

I N A M I

Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

**Aux prestataires ou services responsables
de la facturation sur support magnétique ou
par voie électronique**

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Correspondant: Annelies DEGRAEVE

Attaché

Tél.: 02/739.78.45

E-mail: Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be

Nos références: 1804/CH/ADG/2015

Bruxelles, le 18 mars 2015.

Madame,
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie
électronique – Edition 2013 – 14^e mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2013/14 des instructions
susmentionnées.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,
Directeur général.

**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
MISE A JOUR 2013/14 – Publication 18-3-2015**



INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

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

MISE A JOUR 2013/14

Pages à remplacer :

- Aperçu des annexes, annexes 6, 6.5ter, 16.3, 16.4, 16.15, 16.18;
- ET 10 Z 27 ;
- ET 20 Z 7 ;
- ET 30 Z 6a-6b, Z 17-18, Z 19;
- ET 40 Z 4 S 6, Z 17-18 ;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 2, Z 14 S 3, Z 17-18, Z 24-25, Z 29, Z 43, Z 55-56, Z 57-58-59;

Pages à ajouter :

- Annexes 22.1, 22.2.

1. Enregistrement de type 52 – zone réserve, annexes 6, 6.5ter.

Les zones réserve 16 jusqu'à 98 incluse du nouveau type d'enregistrement 52 (créé lors de la mise à jour 2013/13) sont remplacées par une seule zone réserve de 269 positions numériques (positions 80–348).

Date d'application: voir point 1 de la mise à jour 2013/13.

2. Centre de psychiatrie légale, annexes 16.15, 16.18.

Suite à l'AR du 19/12/2014 (MB 29/1/2015), l'aperçu de la structure des numéros INAMI des établissements de soins a été complété.

3. Règles d'arrondi pour les honoraires, aperçu des annexes, annexes 22.1, 22.2.

Une nouvelle annexe 22 est insérée. Cette annexe reprend des règles d'arrondi (+ exemples) pour les prestations exécutées par des stagiaires à 75%, prestations de chirurgie à 50 % et aide opératoire à 10 %.

Date d'application: Mois facturé mai 2015.

4. Numéro BCE, ET 10 Z 27.

Il est précisé que les centres de rééducation faisant partie d'un hôpital doivent également mentionner un numéro BCE dans la zone 27 des enregistrements 10 et 90.

Date d'application: Mois facturé mars 2015.

5. Convention hémophilie, ET 30 Z 6a-6b, Z 19.

Lors de la mise à jour 2013/11, des pseudo-codes ont été créés pour la convention hémophilie.

Les instructions dans l'ET 30 Z 6 et Z 19 ont été complétées.

Date d'application: 1/12/2014.

6. Précisions implants, ET 50 Z 3 S 4, Z 43, Z 55-56, Z 57-58-59.

Code implant (Z 43) et code de notification implant (Z 55-56)

Les pseudo-codes dans le cadre des déclarations d'accord et dans le cadre de la convention défibrillateurs cardiaques implantables ne sont pas repris dans le fichier de référence « List ». Pour ces pseudo-codes, l'ancienne liste Excel « implants » reste encore valable. Les récents pseudo-codes créés (qui ne figurent pas dans la liste Excel) sont explicitement énumérés dans la Z 43 ou Z 55-56.

Code d'enregistrement Qermid (Z 57-58-59)

Pour les prestations qui doivent être facturées avec des enregistrements statistiques, la zone 57-58-59 doit seulement être remplie dans l'enregistrement de facturation (norme 0). Dans les enregistrements statistiques (norme 9), cette zone peut être égale à zéro.

7. Frais de déplacement rééducation fonctionnelle, ET 50 Z 4 S 2.

Les pseudo-codes 771934 et 771956 ne sont plus d'application depuis longtemps et ont, donc, été supprimés.

8. Neurostimulateurs DBS en cas d'épilepsie réfractaire, ET 50 Z 14 S 3.

Les nouveaux codes qui exigent un numéro d'agrément d'un centre de l'épilepsie réfractaire ont été ajoutés.

