

# **I.N.A.M.I.**

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

## **Soins de Santé**

Circulaire OA n° 2020/137 du 12 mai 2020

62/1317

63/1298

En vigueur à partir du 1 novembre 2019

## **Instructions comptables et statistiques, dessin d'enregistrement documents N ; Code Norme 4 et statut social 999**

Les modifications suivantes sont apportées aux instructions concernant les documents comptables N :

1° Dans le type d'enregistrement 1 - zone 9 "code de norme", le code norme 4 est ajouté à la liste des codes norme possibles.

Les prestations dentaires pour lesquelles l'intervention personnelle a été augmentée parce que le trajet des soins buccaux n'a pas été suivi, seront comptabilisées avec la valeur 4, comme norme de prestation.

Il s'agit d'un correctif. Ce code norme est en vigueur depuis juillet 2016. Voir circulaires O.A. 2016/170 et 2017/010.

2° Dans le type d'enregistrement 1 - zone 6 "statut social", la valeur 999 est ajouté à la liste des valeurs possibles.

999 : honoraire de disponibilité pharmaciens (à utiliser uniquement par l'O.A. 600 avec le pseudo-code 751693)

Cette valeur 999 et ce pseudo-code 751693 ne peuvent être utilisés que par l'O.A. 600.

## **Date d'application : prestations effectuées à partir de NOVEMBRE 2019**

Le Fonctionnaire Dirigeant,

M. Daubie  
Directeur général a.i.

Annexes :

Avenue de Tervueren 211 B-1150 Bruxelles  
Actuariat

Tél.: 02 739 71 11 Fax: 02 739 72 91  
WU 1.21.00.00

[DOCN FR 2019\\_11](#)

*DESSIN D'ENREGISTREMENT DOCUMENTS N*

*"TRANSFERT DE DOCUMENTS COMPTABLES"*

1. Principes généraux
2. Principes techniques
3. Dessin d'enregistrement des supports magnétiques

*Version*  
2019 - 11 - 01

---

## **1) PRINCIPES GENERAUX**

A partir des données de janvier 2006, les données comptables des documents N sont transmises mensuellement.

La réalisation technique des documents comptables N s'effectue à l'aide de Carenet ou de DVD (un ou plusieurs) et par e-mail.

Pour le fichier Carenet/DVD, les paramètres suivants sont demandés chaque mois :

- Organisme assureur
- Année de comptabilisation
- Mois de comptabilisation
- Mois de prestation
- Statut social
- Code de nomenclature et/ou pseudo-code de nomenclature
- Prestation relative
- Code norme
- Arrondissement
- Soins intégrés
- GPS System
- Réforme de l'Etat
- Dépenses/Cas/Jours
- Tickets modérateurs effectivement payés/Cas/Jours

En ce qui concerne le premier semestre et l'année, les paramètres susmentionnés sont complétés par :

- L'année de naissance
- Le sexe
- Motif régularisation

Les paramètres de l'e-mail sont les suivants :

- Organisme assureur
- Année de comptabilisation
- Mois de comptabilisation
- Code de nomenclature et/ou pseudo-code de nomenclature
- Dépenses
- Cas
- Jours
- Tickets modérateurs effectivement payés
- Cas (Tickets modérateurs)
- Jours (Tickets modérateurs)

Le fichier pour Carenet/DVD et pour l'e-mail contient des données comptabilisées, cumulées à partir du mois de janvier jusque et y compris le mois concerné.

Le fichier Carenet/DVD et l'e-mail des documents comptables N doivent être transmis au plus tard le **28<sup>e</sup> jour** du troisième mois qui suit la fin du mois auquel se rapportent les données.

Si le fichier est plus petit que 2Gb, l'envoi doit être effectué via Carenet. Les bordereaux d'envoi sont dès lors transmis par e-mail.

