remarque : Si aucune information n'est communiquée au médecin-conseil (0757260) au plus tard au moment de la facturation (voir A.R. du 7 mai 1991), les médicaments ne peuvent pas être imputés au patient et cette zone est égale à zéro.
- pansements actifs non remboursables : 0757271 ;
  - supplément éventuel en cas de délivrance d'un tensiomètre dans le cadre du trajet de soins « insuffisance rénale chronique » : 0757433.
  - supplément éventuel en cas de délivrance des accessoires pour l'oxygène médical gazeux par le fournisseur non pharmacien: 0755952.
- (☞ 1) • différence entre le prix et l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013) dans le cas des contraceptifs non-remboursables délivrés aux femmes de moins de 21 ans: 0753653, 0757971 .

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

**RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT**

---

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

---

Voir enregistrement de type 30 zone 32.

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

Voir enregistrement de type 30 zone 33.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
(☞ 36) 6	Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice)
0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

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

Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée. Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

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

**RUBRIQUE : CODE EXCEPTION PROPHYLAXIE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 177**

---

Cette zone est toujours égale à zéro.

---

**RUBRIQUE : FLAG DCI**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 179**

---

Dans cette zone, il est indiqué si le médicament est prescrit sous le nom de marque ou sous sa DCI (dénomination commun internationale).

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
	01	gélules
(☞ 8)	02 (*)	cachets
	08	suppo adultes
	09	suppo enfants
	10	ovules
	11	rectioles
	13	ampoules
	15	poudres à diviser
	20	solutions usage interne
(☞ 8)	21	solutions usage externe
(☞ 8)	22 (*)	solutions usage externe (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)
	27	gouttes ophtalmiques
	28	lotions ophtalmiques
(☞ 8)	30	pommades
	31	pommades ophtalmiques
(☞ 8)	32 (*)	pommades (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)
	40	mélanges de poudres ou de plantes
	71	gélules enrobées
	90	délivrances telles quelles (p.ex. oxygène)
	91	préparations préfabriquées

En cas d'imputation d'honoraires supplémentaires, la valeur est précédée de « 1 »

Dans tous les autres cas la valeur est précédée de « 0 »

(☞ 8) A partir du 1/4/2014, la première position de cette zone est toujours égale à zéro. En effet, un honoraire supplémentaire est seulement encore prévu pour les gélules enrobées (« 71 »).

(☞ 8) (\*) supprimé pour les délivrances à partir du 1/4/2014

**RUBRIQUE : NUMERO OFFICE DE TARIFICATION**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 183**

---

Dans cette zone est mentionné le numéro d'identification de l'office de tarification agréé de l'officine de l'hôpital qui a délivré les médicaments (voir A.R. 23 novembre 1995, M.B. 11 janvier 1996).

---

**RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT THEORIQUE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 195**

---

Cette zone doit être utilisée pour les patients hospitalisés, les médicaments délivrés en ambulatoire aux patients qui séjournent en MSP et les spécialités pharmaceutiques qui ont été utilisées dans une solution pour alimentation parentérale.

Comme, dans ces cas, l'intervention personnelle est un montant forfaitaire, il s'agit ici d'un montant théorique qui n'est pas facturé au patient.

Médicaments remboursables

- a) Délivrance à des patients hospitalisés  
 Pour les médicaments hors forfaitarisation, ce montant constitue la différence entre la "base de remboursement" (dont question à l'art. 95, § 1 de l'A.R. du 21 décembre 2001) et le montant remboursé par l'assurance-maladie (ET 40 Z 19) (\*).  
 S'il s'agit de spécialités de référence, la différence entre le prix et la base de remboursement ne peut pas être reprise dans cette zone.  
 Pour les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation, cette zone est égale à zéro.
- b) Délivrance (ambulatoire) aux patients qui séjournent dans une MSP  
 Le ticket modérateur théorique est égal à la différence entre le « prix » (tarif \*) et le montant qui est remboursé par l'assurance maladie (ET 40 Z 19).  
 S'il s'agit de spécialités de référence, la différence entre le prix et la base de remboursement doit aussi être reprise dans cette zone.  
Exception : pour les spécialités de la catégorie Fa ou Fb, l'éventuelle différence entre le prix et la base de remboursement ne peut pas être reprise dans cette zone.

Médicaments non remboursables

Dans un hôpital psychiatrique ou une maison de soins psychiatrique, le ticket modérateur forfaitaire couvre également les médicaments non remboursables. Le prix total de ces produits doit être mentionné comme intervention personnelle théorique.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

(<sup>30</sup>30) (\*) Cette définition n'est pas valable pour les produits de contraste et les médicaments biologiques pour lesquels l'intervention est diminuée de 10 % (respectivement à partir du 1/1/2013 et à partir du 1/1/2017).

---

**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.

(5) 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 21 décembre 2001, fixant les conditions d'intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire dans les frais des prestations pharmaceutiques.

Les mêmes codes sont utilisés pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés (unités précédées d'un double astérisque (\*\*)), et pour les médicaments délivrés aux patients ambulants, aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. et I.H.P. et aux patients pour lesquels un forfait pour journée d'entretien peut être porté en compte (unités précédées d'un astérisque(\*)).

2. Médicaments non remboursables et autres délivrances non remboursables.

Voir codification de l'A.P.B.. Cependant, lorsque le code INAMI existe, celui-ci doit alors être mentionné.

Les médicaments non remboursables qui proviennent de l'étranger et pour lesquels il n'existe pas de code dans la publication de l'A.P.B. sont repris individuellement sous le pseudo-code nomenclature 07799984.

Les médicaments non remboursables qui proviennent du pays et pour lesquels il n'existe pas de code A.P.B. doivent être mentionnés sous le pseudo-code nomenclature 07799992.

Les délivrances non remboursables, autres que des médicaments - spécialités, pour lesquelles il n'existe aucun code A.P.B., doivent être mentionnées sous le pseudo-code 07799976.

Pour la médication chimiothérapeutique qui tombe sous le ATC-code L01, pour laquelle un maxi-forfait peut être facturé et pour laquelle aucun code CNK n'existe, le pseudo-code CNK 07799984 ou 07799992 doit être mentionné selon qu'il s'agit d'un produit belge ou étranger.

Lors de l'utilisation des pseudo-codes 07799984, 07799992 et 07799976, le libellé du produit concerné doit être mentionné dans les zones 42 à 45.

Remarque : L'utilisation des pseudo-codes 07799984, 07799992 et 07799976 doit être limitée à 1 % maximum du chiffre d'affaires annuel.

3. Préparations magistrales.

Si la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116, alors le contenu de cette zone est égal à zéro.

Si la zone 4 = 0750212, alors le code CNK est renseigné dans cette zone.

4. Matériels et produits de soins pour les soins à domicile de bénéficiaires souffrant de mucoviscidose

- diffuseurs pour perfusion préremplis délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100001
- diffuseurs pour perfusion vides délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100019
- location de pompe à perfusion aux ambulants dans les officines hospitalières	07100027
- réservoirs préremplis pour pompe à perfusion délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100035
- réservoirs vides pour pompe à perfusion délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100043
- forfait pour dispositifs médicaux au moyen desquels le bénéficiaire remplit éventuellement lui-même, à domicile, le diffuseur pour perfusion ou le réservoir pour pompe à perfusion – ambulants dans les officines hospitalières	07100050
- forfait pour dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins – ambulants dans les officines hospitalières	07100068
- honoraires de remplissage - ambulants dans les officines hospitalières	07100076

Dans l'ET 40 Z 4, ces pseudo-codes CNK doivent être regroupés sous le pseudo-code catégorie 0755392.

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 liquide	07105737 (*)
- coordination et accompagnement de l'oxygénothérapie gazeuse	07105745

Dans l'ET 40 Z 4, ces 2 pseudo-codes CNK doivent être regroupés sous le pseudo-code catégorie 0757455.

(\*) supprimé pour les délivrances à partir du 1/5/2012.

## ENREGISTREMENT DE TYPE 40 ZONE 40-41 SUITE 2

### 6. Trajets de soins

Trajet de soins diabète – tiges et lancettes - coût du matériel	07104656
Trajet de soins diabète – tiges et lancettes - honoraire	07104664
Trajet de soins diabète – glucomètre - coût du matériel	07104672
Trajet de soins diabète – glucomètre - honoraire	07104680
Programme ‘éducation et autogestion’ – tiges et lancettes – coût du matériel	07104698
Programme ‘éducation et autogestion’ – tiges et lancettes – honoraire	07105372
Programme ‘éducation et autogestion’ – glucomètre – coût du matériel	07105380
Programme ‘éducation et autogestion’ – glucomètre – honoraire	07105398
Trajet de soins insuffisance rénale chronique – tensiomètre - honoraire	07105406

Sur le site de l'INAMI, une liste des tensiomètres qui entrent en ligne de compte pour le remboursement dans le cadre de ce trajet de soins sera publiée.

Le coût du matériel doit être facturé sous le code CNK spécifique repris dans la liste susmentionnée.

**RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 48 A - 213**

---

Si la zone 40-41 de l'enregistrement de type 40 contient le code 07799976, 07799984 ou 07799992, cette zone doit reprendre la description du produit concerné.

Si la zone 4 de l'enregistrement de type 40 contient le pseudocode 0960374-0960385 ou 0960396-0960400, cette zone doit reprendre la description du produit concerné.

**RUBRIQUE : DATE DE L'ACCORD PRESTATION**

---

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

---

Voir enregistrement de type 30 zone 47.

Pour les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation, aucun accord du médecin conseil n'est nécessaire et cette zone est égale à zéro.

Pour les pseudo-codes 0757293, 0757315, 0757330, la date de l'accord du médecin conseil doit être complétée.

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

**RUBRIQUE : TRANSPLANTATION**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 270**

---

Voir enregistrement de type 30 zone 48.

---

**RUBRIQUE : NUMERO DU PHARMACIEN TITULAIRE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 271**

---

Dans cette zone, le pharmacien titulaire est identifié par le numéro d'identification de l'I.N.A.M.I..

- (☞ 1) Le numéro d'identification du pharmacien qui a signé la facture récapitulative (relative au mois facturé mentionné dans l'ET 10 Z 22-23) doit être mentionné dans cette zone.

A	B	C					D		E		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	2										

A : La première position est toujours 0.

B : La deuxième position est toujours le chiffre 2.

C : Numéro d'ordre, accordé par l'I.N.A.M.I. (positions 3 à 9).

D : Chiffres de contrôle.

E : Les 3 dernières positions indiquent :

001 titulaire.

**RUBRIQUE : ANNEE DE NAISSANCE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N - 283**

---

L'utilisation de cette zone est provisoirement facultative.

L'année de naissance du bénéficiaire mentionnée dans la zone 8 est indiquée dans cette zone.

**RUBRIQUE : SITE HOSPITALIER**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 287**

---

Voir enregistrement de type 30 zone 51.

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 293**

---

Voir enregistrement de type 30 zone 52.

---

**RUBRIQUE** : FLAG TVA

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT** : 2 N - 347

---

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'une prestation/délivrance sur laquelle de la TVA est due.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
01	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient et sur lesquelles 21% de TVA est dû
02	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient avec exemption de TVA
00	tous les autres cas

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

**RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 50**

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

**RUBRIQUE : NORME PRESTATION (POURCENTAGE)****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9**

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

Valeur    Signification

- |             |   |
|-------------|---|
| 1           | Aide opératoire en cas de 1ère intervention chirurgicale ou de prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale (*).<br>Les 7 chiffres suivants du code de prestation contiennent le code de prestation pour lequel l'aide opératoire est portée en compte.  |
| 2           | Aide opératoire en cas de 2ème intervention chirurgicale ou d'interventions chirurgicales suivantes.<br>Les 7 chiffres suivants du code de prestation contiennent le code de prestation pour lequel l'aide opératoire est portée en compte.   |
| (☞ 5) 3     | Honoraire forfaitaire réduit par admission pour l'imagerie médicale, pour la biologie clinique ou pour la permanence (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans un délai de 10 jours après une hospitalisation précédente).   |
| 4           | Consultations, visites, suppléments d'urgence et indemnité supplémentaire de déplacement sans ticket modérateur dans le cadre de la vaccination contre la grippe AH1N1, où le ticket modérateur est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (honoraire complet dans la Z 19; Z 27 égale à zéro)  |
| 5           | Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans les champs nettement distincts de l'intervention principale ou pour des prestations pouvant être comptées à 50 % seulement.   |
| (☞4,8,13) 6 | Les matériaux de l'art. 28, de l'art. 35 (à l'exception du §18, a)) et de l'art. 35bis de la nomenclature (jusqu'au 30/6/2014 inclus) ou issus de la « liste » (AR xx/xx/2014) (à partir du 1/7/2014) et les défibrillateurs cardiaques implantables (jusqu'au 31/12/2013 inclus) pour lesquels le prix d'achat est inférieur au prix-INAMI, ne sont par conséquent, tarifés qu'au niveau du montant de la facture. |
| 7           | Prestations hors réglementation tiers payant mais sont sur le support magnétique pour mémoire et une facture O.A. par paiement comptant suit.   |

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

(\*) Pour les prestations exécutées à partir du 1/11/2011, la norme 1 est seulement encore utilisée en cas de 1<sup>ère</sup> intervention chirurgicale. L'aide opératoire ne peut plus être facturée en cas de prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale.

- 9 - Pour les prestations de radiothérapie effectuées en plusieurs séances, le code prestation doit être repris autant de fois qu'il y a eu de séances; pour chaque code prestation, il y a lieu de reprendre la date de la séance (c.à.d. date de début = date de fin = date de prestation). Le tarif doit être mentionné dans l'enregistrement du dernier code prestation (code norme = 0, ou 5 en cas de répétition). Pour toutes les autres prestations, le code norme est égal à 9 et la zone 19 (montant OA) est mise à zéro.

(☞34) Pour les prothèses dentaires, l'enregistrement avec le code de prestation doit être précédé d'enregistrements avec pseudo-codes qui désignent les phases de fabrication. Dans ces enregistrements, la date de chaque phase doit être complétée (Z 5 = Z 6). Le code norme est égal à 9. Les zones montant sont égales à zéro. Les enregistrements avec le code norme 9 doivent être mentionnés dans une série continue et être immédiatement suivis par le dernier enregistrement de prestation avec le code norme 0.

Cas particuliers :

- Si la situation du patient ambulancier-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 (ambulancier 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 série d'irradiations soit facturé sur une facture hospitalisé et l'honoraire supplémentaire sur une facture ambulancier, ou inversement.

- Si l'assurabilité du patient change durant la période de prestation (modification CT1/CT2, modification de mutualité d'affiliation), alors tous les enregistrements avec norme 9, de même que l'enregistrement de facturation avec norme 0 sont mentionnés sur une même facture. La situation d'assurabilité du patient à la date de la dernière prestation est mentionnée sur cette facture.

- Pour les *honoraires forfaitaires* pour les soins infirmiers A, B, C, PA, PB, PC, PP, l'enregistrement comportant le code nomenclature du forfait doit être précédé d'une série d'enregistrements dans lesquels, les prestations de base et les prestations techniques infirmières prestées durant le jour de soins concerné sont indiquées au moyen des pseudo-codes (voir art. 8, § 5, 3°, c de la nomenclature). Le cas échéant, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §5 bis, 5°, d de la nomenclature sont également mentionnés.

Pour les *honoraires supplémentaires PN*, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §5 bis, 5°, d de la nomenclature sont mentionnés, le cas échéant.

(☞ 7) Pour les *prestations 427534, 427556, 427571 et 429251*, des enregistrements avec des pseudo-codes de l'art. 8, §9 de la nomenclature sont mentionnés, le cas échéant.

Tous ces enregistrements avec les pseudo-codes susmentionnés doivent être indiqués par la norme 9; les zones 19, 27 et zone 30-31 sont alors toujours égales à zéro et la zone 17-18 indique respectivement le code nomenclature de l'honoraire forfaitaire ou de l'honoraire supplémentaire PN ou le code nomenclature 427534, 427556, 427571 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.

(☞ 7)

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 3 SUITE 2

- (☞ 8)
- Pour les tuteurs coronaires (jusqu'au 30/6/2014 inclus: 687875-687886; à partir du 1/7/2014: 158992-159003), tuteurs coronaires ou drug eluting stents (jusqu'au 30/6/2014 inclus: 680352-680363; à partir du 1/7/2014: 159036-159040) ou drug eluting stents (jusqu'au 30/6/2014 inclus: 680315-680326; à partir du 1/7/2014: 159014-159025) et pour les prestations relatives aux endoprothèses (jusqu'au 30/6/2014 inclus: 634012 à 634325 inclus; à partir du 1/7/2014: 161114 à 161420 inclus), la facturation se fait comme suit:
    - \* le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents placés ou au nombre d'éléments utilisés + 1;
    - \* le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents ou égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du tuteur/drug eluting stents ou de l'élément utilisé;
    - \* le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire, la zone 22 est toujours égale à "+0001", les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;
    - \* le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant forfaitaire est facturé;
- Attention: implantation sur plusieurs jours: voir instructions ET 50 Z 3 S 5 et Z 4 S 18

- (☞ 1)
- Pour les prestations relatives aux combinaisons de produits visco-élastiques (0682496-0682500 et 0682511-0682522) (\*):
    - \* soit le produit utilisé est repris dans les listes relatives aux deux prestations susmentionnées, auquel cas la facturation se fait selon les règles habituelles;
    - \* soit il s'agit d'une combinaison de deux produits repris dans les listes relatives aux prestations [0682415-0682426 ou 0682430-0682441] et [0682452-0682463 ou 0682474-0682485], auquel cas la facturation se fait comme suit :
      - le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal à 3 ;
      - les deux premiers enregistrements doivent être indiqués par la norme 9 ; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001", la zone 43 reprend le code d'identification du produit utilisé ;
      - le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire, la zone 22 est toujours égale à "+0001", les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro ;
      - le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant forfaitaire est facturé.

- (☞ 1) (\*) Les instructions concernant les combinaisons de produits visco-élastiques sont valables pour les prestations exécutées jusqu'au 31/3/2013 inclus.

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 3 SUITE 3

- (☞ 8) - Pour les prestations relatives au matériel utilisé en chirurgie cardiaque minimale invasive (0689754-0689765 et 0689776-0689780) et pour la prestation 0688472, la facturation se fait comme suit (jusqu'au 30/6/2014 inclus):
- \* le(s) premier(s) enregistrement(s) (= enregistrement(s) statistique(s)) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
  - \* le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9.
  - \* le(s) enregistrement(s) suivant(s) (= enregistrement(s) de facturation) :
    - soit la somme des prix des éléments est inférieure au remboursement : il y a 1 enregistrement (de facturation) ; celui-ci est indiqué par la norme 6 ; la zone 19 mentionne la somme des prix des différents éléments utilisés ; la zone 22 est toujours égale à "+0001" ; les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;
    - soit la somme des prix des éléments est égale ou supérieure au remboursement et est inférieure ou égale au prix plafond : 2 enregistrements de facturation sont établis :
      - le premier enregistrement (de facturation) est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant du remboursement prévu dans la nomenclature ; la zone 22 est toujours égale à "+0001" ; les zones 27 et 30-31 sont égales à zéro ; la zone 43 est égale à zéro ;
      - le deuxième enregistrement (de facturation) (marge de sécurité) est indiqué par la norme 0 ; la zone 19 est égale à zéro ; la zone 22 est toujours égale à "+0001" ; la zone 27 est égale à la différence entre la somme des prix des éléments utilisés et le remboursement ; la zone 30-31 est égale à zéro ; la zone 43 est égale à zéro.
  - \* la marge de délivrance est attestable sous le pseudo-code existant 0685856-0685860.  
Au cas où la somme des prix des éléments utilisés est supérieure au prix plafond, l'ensemble du matériel doit être attesté sous le pseudo-code 0960536-0960540.
- (☞ 8) - Pour les neurostimulateurs rechargeables 715116-715120 et 715131-715142, la facturation se fait comme suit (jusqu'au 30/6/2014 inclus) :
- \* le(s) premier(s) enregistrement(s) (= enregistrement(s) statistique(s)) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés) (maximum 2) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
  - \* l'enregistrement suivant (= enregistrement de facturation) est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 contient le montant de l'intervention (= somme des interventions des éléments utilisés); la zone 22 est égale à "+0001"; les zones 27, 30-31 et 43 sont égales à zéro;
  - \* le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25 et 27 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé.
  - \* la marge de délivrance est facturée sous le pseudo-code 0685812-0685823 (le montant est toujours égal au montant plafond 148,74 EUR)

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 3 SUITE 4

- Pour les autres implants avec liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, la facturation s'effectue comme suit :
  - \* le nombre d'enregistrements consécutifs est égal au nombre d'éléments utilisés + 1;
  - \* le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
  - \* le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, la zone 22 est toujours égale à "+0001", la zone 43 est toujours égale à zéro;
  - \* le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25, est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé;
- (☞ 8) Les prestations avec liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel sont indiquées avec la valeur « 1 » dans la colonne « type implant » de la feuille « Z43 » de la liste implants publiée sur le site de l'INAMI (à la
- (☞ 14) page « Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique ») (mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus et reste valable pour les pseudo-codes dans le cadre des déclarations d'accord et dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ») ou avec la valeur 2 dans la zone « identificationZone43 » du fichier de référence « LIST » (à partir du 1/7/2014).
- Pour les implants avec obligation de notification, sans liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, la facturation s'effectue comme suit :
  - \* le nombre d'enregistrements consécutifs est égal au nombre d'éléments utilisés notifiés + 1;
  - \* le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés notifiés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro; la zone 55-56 reprend le code de notification de l'élément utilisé;
  - \* le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, la zone 55-56 est toujours égale à zéro;
  - \* le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé;
- (☞ 8) Les prestations qui doivent être facturées de cette façon, sont indiquées avec la valeur
- (☞ 14) « 1 » dans la feuille « Z55-56 » de la liste implants (mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus et reste valable pour les pseudo-codes dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ») ou avec la valeur 2 dans la zone « notificationZone55 » du fichier de référence « LIST » (à partir du 1/7/2014).  
Un exemple concret est détaillé dans l'ET 50 Z 4 S 25 et S 26.
- (☞ 30) - Pour les prestations 180235-180246 et 180250-180261, la facturation s'effectue comme suit :
  - \* le nombre d'enregistrements consécutifs est égal au nombre d'éléments utilisés + 1;
  - \* le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de drug-coated ballons) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
  - \* le(s) enregistrement(s) suivant(s) (nombre égal au nombre de tuteurs) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro; la zone 55-56 reprend le code de notification de l'élément utilisé;
  - \* le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, les zone 43 et 55-56 sont égales à zéro;
  - \* le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé.Dans le fichier de référence « LIST », ces prestations sont indiquées avec la valeur « 2 » aussi bien dans la zone « notificationZone55 » que dans la zone « identificationZone43 ».