Date d'application : Prestations à partir du 1/1/2015.

9. Nouveau site web de l'INAMI, annexes 16.3, 16.4, ET 20 Z 7, ET 30 Z 17-18, ET 40 Z 4 S 6, Z 17-18, ET 50 Z 3 S 4, Z 17-18, Z 24-25, Z 29, Z 43, Z 55-56.

Les liens vers le nouveau site web ont été actualisés.

Pour les références aux listes "prestation relative", "prescripteur" et "implants", le lien est supprimé (vu que ces listes se trouvent sur la page des instructions de facturation et peuvent, donc, facilement être retrouvées).

10. Liste "prescripteur"

Aucune modification.

11. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
171172	171205	Correction: Il s'agit de codes qui ont été oubliés dans la version précédente de la liste		1/12/2014

12. Liste « implant »

Au dessus de cette liste, il est précisé qu'elle reste encore valable pour les pseudo-codes dans le cadre des déclarations d'accord et dans le cadre de la convention "défibrillateurs cardiaques implantables" (voir également le point 5 ci-dessus).

13. Liste « codes erreur »

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

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-fact).
- (☞ 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%.

Annexe 6

Type d'enregistrements			10	20	30	40	50	51	52	80	90
zone	longueur	positions	Debut d'envoi	Debut de facture	Journées d'entretien	Produits pharmaceut.	Prestations ou fournitures	Engagement de paiement e-fact	Lecture document d'identité électronique	Fin de facture	Fin d'envoi
1	2 N	1-2	enregist. de type 10	enregist. de type 20	enregist. de type 30	enregist. de type 40	enregist. de type 50	enregist. de type 51	enregist. de type 52	enregist. de type 80	enregist. de type 90
2	6 N	3-8	n° ordre enregist.	n° ordre enregist.	n° ordre enregist.	n° ordre enregist.	n° ordre enregist.	n° ordre enregist.	n° ordre enregist.	n° ordre enregist.	n° ordre enregist.
3	1 N	9-9	code indice	autorisation t.p.	norme prestation	norme prestation	norme prest (%)	0	0	0	0
4	7 N	10-16	version fichier	heure admission	pseudo-code jour. ent. forf.	pseudo-code cat. médicament	(pseudo-)code nomencl.	(pseudo-)code nomencl.	(pseudo-)code nomencl.	heure d'admission	0
5	8 N	17-24	n° compte financier a	date d'admission	date 1er jour facture	date 1er jour facture	date 1er prest. effect.	date de prestation	date de prestation	date d'admission	n° compte financier a
6 a	4 N	25-28	0	date de sortie	date dernier jour facture	date dernier jour facture	date dernière prestation effectuée	0	Date de lecture document identité électronique	date de sortie	0
6 b	4 N	29-32	0	n° mutuelle affiliation	n° mutuelle affiliation	n° mutuelle affiliation	n° mutuelle affiliation	0	0	n° mutuelle affiliation	numero d'envoi
7	3 N	33-35	numero de l'envoi	identification du beneficiaire	identification du beneficiaire	identification du beneficiaire	identification du beneficiaire	identification du beneficiaire	identification du beneficiaire	identification du beneficiaire	n° cpte financier b
8 a	12 N	36-47	n° compte financier b	0	0	0	0	0	0	0	0
8 b	1 N	48-48	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1 N	49-49	code s.f.p.	sexe beneficiaire	sexe beneficiaire	sexe beneficiaire	sexe beneficiaire	0	0	sexe beneficiaire	0
10	1 N	50-50	code fichier de decompte	type facture	accouchement	Accouchement	accouchement	0	Type de support document identité électronique	type facture	0
11	1 N	51-51	0	type facturation	ref. n° cpte financier	ref. n° cpte financier	ref. n° cpte financier	0	Type de lecture document identité électronique	0	0
12	1 N	52-52	0	0	0	0	0	0	Heure de lecture document identité électronique	0	0
13	3 N	53-55	contenu facturation	service 721 bis	code service	code service	code service	0	0	service 721 bis	0
14	12 N	56-67	n° tiers payant	n° ets. qui facture	lieu de prestation	lieu de prestation	lieu de prestation	0	0	n° ets. qui facture	n° tiers payant
15	12 N	68-79	n° accreditation cin	n° ets. de sejour	ident. conv./ets. sejour	ident. conv./ets. sejour	ident. dispensateur	ident. dispensateur	ident. dispensateur	signe + mont. cpte financier b	signe + mont. total cpte fin. b
16	1 N	80-80	0	code levee delai prescr.	0	medicaments gratuits	norme dispensateur	0	0	0	0
17	4 N	81-84	0	causes traitement	prestation relative	prestation relative	prestation relative	0	0	causes traitement	0
18	3 N	85-87	0	n° mutuelle destination	prestation relative	prestation relative	prestation relative	0	0	n° mutuelle destination	0