Si le fichier est plus grand que 2 Gb, le fichier doit être envoyé par DVD (avec les bordereaux d'envoi) à :

<b>INAMI</b>  <b>Service des soins de santé</b> <b>"Actuariat"</b>  <b>À l'attention de M T. DELESTRAIT</b> <b>Avenue de Tervuren 211</b> <b>B-1150 BRUXELLES</b>
--

L'e-mail doit être envoyé à l'adresse suivante :

<b>actua@inami.fgov.be</b>
----------------------------

## **2) PRINCIPES TECHNIQUES**

La réalisation technique des documents comptables N s'effectue à l'aide de Carenet ou DVD et par e-mail.

### **Remarques techniques DVD**

- ne pas utiliser de DVD réinscriptible
- ne pas compresser les données
- la codification des données est ASCII
- le système d'exploitation utilisé est MS-Windows©

Une inscription externe contenant les éléments suivants est apposée sur le DVD

1	2	3	4	5		6
N	XXX	XXXX	XX	X	.	X

- 1 N Documents comptables N
- 2 XXX Code organisme assureur (199, 299, 399, 499, 599, 699, 999)
- 3 XXXX Année de comptabilisation (4 chiffres)
- 4 XX Mois de comptabilisation
- 5 X numéro d'envoi
- . point (de liaison) (optionnel)
- 6 X volume (optionnel)

Numéro d'envoi : premier envoi = 1 ; deuxième envoi = 2 ; troisième envoi = 3 ...

Volume : donne le numéro d'ordre du fichier **si** plusieurs supports sont utilisés pour sauvegarder le fichier

### Exemples

\*\* le premier envoi des mutualités chrétiennes pour les documents comptables N de juillet 2006 comporte trois DVD :

N1992006071.1

N1992006071.2

N1992006071.3

\*\* le premier envoi de la CAAMI pour les documents comptables N de juillet 2006 comporte un DVD :

N6992006071

\*\* le deuxième envoi des mutualités neutres pour les documents comptables N de juillet 2006 comporte un DVD :

N2992006072

\*\* le deuxième envoi des mutualités chrétiennes pour les documents comptables N de juillet 2006 comporte trois DVD :

N1992006072.1

N1992006072.2

N1992006072.3

### **Nom du fichier**

La même méthode est utilisée pour le nom du fichier. La mention sur l'inscription externe et le nom du fichier sur le DVD sont donc IDENTIQUES.

### **Remarque technique e-mail**

L'e-mail est associé à une pièce jointe présentant les propriétés techniques suivantes : ASCII, largeur de colonne fixe, blancs entre les colonnes, ....

#### Nom du fichier

1	2	3	4	5	6
N	XXX	XXXX	XX	X	.txt

1 N Documents comptables N  
2 XXX Code organisme assureur (199, 299, 399, 499, 599, 699, 999)  
3 XXXX Année de comptabilisation (4 chiffres)  
4 XX Mois de comptabilisation  
5 X numéro d'envoi  
6 txt .txt

Numéro d'envoi : premier envoi = 1 ; deuxième envoi = 2 ; troisième envoi = 3 ...

#### Exemples

\*\* le premier envoi des mutualités chrétiennes pour les documents comptables N de juillet 2006 :

N1992006071.txt

\*\* le premier envoi de la CAAMI pour les documents comptables N de juillet 2006 :

N6992006071.txt

\*\* le deuxième envoi des mutualités neutres pour les documents comptables N de juillet 2006 :

N2992006072.txt

\*\* le deuxième envoi des mutualités chrétiennes pour les documents comptables N de juillet 2006 :

N1992006072.txt

### **Bordereaux d'envoi**

Deux bordereaux d'envoi sont créés en même temps que le(s) DVD. Les modèles sont présentés aux pages suivantes.

**BORDEREAU D'ENVOI I**

## DOCUMENTS COMPTABLES N

**Documents comptables N**

Organisme assureur : .....

Année de comptabilisation : .....

Mois de comptabilisation : .....