0 Toutes les autres situations ...

**Mise en place des stents sur plusieurs jours.**

(☞ 8) A partir du 1/7/2014:

La condition de remboursement F-§05, point 5.1 prévoit que par séjour, seule une des prestations

(☞26) 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 et 170656-170660  
peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

Deux possibilités existent alors :

1) Plusieurs tuteurs coronaires / drug eluting stents mis en place pendant différentes périodes opératoires mais lors de la même hospitalisation:

Le forfait ne peut être pris en compte qu'une fois, mais tous les codes d'identification de TOUS les stents implantés doivent être mentionnés sur la facture électronique.

Les premiers stents sont mentionnés avec norme 9 et la date exacte de l'implantation.

Puis un enregistrement avec norme 0 et le montant forfaitaire suit avec la date de la première implantation.

Ensuite se trouve l'enregistrement avec la facturation de la marge de délivrance.

Finalement les stents de la deuxième implantation sont mentionnés avec norme 9 et leur date exacte d'implantation.

Voir également l'exemple dans la Zone 4 S 18.

2) Plusieurs tuteurs coronaires / drug eluting stents mis en place lors de différentes périodes opératoires lors de différentes hospitalisations.

Le forfait peut être pris en compte plusieurs fois, puisqu'il s'agit de différentes hospitalisations.

La facturation s'effectue selon les règles normales.

(☞26) Remarque:

Cette méthode ne vaut pas pour la prestation 158970-158981: pour cette prestation, ni un code d'identification, ni un code de notification ne doit être mentionné; il n'y a, donc, pas d'enregistrements statistiques avec norme 9.

**RUBRIQUE : CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE**

---

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

---

Code de la prestation qui a été fournie.

Ces numéros de code figurent en général dans la nomenclature des prestations de santé et sont précédés d'un zéro.

Des pseudo-codes ont été introduits:

- pour des dépenses définies dans la nomenclature, mais non codifiées;
- pour des dépenses non définies dans la nomenclature, mais dans des accords ou conventions;
- etc, ...

Ceux-ci sont reproduits ci-après.

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUIVE 1

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
1. Frais de déplacement des médecins		
a) Indemnités ordinaires pour spécialistes en pédiatrie	0109911	-
b) Supplément d'indemnité pour les médecins généralistes dans les régions rurales	0109955	-
c) Indemnité kilométrique pour les médecins spécialistes	0109970	-
(☞ 4) 2. Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier et des accoucheuses		
a) praticiens de l'art infirmier	0418913	-
b) accoucheuses	0422973	-
3. Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au typage de donneurs potentiels à l'étranger en vue de trouver un donneur compatible, ainsi que dans les frais relatifs au prélèvement de ces cellules souches hématopoïétiques et à l'assurance du donneur	0269872	0269883
Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au transport du donneur étranger de cellules souches hématopoïétiques	0269894	0269905
Art. 14, m) 3ème alinéa : transport d'organe prélevé à l'étranger	0269916	0269920
4. Les maisons médicales :		
- forfait médecins	0109616	-
- forfait kinésithérapeutes	0509611	-
- forfait praticiens de l'art infirmier	0409614	-
(☞ 28) - DMG+ (70%)	0103272 (*)	-
(☞ 28) - DMG+ (30%)	0103294 (*)	-
(☞ 28) - suivi patient diabétique de type 2 en maison médicale	0109594	-
5. Rééducation professionnelle - Rééducation individuelle		
A) Rééducation professionnelle		
- Examen d'orientation professionnelle - éducation	0771013	-
- Inscription à des cours et des examens	0771035	-
- Séjour	0771050	-
- Frais de déplacement	0771072	-
- Assurance	0771094	-
- Matériel et équipement	0771116	-
B) Fonds spécial de solidarité	0773194	0773205

(☞ 28) (\*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/4/2016.

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
C) Rééducation individuelle		
a) - Traitement orthoptique	0771536	0771540
- Séance individuelle de rééducation fonctionnelle par un orthoptiste, d'une durée de 60 minutes au minimum	0771551	0771562
b) Appareillage (article 151 + nomenclature)		
- Appareils à parler - type électronique	0771632	0771643
- Prothèse externe orbito-oculaire	0771654	0771665
- Lunettes télescopiques	0771713	0771724
- Pompes à perfusion	0771735	-
- Accessoires pour l'ensemble	0771750	-
- Prestations de rééducation fonctionnelle admises par art. 27, 29 et 31 de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception de l'art. 29, § 12	0771772	0771783
c) Prestations de rééducation de patients cardiaques		
- Séance individuelle pluridisciplinaire d'une durée minimale de 30 minutes	-	0771201
- Séance collective pluridisciplinaire d'une durée minimale de 60 minutes	0771212	0771223
d) Prestations de diététique et de podologie		
- évaluation et/ou intervention diététique individuelle	0771131	-
- examen ou traitement podologique individuel	0771153	-
e) Prestations de rééducation fonctionnelle suite à l'entrée en vigueur des trajets de soins		
- Prestations de diététique et podologie diététique	0794010	-
podologie	0794032	-
- Prestation de rééducation éducation de départ	0794054	-
éducation de suivi	0794076	-
supplément d'éducation en cas de complications	0794091	-
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	07731500773161	
- 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
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
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).		
(☞ 16) 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).		

## Libellé

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
(☞29) 5quater. Convention diabète (enfants) (méthode de mesure par capteur)		
Journée de prestation groupe C – mesure par capteur	0788852	
Journée de prestation groupe B – mesure par capteur	0788815	
Journée de prestation groupe A – mesure par capteur	0788771	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785750	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785794	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785831	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785875	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785912	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785956	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785713	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785676	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785632	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785595	
Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 6 et le code service 770.		
(☞36)5quinquies. Convention SAOS		
Forfait AOM pour un bénéficiaire qui utilise pour la première fois une OAM	0779870	
Forfait AOM pour un bénéficiaire dont l'OAM doit être renouvelée	0779892	
Forfait de base AOM	0779914	
Forfait de départ nCPAP	0779936	
Forfait de base nCPAP	0779951	
Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 6 et le code service 770.		
Les pseudo-codes ambulatoires sont également utilisés dans le cas d'une hospitalisation temporaire (sous le type de facture 6 et avec code service 770).		
6. a) Bains désinfectants pour brûlures :		
- Global	-	0754526
- Brûlure isolée sur un des quatre membres	-	0754541
b) Nutrition parentérale au domicile du patient		
- Poches « à la carte » adultes	0751354	-
- Poches « à la carte » enfants	0751376	-
- Pré-mélanges industriels	0751391	-
- Poches « per dialytique »	0751413	-
(☞33) - Forfait par jour pour l'administration d'électrolytes	0751951	-
c) Seringues d'insuline stériles	0754736	-
d) Alimentation entérale par sonde au domicile du patient		
- l'administration d'un produit polymérique	0751251	-
- l'administration d'un produit semi-élémentaire	0751273	-
- l'utilisation du matériel sans pompe	0751295	-
- l'utilisation du matériel avec pompe	0751310	-
- l'utilisation de la pompe	0751332	-
e) Prothèse capillaire en cas de		
- calvitie suite à une radiothérapie et/ou chimiothérapie antimitotique	0755414	0755425
- pelade	0755436	0755440
- alopecie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire	0755451	0755462
- alopecie 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 4 <sup>ième</sup> mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751855	-
- suivi (à partir du 4 <sup>ième</sup> mois) autres bénéficiaires	0751892	-
7. Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales	-	0700000
8. a) Article 35, catégorie 5 :		
(☞ 5) ● Neurostimulateur et accessoires implantés pour le traitement de mouvements irréguliers (à partir du 1/12/2013):		
- neurostimulateur implantable	0702914 (*)	0702925(*)
- neurostimulateur implantable – Remplacement	0702973 (*)	0702984(*)
- électrodes et accessoires (par pièce)	0702936 (*)	0702940(*)
- électrode implantée – Remplacement (par pièce)	0702995 (*)	0703006(*)
- électrode en cas de stimulation d'essai négative (par pièce)	0702951 (*)	0702962(*)
- neurostimulateur implantable rechargeable	0703371 (*)	0703382(*)
- neurostimulateur implantable rechargeable – Remplacement	0703393 (*)	0703404(*)
● Matériel pour assistance ventriculaire utilisé en cas de "bridge - to - transplant"	0684714 (*)	0684725(*)
Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d'un « bridge-to-transplant » pour un patient ambulant durant la première année de son assistance (par mois)	0701035 (*)	
Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d'un « bridge-to-transplant » pour un patient ambulant après la première année de son assistance (par mois)	0701050 (*)	
● Neurostimulateur en cas de trouble obsessionnel compulsif (TOC):		
- premier neurostimulateur en cas de TOC	0697933(*)	0697944(*)
- premier neurostimulateur complémentaire en cas de TOC	0703511(*)	0703522(*)
- neurostimulateur de remplacement en cas de TOC	0703533(*)	0703544(*)
- neurostimulateur complémentaire de remplacement en cas de TOC	0703555(*)	0703566(*)
- premier neurostimulateur rechargeable en cas de TOC	0703570(*)	0703581(*)
- neurostimulateur rechargeable de remplacement en cas de TOC	0703592(*)	0703603(*)
- électrodes et accessoires	0697955(*)	0697966(*)
- électrode en cas d'essai négatif (par pièce)	0703614(*)	0703625(*)
● Endoprothèse fenêtrée et/ou multibranche	0703415(***)	0703426(***)
● Moniteur cardiaque implantable et accessoires	0693910(**)	0693921(**)

(☞ 25) (\*) Supprimé à partir du 1/8/2016.

(☞ 22) (\*\*) Supprimé à partir du 1/3/2016.

(☞ 23) (\*\*\*) Supprimé à partir du 1/5/2016.

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
(☞3) ● Stent valvulaire percutané implantable dans la position pulmonaire		
- Stent valvulaire percutané implantable avec système de placement placé dans le outflow tract du ventricule droit	0704616 (*)	0704620 (*)
- Ensemble du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable placé dans le outflow tract du ventricule droit, le stent valvulaire percutané implantable avec système de placement non compris	0704631 (*)	0704642 (*)
- Ensemble du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable dans le outflow tract du ventricule droit, le stent valvulaire percutané implantable avec système de placement non compris dans le cas où il y a eu une pré-dilatation et/ou pré-venting et qu'il n'y a pas eu de redilatation et/ou re-venting pendant la procédure, pendant laquelle un stent valvulaire percutané implantable est placé dans le outflow tract du ventricule droit	0704653 (*)	0704664 (*)
(☞9) ● Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique (12.000 €)	0680153 (*)	0680164 (*)
Accessoires d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique (3.000 €)	0680175 (*)	0680186 (*)
Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique, y compris les accessoires (3.082,31 €)	0680993 (*)	0681004 (*)
b) Article 35bis, catégorie 3 :		
Ensemble du matériel de consommation pour l'exécution de la prostatectomie totale, y compris l'exérèse du bloc vésiculaire avec suture uréthro-vésicale par chirurgie robotisée endoscopique	0777114 (***)	0777125 (***)
Sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire	0703496 (***)	0703500 (***)
(☞8) c) Marge de délivrance des implants (cette marge doit être facturée au même moment que les prestations correspondantes)		
● <u>Implants et dispositifs médicaux invasifs jusqu'au 30/6/2014 inclus</u>		
- pour les prestations de l'art. 28, § 1er	0618715	0618726
- pour les prestations des catégories 1, 2 et 5 de l'art. 35	0685812	0685823
- pour les prestations des catégories 3 et 4 de l'art. 35	0685834	0685845
- pour les prestations de l'article 35bis, catégories 1, 2 et 3	0685856	0685860
- pour les prothèses de la parole	0785352 (**)	0785363 (**)
● <u>Implants et dispositifs médicaux invasifs à partir du 1/7/2014</u>		
- implants et dispositifs médicaux invasifs de la "liste"	0619673	0619684
- art. 35 catégorie 5	0685812 (*)	0685823 (*)
- art. 35bis catégorie 3	0685856 (***)	0685860 (***)
- pour les prothèses de la parole	0785352 (**)	0785363 (**)
● <u>Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes à partir du 1/1/2014</u>		
- défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable dans l'enveloppe	0680374	0680385
- électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable	0680190	0680201
(☞11) - défibrillateur cardiaque implantable (de remplacement) après liquidation totale de l'enveloppe ou lors d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe ou sous garantie	0704933	0704944
(☞11) - électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable après liquidation totale de l'enveloppe ou lors d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe	0704955	0704966

(☞25,35) (\*) Supprimé à partir du 1/8/2016.

(\*\*) La marge de délivrance est à charge de l'assurance maladie obligatoire (voir Convention avec les fournisseurs d'implants).  
Le montant doit donc être mentionné dans la zone 19.

(☞22,35) (\*\*\*) Supprimé à partir du 1/3/2016.

## Libellé

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 zone 46 de l'E.T. 50, si le montant mentionné dans la zone 27 est le résultat du calcul exact sur le prix d'achat (zone 19 + zone 27 de l'E.T. 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 zone 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 zone 27 égal à zéro et avec la norme 7.

d) Supprimé

e) Défibrillateur cardiaque implantable

(☞ 5)	Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable	0704815	0704826
(☞ 5)	Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable	0704830	0704841
(☞ 11)	Tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable	0704896	0704900
(☞ 36)	Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient	0705095	0705106
(☞ 11)	Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque implantable d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe	0704970	0704981
(☞ 11)	Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe	0704992	0705003
(☞ 11)	Tranche d'enveloppe pour électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe	0705036	0705040
(☞ 36)	Tranche d'enveloppe pour défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient à la valeur du montant restant dans l'enveloppe	0705154	0705165
(☞ 5)	Défibrillateur cardiaque implantable après liquidation totale de l'enveloppe	0704852	0704863
(☞ 5)	Défibrillateur cardiaque de remplacement implantable après liquidation totale de l'enveloppe	0704874	0704885
(☞ 5)	Electrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable après liquidation totale de l'enveloppe	0704911	0704922
(☞ 36)	Défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé pour des raisons liées au patient après liquidation totale de l'enveloppe	0705110	0705121
(☞ 11)	Défibrillateur cardiaque implantable remplacé sous garantie	0705051 (*)	0705062 (*)
(☞ 36)	Défibrillateur cardiaque de remplacement implantable en cas de remplacement anticipé en cas d'une end-of-life	0694993	0695004

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.

(☞ 36) (\*) supprimé le 1/1/2018.

(☞ 11)

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 6 BIS

**Pseudo-code nomenclature**  
**Ambulant Hospitalisé**

**Libellé**

(☞ 8) f) Marge de sécurité des implants (jusqu'au 30/6/2014 inclus) (***)	0618730	0618741
Marge de sécurité des implants (à partir du 1/7/2014) (***)	0619695	0619706

La marge de sécurité doit être facturée via un enregistrement distinct. Le montant est repris dans la zone 27. Le (pseudo-)code de l'implant est communiqué comme prestation relative.  
Si aucune marge de sécurité n'est facturée, aucun enregistrement « marge de sécurité » n'est établi.

9. Les honoraires forfaitaires pour soins infirmiers voir E.T. 50 Z 3 en regard de la norme "9".

(☞ 8) (\*\*\*) Supplément mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité, tel que défini à l'article 35, §4 et l'article 35bis, §4 de la nomenclature (jusqu'au 30/6/2014 inclus) ou tel que défini dans l'AR du 25/6/2014 (à partir du 1/7/2014).

**Codification des bandes et autres matières plâtrées, du sang et du plasma sanguin pour transfusion et du lait maternel.**

Libellé	Pseudo-code nomenclature			
	Ambulant		Hospitalisé	
	100 %	75 % (*)	100 %	75 % (*)
<u>APPAREIL PLATRE OU ORTHOPEDIQUE</u>				
a) Tête :				
Casque crânien	0690012	0692016	0690023	0692020
b) Cou :				
- Collier de Schanz	0690034	0692031	0690045	0692042
- Collier minerve	0690056	0692053	0690060	0692064
- Minerve avec corselet thoracique	0690071	0692075	0690082	0692086
c) Tronc :				
- Corselet en-dessous des omoplates	0690093	0692090	0690104	0692101
- Corselet prenant tout le tronc sans les épaules sous les omoplates avec appui sternal hyper-extension brace	0690115	0692112	0690126	0692123
- Corselet cuirasse à épaulière moulée à pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing)	0690130	0692134	0690141	0692145
- Lombostat	0690152	0692156	0690163	0692160
- Milwaukee et corselet complet avec minerve	0690174	0692171	0690185	0692182
- Lit plâtre englobant articulations cou jusqu' aux articulations des hanches	0690196	0692193	0690200	0692204
- Coquille plâtrée	0690211	0692215	0690222	0692226
- Coquille plâtrée descendant jusqu'au pli fessier avec épaulière	0690233	0692230	0690244	0692241
d) Membres supérieurs (les segments s'additionnent) :				
- Doigt séparément	0690255	0692252	0690266	0692263
- Main	0690270	0692274	0690281	0692285
- Main et doigts	0690292	0692296	0690303	0692300
- Poignet et avant-bras	0690314	0692311	0690325	0692322
- Bras	0690336	0692333	0690340	0692344
- Bras et épaule	0690351	0692355	0690362	0692366
- Aéroplane	0690373	0692370	0690384	0692381
- Thorax	0690395	0692392	0690406	0692403
- Thoraco-brachial	0690410	0692414	0690421	0692425

(\*) Les pseudo-codes relatifs à l'intervention à 75% sont supprimés à partir du 1/3/2012.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 8

	(*)		(*)	
e) Membres inférieurs (les segments s'additionnent) :				
- Pied	0690432	0692436	0690443	0692440
- Pied et jambe jusqu'à mi-jambe	0690454	0692451	0690465	0692462
- Pied et jambe plateaux tibiaux compris	0690476	0692473	0690480	0692484
- Jambe et cuisse	0690491	0692495	0690502	0692506
- Cruro et ischio-pédieux	0690513	0692510	0690524	0692521
- Pelvi-pédieux simple	0690535	0692532	0690546	0692543
- Pelvi-pédieux double	0690550	0692554	0690561	0692565
- Thoraco-pédieux simple	0690572	0692576	0690583	0692580
- Thoraco-pédieux double	0690594	0692591	0690605	0692602
- Bassin, une cuisse (culotte)	0690616	0692613	0690620	0692624
- Bassin, deux cuisses (culotte)	0690631	0692635	0690642	0692646
Prothèse :				
- Matériel pour botte de Unna pour extension	0690653	0692650	0690664	0692661