19	12 N	88-99	0	n° admission	signe + montant o.a.	signe + montant o.a.	signe + montant o.a.	signe + montant o.a.	0	signe + mont. cpte financier a	signe + mont. total cpte fin. a
20	7 N	100-106	0	date de l'accord traitement	0	date de la prescription	date de la prescription	0	0	date de la facture	0
21	1 N	107-107	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	5 N	108-112	annee facturee	heure de sortie	signe + nb. jours ou forf.	signe + nombre d'unités	signe + nombre d'unités	0	0	heure de sortie	annee facturee
23	2 N	113-114	mois facture	0	0	f unite	nombre de coupes	0	0	0	mois facture
24	5 N	115-119	0	n° de facture individuelle	signe + ordre de grandeur frais de sejour	identification du prescripteur	identification du prescripteur	0	0	n° de facture individuelle	0
25	7 N	120-126	date de date creation	applicat. franch. soc.	0	0	norme prescript	0	0	0	0
26	1 N	127-127	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	10 N	128-137	Numéro BCE	c.t.1 + c.t.2	signe + interv pers pat	signe + interv pers pat	signe + interv pers pat	c.t.1 + c.t.2	0	signe + interv pers pat	Numéro BCE
28	25 N	138-162	ref. etablissement	ref. etablissement	ref. etablissement	ref. etablissement	ref. etablissement	0	0	ref. etablissement	ref. etablissement
29	2 N	163-164	0	numero de facture precedente	signe + montant supplement	signe + montant supplement	signe + montant supplement	0	0	signe + montant supplement	0
30	2 N	165-166	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	8 N	167-174	0	flag identif. benef.	excep. tiers payant	excep. tiers payant	excep. tiers payant	0	0	flag identif. benef.	0
32	1 N	175-175	bic - compte financier A	0	code fact. l.p. ou suppl.	code fact. l.p. ou suppl.	code fact. l.p. ou suppl.	0	0	0	bic - compte financier a
33	1 N	176-176	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34	1 N	177-177	0	numero de l'envoi precedent	0	code exception prophylaxie	prestataire convent.	0	0	0	0
35	1 N	178-178	0	0	0	flag dci	0	0	0	0	0
36	1 N	179-179	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	3 N	180-182	0	n° mut. fact. preced.	0	f forme galenique	heure de prestation	0	0	0	0
38	12 N	183-194	iban - compte financier a	reference mutualite n° compte financier a	0	n° office de tarification	ident. administr. sang	0	0	signe + acompte cpte fin. A	iban - compte financier a
39	10 N	195-204	0	0	0	signe + int. pers. pat. theoriq.	n° attestation d'administration	0	0	0	0
40	2 N	205-206	0	0	0	numero du produit	0	0	0	0	0
41	6 N	207-212	0	annee - mois fact. prec.	0	0	numero bon de delivrance ou sac	0	0	0	0
42	6 N	213-218	0	0	0	0	0	0	0	0	0
43 a	11 N	219-229	bic - compte financier b	donnees de reference reseau ou carte sis	0	libelle du produit	code implant	donnees de reference reseau	0	0	bic - compte financier b
43 b	1 N	230-230	0	0	0	0	0	0	0	0	0
44	4 N	231-234	0	0	0	0	Libelle du produit	0	0	0	0
45	26 N	235-260	0	0	0	0	norme plafond	0	0	0	0
46	1 N	261-261	0	0	0	0	0	0	0	0	0
47	8 N	262-269	0	date de facturation	date accord prestation	date accord prestation	date accord prestation	0	0	0	0
48	1 N	270-270	0	0	transplantation	Transplantation	transplantation	0	0	0	0
49	12 N	271-282	0	reference mutualite numero de compte financier b	0	numero pharmacien	ident. dispensateur auxiliaire	0	0	0	0
50	4 N	283 - 286	0	0	0	f annee de naissance	0	0	0	0	0
51	6 N	287 - 292	0	site hospitalier	site hospitalier	site hospitalier	site hospitalier	0	0	0	iban - compte financier b
52	12 N	293-304	0	identif. association bassin de soins	identif. association bassin de soins	identif. association bassin de soins	identif. association bassin de soins	0	0	0	0
53	8 N	305-312	0	date debut assurabilite	0	0	f numero de course	0	0	0	0
54a	3 N	313-315	0	date fin assurabilite	0	0	0	0	0	0	0
54b	5 N	316-320	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55	8 N	321-328	0	date communic. info	0	0	code notification implant	date communic. info	0	0	0
56	4 N	329-332	0	maf annee en cours	0	0	0	0	0	0	0
57	4 N	333-336	0	maf annee en cours - 1	0	0	0	0	0	0	0
58	4 N	337-340	0	maf annee en cours - 2	0	0	0	0	0	0	0
59	6 N	341-346	0	0	0	0	code enregistrement Qermid	0	0	0	0
98	2 N	347-348	0	0	0	0	0	0	0	cc. de la facture	c.c. de l'envoi
99	2 N	349-350	c.c. enregist	c.c. enregist	c.c. enregist	c.c. enregist	c.c. enregist	c.c. enregist	c.c. enregist	c.c. enregist	c.c. enregist