Documents N excepté "article 56" et 799013	Total en EUR
Code Statut social	
100	
101	
110	
111	
120	
121	
195	
410	
411	
420	
421	
450	
451	
470	
495	
595	
999	
Total	

## ARTICLE 56

	Total en EUR
Soins dentaires aux enfants démunis	
Contraceptifs pour jeunes	
Total	

	Total en EUR
799013	

Date :

Responsable de l'organisme assureur :

Nom :

Signature :



### 3) LES DESSINS D'ENREGISTREMENT DES SUPPORTS MAGNETIQUES

- Le dessin d'enregistrement du fichier Carenet ou du DVD comporte 1 enregistrement type présentant la structure suivante :

Enregistrement type		Description
Zone	Longueur	
1	1N	Code d'enregistrement = 1
2	3N	Organisme assureur
3	4N	Année de comptabilisation
4	2N	Mois de comptabilisation
5	6N	Mois de prestation
6	3N	Statut social
7	6N	Code nomenclature
8	6N	Prestation relative
9	2N	Code norme
10	4N	Année de naissance
11	1N	Sexe
12	2N	Arrondissement
<b>13</b>	<b>3N</b>	<b>Soins intégrés</b>
<b>14</b>	<b>1N</b>	<b>Motif régularisation</b>
<b>15</b>	<b>3N</b>	<b>GPS System</b>
16	1N	Réforme état
17	1A + 15N	Dépenses
18	1A + 10N	Cas
19	1A + 9N	Jours
20	1A + 15N	Tickets modérateurs
21	1A + 10N	Cas tickets modérateurs
22	1A + 9N	Jours tickets modérateurs
23	18N	Réserve
Total	140	

Les paramètres âge, sexe et motif régularisation ne sont mentionnés que pour le premier semestre et l'année. Des zéros doivent être indiqués dans les rubriques pour lesquelles aucune information n'est demandée.

- La structure du fichier e-mail est la suivante :

Colonne 1	Organisme assureur
Colonne 2	Année de comptabilisation
Colonne 3	Mois de comptabilisation
Colonne 4	Code nomenclature
Colonne 5	Dépenses
Colonne 6	Cas
Colonne 7	Jours
Colonne 8	Tickets modérateurs - Dépenses
Colonne 9	Tickets modérateurs - Cas
Colonne 10	Tickets modérateurs - Jours

Les documents comptables N sont mensuels et cumulatifs.

- *Ordre des enregistrements :*

1<sup>er</sup> niveau : code nomenclature (en ordre croissant numérique)

2<sup>e</sup> niveau : statut social (en ordre croissant numérique)

3<sup>e</sup> niveau : code norme (en ordre croissant numérique)

...

**Remarques techniques contenu fichier DVD:**

Un enregistrement par ligne , sans délimiteur de champs (c. à d. ni « ; » ou autres).

Le saut de ligne est celui de ms-windows (« carriage return » , « line feed »)

**Remarques techniques contenu fichier email:**

L'e-mail est associé à une pièce jointe présentant les propriétés techniques suivantes : ASCII, largeur de colonne fixe, blancs entre les colonnes, ....

## Enregistrement de type 1 Zone 1

<b>RUBRIQUE :</b> Code d'enregistrement
<b>LIBELLÉ :</b>  Ce code définit la nature de l'enregistrement.
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE :</b> 1 N
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  La valeur de cette zone est toujours égale à 1.
<b>CONTRÔLE :</b> Toutes les valeurs différentes de 1 sont erronées.
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 2

**RUBRIQUE :** Organisme assureur

**LIBELLÉ :**

Dans cette zone, on mentionne le code de l'organisme assureur "national" auquel se rapportent les données.

**LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE :** 3 N

**RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

Pour les données au niveau de l'organisme assureur, la codification suivante est utilisée :

<i>Code</i>	<i>Définition</i>
199	Alliance nationale des mutualités chrétiennes
299	Union nationale des fédérations mutualistes neutres
399	Union nationale des mutualités socialistes
499	Ligue nationale des fédérations mutualistes libérales
599	Union nationale des fédérations des mutualités libres
699	Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité
999	Caisse de soins de santé HR-RAIL