MOULAGE

a) Tête :				
- Casque crânien	0690675	0692672	0690686	0692683
- Plaque crânienne	0690690	0692694	0690701	0692705
b) Cou :				
- Collier de Schanz	0690712	0692716	0690723	0692720
- Collier minerve	0690734	0692731	0690745	0692742
- Minerve avec corselet thoracique	0690756	0692753	0690760	0692764
c) Tronc :				
- Corset en-dessous des omoplates	0690771	0692775	0690782	0692786
- Corset prenant tout le tronc sans les épaules sous les omoplates avec appui sternal hyper-extension brace	0690793	0692790	0690804	0692801
- Corset cuirasse à épaulière moulée à pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing)	0690815	0692812	0690826	0692823
- Lombostat	0690830	0692834	0690841	0692845
- Milwaukee et corset complet avec minerve	0690852	0692856	0690863	0692860
- Lit plâtré englobant articulations cou jusqu'au articulations des hanches	0690874	0692871	0690885	0692882
- Coquille plâtrée	0690896	0692893	0690900	0692904
- Coquille plâtrée descendant jusqu'au pli fessier avec épaulière	0690911	0692915	0690922	0692926

(\*) Les pseudo-codes relatifs à l'intervention à 75% sont supprimés à partir du 1/3/2012.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 9

	(*)		(*)	
d) Membres supérieurs (les segments s'additionnent) :				
- Doigt séparément	0690933	0692930	0690944	0692941
- Main	0690955	0692952	0690966	0692963
- Main et doigts	0690970	0692974	0690981	0692985
- Poignet et avant-bras	0690992	0692996	0691003	0693000
- Bras	0691014	0693011	0691025	0693022
- Bras et épaule	0691036	0693033	0691040	0693044
- Aéroplane	0691051	0693055	0691062	0693066
- Thorax	0691073	0693070	0691084	0693081
- Thoraco-brachial	0691095	0693092	0691106	0693103
Prothèses :				
- Amputation complète ou partielle de la main	0691110	0693114	0691121	0693125
- Désarticulation du poignet	0691132	0693136	0691143	0693140
- Amputation de l'avant-bras	0691154	0693151	0691165	0693162
- Désarticulation du coude	0691176	0693173	0691180	0693184
- Amputation du bras	0691191	0693195	0691202	0693206
- Désarticulation de l'épaule	0691213	0693210	0691224	0693221
e) Membres inférieurs (les segments s'additionnent) :				
- Pied	0691235	0693232	0691246	0693243
- Pied et jambe jusqu'à mi-jambe	0691250	0693254	0691261	0693265
- Pied et jambe plateaux tibiaux compris	0691272	0693276	0691283	0693280
- Jambe et cuisse	0691294	0693291	0691305	0693302
- Cruro et ischio-pédieux	0691316	0693313	0691320	0693324
- Pelvi-pédieux simple	0691331	0693335	0691342	0693346
- Pelvi-pédieux double	0691353	0693350	0691364	0693361
- Thoraco-pédieux simple	0691375	0693372	0691386	0693383
- Thoraco-pédieux double	0691390	0693394	0691401	693405
- Bassin, une cuisse (culotte)	0691412	0693416	0691423	0693420
- Bassin, deux cuisses (culotte)	0691434	0693431	0691445	0693442
Prothèses :				
- Amputation partielle du pied	0691456	0693453	0691460	0693464
- Amputation Chopart, Ricard, Pyrogoff, Syme	0691471	0693475	0691482	0693486
- Amputation tibiale classique et P.T.B.	0691493	0693490	0691504	0693501
- Désarticulation du genou	0691515	0693512	0691526	0693523
- Amputation de la jambe sous le genou fléchi	0691530	0693534	0691541	0693545
- Amputation de la cuisse	0691552	0693556	0691563	0693560
- Désarticulation de la hanche	0691574	0693571	0691585	0693582
- Chaussures orthopédiques, par pied	0691596	0693593	0691600	0693604
- Semelles orthopédiques, par pied	0691611	0693615	0691622	0693626

(\*) Les pseudo-codes relatifs à l'intervention à 75% sont supprimés à partir du 1/3/2012.

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
<u>Intervention de l'assurance dans le coût du sang humain total et de certains produits sanguins labiles</u>		
(A.R. du 20/04/2010)		
Dans le cas d'une administration dans un établissement hospitalier, la facturation est effectuée par cet établissement.		
<u>Sang humain total</u>		
par unité de sang humain total	0752113	0752124
<u>Concentré érythrocytaire déleucocyté</u>		
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
<u>Concentré érythrocytaire déleucocyté irradié</u>		
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
<u>Concentré plaquettaire déleucocyté</u>		
a) par multiple entier de l'unité contenant au minimum $0,5 \cdot 10^{11}$ plaquettes et dont le nombre de leucocytes ne dépasse pas $1 \cdot 10^6$ dans le produit fini, filtre inclus	0752496	0752500
b) par unité de minimum $4 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752614	0752625
<u>Concentré plaquettaire déleucocyté irradié</u>		
a) par unité de $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752636	0752640
b) par unité de minimum $4 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752651	0752662
<u>Concentré plaquettaire déleucocyté pathogènes-réduits</u>		
a) par unité de $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752673	0752684
b) par unité de minimum $4 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752695	0752706
<u>Concentré leucocytaire</u>		
par unité de concentré leucocytaire	0752393	0752404
<u>Plasma humain frais congelé destiné à être utilisé pour les transfusions autologues programmées</u>		
par unité de plasma humain frais congelé	0752415	0752426
<u>Plasma humain frais congelé viro-inactivé</u>		
par unité de plasma humain frais congelé viro-inactivé	0752430	0752441
<u>Lait maternel (en ml.)</u>	0695052	0695063

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 11

(☞15) Codification des produits radio-pharmaceutiques à visée thérapeutique (AR 22/5/2014, MB 28/5/2014).

**Pseudo-code nomenclature**

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
<b>A. Sources scellées :</b>		
Phosphore 32 (P 32)	0698014(*)	0698025(*)
Grains d'or (Au 198)	0698036(*)	0698040(*)
Grains d'iridium 192 (Ir 192)	0698051(*)	0698062(*)
Grains de tantale 182 (Ta 182)	0698073(*)	0698084(*)
Grains, sphères et aiguilles d'yttrium 90 (Y 90)	0698095(*)	0698106(*)
Fils de tantale 182, d'iridium 192 et or 198	0698110(*)	0698121(*)
<b>B. Radio-éléments et molécules marquées :</b>		
Solution Iodure de Na I 125	0698132(*)	0698143(*)
Solution Iodure de Na I 131	0698154(*)	0698165(*)
Capsules Iodure de Na I 131	0698176(*)	0698180(*)
Soluté or colloïdal Au 198	0698191(*)	0698202(*)
Soluté or colloïdal Au 198 à petites particules	0698213(*)	0698224(*)
Soluté acide phosphorique P 32	0698235(*)	0698246(*)
Soluté phosphate de Na P 32	0698250(*)	0698261(*)
Suspension phosphate de chrome P 32	0698272(*)	0698283(*)
Complexe colloïdal phosphate de chrome P 32 à petites micelles	0698294(*)	0698305(*)
Complexe colloïdal phosphate de chrome P 32 à grosses micelles	0698316(*)	0698320(*)
Complexe colloïdal P 32 + Cr 51	0698331(*)	0698342(*)
Lipiodol F. marqué à l'I 131	0698353(*)	0698364(*)
Lipiodol U.F. marqué à l'I 131	0698375(*)	0698386(*)
Yttrium 90 en suspension	0698390(*)	0698401(*)
Phosphate de zirconium P 32 en suspension	0698412(*)	0698423(*)
Sérum albumine I 131	0698434(*)	0698445(*)
Strontium 85 ou 85 + 89, en solution ou poudre	0698456(*)	0698460(*)
Samarium 153	0698471(*)	0698482(*)
Iodium 125	0698515(*)	0698526(*)
Solution de chlorure d'Yttrium 90	0698530(*)	0698541(*)

(☞15) (\*) Supprimé à partir de la date de prestation 1/6/2015.

Ces pseudo-codes ont été remplacés par de nouveaux pseudo-codes publiés via un fichier Excel sur le site web de l'INAMI (<http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/radiopharma/Pages/default.aspx>)

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 12

(☞15) Codification des produits radio-pharmaceutiques à visée diagnostique (AR 22/5/2014, MB 28/5/2014).

**Pseudo-code nomenclature**

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
- NaI 131 et NaI 125	0699016(*)	0699020(*)
- Molécules inorganiques prêtes à l'emploi	0699031(*)	0699042(*)
- Eluats organiques ou inorganiques à courte vie de générateur utilisés comme tels	0699053(*)	0699064(*)
- Eléments sanguins figurés ou protéines plasmatiques du patient, marqués de façon extracorporelle par molécule inorganique	0699075(*)	0699086(*)
- Molécules organiques prêtes à l'emploi	0699090(*)	0699101(*)
- Molécules organiques ou inorganiques marquées par isotope à courte vie produits par générateur	0699112(*)	0699123(*)
- I 123 utilisé dans des cas où une exploration de la thyroïde n'a, au cours d'une séance précédente, pas fourni de renseignements suffisants et qu'un examen complémentaire à l'I 123 est dès lors nécessaire	0699134(*)	0699145(*)
- I 123 utilisé pour l'exploration de l'atrésie des voies biliaires en pédiatrie	0699156(*)	0699160(*)
- I 123 utilisé pour l'exploration du transplant rénal	0699171(*)	0699182(*)
- In 111, Ga 67 et Tl 201	0699193(*)	0699204(*)
- Radio-isotopes de poids atomique bas	0699215(*)	0699226(*)
- I 123 utilisé pour l'exploration de patients présentant un syndrome parkinsonien cliniquement douteux	0699230(*)	0699241(*)
(☞3) - ADREVIEW (I 123 iobenguane marqué)	0699473(**)	0699484(**)

Pour les radio-isotopes utilisés à titre diagnostique, les règles d'arrondi pour les médicaments de la catégorie B, reprises dans l'annexe 14, sont applicables. L'intervention personnelle est, donc, arrondie au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.

Il faut également tenir compte des montants plafond comme prévu dans le chapitre VI, §3 de l'AR

(☞15) du 21/12/2001 (jusqu'au 31/5/2015 inclus) ou comme prévu dans l'art. 27 de l'AR du 22/5/2014 (MB du 28/5/2014) (à partir du 1/6/2015).

(☞15) (\*) Supprimé à partir de la date de prestation 1/6/2015.

Ces pseudo-codes ont été remplacés par de nouveaux pseudo-codes publiés via un fichier Excel sur le site web de l'INAMI.( <http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/radiopharma/Pages/default.aspx>)

(☞3) (\*\*) Supprimé à partir de la date de prestation 1/6/2013.

Intervention de l'assurance dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).

La facturation est effectuée par l'hôpital où le matériel est utilisé comme greffe (c-à-d où le matériel est implanté), sous les pseudo-codes nomenclature publiés dans l'A.R. du 02/06/2010.

Honoraires forfaitaires d'imagerie médicale par admission : 0460784 (M.B. 27/05/99).

(☞20) Forfait INAMI PET (Art. 27/1 de l'A.R. du 22 mai 2014) : 747913-747924.

AR du 20/9/2012 modifiant l'art. 20, §1, f) de la nomenclature

La valeur des prestations 477116-477120, 477131-477142 et 478096-478100 est majorée de 50 % quand elles sont effectuées sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs.-Dans ce cas, il y a lieu d'utiliser les pseudo-codes suivants lors de la facturation :

478166 : prestation 477120 quand elle est effectuée sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs;

478181 : prestation 477142 quand elle est effectuée sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs;

478203 : prestation 478100 quand elle est effectuée sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs;

Convention "genetic counseling"

589750-589761: forfait pour le genetic counselling standard

589772-589783: forfait pour le genetic counselling complexe

589794-589805: forfait de rattrapage négatif temporaire

(☞26) Convention reconstruction mammaire

Les pseudo-codes (et les tarifs s'y rapportant) sont repris dans la convention entre le Comité de l'Assurance de l'INAMI et l'établissement hospitalier agréé.

(☞32) Convention oncofreezing

Les pseudo-codes des prestations remboursables (et les tarifs s'y rapportant) sont repris dans la convention entre le Comité de l'Assurance de l'INAMI et l'établissement hospitalier agréé.

Les pseudo-codes 96xxxx pour les montants à charge du bénéficiaire sont repris dans l'ET 50 Z 4 S 15.

(☞35) Kinésithérapie : indemnité « ouverture du dossier »

639855-639866 Indemnité pour les prestations 560011, 560114, 560210, 560313 et 560501.

639892 Indemnité pour les prestations 560416, 564395 et 560571

639870 – 639881 Indemnité pour la prestation 560534-560545

**Ambulant** **Hospitalisé**Kinésithérapie

Les prestations de kinésithérapie effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés et dispensées à des bénéficiaires atteints d'une des affections visées à l'article 7, 3ème alinéa, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982 doivent être attestées, à partir du 1/5/1999, sous les codes prévus à l'article 7, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, 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, § 1 <sup>er</sup> , 3 <sup>o</sup>
à l'article 7, § 13	→	utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1 <sup>er</sup> , 4 <sup>o</sup>

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 :

1 <sup>er</sup> cycle	0559812	0559823
2 <sup>ème</sup> cycle	0559834	0559845
3 <sup>ème</sup> cycle et suivants	0559856	0559860

Il s'agit uniquement de la mention du nombre de cas, toutes les zones "montant" sont égales à zéro.

L'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008) (forfaits médicaments PMA1, PMA2 et PMA3) n'a pas d'influence sur le compteur du nombre de cycles. Le compteur continue à marcher (n'est donc pas mis à zéro au 1/1/2009).

(☞27) <u>Projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté »</u>		
Début de prise en charge dans le projet	0793590	0793601
Fin de prise en charge dans le projet	0793612	0793623

(☞33) <u>Projet "hospitalisation à domicile"</u>		
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

Montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'un SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente

	0793553	
--	---------	--

(☞5) <u>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</u> (d'application à partir du 1/10/2013)	0793575	
---	---------	--

Transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009)

Forfait pour les 10 premiers km	0784416	0784420
Intervention à partir du 11 <sup>e</sup> jusqu'au 20 <sup>e</sup> km inclus	0784431	0784442
Intervention à partir du 21 <sup>e</sup> km	0784453	0784464
Intervention par paire d'électrodes	0784475	0784486

Convention dialyse hépatique

Dialyse de détoxification: élimination des toxines hydrosolubles et des toxines liées à l'albumine

	0761972	0761983
--	---------	---------

(☞29) <u>Assistance au sevrage tabagique</u> (AR 31/8/2009, MB 15/9/2009) (plus facturable pour les patients domiciliés dans la région flamande à partir de la date de prestation 1/1/2017)		
Première séance	0740434	0740445
Séances suivantes	0740456	0740460
Séances femmes enceintes	0740471	0740482

**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 <u>diagnostiques</u> non remboursables
	0960072	0960083	Prestations de soins <u>thérapeutiques</u> non remboursables
(☞23)	0961251	0961262	Interventions <u>esthétiques</u> non remboursables

(☞ 32) Convention oncofreezing

	0961376	0961380	Participation annuelle pour oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans <u>l'article 12</u> de la convention (le bénéficiaire avait déjà un contrat au moment de l'entrée en vigueur de la convention)
	0961391	0961402	Participation annuelle pour oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans <u>l'article 13</u> de la convention (prolongation de la conservation au-delà de la période de 10 ans).

(☞22) Implants et autres produits

	0960234	0960245	Implants non remboursables avec obligation de notification
	0960536	0960540	Implants non remboursables sans obligation de notification
(☞22)	0961236	0961240	Produits radiopharmaceutiques non remboursables
(☞24)	0961295	0961306	Matériel piqûre au doigt à charge du patient dans le cadre de la convention diabète
(☞25)	0961310	0961321	Matériel piqûre au doigt à charge du patient dans le cadre de la convention diabète enfants
(☞29)	0961332	0961343	Matériel mesure par capteurs à charge du patient dans le cadre de la convention diabète
(☞29)	0961354	0961365	Matériel mesure par capteurs à charge du patient dans le cadre de la convention diabète enfants
(☞23)	0961273	0961284	Montant total <u>TVA</u>

Frais divers dans les hôpitaux ou MSP

	0960492	0960503	Confort de chambre
	0960190	0960201	Frais personne accompagnante
	0960411	0960422	Nourriture et boissons
	0960433	0960444	Produits d'hygiène sans code APB
	0960455	0960466	Autres produits/services fournis à la demande du patient
	0960470	0960481	Frais d'ambulance

Frais divers dans les initiatives d'Habitations Protégées

	960315	frais de séjour tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour
	960330	coûts éventuels surplus au frais de séjour tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour
	960352	'autres' coûts surplus qui ne sont pas prévus dans la convention de séjour

Suppléments MRPA-MRS-CSJ.

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

Accidents de travail conventions internationales :

0961030	0961041	Biologie clinique non remboursable
0961052	0961063	Prestations de soins diagnostiques non remboursables
0961074	0961085	Prestations de soins thérapeutiques non remboursables
0961096	0961100	Déplacements non remboursables
0961214	0961225	Autres produits ou services non remboursables

Il s'agit des prestations originellement non remboursables qui sont prises en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la Z 19.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 16

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/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0	0682765	0682765
18				
19	MONTANT O.A.	+00000010018	+00000000000	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20080110	00000000	00000000
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001
23				
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000	000000000000
25				
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000005222	+000001524
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYZZZZC	000000000000	000000000000

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUIVE 17

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 : 0XXXYYYYAAAAAC
- 1 tuteur du type : 0XXXYYYYBBBBBC

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.	+0000000000	+0000000000	+00000205016	+0000000000
20	DATE PRESCRIPTION	19980630	19980630	19980630	00000000
21					
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	0000000000
25					
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYYAAAAAC	0XXXYYYYBBBBBC	000000000000	000000000000

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 18

b) 4 tuteurs sont implantés :

- 1 tuteur de type 0XXXXYYAAAAAC, le 5/4/2004
- 3 tuteurs du type 0XXXXYYBBBBBC, 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.	+0000000000	+0000205016	+0000000000	+0000000000
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	00000000000	01/XXXXX/CC/KKK
25	PRESCRIPTEUR				
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+00000000	+00000000	+000014874	+00000000
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+00000000	+00000000	+00000000	+00000000
43	CODE IMPLANT	0XXXXYYAAAAAC	000000000000	000000000000	0XXXXYYBBBBBC

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 19

L'exemple ci-dessous est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/03/2011 inclus.

Exemples d'une suite d'enregistrements relatifs aux drug eluting stents (DES) (Catégorie 5).