(☞ 13)

Annexe 6.5 ter

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	Enregistrement de type 52
2	6 N	3 - 8	Numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	reserve
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 électronique
6 b	4 N	29 - 32	
7	3 N	33 - 35	reserve
8 a	12 A	36 - 47	Numéro NISS du patient sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés
8 b	1 A	48 - 48	
9	1 N	49 - 49	reserve
10	1 A	50 - 50	Type de support document identité électronique
11	1 A	51 - 51	Type de lecture document identité électronique
12	1 N	52 - 52	Heure de lecture document identité électronique
13	3 N	53 - 55	
14	12 N	56 - 67	reserve
15	12 N	68 - 79	Numéro INAMI
(☞ 14) 16-98	269 N	80 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	Enregistrement chiffres de controle

15) Opticiens.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

16) Audiciens.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

17) Pharmaciens-biologistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

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

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

19) 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, est calculé selon la méthode du modulo 89.

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

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

- (☞ 4) 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 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. Pharmaciens
- titulaire d'une pharmacie : 001
 - adjoint : 002
 - remplaçant : 003

3. Praticiens de l'art dentaire

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

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

4. Sages-femmes

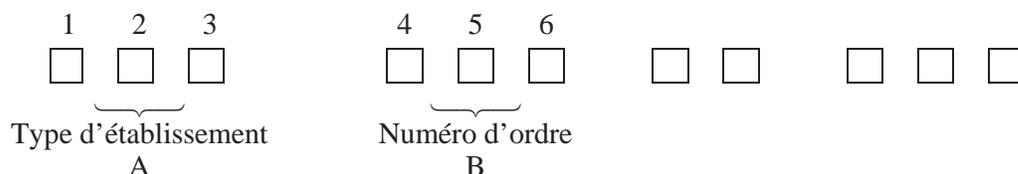
- Sages-femmes autorisées à effectuer des prestations obstétricales : 002
- (☞ 8) - Sages-femmes autorisées à effectuer des prestations obstétricales et à prescrire des médicaments : 003