**CONTRÔLE :** Toutes les valeurs différentes de 199, 299, 399, 499, 599, 699 et 999 sont erronées.

**CODIFICATION DES ANOMALIES :**

## Enregistrement de type 1 Zone 3

<b>RUBRIQUE :</b> Année de comptabilisation
<b>LIBELLÉ :</b>  Cette zone indique l'année de comptabilisation de la prestation.
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE :</b> 4 N
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  Cette zone est toujours égale à l'année à laquelle se rapporte le document N.  <u>Exemples</u>  2005 2006 2007  .....
<b>CONTRÔLE :</b> Une seule année peut apparaître dans cette zone. Chaque OA présente ici une valeur identique. L'année se compose exactement de 4 unités à chaque fois.
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 4

<b>RUBRIQUE :</b> Mois de comptabilisation																		
<b>LIBELLÉ :</b>  Cette zone indique le mois de comptabilisation de la prestation. Les documents comptables N sont mensuels et cumulatifs.																		
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE :</b> 2 N																		
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  Cette zone est toujours égale au mois auquel se rapporte le document N.  Le document N contient des données comptabilisées, cumulées à compter du mois de janvier jusqu'au mois concerné inclus.  <i>Exemple :</i>  <table><thead><tr><th><i>Mois de comptabilisation</i></th><th><i>Zone 4</i></th><th><i>Remarque</i></th></tr></thead><tbody><tr><td>Janvier</td><td>01</td><td>ne comporte que les données comptabilisées en janvier</td></tr><tr><td>Février</td><td>02</td><td>comporte les données comptabilisées en janvier et février</td></tr><tr><td>...</td><td>...</td><td></td></tr><tr><td>Novembre</td><td>11</td><td>comporte les données comptabilisées de janvier à novembre inclus</td></tr><tr><td>Décembre</td><td>12</td><td>comporte les données comptabilisées de janvier à décembre inclus</td></tr></tbody></table>	<i>Mois de comptabilisation</i>	<i>Zone 4</i>	<i>Remarque</i>	Janvier	01	ne comporte que les données comptabilisées en janvier	Février	02	comporte les données comptabilisées en janvier et février	...	...		Novembre	11	comporte les données comptabilisées de janvier à novembre inclus	Décembre	12	comporte les données comptabilisées de janvier à décembre inclus
<i>Mois de comptabilisation</i>	<i>Zone 4</i>	<i>Remarque</i>																
Janvier	01	ne comporte que les données comptabilisées en janvier																
Février	02	comporte les données comptabilisées en janvier et février																
...	...																	
Novembre	11	comporte les données comptabilisées de janvier à novembre inclus																
Décembre	12	comporte les données comptabilisées de janvier à décembre inclus																
<b>CONTRÔLE :</b> D'autres codes apparaissent chaque mois. Chaque OA a ici la même valeur.																		
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>																		

## Enregistrement de type 1 Zone 5

<b>RUBRIQUE :</b> Mois de prestation
<b>LIBELLÉ :</b> Il s'agit du mois au cours duquel la prestation a été effectuée ou au cours duquel la livraison a été réalisée.
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE :</b> 6 N
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  Le mois de prestation dans le cadre de la facturation trimestrielle est toujours le premier mois de la période. Le mois de prestation pour le séjour hospitalier (facturation mensuelle) d'une durée de deux mois est également le premier mois de la période.  Structure: d'abord l'année de prestation (4 positions), ensuite le mois de prestation (deux positions)  Cf. exemples en annexe
<b>CONTRÔLE :</b>
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## **MOIS DE PRESTATION : Exemples (codification générale)**

### *\* prestations effectuées en janvier 2006*

Ces prestations peuvent être remboursées jusqu'au 31 janvier 2008 inclus (période: janvier 2006 à janvier 2008 inclus = 25 mois).

Les remboursements éventuels APRES le 31 janvier 2008 doivent être comptabilisés dans le terme restant.

### *\* prestations effectuées exclusivement au cours du mois de juin 2006*

Ces prestations peuvent être remboursées jusqu'au 30 juin 2008 inclus (période: juin 2006 à juin 2008 inclus = 25 mois)

Les remboursements éventuels APRES le 30 juin 2008 doivent être comptabilisés dans le terme restant.

