

I.N.A.M.I.

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

Soins de Santé

Circulaire OA n° 2018/391 du 20 décembre 2018 170/1002

En vigueur à partir du 1 décembre 2018

Abroge circulaire n° 2014/211
du 20 mai 2014

Facturation de la biologie clinique, médecine nucléaire, anatomo-pathologie et examens génétiques (version actualisée de la Circ. OA 2014/211)

Cette circulaire donne un aperçu des règles concernant la comptabilisation et la facturation "électronique" de la biologie clinique, de la médecine nucléaire, de l'anatomo-pathologie et des examens génétiques.

Dans cette circulaire, il est fait référence à la réglementation en question (AR, nomenclature,...) et aux instructions de facturation sur support magnétique ou électronique.

Cette circulaire est d'application pour les prestations exécutées à partir du 1/12/2018 (en d'autres termes, pour les prestations pour lesquelles les zones 5 et 6 du fichier de facturation électronique sont supérieures ou égales à 20181201).

Cette circulaire remplace tous les courriers antérieurs de l'INAMI concernant les sujets traités.

1. Description générale des prestations et des honoraires forfaitaires

- Concerne
- 1) prestations de l'art. 3 § 1 AII, § 1 B (2 prestations) et § 1 CI
 - 2) prestations de l'art. 18 § 2, B, e
 - 3) prestations de l'art. 24 §1 (prestations techniques)
 - 4) prestations de l'art. 24 §2 (honoraires forfaitaires)
 - 5) honoraires forfaitaires par journée d'entretien (AR du 12/11/2008)
 - 6) honoraires forfaitaires par date de prélèvement (AR du 24/9/1992)
 - 7) prestations de l'art.24 bis
 - 8) prestations de l'art.33 bis
 - 9) prestations de l'art.32
 - 10) prestations de l'art.33

- Les prestations de 1) à 3) inclus sont forfaitarisées: les prestations techniques sont honorées par acte à 25 % et il y a un financement complémentaire via des honoraires forfaitaires (art.154 et art.155 de l'AR du 3/7/1996) (voir 4), 5) et 6)).

De plus, les prestations effectuées par des connexistes pour leurs propres patients et les prestations ajoutées par des biologistes tombent sous la réduction des honoraires à 25 %.

L'exception, à ce sujet, sont les prestations ambulatoires mentionnées dans l'AR du 31/1/1977 (114096-114100, 114111, 120713-120724, 121516-121520, 122511-122522, 123152-123163, 125716 -125720, 125915-125926, 126512-126523, 126711-126722, 126733-126744, 126814-126825, 127153-127164, 550012-550023, 550572-550583 en 550594-550605), pour autant qu'elles soient effectuées par des connexistes pour leurs propres patients en dehors d'un laboratoire reconnu (à l'intérieur ou à l'extérieur d'un hôpital) (rémunération à 100 %).

Lorsque les prestations de cet AR sont effectuées par des connexistes avec un numéro de labo propre, alors la rémunération est seulement de 25%.

Si les prestations issues de cet AR sont exécutées pour un patient hospitalisé, alors il y a seulement une rémunération à 25%.

Excepté les exceptions de l'AR du 31/1/1977, la rémunération à 100% est uniquement à utiliser pour la facturation des prestations entre laboratoires, en cas de sous-traitance.

En cas de sous-traitance (voir AR du 24/9/1992 et AR du 13/12/1989), la facture à l'assurance maladie est établie par le laboratoire expéditeur, ensemble avec la facture des autres prestations de la prescription (facture complète avec prestations techniques à 25%). Le laboratoire de sous-traitance facture à 100 % au laboratoire expéditeur les prestations qu'il a effectué. Le laboratoire de sous-traitance doit être mentionné comme lieu de prestation pour les prestations relayées.