5. Praticiens de l'art infirmier inscrits sur la liste établie par le Service des soins de santé :

- infirmier(ère)s gradué(e)s et assimilé(e)s : 401
- accoucheuses : 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) 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

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 |

11. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour : 968
- entre 001 et 499 : Equipes multidisciplinaires d'accompagnement pour les soins palliatifs.
 - entre 500 et 999 : Centres palliatifs de jour.
12. Numéros Services intégrés soins à domicile (art. 23, 13°) : 947
13. Numéros services ambulanciers agréés : 796
14. Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : 759
15. Numéros tiers payant – groupement de dispensateurs : 940 jusqu'au 946 inclus

B. Numéro d'ordre (du 4^{ème} au 6^{ème} 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 4^{ème} au 6^{ème} chiffre (voir plus haut).

Laboratoires : Les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} 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 4^{ème} chiffre est "5".

Services ambulanciers agréés : Les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} 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 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} 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 (7^{ème} et 8^{ème} chiffre du numéro d'identification)

Voir plus haut.

D. Code compétence (du 9^{ème} au 11^{ème} chiffre inclus du numéro d'identification)

1. Hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques

- l'hôpital lui-même, sans code de compétence : 000
- (☞ 14) - 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

**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).

Exemple (suite) : 12% ticket modérateur

*Intervention AMI = 19,82 € * 0,88 = 17,4416 ≈ 17,45 €*

Intervention personnelle = 19,82 € - 17,45 € = 2,37 €

Ticket modérateur plafonné :

Exemple: Prestation avec honoraire (à 100%) = 66,53 €

Pourcentage ticket modérateur 15%, avec un plafond de 8,68 €

A 100%:

*Intervention AMI = 66,53 € * 0,85 = 56,5505 ≈ 56,55 €*

Intervention personnelle = 66,53 € - 56,55 € = 9,98 € → 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^{er} enregistrement: intervention chirurgicale à 50 %.

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

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

*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 €*

RUBRIQUE : NUMERO BCE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 10 N - 128

Le numéro BCE du tiers qui facture 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.

- (12) Période transitoire : les groupements de dispensateurs (concernés) en « Association de fait » et les
 - (13) dispensateurs de soins étrangers exerçant des activités en Belgique sans s'établir en Belgique qui ne pourront pas encore disposer de numéro BCE au 1/1/2015 doivent provisoirement mentionner le pseudo-numéro BCE fictif 0999.999.922 dans cette zone.
 - (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.
- (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 : 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 : DATE DERNIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25**

La date du dernier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.
(dernier jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

(☞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^{er} contact repris dans la zone 5 + 12 mois est mentionné dans cette zone.
- Dispositions transitoires : si le 1^{er} contact (= jour x) a lieu avant le 1/8/2014 et le 2^e contact au plus tôt le 1/8/2014, le jour (x-1) de la date du 1^{er} contact + 12 mois est mentionné dans cette zone.

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

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.

Exception : 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^{ère} intervention de l'équipe).

Exception : convention pour l'autogestion du diabète sucré (7.86.0xx.xx ou 7.86.1xx.xx) et

(☞ 14) 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).

(☞ 10) Exception: 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^{er} contact original).

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.

(☞ 12) Dispositions transitoires : si le 1^{er} contact a lieu avant le 1/8/2014 et le 2^e contact au plus tôt le 1/8/2014, tarif = tarif applicable à la date du 2^e contact.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

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

(☞ 14) (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.

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.

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 (série) 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 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).

(☞ 14)

- 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 (série) 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 « 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).

(☞ 14) Un exemple concret est détaillé dans l'ET 50 Z 4 S 25 et S 26.