### *\* prestations effectuées exclusivement au cours du mois de décembre 2006*

Ces prestations peuvent être remboursées jusqu'au 31 décembre 2008 inclus (période: décembre 2006 à décembre 2008 inclus = 25 mois).

Les remboursements éventuels APRES le 31 décembre 2008 doivent être comptabilisés dans le terme restant.

## **LA CODIFICATION POUR LE MOIS DE PRESTATION S'EFFECTUE COMME SUIT :**

### *\* Documents comptables N pour le mois de janvier 2008 :*

*Détail du "mois de prestation"*

200537 (terme restant)  
200601 jusque 200612 inclus  
200701 jusque 200712 inclus  
200801

### *\* Documents comptables N pour le mois de juin 2008 (cumulatif) :*

*Détail du « mois de prestation »*

200537 (terme restant)  
200606 jusque 200612 inclus + 200601 jusque 200605 inclus (cumul)  
200701 jusque 200712 inclus  
200801 jusque 200806 inclus

\* Documents comptables N pour le mois de décembre 2006 (cumulatif) :

*Détail du "mois de prestation"*

200537 (terme restant)  
200612 + 200601 jusque 200611 inclus (cumul)  
200701 jusque 200712 inclus  
200801 jusque 200812 inclus

### **Exemples spécifiques**

a) facturation trimestrielle

exemple 1 :

séjour en MRS : facturation du prix journalier pour le premier trimestre 2005

	<b>date de début</b>	<b>date de fin</b>	<b>nombre de jours</b>	<b>prix journalier</b>	<b>montant</b>
<b>code séjour</b>	01-01-'05	31-03-'05	89	18,66	1.660,74

- Cette facture est comptabilisée par l'organisme assureur en mai 2005.
- Comment la zone "mois de prestation" est-elle complétée ?

**réponse** : mois de prestation = 200501

exemple 2 :

séjour en MRS : facturation du prix journalier pour le premier trimestre 2005 avec un nouveau prix au 1<sup>er</sup> février 2005

	<b>date de début</b>	<b>date de fin</b>	<b>nombre de jours</b>	<b>prix journalier</b>	<b>montant</b>
<b>a) code séjour</b>	01-01-'05	31-01-'05	30	18,66	559,80
<b>b) code séjour</b>	01-02-'05	31-03-'05	58	19,44	1.127,5

- Cette facture est comptabilisée par l'organisme assureur au cours du mois de mai 2005.
- Comment la zone "mois de prestation" est-elle complétée ?

**a) réponse** : mois de prestation = 200501

**b) réponse** : mois de prestation = 200502

Exemple 3 :

Séjour en MRS : facturation du prix journalier pour le premier trimestre 2005 avec un nouveau prix au 1<sup>er</sup> février 2005 et une hospitalisation du 24 février au 9 mars inclus.

	<b>date de début</b>	<b>date de fin</b>	<b>nombre de jours</b>	<b>prix journalier</b>	<b>montant</b>
<b>a) code séjour</b>	01-01-'05	31-01-'05	30	18,66	559,80
<b>b) code séjour</b>	01-02-'05	23-02-'05	22	19,44	427,68
<b>c) code séjour</b>	10-03-'05	31-03-'05	21	19,44	408,24

- Cette facture est comptabilisée par l'organisme assureur au cours du mois de mai 2005.
- Comment la zone "mois de prestation" est-elle complétée ?