Prestataire conventionné

a) 2 DES de type XXXYYYAAAAAC sont implantés sans implantation de tuteurs coronaires :

- Prestation de base : 0687875-0687886 (forfait : U1985 – 2050,16 EUR)
- Supplément pour DES : 0686453-0686464 (forfait : U 968,22 – 1000 EUR)

ET	50	50	50	50 (2 X)	50	50
ZONE	PRESTATIONS					
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	0	0	9	0	0
4	N° PSEUDO-CODE	0687886	0685823	0686464	0686464	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
6	DATE FIN PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
15	PRESTATAIRE	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1	1
17	PRESTATION	0589024	0687886	0687886	0687886	0686464
18	RELATIVE					
19	MONTANT O.A.	+0000205016	+00000000000	+00000000000	+00000100000	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20031130	00000000	20031130	20031130	00000000
21						
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001
23						
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
25						
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000014874	+000000000	+000000000	+000000000
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	999999000034	000000000000	XXXYYYAAAAAC	000000000000	000000000000
46	NORME PLAFOND	0	7	0	0	7

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 20

L'exemple ci-dessous est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/03/2011 inclus.

b) 2 DES de type XXXYYYAAAAAC sont implantés avec implantation de 2 tuteurs coronaires de type XXXYYYBBBBBC :

- Prestation de base : 0687875-0687886 (forfait : U1985 – 2050,16 EUR)
- Supplément pour DES : 0686453-0686464 (forfait : U 968,22 – 1000 EUR)

ET	50	50 (2 X)	50	50	50 (2 X)	50	50
ZONE	PRESTATIONS						
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	0	0	9	0	0
4	N° PSEUDO-CODE	0687886	0687886	0685823	0686464	0686464	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
6	DATE FIN PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
15	PRESTATAIRE	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1	1	1
17	PRESTATION	0589024	0589024	0687886	0687886	0687886	0686464
18	RELATIVE						
19	MONTANT O.A.	+0000000000	+00000205016	+0000000000	+0000000000	+00000100000	+0000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20031130	20031130	00000000	20031130	20031130	00000000
21							
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001
23							
24	IDENTIFICATION DU	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
25	PRESCRIPTEUR						
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000014874	+000000000	+000000000	+000000000
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	XXXYYYBBBBBC	000000000000	000000000000	XXXYYYAAAAAC	000000000000	000000000000
46	NORME PLAFOND	0	0	7	0	0	7

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 21

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.	+0000000000	+0000000000	+0000211419	+0000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20110630	20110630	20110630	00000000
21					
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
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	000000000000	000000000000
46	NORME PLAFOND	0	0	0	7

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 22

**Exemple chirurgie cardiaque à invasion minimale (voir description de la méthode dans l'ET 50 Z 3 S 4)**

3 éléments (canule artérielle) : 1 élément avec le code implant OXXXXYYAAAAAC + 2 éléments avec le code implant OYYYYZZAAAAAC

2 éléments (drainage veineux) : 1 élément avec le code implant OXXXXYYBBBBBC + 1 élément avec le code implant OXXXZZZBBBBBC

canules artérielles							drainage veineux							
ET	Zone	50	50	50	50	50	ou	50	50	50	50	50	ou	50
	<b>50 Prestations</b>													
1	Type d'enregistrement	50	50	50	50	50		50	50	50	50		50	50
3	norme prestation	9	9	9	0	0		6	9	0	0		6	9
4	n° pseudo-code	689765	689765	689765	689765	618741		689765	689780	689780	618741		689780	689780
5	date début prestation	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201	20081201	20081201	20081201		20081201	20081201
6	Date fin prestation	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201	20081201	20081201	20081201		20081201	20081201
15	prestataire	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300		06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300		06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300
16	norme dispensateur	1	1	1	1	1		1	1	1	1		1	1
17-18	prestation relative	0	0	0	0	689765		0	0	0	689780		0	0
19	montant O.A.	0	0	0	remboursement	0		somme(prix)	0	remboursement	0		somme(prix)	0
20-21	date de prescription	20081010	20081010	20081010	20081010	0		20081010	20081010	20081010	0		20081010	20081010
22-23	nombre de prestations	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001		+0001	+0001	+0001	+0001		+0001	+0001
24-25	identification du prescripteur	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	000000000000		01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	000000000000		01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK
27	intervention personnelle	0	0	0	0	somme(prix) - montant OA		0	0	0	somme(prix) - montant OA		0	0
30-31	montant supplément	0	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0
43	code implant	OXXXXYYAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	000000000000	000000000000		000000000000	OXXXZZZBBBBBC	OXXXXYYBBBBBC	000000000000		000000000000	000000000000

Remarque: la marge de délivrance n'est pas reprise dans cet exemple; elle est facturée selon les règles normales (voir ET 50 Z 4 S 5 et ET 50 Z 46)

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 23

Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs à une combinaison de produits visco-élastiques lorsque les produits concernés sont repris dans les listes relatives aux prestations [0682415-0682426 ou 0682430-0682441] et [0682452-0682463 ou 0682474-0682485]

Combinaison d'un produit visco-élastique à base d'hyaluronate d'une viscosité inférieure à 1.000.000 de centipoise avec un produit visco-élastique à base d'hyaluronate d'une viscosité supérieure à 1.000.000 de centipoise ou à base de chondroïtine, d'un volume total de 0,8 ml à 1,2 ml, quel que soit le conditionnement : 0682511-0682522 U82

Remboursement (forfait) : € 63,37

Marge de délivrance : € 6,33

Les produits utilisés sont :

- 1 produit du type : 119002000205 repris sur la liste relative à la prestation 682415-682426
- 1 produit du type : 119004000132 repris sur la liste relative à la prestation 682452-682463

E.T.	50	50	50	50	50
ZONE	PRESTATIONS				
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	9	0	0
4	N°PSEUDO-CODE	0682511	0682511	0682511	0685856
5	DATE DEBUT PRESTATION	20091103	20091103	20091103	20091103
6	DATE FIN PRESTATION	20091103	20091103	20091103	20091103
15	PRESTATAIRE	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0245055	0245055	0245055	0682511
18					
19	MONTANT O.A.	+0000000000	+0000000000	+0000006337	+0000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20091102	20091102	20091102	00000000
21					
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	0000000000
25					
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+00000000	+00000000	+00000000	+000000633
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+00000000	+00000000	+00000000	+00000000
43	CODE IMPLANT	0119002000205	0119004000132	000000000000	000000000000

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I.

(☞ 1) Attention : cet exemple est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/3/2013 inclus.

Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux implants, dans le cas où le plafond de la marge de délivrance est d'application pour la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de la nomenclature.

688634 - 688645: Tige pour révision à placer avec ciment et utilisée lors de la prestation 293436 - 293440 y compris le centraliseur éventuel - U 1238

Code implant : 115007000017 :

Honoraire: € 1278,64

L'hôpital facture: € 1470,31

Marge de sécurité 15%, prix max. 115% = € 1470,44 → Marge de sécurité concrète: (1470,31-1278,64) = 191,67

Marge de délivrance : € 147,03

Remboursement O.A.. = € 1278,64

688774 - 688800: Tête pour tige de hanche destinée à être utilisée sans cupule acétabulaire - U 185

Code implant : 115014000017

Honoraire: 191,07

L'hôpital facture : € 206,54

Marge de sécurité = 10%, prix max. 110% = € 210,18 → Marge de sécurité concrète: (206,54-191,07) = 15,47

Marge de délivrance = 10% = € 20,65

Intervention O.A.. : € 191,07

-> La marge de délivrance est plafonnée 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	+00000000000	+00000000000	+00000019107	+00000000000	+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	+00000000000	+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: $285,06 - 65,07 = € 219,99$
4x	{	Marge de délivrance : 10 % du prix = € 28,50
		Remboursement OA = € 65,07
		638234 – 638245 : Implant composé (implant d'ancrage unitaire (vis pédiculaire ou corporeale, broche filetée, crochet pédiculaire ou laminaire, 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:  $(2 \times 28,50) + (4 \times 60,10) = 297,40 \rightarrow$  est plafonnée à € 148,74  
 $\rightarrow$  La marge de délivrance pour l'implant composé est limitée à € 91,74

ENREGISTREMENT 50 ZONE 4 SUITE 26

Zone délivrance		Implant 1	Marge de délivrance	Implant 2	Implant 2	Implant 2	Implant 2	Marge de
		(2 pièces)	(4 pièces) (enregistr. stat.)	(4 pièces) (enregistr. stat.)	(4 pièces) (enregistr. stat.)	(4 pièces) (enregistr. de fact.)		
1	Type enregistrement	50	50	50	50	50	50	50
3	Norme prestation	0	0	9	9	9	0	0
4	Code nomenclature	0637921	0618726	0638245	0638245	0638245	0638245	0618726
5	Date début prestation	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
6	Date fin prestation	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
15	Prestataire	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300
16	Norme dispensateur	1	1	1	1	1	1	1
17-18	Prestation relative	0000000	0637921	0000000	0000000	0000000	0000000	0638245
19	Montant OA	+00000013014	+00000000000	+000000000000	+000000000000	+000000000000	+00000123940	+000000000000
20	Date prescription	20100730	00000000	20100730	20100730	20100730	20100730	00000000
22	Nombre	+0002	+0002	+0004	+0004	+0004	+0004	+0004
24-25	Identification du prescripteur	01/xxxxx/cc/kkk	0	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	0
27	Ticket modérateur	+000000000	+000005700	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000009174
30-31	Montant supplément	+000043998	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000116488	+00000000
43	Code implant	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000
46	Norme plafond	0	8	0	0	0	0	7
55-56	Code de notification	000006527407	000000000000	000006524635	000006521071	000006718734	000000000000	000000000000

## A. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, en cas de forfait (1) pour soins.

				Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7	Colonne 8	Colonne 9	Colonne 10	Colonne 11
Enregistrement 50		Enregistrement 52		50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
Z	libellé	Z	libellé	(5) (10)	(5) (10)	(5)	(5)		(9)	(11)	(11)		(11)	(11)
1	TYPE ET	1	TYPE ET	50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
3	NORME	3	RAISON ENC. MAN.	9	0, 1, 2 ou 3	9	9	0	9	0	0, 1, 2 ou 3	0	0	0, 1, 2 ou 3
4	(PSEUDO)-CODE	4	(PSEUDO)-CODE	0426635	0426635	pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art. 8, §5bis, 5°, d)	forfait (1)	pseudo-code art 8, § 9	soin technique spécifique + éventuel. 0424395,0424690, 0424852, 0427991, 0429015, 0428035, 0428050, 0428072, 0429273	0429015, 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424896	voyage rural	Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète	Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète (423135,...)
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	04XXXXXCX4X X	jour 1	04XXXXXCX4X X	04XXXXXCX4X X	04XXXXXCX4X X (3)	04XXXXXCX4X X	04XXXXXCX4X X	si exécuté jour 1	04XXXXXCX4X X	04XXXXXCX4X X	si exécuté jour 1
17-18	PREST. RELATIVE	9	TYPE SAISIE	forfait (1)	1, 2, 3 ou 4	forfait (1)	forfait (1')	0426613(2) ou pseudo- code annexe 85 du Règlement (2')	0427534, 0427556 0427571 ou 0429251	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2')	2 ou 4	0	0	2 ou 4
19	MONTANT O.A.	10	TYPE SUPPORT	0	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ou 9	0	0	montant	0	montant	7	montant	montant	7
20-21	DATE PRESCRIPTION	11	RAISON VIGNETTE	0	0, 1 ou 2	si exigé	0	date (6)	exigé	exigé (7)	1	0	exigé (8)	1
22-23	NOMBRE	12-13	HEURE LECTURE	1	Heure visite	1	1	1	1	1	Heure jour 1	1	1	Heure jour 1
24-25	PRESCRIPTEUR	15	PRESTATAIRE	0	04XXXXXCX4X X	si exigé	0	si exigé	exigé	exigé (7)	04XXXXXCX4X X	0	exigé (8)	04XXXXXCX4X X
27	QP PERSONNELLE	16	NUMERO SERIE	0	si exigé	0	0	montant	0	montant	0	montant	Montant (si nomencl.) ou 0 (si trajet de soins)	0
		17	NUMERO JUSTIF.		exigé						exigé			exigé

(1) par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire A, B, C, PA, PB, PC ou PP.

(1') par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire PA, PB, PC ou PP.

(2) possible, pas nécessaire.

(2') seulement pour les prestations de l'art. 8, §1, 3°

(29) (3) le même que dans l'enregistrement (statistique) 1<sup>ère</sup> prestation de base, sauf si le prestataire de la 1<sup>ère</sup> 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

(7) (9) ces enregistrements statistiques doivent, le cas échéant, être mentionnés lorsqu'un enregistrement de facturation avec la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 suit.

(29) (10) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un enregistrement 52. Ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que le nombre de visites durant le jour de soins concerné.

(29) (11) A partir du 1/10/2017, pour les prestations qui n'engendrent pas de visites (par ex : consultation,...), la valeur 7 est indiquée dans l'ET 52 Z 10 et la valeur 1 est indiquée dans l'ET 52 Z 11. L'ET 52 suit l'ET 50 concerné et forment un bloc.

B. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, dans le cas où il n'y a pas de forfait dans les soins infirmiers.Ordre des enregistrements pour 1 patient.

<u>ET</u>	<u>jour</u>	<u>nomenclature</u>	<u>remarque</u>
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
(☞ 29) 52 (*)	1	prestation de base	obligation à partir du 1/10/2017
50	1	soins	obligation, lorsqu'il ne s'agit pas d'une prestation technique spécifique
50	1	soins	si exécutés
50	1	soins	si exécutés
...		max 6 enregistrements avec soins	
...			
...		plusieurs blocs de base + soins autorisés	
...			
(☞ 7) 50	1	pseudo-code(s) avec norme « 9 » dans la zone 3	si prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 imputée et prestation art. 8, § 9
(☞ 7) 50	1	soins techniques spécifiques + éventuellement 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424874, 0424896, 0429015	si exécutés
(☞ 29,36) 52 (**)	1	0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424896, 0429015	si exécutée
50	1	voyage rural plusieurs voyages ruraux possibles	si exécuté
50	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète	si exécutée
(☞ 29) 52 (**)	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète (423135,...)	si exécutée
<b>ATTENTION :</b> les prestations suivantes peuvent se présenter de manière totalement autonome, c.à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant :			
(☞ 7)		- 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 codes 0424395/690/852, 0427991 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques)	
		- à partir du 1 <sup>er</sup> février 2009, le code 0429015 (consultation infirmière)	
		- à partir du 1 <sup>er</sup> juin 2012, le code 0424896 (Avis et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments)	
		- les prestations concernant le trajet de soins "diabète"	
---			
50	2	pseudo-code palliatif précédé	...
etc...			

(☞ 29) (\*) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrements 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un enregistrement 52. Ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que le nombre de visites durant le jour de soins concerné.

(☞ 29) (\*\*) A partir du 1/10/2017, pour les prestations qui n'engendrent pas de visites (par ex : avis et concertation en vue de la préparation de médicaments,...), un ET 52 suit l'ET 50 concerné. Dans l'ET 52, la valeur 7 est indiquée dans la zone 10 et la valeur 1 est indiquée dans la zone 11. Si la prestation se présente de 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 27).**

Ne provient pas d'une prescription déterminée ni d'un prescripteur déterminé, puisqu'elle représente une visite à domicile comprenant une ou plusieurs prestations techniques ou techniques spécifiques provenant d'un ou plusieurs prescriptions et éventuellement de plusieurs ou même d'aucun prescripteur.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 29) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit, donc, toujours être suivi par un enregistrement 52.

**(☞ 29) Prestation technique (colonne 3).**

Trois cas sont possibles :

\* la prestation appartient au groupe 1 (soins d'hygiène).Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 7) date prescription	:	date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de toilette ou demande de toilette-forfait combiné)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

\* la prestation appartient au groupe 2 jusqu'au 6 inclus (prescription médicale exigée).Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

(☞ 9) \* la prestation appartient au groupe 7 (soin supplémentaire A.R. 18/06/90)

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescripteur	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 29) **Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs (colonne 4).**

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

remarque :

- les colonnes 2 et 3 sont répétées autant de fois que des prestations techniques/soins palliatifs sont effectués durant la prestation de base précédente
- le bloc « colonne 1, colonne 2, colonne 2, colonne 3, ... » est répété autant de fois que des prestations de base sont effectuées durant le forfait
- la colonne 1 (prestation de base) peut exceptionnellement ne pas être suivie par une ou plusieurs colonnes avec des prestations techniques lorsqu'une prestation technique spécifique (colonne 5) suit un honoraire forfaitaire (colonne 4).

(☞ 29) **Honoraire forfaitaire (colonne 5).**

Le forfait est toujours demandé par un praticien de l'art infirmier via le formulaire 703 ou le message MyCarenet 410000.

Manière de compléter les zones

(☞ 9) dispensateur	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1 ou 9 (*)
date prescription	:	date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de forfait)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• si seules des prestations de base et des prestations techniques du groupe 1 ou groupe 7 ont été effectuées, alors 0 (norme prescripteur = 0)</li> <li>• 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)</li> </ul>
norme prescripteur	:	valeur 0, 1 ou 9

(\*) La norme 9 doit seulement être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents.

**(☞ 29) Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9) (colonne 6).****Manière de compléter les zones**

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

(☞ 29) *Remarque* : la colonne 6 est répétée autant de fois que des actes infirmiers différents sont effectués

(☞ 7) dans le cadre de la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251.

**(☞ 29) Prestation technique spécifique (colonne 7).**

(☞ 7) Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques) , 0429015 (consultation infirmière) et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 (prestation multiple et contraignante chez un patient très dépendant) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

(☞ 7) Les codes 0424395/690/852 , 0427991, 0429015 et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 sont aussi repris dans cette rubrique vu qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

**Manière de compléter les zones**

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

(\*) La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques

(☞ 7) précédents (dans le cas de la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251).

**(☞ 29) Indemnité de déplacement rural (colonne 9).**

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

**Manière de compléter les zones**

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

**(☞ 29) Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète (colonne 10).**

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

**Manière de compléter les zones**

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	valeur 1 ou 0

2ème possibilité : Traitement des autres cas.**Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs**Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	toujours 0
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

**Soins palliatifs – honoraire supplémentaire PN**Manière de compléter les zones

(☞ 9) dispensateur	:	premier praticien de l'art infirmier qui dispose de la qualification nécessaire pour l'attestation de l'honoraire
plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
prestation relative	:	toujours 0
date prescription	:	date modèle 90 ou message MyCarenet 420000 (notification soins palliatifs)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

(\*) *La norme 9 doit seulement être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents.*

**Prestation de base** (1ère, 2ème ou 3ème etc.).

Ne provient pas d'une prescription déterminée ni d'un prescripteur déterminé, puisqu'elle représente une visite à domicile comprenant 1 ou plusieurs prestations techniques ou techniques spécifiques provenant d'une ou plusieurs prescriptions et éventuellement de plusieurs ou même d'aucun prescripteur.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞21,22) prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 29) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit, donc, toujours être suivi par un enregistrement 52.

**Prestation technique.**

Deux cas sont possibles :

- \* la prestation appartient au groupe 1 (soins d'hygiène).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 21,22) prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
(☞ 7) date prescription	:	date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de toilette)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

- \* la prestation appartient au groupe 2 jusqu'au 6 inclus (prescription médicale exigée).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 21,22) prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9)Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 7) prestation relative	:	0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

**Prestation technique spécifique.**

- (☞ 7) Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques), 0429015 (consultation infirmière), 0424874 et 0424896 (préparation hebdomadaire de médicaments) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.
- (☞ 7) Les codes 0424395/690/852, 0427991, 0424874, 0424896 et 0429015 sont également repris dans cette rubrique, étant donné qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

**Manière de compléter les zones**

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
(☞21,22) prestation relative	:	pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0 (dans les autres cas)
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

- (\*) *La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents (dans le cas de la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251).*
- (☞ 7)

**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**

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

**Manière de compléter les zones**

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	toujours 0
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1 ou 0

*remarque : l'ordre de suite des enregistrements correspond à l'enchaînement des prestations dans la journée (c.-à-d. 1ère prestation de base, suivie des prestations techniques complémentaires, 2ème prestation de base, suivie des prestations techniques complémentaires, etc). Exception doit être faite pour les prestations techniques spécifiques (et similaires), l'indemnité de déplacement rural, la nomenclature soins diabétiques et le trajet de soins diabète 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

**Addendum: Questions et réponses relatives à la nomenclature du 1/7/2003.**

**DIABÈTE**

1. Dans la convention, la mention selon laquelle la nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans la détermination du plafond journalier ou s'ajoute aux forfaits ordinaires n'apparaît pas. Pouvons-nous admettre que la nomenclature DIABÈTE soit totalement indépendante du reste ?

La nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans la détermination du plafond journalier. De plus, les prestations 423135, 423150, 423172 et 423194 ne peuvent pas être attestées dans le chef de patients pour lesquels les honoraires forfaitaires ou honoraires supplémentaires, repris dans la rubrique IV et V (PALLIATIFS) ont été portés en compte.

En général, pour la nomenclature DIABÈTE, une prestation de soins techniques sera souvent portée en compte (à savoir, l'injection d'insuline). Avec cette prestation de soins techniques, une prestation de base peut être portée en compte et celle-ci comprend des frais de déplacement. Il se peut que seule une prestation de diabète soit portée en compte, ce qui serait pourtant exceptionnel.

2. Les FORF-DIABÈTE n'interviennent pas dans les prestations 2° week-end. Ne peuvent-ils pas être attestés le week-end ?

Les FORF-DIABÈTE peuvent être attestés le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

3. La nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans les prestations 3° cabinet et 4° centres de soins de jour ?

En effet, la nomenclature DIABÈTE n'intervient pas dans les prestations 3° cabinet et 4° centres de soins de jour.

4. Le 423135 (dossier) et 423172 (présence d'un infirmier référent) n'exigent pas de prescription médicale ?

Les prestations 423135 (dossier) et 423172 (présence infirmier référent) n'exigent pas de prescription médicale. La prestation 423135 ne peut cependant être attestée que s'il y a eu consultation du médecin traitant (généraliste ou spécialiste) durant laquelle les objectifs des soins infirmiers relatifs à l'éducation au diabète et le suivi ont été discutés; le médecin décide s'il va ou non prescrire l'éducation aux soins autonomes ou à l'éducation à la compréhension.

**SOINS DE PLAIE(S) et STS**

(☞ 7) 5. Pas de prescription pour 424255/410/550/712 et 427836 (surveillance-bio) mais bien pour les soins de plaies avec pansement bioactif comme tels. Cette prescription est-elle alors utilisée pour le support magnétique ?

(☞ 7) En effet, les prestations 424255, 424410, 424550, 424712 et 427836 (Surveillance de plaie avec pansement bioactif) ne doivent pas être prescrites, mais ne peuvent être portées en compte que pendant la période pour laquelle le soin d'une plaie avec pansement bioactif a été prescrit.

(☞ 7) 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 ?

(☞ 7) La signification des prestations 424255/410/550/712 et 427836 était d'offrir la possibilité au praticien de l'art infirmier, de comptabiliser quelque chose lorsqu'il se rend uniquement chez le patient pour vérifier l'état du pansement bioactif lors d'un jour déterminé. C'est pour cette raison que chaque autre prestation de soins est exclue durant la même jour.