Situation particulière qui ne tombe pas sous le principe de la sous-traitance: un patient est hospitalisé dans l'hôpital A et va à l'hôpital B pour un examen. Avant que le médecin de l'hôpital B ne commence l'examen, il demande d'abord une analyse de sang. Celle-ci est effectuée par le labo de l'hôpital B. Puisqu'il ne s'agit pas de sous-traitance (l'hôpital A n'a pas demandé l'analyse de sang), l'hôpital B peut facturer les prestations de biologie clinique concernées à 25 % à l'OA et peut attester un honoraire forfaitaire par jour donnant droit au maxiforfait ou au forfait hôpital de jour, pour autant que les conditions mentionnées dans la nomenclature soient respectées.

Lorsque l'examen concerné ne donne pas droit à un maxiforfait ou un forfait hôpital de jour, alors l'hôpital B peut seulement facturer les prestations à 25% à l'OA et aucun honoraire forfaitaire ne peut être facturé.

Exemple concret : Patient séjourne dans l'hôpital A et va à l'hôpital B pour une coronarographie.

L'hôpital A facture le séjour, l'honoraire forfaitaire de biologie clinique par admission (591102 et éventuellement 591124 ou 591146) inclus.

L'hôpital B facture 464203 (coronarographie), 768224 (forfait hôpital de jour groupe 3), 591102 et éventuellement 591124 ou 591146 (honoraire forfaitaire de biologie clinique) et les prestations de biologie clinique à 25%.

- Prestations de 4) à 10) inclus ne sont pas forfaitarisées et sont honorées à 100%.
- Les prestations de biologie clinique sont, en général, seulement remboursables si elles sont prescrites.
Une prescription de biologie clinique a, en principe, une validité illimitée.
Les données concernant la prescription et le prescripteur sont mentionnées dans l'
ET 50 Z 20-21 : date de prescription
ET 50 Z 24-25 : identification prescripteur
ET 50 Z 26 : norme prescripteur
Les honoraires forfaitaires de biologie clinique, prestations techniques exécutées pour leurs propres patients et les prestations ajoutées par le biologiste ne figurent pas sur la prescription.
La norme prescripteur donne une information sur la situation précise de chaque prestation.
- Les prestations de art. 3 § 1 AII peuvent uniquement être attestées par un médecin généraliste agréé ou un médecin généraliste avec des droits acquis. Par conséquent, ces prestations ne se retrouvent pas sur la prescription.
- Les 2 prestations de biologie clinique de l'art.3 § 1 B (114096-114100 et 114111) peuvent seulement être attestées par un médecin généraliste agréé. Ces prestations ne se retrouvent pas sur la prescription.
- Les prestations de l'art.3 § 1 CI sont réservées aux médecins spécialistes (connexistes et biologistes).
- Les prestations de l' art. 18 § 2, B, e sont réservées aux médecins spécialistes en médecine nucléaire et dispensateurs prévus à l'art.19, §5 (connexistes), §5bis (pharmaciens, licenciés en sciences), §5ter (médecins spécialistes en biologie clinique) et §5quater (médecins avec droits acquis) (sous les conditions prévues dans ces paragraphes).
- Les prestations de l'art.24 § 1 peuvent être attestées par des médecins spécialistes en biologie clinique, médecins spécialistes autres qu'en biologie clinique (= connexistes), pharmaciens biologistes et licenciés en sciences (voir art. 24, §4).
Cas particulier : les médecins spécialistes en médecine nucléaire qui sont habilités à exécuter les 24 prestations de l'art.18, §2, B, e) mentionnées dans l'art.19, §5quinquies, peuvent aussi exécuter les 24 prestations correspondantes de l'art.24.
- Les prestations qui peuvent, selon les règles de la nomenclature, être attestées par les pharmaciens-biologistes, peuvent être attestées par tous les pharmaciens-biologistes, quel que soit leur code compétence.
- Les honoraires forfaitaires de biologie clinique pour les patients hospitalisés doivent être facturés avec un pseudo-numéro dispensateur 01.00001.06.999.
- Les honoraires forfaitaires de biologie clinique pour les patients ambulants sont facturés sous le numéro du dispensateur (ou 1 des dispensateurs) des prestations de la prescription concernée ; ça doit être un médecin biologiste ou un pharmacien biologiste ou éventuellement un spécialiste en médecine nucléaire pour les prestations de l'art.18 § 2, B, e ou pour les 24 prestations de l'art.24, mentionnées dans l'art.19, §5quinquies.
- L'identification du dispensateur est mentionnée en ET 50 Z 15.