**a) réponse** : mois de prestation = 200501

**b) réponse** : mois de prestation = 200502

**c) réponse** : mois de prestation = 200503

b) *facturation mensuelle dans le secteur hospitalier*

Exemple 4 :

Séjour en hôpital général :

	<b>date de début</b>	<b>date de fin</b>	<b>nombre de jours</b>	<b>prix journalier</b>	<b>montant</b>
<b>a) code séjour</b>	25-01-'05	10-02-'05	16	10,00	160,00
<b>b) prestation 1</b>	25-01-'05	25-01-'05	1	6,00	6,00
<b>c) prestation 2</b>	30-01-'05	30-01-'05	1	5,00	5,00
<b>d) prestation 3</b>	03-02-'05	03-02-'05	1	9,00	9,00
<b>e) prestation 4</b>	08-02-'05	08-02-'05	1	20,00	20,00
<b>f) prestation 5</b>	08-02-'05	08-02-'05	1	40,00	40,00

- Cette facture est comptabilisée par l'organisme assureur au cours du mois de mai 2005.
- Comment la zone "mois de prestation" est-elle complétée ?

**a) réponse** : mois de prestation = 200501

**b) réponse** : mois de prestation = 200501

**c) réponse** : mois de prestation = 200501

**d) réponse** : mois de prestation = 200502

**e) réponse** : mois de prestation = 200502

**f) réponse** : mois de prestation = 200502

Exemple 5 :

Séjour en hôpital général et adaptation du prix journalier au 1<sup>er</sup> février

	<b>date de début</b>	<b>date de fin</b>	<b>nombre de jours</b>	<b>prix journalier</b>	<b>montant</b>
<b>a) code séjour</b>	25-01-'05	31-01-'05	6	10,00	60,00
<b>b) code séjour</b>	01-02-'05	10-02-'05	9	12,00	108,00
<b>c) prestation 1</b>	25-01-'05	25-01-'05	1	6,00	6,00
<b>d) prestation 2</b>	30-01-'05	30-01-'05	1	5,00	5,00
<b>e) prestation 3</b>	03-02-'05	03-02-'05	1	9,00	9,00
<b>f) prestation 4</b>	08-02-'05	08-02-'05	1	20,00	20,00
<b>g) prestation 5</b>	08-02-'05	08-02-'05	1	40,00	40,00

- Cette facture est comptabilisée par l'organisme assureur au cours du mois d'avril 2005.
- Comment la zone "mois de prestation" est-elle complétée ?

**a) réponse** : mois de prestation = 200501

**b) réponse** : mois de prestation = 200502

**c) réponse** : mois de prestation = 200501

**d) réponse** : mois de prestation = 200501

**e) réponse** : mois de prestation = 200502

**f) réponse** : mois de prestation = 200502

**g) réponse** : mois de prestation = 200502

Exemple 6 :

Séjour en hôpital du 20/12/2005 au 09/01/2006 inclus avec établissement d'une facture intermédiaire jusqu'au 31/12/2005 inclus

<b>1re facture</b>	<b>date de début</b>	<b>date de fin</b>	<b>nombre de jours</b>	<b>prix journalier</b>	<b>montant</b>
<b>a) code séjour</b>	20-12-'05	31-12-'05	11	10,00	110,00
<b>b) prestation 3</b>	23-12-'05	23-12-'05	1	9,00	9,00
<b>c) prestation 4</b>	27-12-'05	27-12-'05	1	20,00	20,00
<b>d) prestation 5</b>	30-12-'05	30-12-'05	1	40,00	40,00

- Cette facture est comptabilisée par l'organisme assureur au cours du mois de mars 2006.
- Comment la zone "mois de prestation" est-elle complétée ?

**a) réponse** : mois de prestation = 200512

**b) réponse** : mois de prestation = 200512

**c) réponse** : mois de prestation = 200512

**d) réponse** : mois de prestation = 200512

<b>2e facture</b>	<b>date de début</b>	<b>date de fin</b>	<b>nombre de jours</b>	<b>prix journalier</b>	<b>montant</b>
<b>a) code séjour</b>	01-01-'06	09-01-'06	8	10,00	80,00
<b>b) prestation 3</b>	05-01-'05	05-01-'06	1	9,00	9,00
<b>c) prestation 4</b>	07-01-'06	07-01-'06	1	20,00	20,00
<b>d) prestation 5</b>	08-01-'06	08-01-'06	1	40,00	40,00

- Cette facture est comptabilisée par l'organisme assureur au cours du mois d'avril 2006.
- Comment la zone "mois de prestation" est-elle complétée ?