Lorsque la surveillance du pansement bioactif s'effectue dans le cadre d'un forfait, cette prestation ne peut naturellement pas être comptabilisée mais, au moyen des pseudocodes, 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 infirmier relais pour soins de plaie(s) spécifiques) donne-t-il lieu à une base? Si non : les OA accepteront-ils cette prestation sans autre codification au cours d'une journée. (ceci n'est actuellement pas possible)

(☞ 7) Les prestations 424395/690/852 et 427991 (visite d'un infirmier relais pour soins de plaie(s) spécifiques) ne donnent pas lieu à une prestation de base pour les patients qui ne sont pas au forfait et par conséquent ne donne pas droit aux frais de déplacement en milieu rural.

7. Le 424395 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques) n'intervient pas dans les prestations 2° week-end. Ne peuvent-elles pas être attestés le week-end ?

Elles peuvent être attestées durant le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

8. Peut-on cumuler deux sortes de Soins Techniques Spécifiques ?

Les deux types de soins techniques spécifiques peuvent être cumulés.

9. L'héparjet STS ne peut pas être attesté le même jour, en même temps que l'injection ordinaire. Les injections non remboursables peuvent-elles prétendre à une base ou non ?

Les injections non remboursables ne peuvent pas prétendre à une prestation de base. Elles ne sont pas mentionnées sur le support magnétique.

**Questions et réponses relative à la consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile**

1. La 429015 (*consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile*) n'intervient pas dans les prestations 2° week-end. Ne peut-elle pas être attestée le week-end ?

Elle peut être attestée durant le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

**Questions et réponses relative à la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale**

1. Les 424874 (*préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale*) et 424896 (*avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale*) n'interviennent pas dans les prestations 2° week-end. Ne peuvent-elles pas être attestées le week-end ?

Elle peuvent être attestées durant le week-end avec les valeurs W et la nomenclature 1° (tarif semaine).

**RUBRIQUE : DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17**

Il s'agit de la date à laquelle la prestation a été effectuée, ou la date à laquelle une série de prestations a débuté.

La facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 est seulement possible pour les honoraires de surveillance (art. 25, §1). Les autres séries de prestations doivent toujours être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation et date de début = date de fin et nombre d'unités = 1).

En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de début de période doit être transmise.

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

- (☞ 2) Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est égale à la date de réception de la prescription.

Pour les forfaits « genetic counseling », la date du rapport final doit être mentionnée.

- (☞ 32) Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Pour les maisons médicales, le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans

- (☞ 28) cette zone pour les (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614 et 0109594.  
(☞ 28) Pour le code 0102852(\*), la date est égale à AAAA0101 et pour les codes 0103272(\*\*) et 0103294(\*\*), la date est égale à AAAA0401.

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.

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 le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. du 20/04/2010)

La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

- (☞ 27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile »  
793590-793601, 793634-793645 ou 793671-793682: date de début de prise en charge dans le projet.  
793612-793623, 793656-793660 ou 793693-793704 : date de fin de prise en charge dans le projet

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

(☞ 28) (\*\*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/4/2016.

**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 prescription (AR 24/9/1992) que pour les prestations techniques), il y a lieu d'indiquer dans cette zone la date de prélèvement de l'échantillon.

- (☞ 2) Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est égale à la date de réception de la prescription.

Pour les forfaits « genetic counseling », la date du rapport final doit être mentionnée.

- (☞ 32) Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

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

- (☞ 28) Pour le code 0102852 (\*), la date est égale à AAAA0101 et pour les codes 0103272 (\*\*) et 0103294 (\*\*), la date est égale à AAAA0401.
- (☞ 28) Pour le pseudo-code 0109594, date fin = date début.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

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 le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. 20/04/2010)

La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

- (☞ 27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile »  
793590-793601, 793634-793645 ou 793671-793682: date de début de prise en charge dans le projet.  
793612-793623, 793656-793660 ou 793693-793704: 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.

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

(☞ 28) (\*\*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/4/2016.

**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.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère.
2	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né, alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
3	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s), alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
(☞ 5) 4	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9).
(☞ 5) 5	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s) et la mère a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) .
(☞ 9) 6	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère qui a accouché en ambulatoire (type de facture 3 ou 9) .

Pour les praticiens de l'art infirmier, cette zone est toujours égale à zéro.

---

**RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER**

---

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

---

Il y a lieu d'indiquer au moyen d'un code à quel compte financier doit être transféré le montant de la zone 19.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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).

Seuls les établissements hospitaliers peuvent utiliser la valeur 1.

---

**RUBRIQUE : NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 52**

---

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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.

(☞22)

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**

(☞5,31) 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 psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3, forfait manipulation cathéter à chambre ou autres prestations ambulatoires.

Lorsqu'il s'agit de prestations qui sont effectuées sur prescription, il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service ou le pseudo-code service du (pseudo-)service où le patient séjournait au moment de la prescription.

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

(☞ 2) S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examen génétiques (aussi bien l'honoraire forfaitaire par prescription que les prestations techniques), il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service du (pseudo-)service où le patient séjournait à la date reprise dans les zones 5 et 6.

(☞ 5) S'il s'agit de prestations effectuées pour un nouveau-né alors que la mère séjourne dans l'hôpital (valeur 2, 3, 4 ou 5 dans la zone 10 des ET 40 et 50), le service dans lequel le nouveau-né séjourne doit être mentionné comme code service.

Le code service 49 doit exclusivement être mentionné s'il est effectivement fait usage de la fonction soins intensifs (i). Les soins intensifs qui ne sont pas dispensés dans cette fonction sont facturés dans le service dans lequel le patient séjourne à ce moment (p.ex. service D).

\* En cas de suppléments pour les prestations non remboursées par l'assurance maladie portées en compte pour des patients hospitalisés ou ambulants, cette zone doit être mise à zéro.

\* En cas de marge de délivrance ou de marge de sécurité des implants, cette zone doit être mise à zéro.

\* Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

(☞ 9) 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591076, 0591091, 0591113, 0591135, honoraires forfaitaires par prescription pour biologie clinique ambulatoire (AR 24/9/1992) : code 990 ou pseudo-code service dans le cas où les honoraires forfaitaires sont portés en compte pour des prestations effectuées durant une journée d'entretien forfaitaire.

0590310 et 0590332 : pseudo-code service journée d'entretien forfaitaire ou code service 320 ou pseudo-code service 002 (patients hospitalisés dans un autre établissement)

(☞ 9) 0590181, 0590203, 0591080, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : service d'admission. Si le service d'admission ne donne pas droit au forfait, il y a lieu de mentionner le 1er service aigu après transfert, qui donne droit au forfait.

\* Pour les prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné (sauf pour les prestations non remboursées par l'assurance maladie pour lesquelles le code service = 000)

\* Pour les soins infirmiers et les maisons médicales, comme pour toutes les autres prestations ambulatoires, le code service 990 doit être utilisé.

\* Pour les prestations de biologie clinique effectuées pour des patients séjournant dans un centre de rééducation, le code service 770 doit être utilisé.

(☞ 29) \* Pour les prestations R30-R60, les défibrillateurs cardiaques implantables, les forfaits méthode mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants), le code service 770 doit toujours être utilisé.

\* Pour l'honoraire de disponibilité pendant les absences à visée thérapeutique (0597704): le code service du service où le patient séjournait avant son départ en congé thérapeutique doit être mentionné dans cette zone.

\* En cas de transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), cette zone est égale à zéro.

(☞ 16) \* Pour le code ambulatoire 599970, le code service 190 doit être mentionné. La nomenclature prévoit explicitement que la prestation doit être effectuée dans le service N\* (code service 190).

(☞27,33)\* 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 »), cette zone est égale à zéro.

## TABLE DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Liste des services pour patients hospitalisés au sein des hôpitaux			
Codes I.N.A.M.I.	Indice Santé Publique	Type d'hôpital	Libellé
190	N* (n)	Gén.	Section des soins néonataux 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 néonataux 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.	<u>Placement familial</u> Tf dans un hôpital (à partir du 01/04/2000)
450	Tp	Psy.	<u>Placement familial</u> Tp dans une famille (à partir du 01/04/2000)
480	IB	Psy.	Service de traitement intensif des patients psychiatriques
490	(i) ou I	Gén.	Fonction ou service de soins intensifs

## TABLE DE CODIFICATION DES PSEUDO-CODES SERVICES

Liste des services pour patients traités dans une section de l'hospitalisation de jour et pour patients ambulants		
Codes I.N.A.M.I.	Type Hôpital	Libellé
002	Gén.	Prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement
710	Gén.	Salle de plâtre
(☞8,31) 720 (*)	Gén.	Soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait) + forfait soins de base oncologiques
(☞31) 730	Gén.	Maxiforfait + maxiforfait oncologie
750	Gén.	Dialyse rénale
760	Psy.	Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation
770		Rééducation
840	Gén.	Forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 + forfait douleur chronique 1, 2, 3 + forfait manipulation cathéter à chambre
990	Gén./Psy.	Autres patients ambulants ou dialyse rénale ambulatoire

## CODIFICATION POUR LE SERVICE Sp

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

(☞8,31) (\*) Ce pseudo-code service est utilisé dans toutes les situations qui donnaient lieu à la facturation du mini-forfait avant le 1/1/2014 (soins urgents et perfusion intraveineuse) et pour le forfait soins de base oncologiques.

**RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56**

- (☞ 1) \* Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour la biologie clinique :
- (☞ 1) - s'il s'agit de prestations de biologie clinique, médecine nucléaire in vitro ;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
- en cas d'honoraires forfaitaires pour prestations de biologie clinique ambulatoires;
- s'il s'agit de prestations de biologie clinique pour lesquelles le remboursement ne dépend pas des conditions reprises dans l'article 63 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (voir AR du 31 janvier 1977, MB 4 février 1977), le numéro d'identification d'un laboratoire agréé pour la biologie clinique 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.
- (☞ 1) \* Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour l'anatomopathologie s'il s'agit de prestations de l'art. 32 de la nomenclature.
- (☞23) \* Le numéro d'identification du laboratoire du centre agréé de génétique humaine s'il s'agit de forfaits "genetic counseling" (589750-589761, 589772-589783, 589794-589805)
- (☞35,36) ou de prestations de l'art. 33.
- \* Le numéro d'identification du centre de rééducation
- s'il s'agit de prestations effectuées pour des patients qui suivent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur ;
- s'il s'agit de prestations de logopédie dispensées dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle (711373, 712375, etc...).
- \* Le numéro d'identification de la banque de matériel corporel humain qui a délivré le matériel s'il s'agit d'une intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (Uniquement s'il s'agit de matériel belge ou de matériel étranger importé d'un pays hors UE)

Pour le matériel corporel humain issu d'un pays de l'UE, aucun agrément banque de matériel corporel humain n'est nécessaire. Dans ce cas, le "numéro de l'hôpital + 200" doit toujours être mentionné dans cette zone.

Pour les frais de transport entre la banque étrangère de matériel corporel humain et la banque agréée belge (pseudo-code 272650-272661), le même numéro d'agrément que celui du matériel importé doit être mentionné.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 1

Ci-dessous, vous trouverez un tableau reprenant la relation entre les différents pseudo-codes de l'AR du 02/06/2010 et le numéro d'agrément nécessaire pour la facturation de ce matériel corporel humain.

Pseudo-codes pour le matériel non importé		Pseudo-codes pour le matériel importé		Référence à la liste de l'annexe 1 de l'AR	Numéro d'agrément
DE	A	DE	A		
269290	269301	271471	271482	A 53°	210
269393	269404	271493	271504	A 2°	211
269415	269426	272694	272705	A 3°	211
269496	269625	272392	272521	A 4° à 10°	215
270351	270362	271515	271526	A 11°	212
270373	270465	272532	272602	A 54° à 57°	216
270550	270561	271530	271541	A 12°	212 ou 219
270572	270583	272635	272646	A 13°	220
270616	271062	271552	272005	A 14° à 36°	213
271073	271084	272016	272020	A 37°	213 ou 215
271095	271342	272031	272285	A 38° à 50°	213
271353	271364	272296	272300	A 51°	213 ou 215
271375	271423	272311	272366	B 1°, 2°	213
271434	271445	272370	272381	A 52°	213
272672	272683	272716	272720	A 1°	218
272731	272742	272753	272764	A 58°	220
272775	272786	272790	272801	A 59°	213

Attention : Pour toutes les prestations reprises sous le titre « greffes hématologiques » à l'art.20, §1, a) de la nomenclature, aucun numéro de banque de matériel corporel humain n'est mentionné. Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au numéro de l'hôpital (se terminant par « 000 »).

- \* Le numéro d'identification de la MRS, MRPA, MSP ou IHP s'il s'agit de prestations effectuées dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.
- \* Le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée;
  - s'il s'agit de prestations effectuées sur le site de l'établissement hospitalier (tant pour les patients hospitalisés que pour les ambulants, également pour les patients séjournant dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP);
  - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la biologie clinique par admission ou par maxiforfait;
  - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
  - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;
  - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
  - s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
  - (☞ 32) - s'il s'agit des produits, prestations ou services non remboursables par l'AMI (codes 096XXXX), sauf pour les codes 0961376-0961380 et 0961391-0961402 pour lesquels le numéro d'agrément « numéro hôpital + 191 ou + 192 » doit être mentionné;
  - s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile ;
  - (☞ 20) - s'il s'agit des conventions art. 56 (0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936)
  - s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).
- \* 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.

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 2

- \* S'il s'agit d'un déplacement d'un patient, le numéro d'identification de l'hôpital qui facture doit alors être mentionné dans cette zone (par exemple en cas de pseudo-code 793553).
- (☞ 33) \* S'il s'agit des projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » ou « hospitalisation à domicile » (793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 et 793693-793704), le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné dans cette zone.
- \* S'il s'agit du montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (pseudo-code 793575), le numéro d'identification du service ambulancier agréé ou, dans le cas d'une intervention du SMUR, le numéro de l'hôpital qui facture, doit être mentionné dans cette zone.
- \* S'il s'agit du transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), le numéro d'identification du service ambulancier agréé doit alors être mentionné dans cette zone.
- \* S'il s'agit des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.
- \* Le numéro d'identification de l'établissement de transfusion sanguine agréé qui a délivré le sang total humain ou les produits sanguins labiles s'il s'agit d'une intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles
- \* S'il s'agit de prestations de l'article 9 de la nomenclature (accouchements) exécutées en milieu hospitalier, le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée doit alors être mentionné dans cette zone.
- (☞ 23) \* Le numéro de l'hôpital + 000 s'il s'agit d'un examen SPECT exécuté intra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT.
- (☞ 23) \* S'il s'agit d'un examen SPECT exécuté extra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT, cette zone est mise à zéro.

### (☞ 23) Produits radiopharmaceutiques

- \* Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 699215-699226 (jusqu'au 31/5/2015 inclus) ou 745953-745964, 746196 à 746465 inclus, 746476 à 746480 inclus, 746491 à 746686 inclus, 746712 à 746885 inclus, 746896 à 746922 inclus, 746970 à 747143 inclus, 747176 à 747224 inclus, 747250 à 747482 inclus, 747515 à 747541 inclus, 747552 à 747563 inclus, 747574 à 747585 inclus, 747611 à 747622 inclus, 747655 à 747666 inclus, 747751 à 747762 inclus, 747795 à 747821 inclus, (☞ 24) 747876 à 747880 inclus, 747891 à 747902 inclus, 747935 à 748005 inclus, 748031, 748042, 748053, (☞ 28,29) 748064, 748075 à 748123 inclus, 748171 à 748263 inclus, 748274 à 748344 inclus, 748355 à 748381 (☞ 30,35) inclus, 748414 à 748521 inclus, 748635 à 748661 inclus, utilisés pour effectuer une tomographie à positrons.
- \* Numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit du forfait 747913-747924

### (☞ 23) AR 26/5/2016 (MB 31/5/2016)

- \* 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)
- \* Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) s'il s'agit des prestations 458452-458463, 458570 à 458603 inclus, 458673-458684, 458732-458743, 458813 à 458905 inclus, 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
- \* Le numéro de l'hôpital + 111 (tomographe à résonance magnétique) s'il s'agit des prestations 459395 à 459546 inclus, 459830-459841
- \* Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 442676 à 442761 inclus, 442971- 442982
- \* Le numéro de l'hôpital + 113 (service de radiothérapie) s'il s'agit des prestations 444113 à 444242 inclus, 444290 à 444323 inclus, 444356 à 444603 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 229655-229666, 589190-589201, 589632-589643

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 3

- \* 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
- (☞24) \* Le numéro de l'hôpital + 132 (fonction service mobile d'urgence) s'il s'agit des prestations 590413-590424, 590435, 590446 ou 590472
- (☞24) \* Le numéro de l'hôpital + 134 (programme de soins d'oncologie) s'il s'agit de la prestation 350291-350302
- \* Le numéro de l'hôpital + 141 (centre de médecine de reproduction B) s'il s'agit des prestations 432714 à 432725 inclus, 559812 à 559860 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 155 (centre d'expertise pour patients comateux) s'il s'agit de la prestation 477606
- (☞24) \* Le numéro d'identification du centre de dialyse s'il s'agit des prestations 470374-470385, 470400, 470422, 470433-470444, 470470-470481, 474714-474725 ou des honoraires de la convention dialyse
- (☞25) Convention concernant le financement de la dialyse
  - \* Le numéro de l'hôpital + 561 (centre d'hémodialyse chronique) s'il s'agit des prestations 470293 à 470326 inclus
  - \* Le numéro de l'hôpital + 562 (centre d'hémodialyse chronique pédiatrique) s'il s'agit de la prestation 470890-470901
  - \* Le numéro de l'hôpital + 563 (centre de dialyse à domicile) s'il s'agit de la prestation 470352
  - \* Le numéro de l'hôpital + 564 (centre de dialyse péritonéale ambulatoire) s'il s'agit des prestations 470875, 470912
  - \* Le numéro de l'hôpital + 565 à 569 (centre d'autodialyse collective) s'il s'agit de la prestation 470330-470341
- (☞23) Implants
  - \* Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 172594-172605
- (☞25,29) \* Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) s'il s'agit des prestations 159574- 159585, 172793 à 172933 inclus, 684714 à 684725 inclus, 701035 à 701050 inclus
- (☞25) \* Le numéro de l'hôpital + 123 (agrément path. cardiaque C) s'il s'agit des prestations 159471-159482, 172955 à 173003 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) s'il s'agit des prestations 158933-158944

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 4

- \* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 158550 à 158642 inclus, 158734 à 158760 inclus, 158874 à 158922 inclus, 158955 à 158966 inclus, 170590 à 170623 inclus, 172572-172583
- \* Le numéro de l'hôpital + 126 (agrément path. cardiaque P) s'il s'agit des prestations 158653 à 158723 inclus, 172395 à 172465 inclus
- \* 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
- \* Numéro de l'hôpital + 152 (centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B) s'il s'agit des prestations 161232 à 161346 inclus, 161416 à 161442 inclus, 172690 à 172723 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 153 (centre « moniteur cardiaque implantable ») s'il s'agit des prestations 693910 à 693921 inclus (jusqu'au 29/2/2016)
- (☞25) \* Le numéro de l'hôpital + 154 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire ») s'il s'agit des prestations 704616 à 704664 inclus (jusqu'au 31/7/2016)
- \* Le numéro de l'hôpital + 156 (centre « tuteur coronaire et drug eluting stent ») s'il s'agit des prestations 158970 à 158981 inclus, 158992 à 159040 inclus, 159552 à 159563 inclus, 170656 à 170660 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 157 (centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire ») s'il s'agit des prestations 703496 à 703500 inclus (jusqu'au 29/2/2016)
- (☞25) \* Le numéro de l'hôpital + 158 (centre « neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif ») s'il s'agit des prestations 697933 à 697966 inclus, 703511 à 703625 inclus (jusqu'au 31/7/2016)
- \* Le numéro de l'hôpital + 159 (centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches ») s'il s'agit des prestations 703415 à 703426 inclus (jusqu'au 30/4/2016)
- (☞25) \* Le numéro de l'hôpital + 160 (centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de mouvements anormaux ») s'il s'agit des prestations 702914 à 703006 inclus, 703371 à 703404 inclus (jusqu'au 31/7/2016)
- \* Le numéro de l'hôpital + 161 (centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de Parkinson et de tremblements essentiels ») s'il s'agit des prestations 151454 à 151981 inclus
- (☞25) \* Le numéro de l'hôpital + 162 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique») s'il s'agit des prestations 680153 à 680186 inclus, 680993 à 681004 inclus (jusqu'au 31/7/2016 inclus)
- \* Le numéro de l'hôpital + 163 (centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales ») s'il s'agit des prestations 172491-172502 et 172513-172524
- \* Le numéro de l'hôpital + 164 (centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage) s'il s'agit des prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664
- (☞25) \* Le numéro de l'hôpital + 165 (centre « neurostimulateurs en cas de trouble obsessionnel compulsif ») s'il s'agit des prestations 173014 à 173541 inclus
- (☞25) \* Le numéro de l'hôpital + 166 (centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux ») s'il s'agit des prestations 173552 à 173902 inclus

- (☞25) \* Le numéro de l'hôpital + 167 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique») s'il s'agit de la prestation 172734-172745.  
Le numéro de l'hôpital + 167 ou + 120 s'il s'agit des prestations 172756-172760, 172771-172782.
- (☞ 30) \* Le numéro de l'hôpital + 168 (centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)) s'il s'agit des prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263.
- (☞29) \* Le numéro de l'hôpital + 169 (centre «fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire ») s'il s'agit des prestations 180272-180283 et 180294-180305.
- (☞34) \* Le numéro de l'hôpital + 170 (centre «tige magnétique allongeable» (Magec))) s'il s'agit des prestations 182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324.
- \* Le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire s'il s'agit des prestations 170892 à 171080 inclus, 152773 à 152924 inclus, 171496 à 171824 inclus
- \* Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
- (☞ 26) Convention reconstruction mammaire: numéro hôpital + 190
- (☞ 32) Convention oncofreezing (également pour les codes 96):
- pour un bénéficiaire à partir de 16 ans : numéro hôpital + 191 ou + 192
  - pour un bénéficiaire de moins de 16 ans (quel que soit la prestation) : numéro hôpital + 192

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

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

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

(☞ 35) Pour la structure des numéros INAMI des dispensateurs de soins : voir annexe 16.