- Les honoraires forfaitaires pour les prestations ambulatoires (AR 24/9/1992)

Le choix entre les honoraires forfaitaires dépend du fait que le prestataire mentionné est ou non accrédité et de la somme des valeurs B des prestations techniques prescrites.

Les prestations techniques qui figurent sur la prescription mais qui ne sont pas exécutées (par exemple suite au bris d'un tube à essai ou trop peu d'échantillon) ne peuvent pas être attestées et ne peuvent pas être comptabilisées pour le calcul de l'honoraire forfaitaire.

Si la prescription contient également des prestations de l'art.24bis et de l'art.33bis alors les valeurs B de ces prestations ne sont pas comptabilisées pour la fixation des honoraires forfaitaires.

Les prestations ajoutées qui ne sont pas reprises sur la prescription, peuvent être attestées et peuvent être prises en compte pour la fixation de l'honoraire forfaitaire.

- S'il n'y a pas de prescription et que les prestations sont exécutées par des connexistes pour leurs propres patients en dehors d'un hôpital, alors aucun honoraire forfaitaire pour prestations ambulatoires ne peut être facturé.

Les prestations techniques peuvent, dans ce cas, quand même être facturées à 25% seulement (sauf les prestations ambulatoires de l'AR du 31/1/1977).

- Les honoraires forfaitaires par admission ou par jour donnant droit à un maxiforfait ou à un forfait hôpital de jour (art.24, §2 de la nomenclature).

Ces honoraires ne sont pas directement liés à des prestations de biologie clinique, un prestataire ou un laboratoire.

Dispensateur = Pseudo-numéro 01.00001.06.999.

Lieu de prestation = hôpital de séjour ou hôpital de prestation lors d'une hospitalisation de jour.

Pas de prescripteur (zone 24-25 = 0).

591091-591102 est le forfait de base et peut être facturé :

- pour chaque admission dans un hôpital général à l'exception des services T
- en cas d'hospitalisation de jour (y compris l'hospitalisation chirurgicale de jour) ou de maxiforfait couplé à une liste limitative des prestations

591102 peut éventuellement être remplacé par le 591603 lorsqu'il s'agit d'une admission dans un hôpital où le laboratoire concerné dispose au moins d'un biologiste ou nucléariste accrédité.

591076-591080, 591113-591124 et 591135-591146 sont des honoraires forfaitaires complémentaires où la condition de remboursement dépend d'un certain nombre de critères que le laboratoire concerné doit remplir.

591076-591080, 591113-591124 et 591135-591146 ne peuvent pas être cumulés entre eux mais peuvent chacun être cumulés avec le forfait de base.

Les codes hospitalisés 591080, 591102, 591124 et 591146 peuvent aussi être utilisés en cas de maxiforfait ou de forfait hôpital de jour ou hôpital chirurgical de jour pour les patients hospitalisés dans un autre établissement.

591603 ne peut pas être utilisé en cas de maxiforfait ou de forfait hôpital de jour ou d'hôpital chirurgical de jour, même s'il s'agit d'un biologiste ou nucléariste accrédité.

Pour ces honoraires forfaitaires, une prestation relative doit être mentionnée (voir sheet « opmerkingen-remarques 3 » de la liste Excel « prestation relative »).

Cas particulier 1: Attestation de l'honoraire forfaitaire par maxiforfait ou par forfait hôpital de jour (code ambulatoire) et de l'honoraire forfaitaire par admission (code hospitalisé), le même jour pour le même patient: cette situation est possible, mais très exceptionnelle (par Ex. si pour le patient concerné, un maxiforfait est attesté le matin, et si le patient retourne, ensuite, à la maison mais revient l'après-midi et qu'à ce moment-là, il doit effectivement être hospitalisé).