0 Toutes les autres situations ...

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 le Collège des Médecins-Directeurs visées aux art. 27, 29 et 31 de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception de l'art. 29, § 12	0771772	0771783
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	-
- Matériel pour les patients qui ont conclu un contrat trajet de soins		
matériel consommable	0794113 (*)	-
matériel durable – première prescription	0794135 (*)	-
matériel durable – prescription de renouvellement	0794150 (*)	-
- Matériel dans le cadre du programme de contrôle restreint de la glycémie pour les patients qui n'ont pas conclu de contrat trajet de soins		
matériel consommable	0794194 (*)	-
matériel durable – première prescription	0794216 (*)	-
matériel durable – prescription de renouvellement	0794231 (*)	-
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 un centre de rééducation conventionné organisé par le centre de rééducation	0771971	0771982
- Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers un centre de rééducation conventionné, adapté à la voiture personnelle	0773150	0773161

(*) Supprimé à partir du 1/4/2013.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 3

- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
 - s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
 - s'il s'agit de suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI (codes 0960XXX) ;
 - s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile ;
 - s'il s'agit des conventions art. 56 (0751472, 0751833, 0751855, 0751870 ou 0751892)
 - 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.
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques ;
- s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
- (☞ 13) * En cas de facturation du stimulateur du nerf vague (jusqu'au 30/11/2014 inclus : 684810-0684821, 684832-0684843 ; à partir du 1/12/2014 : 170892 à 171080 inclus) et des électrodes pour localisation préopératoire des cibles en cas de
- (☞ 10) l'épilepsie réfractaire (jusqu'au 30/6/2014 inclus : 698714 à 698865 inclus ; à partir du 1/7/2014: 152773 à 152924
- (☞ 14) inclus) et des neurostimulateurs DBS en cas d'épilepsie réfractaire (171496 à 171824 inclus), le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire doit être mentionné dans cette zone.
- * En cas de facturation de la prestation 777114-777125, le numéro d'agrément du centre de chirurgie robot-assistée (numéro de l'hôpital + 150) doit être mentionné dans cette zone.
- * Endoprothèses (aussi bien le matériel que l'acte médical (art.34)*):
- Prestations pour lesquelles seul un agrément endoprothèses est nécessaire :
Numéro de l'hôpital + 151 ou numéro de l'hôpital + 152
 - Prestations pour lesquelles un agrément endoprothèses et un agrément pathologie cardiaque B3 sont nécessaires :
Numéro de l'hôpital + 152
- * En cas de facturation de la prestation 693910-693921, le numéro d'agrément du centre « moniteur cardiaque implantable » (numéro de l'hôpital + 153) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 3) * En cas de facturation de la prestation 691950-691961(**), 704616-704620, 704631-704642 ou 704653-704664, le numéro d'agrément du centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire» (numéro de l'hôpital + 154) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 9) * En cas de facturation de la prestation 680153-680164, 680175-680186 ou 680993-681004, le numéro d'agrément du centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique» (numéro de l'hôpital + 162) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 8) * En cas de facturation des prestations 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886 de l'art. 35 et 687890-687901, 687912-687923 de l'art.35bis (à partir du 1/7/2014: prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 et 159552-159563 de l'AR du 25/6/2014), le numéro d'agrément du centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » (numéro de l'hôpital + 156) doit être mentionné dans cette zone.
- * En cas de facturation de la prestation 703496-703500, le numéro d'agrément du centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (numéro de l'hôpital + 157) doit être mentionné dans cette zone.
- * En cas de facturation des prestations 697933 à 697966 et 703511 à 703625 , le numéro d'agrément du centre« neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif (TOC) » (numéro de l'hôpital + 158) doit être mentionné dans cette zone.
- (*) S'il s'agit d'un acte médical issu de l'art.14, un numéro d'agrément spécifique doit seulement être rempli pour l'endoprothèse même, pas pour l'acte médical (art.14).
- (☞ 3) (***) Supprimé à partir du 1/7/2013.

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

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

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 : 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.

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 :
680153-680164, 680175-680186 et 680993-681004 (stent valvulaire percutané implantable en position aortique).
704970 à 705003 inclus et 705051-705062 (défibrillateurs cardiaques implantables).

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).

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 QERMID

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).

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.

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).