Le numéro d'identification est composé de 11 positions et est toujours précédé d'un zéro dans la première position de la zone 15.

Il s'agit du numéro d'identification du dispensateur de soins qui a réellement effectué la prestation. Ce numéro doit figurer sur l'attestation de soins. Lorsque la prestation a été effectuée confraternellement par plusieurs dispensateurs, le numéro de chaque dispensateur doit figurer sur l'attestation, mais un seul dispensateur pris au hasard est indiqué dans cette zone. Dans la zone 16 il sera fait mention qu'il y a eu "plusieurs dispensateurs".

Ces règles ne sont pas d'application pour les praticiens de l'art infirmier.

(☞ 28) Exceptionnellement, pour les maisons médicales, le numéro d'agrément de celles-ci est à indiquer dans cette zone lors de la facturation des (pseudo-)codes 0102852(\*), 0103272(\*\*), 0103294(\*\*) et 0109594.

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

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

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

(☞ 9) 0460784, 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146,  
(☞ 32) 0700000 et pseudo-codes oncofreezing: pseudo-numéro dispensateur 01.00001.06.999

de 0590166 à 0590332 : numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde.

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

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

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : numéro du bandagiste.

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

(☞ 28) (\*\*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/4/2016.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

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

Suppléments de l'art. 14 m) de la nomenclature relatifs aux transplantations

Lorsque les codes 0269872 à 0269964 sont mentionnés dans la Z 4, le contenu de cette zone doit être égal à zéro.

Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

Numéro du prestataire des implants.

(☞23) Plâtre, lait maternel et bains désinfectants pour brûlures

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

(☞23) Produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I.

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

(☞26) Exception: pour le pseudo-code 960035-960046 (prestations de laboratoire non remboursables), le dispensateur de soins doit obligatoirement être mentionné.Fécondation in vitro (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860)

Numéro du prestataire.

Alimentation parentérale (et interventions liées dans le cadre de l'art. 56)

(☞33) 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.

(☞29) Prestations mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants)

Pour les prestations du point 5quater dans l'ET 50 Z 4 S 3, cette zone doit être mise à zéro.

(☞36) 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 et 779951 (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, décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance et le transport urgent de malades dans le cadre de l'AR du 26/4/2009 (MB 8/5/2009) :

Pour le pseudo-code 0793553 ou 0793575 ou les pseudo-codes 0784416 à 0784486 inclus, cette zone est égale à zéro.

Dialyse de détoxification (0761972-0761983): numéro du prestataire.

Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

Numéro d'identification du médecin responsable de l'établissement de transfusion sanguine.

Remarque : Pour la Croix Rouge Flamande, il s'agit du médecin responsable « local ».

Assistance au sevrage tabagique

Numéro d'identification du prestataire concerné.

Si la prestation a été exécutée par un tabacologue sans numéro INAMI, alors le pseudo-code d'identification 2.99999.22.999 doit être mentionné dans cette zone.

Convention "genetic counseling": Numéro d'identification du médecin spécialiste habilité à attester les forfaits.

(☞26) Convention reconstruction mammaire: Numéro d'identification du médecin spécialiste qui est habilité à attester les prestations (voir liste des prestataires habilités sur le site Web de l'INAMI).(☞27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » (pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 et 793693-793704) : numéro d'identification du médecin qui suit le patient.

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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas de dispensateur communiqué dans la zone 15.
1	Prestation ou série de prestations pouvant être affectées au dispensateur unique qui l'a effectuée.
(☞ 1,17,23) 2	Prestation ou série de prestations attestée par un infirmier, mais effectuée par un aide soignant
3	Prestation de physiothérapie (art. 22) (partiellement) effectuée par un (ou plusieurs) kinésithérapeute(s) sous la surveillance d'un médecin spécialiste qui a attesté la prestation.
(☞ 6) 4 **	Lettre « G » sur l'attestation de soins (médecin a accès aux données du DMG mais n'est pas le gestionnaire de celui-ci).
(☞ 17,22,23) 5	Prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire (seulement dans le cadre d'e-fac médecins, pas pour les dentistes).
9	Prestation ou série de prestations ne pouvant pas être affectées à un dispensateur unique, car celle-ci a été effectuée collégalement par plusieurs dispensateurs.

Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176 : valeur 1 ou 9 selon que les prestations de la prescription sont effectuées par 1 ou plusieurs dispensateurs;  
de 0590166 à 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : toujours la valeur 9;

(☞ 9) 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000  
(☞ 32) et pseudo-codes oncofreezing : toujours la valeur 1.

(☞ 1) Forfaits soins infirmiers

Si toutes les prestations dans le cadre du forfait ont été effectuées par un ou plusieurs *infirmiers*, alors la valeur 1 ou 9 doit être mentionnée.

Dès qu'une des prestations dans le cadre du forfait a été effectuée par un *aide soignant*, alors la valeur 2 doit être mentionnée.

La valeur 2 est, donc, prioritaire sur les valeurs 1 et 9.

(☞ 1) Soins infirmiers : prestation de base

Si, lors d'un passage, une des prestations a été effectuée par un aide soignant, la prestation de base doit être indiquée par la norme 2.

(☞ 20) (\*\*) La norme 4 peut seulement être utilisée lorsque, dans le circuit papier, la lettre "G" est utilisée (donc seulement pour les prestations avec diminution du ticket modérateur grâce au DMG).

**RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81**

---

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

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

(☞ 14) 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.

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

Cas particulier: zone remplie facultativement

(☞ 21,22) 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.

(☞ 8) Implants (jusqu'au 30/6/2014 inclus):

- Article 28, § 1er : voir la valeur relative dans la nomenclature.
- Article 35 :
  - *Catégories 1 et 2* :  
Chaque produit correspond à une intervention individuelle. Le montant de cette intervention est fixé dans la liste limitative et est donc en corrélation avec le code d'identification du produit.  
La liste de ces prestations est reprise dans la nomenclature des prestations de soins de santé.
  - *Catégorie 2 – forfait* (voir art.35, §18, a) :  
Voir la valeur relative dans la nomenclature
  - *Catégorie 3* :  
Voir la valeur relative dans la nomenclature.
  - *Catégorie 4* :  
Le montant de l'intervention de l'assurance est fixé par le Collège des médecins-directeurs sur la base de la facture (art. 35, § 5, 1°).
- Article 35 bis :
  - *Catégorie 1a* :  
Voir la valeur relative dans la nomenclature.
  - *Catégorie 1b* :  
Voir valeur relative dans la nomenclature, en tenant compte de l'intervention personnelle réglementaire.
  - *Catégorie 2 a* :  
Voir la valeur relative dans la nomenclature.
  - *Catégorie 2b* :  
Voir valeur relative dans la nomenclature, en tenant compte de l'intervention personnelle réglementaire.

(☞ 2)

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 19 SUITE 1

(☞ 8) Implants (à partir du 1/7/2014) (AR du xx/xx/2014):

Catégorie I = implants, Catégorie II = dispositifs médicaux invasifs

- Catégorie A : remboursés sur la base du prix individuel lorsqu'ils sont repris sur une liste nominative
- Catégorie B : remboursés de façon non-forfaitaire sans être repris sur une liste nominative et si le prix ne dépasse pas la marge de sécurité
- Catégorie C : remboursés de façon non forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative (une marge de sécurité est fixée)
- Catégorie D : remboursés de façon forfaitaire sans être repris sur une liste nominative
- Catégorie E : remboursés de façon forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative
- Catégorie F : remboursés sur base du prix de vente TVA incluse (fixé par le CMD)
- Catégorie G : remboursés dans le cadre d'une "Application Clinique Limitée"
- Catégorie H : remboursés dans le cadre d'un contrat conclu avec l'INAMI

Information statistique relative aux honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, en cas de pseudo-codes de l'art. 8, § 5, 3°, c avec la norme 9, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

(☞27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile »: en cas de pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 ou 793693-793704 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

Lait maternel (pseudo-code 695052-695063).

Base légale (art. 3 de l'AR du 21 mai 1987 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des bandes et autres matières plâtrées et du lait maternel) :

*L'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité dans le coût du lait maternel est fixée comme suit :*

- a) pour une quantité de 200 ml ou moins, l'assurance rembourse la différence entre le prix de base, qui est de 0,32 EUR/10 ml, et l'intervention forfaitaire de 0,30 EUR à charge du bénéficiaire;
- b) par tranche de 20 ml supplémentaire, l'intervention de l'assurance est fixée à 0,62 EUR

### Règles de calcul

- Le nombre de millilitres est arrondi vers le bas, par tranche :
  - p.ex 188 ml → pour le calcul : 180ml : 18 tranches de 10 ml (8 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)
  - p.ex 233 ml → pour le calcul : 220 ml : 20 tranches de 10 ml et 1 tranche de 20 ml (13 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)
- En dessous de 200ml, il y a, donc, des tranches de 10 ml et au dessus de 200ml des tranches de 20 ml.
- L'intervention personnelle est de 0.30 euro, seulement pour la première tranche de 200ml. Pas d'intervention personnelle pour les tranches au dessus de 200 ml.
- Cas particulier : quantité > 9 999 ml : la facturation doit être scindée en différents enregistrements (vu que la zone 22 ne compte que 4 positions)

Exemple 1

556 ml est facturé → zone 22 = 556

556 ml →  $20 * 10 \text{ ml} + 17 * 20 \text{ ml} = 540 \text{ ml}$  (16 ml est insuffisant pour la prochaine tranche de 20 ml)

remboursement :  $20 * 0,32 \text{ euro} + 17 * 0,62 \text{ euro} = 16,94 \text{ euros}$  avec une intervention personnelle de 0,30 euro

→ zone 19 = 16,64 euros et zone 27 = 0,30 euro.

Exemple 2

173 ml est facturé → zone 22 = 173

173 ml →  $17 * 10 \text{ ml} = 170 \text{ ml}$  (3 ml est insuffisant pour la prochaine tranche de 10 ml )

Remboursement :  $17 * 0,32 \text{ euro} = 5,44 \text{ euros}$  avec une intervention personnelle de 0,30 euro

→ zone 19 = 5,14 euros et zone 27 = 0,30 euro

Exemple 3

10 173 ml est facturé

1<sup>er</sup> enregistrement → zone 22 = 9 980

9 980 ml →  $20 * 10 \text{ ml} + 489 * 20 \text{ ml}$

Remboursement :  $20 * 0,32 \text{ euro} + 489 * 0,62 \text{ euro} = 309,58 \text{ euros}$  avec une intervention personnelle de 0,30 euro

→ zone 19 = 309,28 euro et zone 27 = 0,30 euro

2<sup>ème</sup> enregistrement → zone 22 = 193

193 ml →  $19 * 10 \text{ ml}$

Remboursement :  $19 * 0,32 \text{ euro} = 6,08 \text{ euro}$  avec une intervention personnelle de 0,30 euro

→ zone 19 = 5,78 euro et zone 27 = 0,30 euro

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

**RUBRIQUE : DATE PRESCRIPTION**

---

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

---

Lorsqu'il s'agit d'une prestation qui est effectuée sur prescription, il y a lieu d'indiquer la date de la prescription dans cette zone.

Honoraires forfaitaires pour soins infirmiers + enregistrements statistiques complémentaires :

- (☞ 7) Dans l'enregistrement d'honoraires forfaitaires, la date de la demande du forfait sur le document 703ter ou le message MyCaret 410000 doit être mentionnée.
- (☞ 7) 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 MyCaret 410000; s'il s'agit de prestations de base, cette zone est toujours égale à 0.

Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes :

La date de la demande d'intervention est considérée comme la date de la prescription.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

Cette zone est égale à zéro.

Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

La date de la prescription doit être mentionnée dans cette zone.

Cette zone est égale à 0 si l'ET 50 Z 26 = 0, 3 ou 4, à l'exception de certains soins infirmiers (voir tableaux repris dans l'ET 50 Z 4).

**RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE D'UNITES****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108**

Cette zone contient :

Le nombre de fois qu'une prestation a été dispensée à la date ou durant la période indiquée (date début – date fin).

OU

Le nombre de fournitures (p.ex. sang, isotopes, ...) qui ont été délivrées à la date ou durant la période indiquée (date début – date fin).

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

Les séries d'un seul traitement doivent être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation avec date de début = date de fin et nombre d'unités = 1), à l'exception des honoraires de surveillance (art. 25, §1), qui peuvent être facturés en série.

Remarques :

- pour les soins infirmiers et les maisons médicales, le nombre de prestations est toujours = 1;
- pour les bandes et autres matières plâtrées, il y a lieu d'indiquer le nombre d'unités;
- pour les isotopes, il y a lieu d'indiquer le nombre de fois que le tarif a été porté en compte;
- le sang et le plasma sanguin doivent être indiqués en unité délivrée;
- (☞ 5) - pour le matériel corporel humain (AR du 2/6/2010), il y a lieu d'indiquer le nombre de fois que le tarif unitaire a été porté en compte; dans le cas d'un remboursement par cm (57° allogreffe veineuse), par cm<sup>2</sup> (11° peau conservée dans l'azote liquide ou le glycéril, 12° kératinocytes, 58° membrane amniotique à usage dermatologique) ou par cm<sup>3</sup> (59° poudre d'os cortical avec capacité d'ostéoinduction), le nombre de cm, cm<sup>2</sup> ou cm<sup>3</sup> doit, donc, être mentionné;
- (☞ 2) - le lait maternel doit être indiqué en ml (voir aussi règles de calcul en Z 19 S 1) ;
- pour le lait maternel, la quantité est exprimée en ml;
- pour les honoraires forfaitaires, le nombre est toujours 1;
- (☞ 4) - pour les frais de déplacement dans le cadre de prestations de rééducation et pour les frais de déplacement des accoucheuses (422973), il faut mentionner le nombre de kilomètres parcourus à l'aller et au retour.
- (☞ 20) - pour les frais de déplacement des médecins dans les régions rurales (109955), cette zone est égale à (distance en km x 2)
- pour les frais divers en hôpital (voir ET 50 Z 4 S 15), le nombre d'unités peut être plus grand que 1.
- pour l'intervention du SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente (pseudo-code 793553) et pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (pseudo-code 793575) (montant forfaitaire par demi-heure), le nombre de demi-heures commencées doit être mentionné dans cette zone.
- transport urgent de malades (AR 26/4/2009): 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<sup>2</sup> (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<sup>2</sup> ou le nombre de points de contact).  
Le nombre d'unités dans les enregistrements "marge de sécurité" et "marge de délivrance" doit être identique au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel les implants sont facturés.
- (€ 28) - pour les implants sans liste nominative (avec ou sans forfait), le nombre d'unités est égal au nombre de cm<sup>2</sup>, 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<sup>2</sup>). 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<sup>2</sup> 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<sup>2</sup>):

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<sup>2</sup>. Celle-ci est arrondie à 149 cm<sup>2</sup>.

Enregistrement filet :  $Z 22 = 149$  ;  $Z 19 = 149 * 0,5 = 74,50$  EUR ;  $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité :  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = \text{prix} - \text{montant de remboursement}$  (74,50 EUR)  
si  $\text{prix} \leq 74,50 + 50\%$  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<sup>2</sup>. Celle-ci est arrondie à 89 cm<sup>2</sup>.

Enregistrement filet :  $Z 22 = 89$  ;  $Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50$  EUR ;  $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité :  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = \text{prix} - \text{montant de remboursement}$  (44,50 EUR)  
si  $\text{prix} \leq 44,50 + 50\%$  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<sup>2</sup> par filet. Celle-ci est arrondie à 89 cm<sup>2</sup>.

Enregistrement 1<sup>er</sup> filet:  $Z 22 = 89$ ;  $Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50$  EUR;  $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité 1<sup>er</sup> filet:  $Z 22=1$ ;  $Z 27 = \text{prix} - \text{montant de remboursement}$  (44,50)  
si  $\text{prix} \leq 44,50 + 50\%$  de 44,50

Enregistrement marge de délivrance 1<sup>er</sup> filet:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = 10\%$  du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Enregistrement 2<sup>e</sup> filet:  $Z 22 = 89$ ;  $Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50$  EUR;  $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité 2<sup>e</sup> filet:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = \text{prix} - \text{montant de remboursement}$  (44,50)  
si  $\text{prix} \leq 44,50 + 50\%$  de 44,50

Enregistrement marge de délivrance 2<sup>e</sup> filet:  $Z 22 = 1$ ;  $Z 27 = 10\%$  du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

**Exemple 4: 160495 - 160506 (sans liste nominative et avec forfait par filet)**

Délivrance de 2 filets avec code notification 0000027597-48 (PFTE felt 2,5 x 10,2cm)

Enregistrement filet:  $Z 22 = 2$ ;  $Z 19 = 2 * 75,08 = 150,16$  EUR;  $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de délivrance:  $Z 22 = 2$ ;  $Z 27 = 2 * 7,5 = 15$  EUR

---

**RUBRIQUE : DEROGATION NOMBRE MAXIMAL OU PRESTATION IDENTIQUE**

---

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

---

Pour certaines prestations, les règles d'application de la nomenclature prévoient un nombre maximal de prestations dans une certaine période.

Dans certains cas, la nomenclature prévoit également des dérogations à ce nombre maximal.

De telles dérogations peuvent être communiquées dans cette zone via les valeurs « 01 » et « 02 ».

Les justificatifs pour la dérogation sont tenus à disposition des organismes assureurs pour des contrôles à posteriori.

Cette zone est aussi utilisée pour indiquer qu'il s'agit bien d'une deuxième (ou troisième ou suivante) prestation identique le même jour pour des prestations sans règles de maxima (p.ex. consultations ou visites des médecins généralistes dans le cadre de e-fac)(valeur « 03 » ou « 04 »).

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
01	Dérogation au nombre maximal.
02	Autre séance/prescription.
03	2 <sup>e</sup> prestation identique de la journée.
04	3 <sup>e</sup> ou suivante prestation identique de la journée.
00	Dans les autres cas.

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR**

---

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

---

- La règle d'obtention du numéro d'identification du prescripteur est identique à celle du numéro d'identification du dispensateur (cf. enregistrement de type 50 zone 15).
- (☞ 8) - Ce numéro doit être mentionné si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 1, 4, 5, 6 ou 9.
- Ce numéro doit être = 0 si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 0 ou 3.
- S'il s'agit d'un prescripteur étranger, le pseudo-code d'identification suivant doit être utilisé : 01.00000.07.999.

(☞ 14) 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.

(☞ 7) Pour les prestations qui ne figurent pas sur la liste, aucun prescripteur ne peut être rempli et cette zone doit, donc, obligatoirement être remplie avec des zéros.

Honoraires forfaitaires pour soins infirmiers + enregistrements statistiques complémentaires.

Dans les enregistrements statistiques, les données relatives au prescripteur doivent être communiquées tant que les dispositions de la nomenclature l'exigent.

Dans l'enregistrement des honoraires forfaitaires, on mentionne un des prescripteurs figurant dans les enregistrements statistiques complémentaires.

Si dans les enregistrements statistiques complémentaires, aucun prescripteur n'est mentionné, cette zone est alors égale à zéro.

Mammographie dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité (0450192 - 0450203 et 0450214 - 0450225) :

- si la prestation a été prescrite: le prescripteur doit être mentionné
- si l'invitation de l'autorité vaut comme prescription: le pseudo-prescripteur 01.00001.06.999 doit être mentionné

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

Numéro d'identification du médecin qui a demandé le matériel et qui a effectué l'implantation = médecin responsable de la greffe = médecin qui signe l'attestation relative à l'utilisation

Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

Le numéro d'identification du médecin de l'établissement hospitalier qui a demandé (prescrit) le produit.