Cas particulier 2: Attestation de l'honoraire forfaitaire ambulatoire par date de prélèvement et de l'honoraire forfaitaire par admission le même jour pour le même patient.

Suite à l'art. 37 de la loi Programme du 26/12/2013 (MB 31/12/2013), à partir du 1^{er} janvier 2014, l'honoraire forfaitaire ambulatoire par date de prélèvement suite à un séjour au service des urgences ne peut plus être cumulé par un même hôpital, pour le même jour et pour le même patient avec l'honoraire forfaitaire par admission. Dans cette situation, seul l'honoraire forfaitaire par admission (codes hospitalisés) peut encore être facturé.

Cette interdiction de cumul est aussi valable dans les situations exceptionnelles suivantes :

- Le patient se présente le matin au service des urgences et des prestations de biologie clinique sont effectuées. Ensuite, le patient rentre à son domicile mais l'après-midi, il revient au service des urgences où des prestations de biologie clinique sont à nouveau effectuées. Ensuite, il est hospitalisé.
- Le patient se présente le matin au service des urgences et des prestations de biologie clinique sont exécutées. Ensuite, le patient rentre à son domicile. Dans l'après-midi, il est hospitalisé (hospitalisation planifiée).

Dans les deux situations, aucun honoraire forfaitaire ambulatoire ne peut être facturé, même pas pour le 1^{er} passage au service des urgences. L'honoraire forfaitaire ambulatoire peut encore être cumulé par un même hôpital le même jour et pour le même patient avec l'honoraire hospitalisé par admission si l'honoraire forfaitaire ambulatoire a été facturé hors du service des urgences (per ex : polyclinique).

- Honoraire forfaitaire par journée d'entretien

L'honoraire est différent d'un hôpital à l'autre.

Aucune prestation relative ne doit être mentionnée pour cette prestation.

2. Date de début et date de fin, date de prescription (ET 50 Z 5, Z 6, Z 20-21)

1. Prestations techniques

Date de début (Z5) = date de fin (Z6) = date de prélèvement de l'échantillon ou date de réception de la prescription si date prélèvement échantillon < date de prescription, cette exception ne vaut pas pour la biologie clinique).

Date de prescription (Z20-21) = date mentionnée sur la prescription

2. Honoraire forfaitaire par date de prélèvement pour la biologie clinique ambulatoire :

Date de début (Z5) = date de fin (Z6) = date de prélèvement de l'échantillon ou date de réception de la prescription si date prélèvement échantillon < date de prescription, cette exception ne vaut pas pour la biologie clinique).

Date de prescription (Z20-21) = date mentionnée sur la prescription

3. Honoraire forfaitaire par journée d'entretien pour les patients hospitalisés :

Date de début (Z5) = date premier jour facturé

Date de fin (Z6) = date dernier jour facturé

Date de prescription (Z20-21) = zéro (il n'y a pas de prescription)

4. Honoraire forfaitaire par journée donnant droit au maxi ou au forfait hôpital de jour :

591076, 591091, 591102 (patient hospitalisé dans un autre établissement), 591113, 591135

Date de début (Z5) = date de fin (Z6) = date maxiforfait ou forfait hôpital de jour

Date de prescription (Z20-21) = zéro (il n'y a pas de prescription)

5. Honoraire forfaitaire par admission

591080, 591102, 591603, 591124, 591146

Date de début (Z5) = date de fin (Z6) = date d'admission ou date du 1^{er} service donnant droit à l'attestation de l'honoraire forfaitaire

Date de prescription (Z20-21) = zéro (il n'y a pas de prescription)

6. Honoraires complémentaires

Pour la facturation d'un honoraire complémentaire (par ex 588910-588921 supplément d'honoraires pour le spécialiste en anatomo-pathologie accrédité), la même date de début et de fin que la prestation de base doit être remplie.