---

**RUBRIQUE : NORME PRESCRIPTEUR**

---

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

---

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Pas de prescripteur.
1	La prestation peut être attribuée à un prescripteur.
3	Les prestations sont effectuées pour ses propres patients.
4	Il s'agit de prestations ajoutées.
(☞ 4) 5	La prestation peut être attribuée à un prescripteur et elle a été substituée.
(☞ 4) 6	La prestation est prescrite par différents prescripteurs et elle a été substituée.
9	La prestation est prescrite par différents prescripteurs. Le numéro d'identification de l'un d'entre eux est enregistré dans la zone du prescripteur (type 50 zone 24-25).

Pour les soins infirmiers, la norme prescripteur est égale à 0, 1 ou 9.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 26 SUITE 1

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

(☞22)

Combinaisons valides pour les prestations de radiologie  
art. 5 (prestations 0307090 à 0307145, 0307230 à 0307285,  
0377090 à 0377145 et 0377230 à 0377241 et 377274 à  
377285)

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est un spécialiste en radiodiagnostic et - 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
Le prestataire a une qualification comme repris à l'art. 4, §1 de la nomenclature (= dentistes) - la prestation est prescrite - la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A A	1 ou 9 3	B 12 zéros

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 26 SUIE 2

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			
(☞ 4) - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
(☞ 4) - la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et			
(☞ 4) - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
(☞ 4) - la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B

RUBRIQUE : Code norme prescripteurPrestations 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			
(☞ 4) - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
(☞ 4) - la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
(☞ 4) - la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B

Prestations de l'art. 17 quater - échographies.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est médecin-spécialiste avec avec une qualification autre que le radiodiagnostic et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 26 SUITE 4

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 prescripteurCombinaisons valides pour les prestations de biologie clinique (art. 3, 24 et 24 bis)et anatomopathologie (art. 32).

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25	
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur	
Le dispensateur est un médecin spécialiste en biologie clinique (en cas de prestations de l'art. 3, de l'art. 24 et de l'art. 24bis)				
	- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
	- la prestation est ajoutée	A	4	A
	- la prestation est prescrite par le médecin spécialiste en biologie clinique même (pour lui-même ou pour d'autres patients qu'il a en traitement)	A	3	12 zéros
Le dispensateur est un médecin spécialiste en anatomopathologie (en cas de prestations de l'art. 32)				
	- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
	- la prestation est ajoutée	A	4	A
(☞ 17)	- la prestation est prescrite par le médecin spécialiste en anatomopathologie même	A	3	12 zéros
(☞ 23)	(en cas de prestation 588954-588965 ou 588932-588943)			
Le dispensateur est un médecin spécialiste en médecine nucléaire (en cas des 22 prestations de l'art. 24, qui sont analogues aux 22 prestations de l'art. 18, § 2 B, e) ou le dispensateur a une double qualification dont la biologie clinique (en cas de prestations de l'art. 3, de l'art. 24 et de l'art. 24bis) ou en anatomopathologie (en cas de prestations de l'art. 32) , et :				
	- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
	- la prestation est ajoutée	A	4	A
	- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
Les médecins spécialistes dans une discipline autre que la biologie clinique ou l'anatomopathologie, 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)				
(☞ 9)		A	3	12 zéros
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				
(☞ 9)		A	1 ou 9	B

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.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 26 SUITE 6

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

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 26 SUITE 7

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 prescripteurCombinaisons valides pour les prestations de médecine nucléaire in vivo  
(art. 18, § 2, B, a) jusqu'à d)quater inclus)

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le dispensateur est un spécialiste en médecine nucléaire et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B
(☞ 22) - la prestation est prescrite par le spécialiste même pour ses propres patients (pas possible pour la prestation 442735-442746)	A	3	12 zéros
Le dispensateur a une double qualification dont la médecine nucléaire et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B
(☞ 22) - la prestation est prescrite par le spécialiste même pour ses propres patients (pas possible pour la prestation 442735-442746, sauf lorsque le spécialiste est également neurologue, psychiatre ou gériatre)	A	3	12 zéros

**RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128**

Dans cette zone, doivent être mentionnés les tickets modérateurs effectivement imputés.

Le contenu de cette zone est indispensable dans le cadre du calcul du montant annuel des tickets modérateurs.

Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant effectivement porté en compte (peut même être égal à zéro) doit être mentionné dans cette zone et la valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.

L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Lors de la réintroduction d'une prestation rejetée, la zone « intervention personnelle » doit à nouveau être remplie, même si le montant a entre-temps déjà été facturé et payé par le patient.

Pour les frais de séjour pour rééducation professionnelle dans le cadre de la rééducation individuelle (0771050-0771061), on reprend dans cette zone le montant qui reste à charge du patient.

Honoraires pour prestations de biologie clinique ambulatoire facturés aux bénéficiaires eux-mêmes: toujours zéro.

Information statistique relative aux honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, en cas de pseudo-codes de l'art. 8, § 5, 3°, c avec la norme 9, le contenu de cette zone est égal à zéro.

(☞ 8) Implants :

- Jusqu'au 30/6/2014 inclus : Une intervention personnelle réglementaire n'est prévue pour aucune prestation des articles 28, § 1, 35 et 35bis de la nomenclature, excepté pour :
  - les prestations de l'art. 35bis, §1er, catégories 1b et 2b.
  - les prestations 0683874-0683885 et 0693711-0693722 de l'art. 35
  - les prestations 702553-702564, 702870-702881, 702575-702586 et 702892-702903 de l'art. 35
- (☞ 2) - les prestations 703231-703242, 703253-703264, 703275- 703286, 703290-703301, 703312-703323, 703334-703345, 703356-703360, 703430-703441, 703452-703463, 703474-703485 de l'art. 35
- (☞ 1) - la prestation 699952-699963 de l'art.35
- A partir du 1/7/2014: pour les prestations de la "liste" (annexe à l'AR du xx/xx/2014), l'intervention personnelle suivante est d'application (voir zone "personalContribution" du fichier de référence "LIST"):
  - pour les prestations avec valeur a dans la zone "reimbursementSubCategory", il n'y a pas d'intervention personnelle
  - pour les prestations avec valeur b, c, d ou e dans la zone "reimbursementSubCategory", une intervention personnelle réglementaire est prévue
- Le montant de la marge de délivrance doit être mentionné dans cette zone, sauf la marge de délivrance pour les prothèses de la parole (785352/363) qui doit être mentionnée dans la zone 19.
- Le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité (tel que défini dans l'art. 35, §4 et l'art. 35bis, §4 de la nomenclature (jusqu'au 30/6/2014 inclus) ou dans la « liste » (AR du xx/xx/2014) (à partir du 1/7/2014)) doit être mentionné dans cette zone.

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 27 SUITE 1

- (☞ 8)
- (☞ 8) Pour les implants avec des listes nominatives, le montant exact de la marge de délivrance et de la marge de sécurité est publié par l'INAMI dans les listes concernées.  
Pour les implants sans listes nominatives, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies vers le bas.  
Si plusieurs implants sont facturés via un seul enregistrement (pas possible pour certains implants, voir ET 50 Z 22 S1), alors, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies par unité et ensuite multipliées par le nombre d'unités.
- (☞ 7) La marge de délivrance pour les défibrillateurs cardiaques implantables (à partir du 1/1/2014) doit toujours être calculée sur base des montants de base des tranches, également dans le cas d'un(e) appareil/électrode après la liquidation complète de l'enveloppe (appareil/électrode à 1€) ou dans
- (☞ 11) le cas de la dernière tranche ou dans le cas d'un remplacement sous garantie.

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

- (☞ 27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile »: en cas de pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 ou 793693-793704 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

**RUBRIQUE** : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

**RUBRIQUE : DENT TRAITEE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 163**

---

Le code de la dent traitée (voir art. 6, § 15 du règlement du 28/07/2003) (alignement à droite) doit être mentionné dans cette zone.

Cette obligation est valable :

- pour les prestations dentaires de l'art. 5 de la nomenclature des soins de santé, indiquées par le Conseil technique dentaire.

Les prestations pour lesquelles un numéro de dent doit être mentionné, sont indiquées dans la liste des tarifs des prestations dentaires publiée sur le site de l'INAMI

- (☞14) (<http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/dentiste.aspx>)
- pour la prestation 317236-317240 (art 14,1 de la nomenclature des soins de santé), si elle est exécutée par un dentiste. Pour les stomatologues, le remplissage de cette zone est facultatif.

- (☞22) Si dans le cadre de certains forfaits (par ex : 375575/586), plusieurs dents sont traitées, alors le numéro de dent de la dent sur laquelle la plupart du travail a été fait doit être mentionné.

---

**RUBRIQUE :** SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT OU MONTANT POUR PRODUITS,  
PRESTATIONS OU SERVICES NON-REMBOURSABLES

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT :** 1 A + 9 N - 165

---

Dans cette zone, il y a lieu de mentionner les montants portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée, en surplus des tickets modérateurs réglementaires.

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

- (☞22) Les montants portés en compte pour les produits, prestations ou services non-remboursables, dont les pseudo-codes sont publiés dans l'enregistrement de type 50 zone 4 suite 15, doivent être mentionnés dans cette zone.

Transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009)

La différence entre le montant facturé (les tarifs maximums sont fixés dans l'AR du 7/4/1995) et l'intervention de l'assurance est mentionnée dans cette zone.

Implants :

- (☞4,8) - Aucun supplément ne peut être imputé et mentionné dans cette zone sauf pour les prestations figurant à l'art. 28, § 1 (jusqu'au 30/6/2014 inclus) et pour la prestation « cortex osseux » (jusqu'au 30/6/2014 inclus : 735276-735280 ; à partir du 1/7/2014: 167694-167705).  
- A partir du 1/5/2010, les implants non remboursables (pseudo-code 960234-960245) peuvent, seulement, être facturés au patient s'ils sont notifiés (le code de notification doit être mentionné dans la zone 55-56).

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

- (☞27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » : en cas de pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 ou 793693-793704 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

(☞22) Dentistes:

Les montants qui sont facturés (au patient) pour les ancrages mécaniques lors de soins conservateurs sont mentionnés dans cette zone.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

**RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 175**

La cause de l'exception à l'interdiction de l'application du régime tiers payant est mentionnée, au (☞ 18) moyen d'un code, dans cette zone (voir A.R. du 18/9/2015).

Lorsque le contenu de cette zone est différent de zéro, l'exception doit être justifiée selon les (☞23,36) modalités fixées dans la circulaire O.A 2017/305 du 23 octobre 2017.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 18,36)	1	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 4° (décès, coma)
(☞ 18,36)	2	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 5° (état d'urgence financière)
(☞ 18,36)	3	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 6° (VIPO tarif préférentiel), 7° (revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence), 8° (chômeurs longue durée), 9° (droit aux allocations familiales majorées)
(☞ 18,36)	4	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 1° (prestations dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations)
(☞ 18,36)	5	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 2° (prestations dispensées dans les centres de santé mentale, centres de planning familial et d'information sexuelle et centres d'accueil pour toxicomanes)
(☞ 18,36)	6	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 3° (prestations dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés)
(☞ 18,36)	7	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, dernière alinéa (prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde de médecine générale)
(☞ 18,36)	8	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 10° (statut affection chronique)
(☞ 18,36)	P	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 11° (patients palliatifs)
	0	Tous les autres cas

(☞7,13,23) Lorsque l'exception a été reçue via (My)CareNet (ET20 Z3 = 1), alors cette zone peut être égale à zéro sauf dans le cas d'e-fac médecins généralistes ou dentistes (où la justification tiers payant qui est communiquée dans la réponse à la consultation du tarif doit être mentionnée dans cette zone).

(☞ 7) Le contenu de cette zone est toujours égal à zéro pour toutes les prestations qui ne tombent pas sous l'interdiction du régime du tiers payant.

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

Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle, qui devrait être mentionnée dans la zone 27, ou le supplément, qui est normalement mentionné dans la zone 30-31, a été pris en charge, en tout ou en partie, par un autre tiers (prestataire/établissement même ou législation hors AMI).

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
4	Communication droit au MAF reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
(☞ 29) 5	Suppléments d'honoraires attestés par un médecin/dentiste conventionné suite à des exigences particulières du patient, comme prévu dans les accords médico-mut et dento-mut (Z35 = 1 et Z30-31 ≠ 0)
(☞ 36) 6	Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice)
(☞ 36) 7	Interné placé pour lequel les tickets modérateurs sont portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
(☞ 36) 8	Interné placé pour lequel la communication droit au MAF a été reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

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

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

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

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

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

(☞36) (\*) Les valeurs 3, 4, 7 ou 8 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3, 4, 7 ou 8 ne peuvent être utilisées dans le cas d'une facturation de frais de déplacement « transport urgent de malades » (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus) ou dans le cas d'une facturation de prestations ou services non-remboursables (codes 960).

**Exemple**Facturation normale

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

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

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

**RUBRIQUE : MEMBRE TRAITE****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 177**

- Dans cette zone, il est mentionné, au moyen d'un code, si le traitement a été effectué sur un membre gauche ou droit.
- Cette zone ne doit être provisoirement utilisée que pour :
  - 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), § 1<sup>er</sup>, II, 3° de la nomenclature)
  - (☞ 21,26) et les prestations 248334-248345 et 248415-248426 de l'art. 14, h), §1, II, 1° de la nomenclature;
  - les radiographies du système ostéo-articulaire (prestations de l'art. 17, § 1<sup>er</sup>, 7° (codes 0455011 à 0455265 et 0455814 à 0455862) et de l'art. 17 ter, A, 7° (codes 0466012 à 0466266 et 0466292 à 0466340) de la nomenclature) à savoir, selon les règles de la nomenclature, les prestations pour lesquelles, il existe des règles de cumul, notamment par côté.
  - (☞ 4) - les prestations de chirurgie vasculaire de l'art.14, f), 4° de la nomenclature des soins de santé à l'exception des 238011-238022, 238276-238280 et 238335-238346.
  - (☞ 26) - les prestations 252652-252663 et 252696-252700 (convention reconstruction mammaire)
  - (☞ 30) - les prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 (implant d'ancrage pour prothèse externe).
- (☞ 5) Cette zone peut également être remplie facultativement pour d'autres prestations que celles énumérées ci-dessus.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Gauche
2	Droit
0	Tous les autres cas

---

**RUBRIQUE : PRESTATAIRE CONVENTIONNE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 178**

---

Dans cette zone, il est mentionné, au moyen d'un code, si le prestataire renseigné dans la zone 15 est ou non conventionné.

L'utilisation de cette zone est d'application pour tous les prestataires de soins.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Pas de convention
1	Prestataire conventionné
2	Prestataire partiellement conventionné
9	Prestataire non conventionné

Si un pseudo-numéro d'identification (02-99999-22-999 ou 01-00001-06-999) est mentionné dans la zone 15, cette zone est alors égale à zéro.

**RUBRIQUE : HEURE DE PRESTATION**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N HHMM - 179**

---

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

Le but à terme, est de mentionner dans cette zone l'heure de début de prestation (ou l'heure de prélèvement en cas de prestations de biologie clinique).

L'utilisation de cette zone n'est justifiée que lorsque plusieurs prestations sont effectuées le même jour ou risquent de poser un problème lors de contrôles de cumul.

Exemples pour lesquels la mention de l'heure de prestation serait utile :

- prestations ambulatoires effectuées le jour d'admission ou de sortie d'un établissement hospitalier;
- prestations avec plusieurs séances le même jour, effectuées deux ou plusieurs fois par jour;
- prestations qui ne peuvent pas être cumulées dans une même séance, lorsqu'elles sont effectuées durant plusieurs séances le même jour;
- prestations de biologie clinique lors de prélèvements multiples effectués le même jour = heure du prélèvement;
- prestations qui donnent droit aux suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes (art. 26), dans le cas où elles sont effectuées la nuit, à des périodes différentes;
- ....

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION ADMINISTRATEUR DU SANG**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 183**

---

S'il s'agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone le numéro d'identification du médecin de l'établissement hospitalier qui a signé l'attestation relative à l'utilisation et qui a administré le sang ou les produits sanguins labiles.

**RUBRIQUE : NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 195**

---

S'il s'agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone, le numéro de l'attestation d'administration, c'est-à-dire, le numéro de l'attestation prouvant que le sang humain total ou les produits sanguins labiles ont bien été administrés.

**RUBRIQUE : NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 A - 207**

---

S'il s'agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone le numéro du bon de délivrance ou du sac.

Certains centres de transfusion sanguine utilisent un numéro de 21 positions :

Exemple : B0370 02 330609.16-53

où	B0370	= le centre de transfusion de Brugge ;
	02	= l'année 2002 ;
	330609.16-53	= le numéro unique du sac de sang.

Seules les 12 dernières positions (numéro unique du sac de sang) sont mentionnées dans cette zone.

D'autres centres de transfusion sanguine utilisent un numéro d'unité avec la structure suivante :  
BXXXXAANNNNNN00

avec

BXXXX: numéro du centre de transfusion sanguine

AA: année

NNNNNN: numéro d'ordre

Dans ce cas, les positions XXXXAANNNNNN de ce numéro doivent être mentionnées dans cette zone.

**RUBRIQUE : CODE IMPLANT****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 219**

Si la zone 4 de cet enregistrement est utilisée pour la facturation des implants ou dispositifs médicaux invasifs, pour laquelle l'identification du produit de l'implantation constitue une condition nécessaire pour la tarification, le code d'identification correspondant doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 8) Jusqu'au 30/6/2014 inclus: XXX-YYY-ZZZZZ-C.

XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;  
 YYY = 3 positions numériques qui identifient la classe du type de produit;  
 ZZZZZ = 5 positions numériques qui identifient le produit même.  
 C = 1 position numérique qui reprend le check-digit (= 7 - reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 11 premiers chiffres du code d'identification et le diviseur est égal à 7).

(☞ 8) A partir du 1/7/2014: XXX-YY-ZZZZZ-CC.

XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;  
 YY = 2 positions numériques qui identifient la classe du type de produit;  
 ZZZZZ = 5 positions numériques qui identifient le produit même.  
 CC = 2 positions numériques (check-digit) (= 97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 10 premiers chiffres du code d'identification et le diviseur est égal à 97).

(☞ 10) Attention: Dans le cadre des déclarations d'accord, les codes d'identification ont toujours l'ancienne structure avec 1 check-digit calculé selon le modulo 7.

Une liste limitative des prestations pour lesquelles un code implant doit être mentionné, est publiée sur

(☞ 14) le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).

(☞ 8) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation et est mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus.

(☞ 8) A partir du 1/7/2014, le fichier de référence « LIST » est utilisé : les prestations pour lesquelles un code d'identification doit être rempli sont indiquées avec la valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone « *identificationZone43* ».

(☞ 14) La liste Excel "implants" (sheet Z 43) reste également encore valable après le 30/6/2014 pour les pseudo-codes dans le cadre des déclarations d'accord et dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ».

De plus, un code implant doit également être mentionné pour les pseudo-codes suivants :

(☞ 22) 680153-680164 et 680993-681004 (stent valvulaire percutané implantable en position aortique).  
 704970 à 705003 inclus et 705051-705062 (défibrillateurs cardiaques implantables).

(☞ 29) A partir de la date de prestation 1/2/2017, cette zone est également utilisée pour mentionner le code d'identification des capteurs utilisés dans le cadre de la convention diabète (enfants).

Le code d'identification doit obligatoirement être rempli pour les pseudo-codes du point 5quater de l'ET 50 Z 4 S 3 et pour les pseudo-codes 961332-961343 et 961354-961365 de l'ET 50 Z 4 S 15.

**RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 30 A - 231**

---

Si la zone 4 de cet enregistrement mentionne une prestation ou un produit radioactif, cette zone doit reprendre la description de la prestation ou du produit concerné.

- (☞ 15) A partir de la date de prestation 1/6/2015, cette zone ne doit plus être remplie pour les produits radio-pharmaceutiques.
- (☞ 21) A partir de la date de prestation 1/1/2016, cette zone ne doit plus être remplie pour les prestations radioactives.

Si un code 0960XXX est utilisé dans la zone 4, pour la mention de suppléments pour les produits, prestations ou services non remboursables par l'AMI, le libellé du produit, de la prestation ou du service doit être communiqué dans cette zone.

S'il s'agit de suppléments dans des MRPA-MRS-CSJ, un libellé doit seulement être mentionné pour les pseudo-codes 0960691 et 0960713.

- (☞ 23,30) Pour le code 0961273-0961284 et les codes 961332-961343 et 961354-961365, cette zone ne doit pas être remplie.

---

**RUBRIQUE : NORME PLAFOND**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 261**

---

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
7 ou 8	<p>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 <u>ou égale</u> 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.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>
0	Dans tous les autres cas.

**RUBRIQUE : DATE DE L'ACCORD PRESTATION**

---

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

---

(☞3) A partir du mois facturé juillet 2013 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201307), le remplissage de cette zone est facultatif.

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.

Pour les prestations de rééducation fonctionnelle pluridisciplinaire (codes 558810-558821 et 558832-558843) (notification par formulaire standard), cette zone = 0.

Cette zone sera toujours égale à zéro pour les soins infirmiers ambulatoires.

---

**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.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Aucune transplantation d'organe ou de moelle osseuse n'a été effectuée.
1	Il y a eu transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au receveur.
2	Il y a eu (préparation d'une) transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au donneur (potentiel).

Lorsque le donneur (potentiel) est ambulant et que le receveur est hospitalisé, les prestations effectuées sur le donneur (potentiel) (valeur 2) peuvent être facturées sur la facture d'hospitalisation du receveur sous les codes hospitalisés ou les codes ambulatoires.

Dans le cas d'une facturation des transplantations avec donneur vivant, 2 factures doivent être établies au nom du receveur :

- 1 facture avec les journées d'entretien/prestations du donneur, les données d'identification et d'assurabilité du receveur (Enregistrements 20 Zones 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 22, 27) et la zone 48 = 2
- 1 facture avec les journées d'entretien/prestations du receveur, les données d'identification et d'assurabilité du receveur et la zone 48 = 1

**RUBRIQUE : DISPENSATEUR AUXILIAIRE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 271**

---

- (☞ 1) S'il s'agit d'une prestation attestée par un infirmier mais effectuée par un aide soignant dans le cadre  
(☞ 5) de l'art.8 § 12 (*Dispositions détaillées concernant les prestations dans le cadre desquelles un aide soignant effectue des activités infirmières, confiées par un infirmier*) de la nomenclature alors le numéro d'identification de l'aide soignant qui a effectué la prestation est mentionné dans cette zone.

En cas de forfait : si les prestations dans le cadre du forfait ont été effectuées par plusieurs aides soignants, alors cette zone doit contenir le numéro d'identification du premier aide soignant.

- (☞ 17,26) Lorsqu'il s'agit d'une prestation attestée par un médecin mais effectuée par un stagiaire alors cette zone est complétée par le numéro d'identification du médecin stagiaire qui a effectué la prestation.
- (☞ 6) Le numéro INAMI du gestionnaire du DMG doit être mentionné dans cette zone lorsque l'ET 50 Z 16 = 4 (lettre « G » sur l'attestation de soins : médecin a accès aux données du DMG mais n'est pas le gestionnaire de celui-ci).

Le numéro d'identification est composé de 11 chiffres et est toujours précédé d'un zéro.

- (☞ 6, 17) Cette zone doit seulement être remplie si ET 50 Z 16 = 2, 4 ou 5.

**RUBRIQUE : SITE HOSPITALIER**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 287**

---

Voir enregistrement de type 30 zone 51.

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 293**

---

Voir enregistrement de type 30 zone 52.

**RUBRIQUE : NUMERO DE COURSE****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 305**

Lors de la facturation du transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009) (pseudo-codes 0784416-0784420, 0784431-0784442, 0784453-0784464, 0784475-0784486), le numéro de course, (☞ 11) attribué par le centre d'appel, doit obligatoirement être rempli dans cette zone.

Attention : Le « numéro de course » est le « numéro d'intervention » qui est communiqué par le centre d'appel.

Si cette zone, alphanumériquement définie, n'est pas remplie, elle doit alors être complètement remplie de zéro, ceci constitue une exception aux principes généraux (voir annexe 7 suite 1).

Actuellement, 2 plates-formes informatiques (CityGis et CAD Astrid) et 2 structures de « numéro de course » sont utilisés par les centres d'appels.

La plate-forme CityGis utilise un « numéro de course » avec la structure suivante :

PPAAJJJMMMM

PP = code province du centre d'appel :

10 = Anvers	22 = Wavre	50 = Mons	80 = Arlon
20 = Bruxelles	30 = Bruges	60 = Liège	90 = Namur
21 = Louvain	40 = Gand	70 = Hasselt	

AA = année

JJJ = jour de l'année

MMMM = numéro de mission dans la journée (*attention: dans le cas où le centre d'appel attribue un numéro à 5 chiffres, on considère uniquement les 4 derniers chiffres de ce numéro comme MMMM*)

Exemples:

- La mission 124 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: 10090030124
- La mission 12345 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: 10090032345

La plate-forme CAD Astrid utilise un « numéro de course » avec la structure suivante :

DSAAJJJNNNN

D = discipline (ex : pour l'instant, M = médical)

S = site

A (NT) = Anvers	G (LIE) = Liège	N (AM) = Namur	W (VL) = Flandre-Occidentale
B (XL) = Bruxelles	H (AI) = Hainaut	O (V) = Flandre-Orientale	X (LUX) = Luxembourg
F (BRW) = Brabant Wallon	L (IM) = Limbourg	V (BR) = Brabant Flamand	

AA = année

JJJ = jour de l'année

NNNN = numéro de mission dans la journée (*attention: dans le cas où le centre d'appel attribue un numéro à 5 chiffres, on considère uniquement les 4 derniers chiffres de ce numéro comme NNNN*)

Exemples:

- La mission 124 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: MA090030124
- La mission 12345 du 3 janvier 2009 pour la province d'Anvers aura comme numéro de course: MA090032345

---

**RUBRIQUE : CODE NOTIFICATION IMPLANT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 321**

---

Chaque implant notifié reçoit un code de notification unique, qui doit être mentionné dans cette zone pour :

- les implants non remboursables avec obligation de notification (pseudo-code 960234-960245)
- les implants remboursables sans liste nominative avec obligation de notification

Une liste limitative des prestations pour lesquelles un code de notification doit être mentionné, est

- (☞ 14) publiée sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
- (☞ 8) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation et est mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus.
- (☞ 8) A partir du 1/7/2014, le fichier de référence « LIST » est utilisé : les prestations pour lesquelles un code de notification doit être rempli sont indiquées avec la valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone « *notificationZone55* ».
- (☞ 14) La liste Excel "implants" (sheet Z 55-56) reste également encore valable après le 30/6/2014 pour les pseudo-codes dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ».
- (☞ 14) De plus, un code de notification doit également être mentionné pour les pseudo-codes 705036-705040 (électrodes pour défibrillateur cardiaque implantable).
- (☞ 20) Lorsqu'un dispositif sur mesure est utilisé pour les prestations de la catégorie I.D. Chapitre I (Pneumologie et système respiratoire) ou de la catégorie II.D (tous les chapitres) pour lesquelles la mention d'un code notification est obligatoire (*càd des prestations avec valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone "notificationZone55" du fichier de référence "LIST"*), le pseudo-code notification 999999999850 doit être rempli dans cette zone.

Dans tous les autres cas (notamment, pour les implants avec des listes nominatives), cette zone est égale à zéro.

Le code de notification est composé de 10 chiffres + 2 check-digits : XXXXXXXXXXXX-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**

---

- (☞9,12) Cette zone peut seulement être remplie à partir du 1/4/2015 (ET 50 Z 5  $\geq$  20150401). Elle est remplie avec des zéros jusqu'au 31/03/2015 inclus (ET 50 Z 5 < 20150401).
- (☞15) Pour les prestations de 1/4/2015 à 31/8/2015 inclus, le remplissage de cette zone est facultatif. Pour les prestations à partir du 1/9/2015, le remplissage est obligatoire.

En cas de facturation des implants ou des dispositifs médicaux invasifs pour lesquels la zone « *Qermid* » du fichier de référence « LIST » est égale à 2, le code d'enregistrement qui a été obtenu via

- (☞14) *Qermid* doit être mentionné dans cette zone, sauf dans les enregistrements statistiques (norme 9).
- (☞11) Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro, donc également lors de l'acte médical durant lequel du matériel avec code *Qermid* = 2 est utilisé ou pour la marge de délivrance ou pour la marge de sécurité du matériel avec code *Qermid* = 2.
- (☞30) A partir de la date de prestation x/x/2017 (*encore à déterminer*), le code d'enregistrement obtenu via BELRAP doit être mentionné pour la prestation 432773-432784.

- (☞35) A partir de la date de prestation 1/1/2018, le code d'enregistrement doit être mentionné pour les prestations de l'art. 33ter de la nomenclature.

Ce code d'enregistrement a la structure suivante :

0XXXXAAZZZZZZCC.

XXX = type produit

AA = année

ZZZZZZ = numéro d'ordre

- (☞10) 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).

---

**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.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
01	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient et sur lesquelles 21% de TVA est dû
02	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient avec exemption de TVA
00	tous les autres cas

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 1

---

**RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 51**

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 2

---

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 4

---

**RUBRIQUE : CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 50 zone 4.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

**RUBRIQUE : DATE PRESTATION**

---

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

---

Voir enregistrement de type 50 zone 5.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 8a-8b

---

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 15

---

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR**

---

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

---

Voir enregistrement de type 50 zone 15.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

**RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81**

---

Voir enregistrement de type 50 zone 17-18.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 19

---

**RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88**

---

Voir enregistrement de type 50 zone 19.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 27

---

**RUBRIQUE : CODE TITULAIRE 1 + 2**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 27.

(☞ 22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

(☞ 23) **RUBRIQUE : NUMERO AGRÉMENT ENGAGEMENT DE TARIF**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 48 A - 213**

---

(☞ 23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

(☞ 23) Cette zone est réservée pour la mention du numéro d'agrément de l'engagement de tarif. La consultation des données du tarif via le réseau est seulement possible pour les secteurs autorisés via MyCareNet.

(☞ 23) S'il n'y a aucune utilisation du service « consultation tarif », l'ET 51 ne sera pas présent.

Le contenu de cette zone est structuré comme suit :

RRNNNNNNNNNNNVVA000

soit :

- (☞ 23) ● R = 32 positions alphanumériques pour le numéro d'agrément d'engagement de tarif obtenu via le service « consultation tarif ».
  - N = 10 positions numériques, remplies de zéros.
  - V = 2 positions numériques, remplies de zéros.
  - (☞ 23) ● A = 2 : consultation tarif (1 position numérique)
  - 0 = 3 positions numériques de réserve, remplies de zéros.
- (☞ 23) La zone est complétée avec le contenu de la zone 'financialcontract' ('numéro d'agrément engagement de tarif') du message de réponse à la consultation du tarif.

**RUBRIQUE : DATE COMMUNICATION INFORMATION**

---

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

---

(☞23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

Cette zone est remplie avec la date à laquelle l'OA a communiqué les données du tarif via le message de réponse à la consultation du tarif.

Cette date se trouve dans la zone 'kmehrmesssage/transaction/date'.

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

---

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

---

(☞23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

(☞13)

ENREGISTREMENT DE TYPE 52 ZONE 1

---

**RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 52**

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

---

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

**RUBRIQUE : RAISON ENCODAGE MANUEL****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9**

- (27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.  
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Utilisation d'un document d'identité sans puce
2	Indisponibilité du lecteur de carte
(35) 3	Panne du système informatique ou vérification différée sans panne ou absence d'interconnectivité entre logiciels (*) (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies)
(35) 4 (*)	Vérification différée sans panne parce que le patient ne pouvait pas soumettre de document d'identité valide (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies)
(35) 5 (*)	Vérification différée sans panne suite à un oubli de lecture du document d'identité (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies)
(35) 6 (*)	Absence d'interconnectivité entre logiciels (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies)

- (35) (\*) Jusqu'au mois facturé décembre inclus, la « vérification différée sans panne » ou « l'absence d'interconnectivité entre logiciels » sont indiquées par la valeur 3.  
A partir du mois facturé janvier 2018, les valeurs 4, 5 ou 6 doivent être utilisées.

---

**RUBRIQUE : CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 50 zone 4.

**RUBRIQUE : DATE PRESTATION**

---

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

---

Voir enregistrement de type 50 zone 5.

(☞13)

ENREGISTREMENT DE TYPE 52 ZONE 6a-6b

---

**RUBRIQUE : DATE DE LECTURE DOCUMENT IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE**

---

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

---

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.

Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

(☞19) La date de lecture du document d'identité du patient est mentionnée dans cette zone.

(☞27,35) Cette zone doit toujours être remplie, sauf lorsque l'ET 52 Z 9 = 4 et l'ET 52 Z 3 = 3, 4, 5 ou 6.

(☞ 13)

ENREGISTREMENT DE TYPE 52 ZONE 8a-8b

---

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

---

**RUBRIQUE : TYPE DE SAISIE DOCUMENT IDENTITÉ**

---

---

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

---

- (☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.  
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Ce code fait la distinction entre les différents types de saisie du document d'identité.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Lecture puce
2	Lecture code-à-barres
3	Lecture QR code
(☞27) 4	Encodage manuel Lorsque cette valeur est utilisée, la raison doit être mentionnée dans l'ET 52 Z 3.

**RUBRIQUE : TYPE DE SUPPORT DOCUMENT IDENTITÉ****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 50**

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.

Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Ce code fait la distinction entre les différents types de support du document d'identité.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞27)	1	Carte d'identité électronique belge (ou Kids-id)
(☞35)	2	Carte d'identité électronique étranger ou document de séjour électronique
(☞27)	3	Carte Kid-id (*)
	4	Carte ISI+
(☞19,35)	5	Document de séjour électronique (***)
(☞19)	6	Une carte d'identité sociale (SIS) encore valide (**)
(☞19,27)	7	Vignette avec code-à-barres Lorsque cette valeur est utilisée, la raison doit être mentionnée dans l'ET 52 Z 11.
(☞19,27)	8	Attestation d'assuré social
(☞27)	9	Attestation de perte ou de vol d'une carte d'identité électronique belge, d'une carte électronique d'étranger ou d'un document de séjour électronique

(☞19) Pour le médecin généraliste qui gère le dossier médical global, la lecture du document d'identité s'effectue seulement au moment de la consultation ou de la visite sur base de laquelle le médecin a ouvert la gestion d'un dossier médical.

(☞19) Lorsque la vérification de l'identité du patient par la lecture du document d'identité est obligatoire, cette zone est différente de zéro et doit obligatoirement être remplie avec une des valeurs prévues.

(☞27) (\*) possible jusqu'au mois facturé décembre 2016; à partir du mois facturé janvier 2017, la valeur 1 est utilisée en cas d'utilisation de Kids-id.

(☞27) (\*\*) possible jusqu'au 31/12/2016 inclus

(☞35) (\*\*\*) possible jusqu'au 30/9/2017; à partir du 1/10/2017, la valeur 2 est utilisée en cas d'utilisation d'un document de séjour électronique.

---

**RUBRIQUE : RAISON UTILISATION VIGNETTE**

---

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

---

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

Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Ce code indique pourquoi une vignette a été utilisée.

Cette zone doit obligatoirement être remplie lorsque l'ET 52 Z 10 = 7.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
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

(☞13)

ENREGISTREMENT DE TYPE 52 ZONE 12-13

---

**RUBRIQUE : HEURE DE LECTURE DOCUMENT IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N HHMM - 52**

---

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.

Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

(☞19) L'heure de lecture du document d'identité du patient est mentionnée dans cette zone.

(☞27,35) Cette zone doit toujours être remplie, sauf lorsque l'ET 52 Z 9 = 4 et l'ET 52 Z 3 = 3, 4, 5 ou 6.

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR**

---

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

---

Voir enregistrement de type 50 zone 15.

---

**RUBRIQUE : NUMÉRO DE SÉRIE DU SUPPORT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 15 A - 80**

---

- (☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.  
Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Le numéro de série du support (carte eId,...) doit être mentionné dans cette zone.

- (☞27) Cette zone doit toujours être remplie, aussi dans le cas d'encodage manuel (ET 52 Z 9 = 4), sauf lorsque l'ET 52 Z 10 = 7, 8 ou 9.

---

**RUBRIQUE : NUMÉRO DOCUMENT JUSTIFICATIF**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 N - 95**

---

(☞27) Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire.

Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017 (sous réserve de publication de l'AR).

Le numéro du document justificatif délivré au patient doit être mentionné dans cette zone.

Ce numéro doit être unique et différent de zéro.

(☞27) Cette zone doit toujours être remplie.

---

**RUBRIQUE : NUMERO UNIQUE APPAREIL IMAGERIE MEDICALE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 120**

---

Dans cette zone, le numéro de l'appareil d'imagerie médicale doit être complété pour les prestations mentionnées dans l'AR du 26/5/2016 portant exécution de l'article 64, § 1er, alinéa 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (MB 31/5/2016).

(☞ 29) Le numéro d'appareil doit également être complété pour le forfait INAMI PET 747913-747924 (Art. 27/1 de l'AR du 22/5/2014).

Il s'agit d'un numéro à 12 positions avec la structure 0YYYYYYCD000

avec YYYYYYCD = numéro de facturation INAMI

YYYYYY = un numéro d'ordre non significatif

CD = 2 positions numériques (check-digit) (= 83 - reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 6 premiers chiffres YYYYYY et le diviseur est égal à 83).

Le statut « défectueux/remplacement » de l'appareil n'est pas communiqué par l'INAMI.

Cependant, si l'appareil est défectueux et que l'examen est, donc, exécuté sur un appareil de remplacement, alors le numéro d'identification de l'appareil attribué par l'INAMI (« numéro de facturation INAMI ») doit être suivi par « 001 » au lieu de « 000 ».

---

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

**RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 80**

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

**RUBRIQUE : HEURE D'ADMISSION**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 4.

**RUBRIQUE : DATE D'ADMISSION**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 5.

**RUBRIQUE** : DATE DE SORTIE

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 6a-6b.

**RUBRIQUE** : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

**RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 9.

**RUBRIQUE : TYPE DE FACTURE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 10.

**RUBRIQUE** : SERVICE 721 bis

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 13.

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 14.

**RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER B**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 68**

---

Il s'agit du montant de la facture que l'organisme assureur doit transférer au compte financier B.

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

**RUBRIQUE : CAUSES DU TRAITEMENT**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 17.

**RUBRIQUE** : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 18.

**RUBRIQUE** : SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT** : 1 A + 11 N - 88

---

Il s'agit du montant de la facture que l'organisme assureur doit transférer au compte financier A.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

Pour les maisons médicales, le montant total de la facture pour le patient concerné doit être mentionné dans cette zone.

**RUBRIQUE : DATE DE LA FACTURE**

---

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

---

La date de la facture individuelle doit être mentionnée dans cette zone (= date d'enregistrement de la facture concernée dans la comptabilité).

- (☞3) Cette zone doit être remplie seulement pour les prestations (aussi bien ambulants qu'hospitalisés) facturées par le gestionnaire de l'établissement ou par le Conseil Médical (aussi bien en cas de suppression de la facture individuelle papier que sans SFP).
- (☞3) Cette zone ne doit, donc, pas être remplie pour les prestations facturées par d'autres prestataires/institutions.

**RUBRIQUE : HEURE DE SORTIE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 22.

**RUBRIQUE** : NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 24-25.

**RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128**

---

Cette zone reprend le montant total à payer par le patient sans déduction des acomptes éventuellement déjà payés.

Il s'agit de la somme des montants mentionnés dans les zones 27 des E.T. 30, 40 et 50 qui précèdent.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

**RUBRIQUE** : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 28.

**RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165**

---

Cette zone reprend le montant total des suppléments à payer par le patient.

Il s'agit de la somme des montants mentionnés dans les zones 30-31 des ET 30, 40 et 50 qui précèdent.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

**RUBRIQUE : FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 20 zone 32.

**RUBRIQUE** : SIGNE + ACOMPTE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT** : 1 A + 11 N - 183

---

Cette zone contient le montant de l'acompte destiné au compte financier A.

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

---

**RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE LA FACTURE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347**

---

Ce chiffre de contrôle est calculé de la façon suivante :

pour la facture individuelle concernée, toutes les valeurs des zones 4 des enregistrements de type 30, (8,15) 40, 50, 51 et 52, des zones 17-18 et des zones 40-41 des enregistrements de type 40 sont additionnées. Le module 97 est appliqué sur ce résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est repris dans cette zone.

Exemple :

Si deux zones contenant les valeurs 101010 sont additionnées, alors le résultat de l'addition est :

$$\begin{array}{r} 101010 \\ + 101010 \\ \hline 202020 \end{array}$$

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.

(7)

ENREGISTREMENT DE TYPE 90 ZONE 27

---

**RUBRIQUE : NUMERO BCE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 27.

**RUBRIQUE** : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

**RUBRIQUE :** BIC - COMPTE FINANCIER A

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 31-32-33-34.

**RUBRIQUE** : IBAN - COMPTE FINANCIER A

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 36-37-38-39-40-41

**RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER B**

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 43a.

**RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER B**

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 49-50-51-52

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

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347**

---

Ce chiffre de contrôle est calculé de la façon suivante :

(☞8,13) Les valeurs des zones 4 de tous les enregistrements de type 30, 40, 50, 51 et 52, des zones 17-18 et des zones 40-41 des enregistrements de type 40 de l'envoi sont additionnés. Le module 97 est appliqué sur le résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est repris dans cette zone.

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

---

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

---

Voir enregistrement de type 10 zone 99.