Date de prescription (Z20-21) = zéro (il ne doit pas nécessairement y avoir de prescription)

7. Facture papier (note d'hospitalisation, attestation globale modèle D)

Deux dates doivent également être mentionnées sur la facture papier (pour autant qu'elle existe encore).

Il y a, en effet, 2 colonnes particulières prévues : « date prestation » et « date réception prescription ».

La colonne « date prestation » correspond aux zones 5 et 6 du fichier de facturation (= date de prélèvement de l'échantillon ou date de réception de la prescription si date prélèvement échantillon < date de prescription, cette exception ne vaut pas pour la biologie clinique).

Dans la colonne « date (réception) prescription », la date de la prescription doit désormais être mentionnée, en d'autres termes, la date correspondant à la zone 20-21 du fichier de facturation électronique.

<p>3. Date qui est déterminante en cas de règles de cumul issues de la nomenclature.</p>

S'il s'agit d'une prestation qui est seulement remboursable un nombre limité de fois durant une période déterminée, alors la date reprise dans les zones 5 et 6 est prise en compte pour la fixation de cette période.

La règle reprise dans la Circ. OA 2011/283 concernant le frottis cervico-vaginal tombe donc et est remplacée par la règle susmentionnée.

4. Détermination du statut ambulancier ou hospitalisé

Le statut ambulancier-hospitalisé est déterminé à la date reprise dans les zones 5 et 6.

Le statut à cette date détermine aussi le type de facture 1, 3 ou 9 (ET 20 Z 10) et l'utilisation des codes prestation ambulatoires ou hospitalisés.

Type de facture 1 = code hospitalisé

Type de facture 3 ou 9 = code ambulancier

Le jour de l'admission ou le jour de sortie, il est possible que l'honoraire forfaitaire ambulancier aussi bien que l'honoraire forfaitaire hospitalisé soient attestés. Dans ce cas, 2 factures séparées doivent être établies, une avec le type de facture 3 ou 9 et une avec le type de facture 1.

5. Détermination du tarif

Le tarif de l'honoraire forfaitaire par date de prélèvement et des prestations techniques est déterminé à la date reprise dans les zones 5 et 6 .

6. Détermination de l'assurabilité

La situation d'assurabilité (patient affilié ou pas, patient en règle ou pas, intervention majorée ou pas,...) est déterminée sur base de la date reprise dans les zones 5 et 6.

7. Détermination du code service (ET 50 Z 13)

Le code service est déterminé sur base de la date reprise dans les zones 5 et 6.

8. Lieu de prestation (ET 50 Z 14)

Généralité

- Prestations techniques: numéro du laboratoire qui a exécuté la prestation (celui-ci peut être différent du laboratoire qui facture).
- Honoraires forfaitaires ambulatoires : numéro du laboratoire qui facture les prestations.
- Honoraires forfaitaires pour des patients hospitalisés ou des patients en hôpital de jour (forfait par admission, forfait par forfait hôpital de jour/maxiforfait, forfait par journée d'entretien): numéro de l'hôpital de séjour ou de l'hôpital de prestation lorsqu'il s'agit d'un hôpital de jour.

Cas particulier: prestations de l'AR du 31/1/1977

- Si ces prestations sont exécutées dans un laboratoire agréé (rémunération à 25 %), alors le numéro d'agrément de ce laboratoire doit être mentionné comme lieu de prestation.
- Si ces prestations sont exécutées en dehors d'un laboratoire agréé, mais au sein d'un hôpital (rémunération à 100 %), alors le numéro de l'hôpital doit être mentionné comme lieu de prestation.
- Si ces prestations sont exécutées en dehors d'un laboratoire agréé et en dehors d'un hôpital (rémunération à 100 %), alors le lieu de prestation est égal à zéro.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

A. Ghilain
Directeur général a.i.

Annexes : nihil