- a) réponse** : mois de prestation = 200601
- b) réponse** : mois de prestation = 200601
- c) réponse** : mois de prestation = 200601
- d) réponse** : mois de prestation = 200601

## Enregistrement de type 1 Zone 6

<b>RUBRIQUE :</b> Statut social	
<b>LIBELLÉ :</b> Cette zone identifie le type de bénéficiaires.	
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE :</b> 3 N	
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>	
<i>Valeur</i>	<i>Libellé</i>
100	inscrit au registre national sans régime préférentiel
101	inscrit au registre national avec régime préférentiel
110	actifs, non-indépendants, sans régime préférentiel
111	actifs, non-indépendants, avec régime préférentiel
120	non-actifs, non-indépendants, sans régime préférentiel
121	non-actifs, non-indépendants, avec régime préférentiel
195	correction conventions internationales douzièmes budgétaires, non-indépendants
410	actifs, indépendants, sans régime préférentiel
411	actifs, indépendants, avec régime préférentiel
420	non-actifs, indépendants, sans régime préférentiel
421	non-actifs, indépendants, avec régime préférentiel
450	combinaison CT1 – CT2 450 460 (effectuées jusqu'au 31/12/2007)
451	combinaison CT1 – CT2 451 461 (effectuées jusqu'au 31/12/2007)
470	communautés religieuses
495	correction conventions internationales douzièmes budgétaires, Indépendants
595	non-réparti
999	honoraires de disponibilité pharmaciens (à utiliser uniquement par l'O.A. 600 avec le pseudo-code 751693)
<b>CONTRÔLE :</b> Les statuts sociaux ne peuvent être égaux qu'à un des codes susmentionnés.	
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>	

## Enregistrement de type 1 Zone 7

**RUBRIQUE :** Code de nomenclature

**LIBELLÉ :**

Cf. l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé (+ toutes les mises à jour)

Les pseudo-codes de nomenclature sont mentionnés dans les instructions comptables et statistiques de l'INAMI (cf. Circulaires OA Classement analytique 62/ , 63/ )

**LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE :** 6 N

**RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

Pour les **régularisations**, un système distinct a été élaboré. Chaque classe professionnelle dispose de son propre code de régularisation. Il existe une exception en ce qui concerne les pseudo-codes pour les douzièmes budgétaires. On régularise ici dans les pseudo-codes même des douzièmes budgétaires et donc pas dans un code de régularisation. Les classes professionnelles varient au fil du temps.

Un aperçu des classes professionnelles **actuelles** ainsi que les codes de régularisation figurent dans l'enregistrement de type 1 Zone 7 suite. Les régularisations qui ne peuvent être ventilées par profession doivent être comptabilisées sous la rubrique régularisations non affectables par discipline.

Chaque rectification relative à *l'exercice en cours* est apportée dans le code de nomenclature concerné.

Chaque rectification relative aux dépenses enregistrées *dans les exercices précédents* est mentionnée dans les codes de régularisation prévus spécialement à cet effet. Ces codes de régularisation sont prévus par groupe professionnel.

Voir aussi type 1 zone 14 Motif régularisation

**CONTRÔLE :**

**CODIFICATION DES ANOMALIES :**

## Enregistrement de type 1 Zone 7 suite 1

**RUBRIQUE :** Code de nomenclature

**RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

Instructions spécifiques pour la comptabilisation des « implants » :

**a) comptabilisation du remboursement d'un implant y compris les éventuels tickets modérateurs légaux**

code de la nomenclature			pseudocode implant		
prestation relative			valeur prestation relative (*)		
code norme			valeur code norme (=0)		
dépenses			montant de l'intervention		
nombre de cas			cas intervention		
nombre de jours			-		
dépenses "tickets modérateurs"			montant du ticket modérateur		
nombre de cas "tickets modérateurs"			cas ticket modérateur		
nombre de jours "tickets modérateurs"			-		

(\*) Voir instructions de facturation - liste prestation relative

**b) comptabilisation de la marge de délivrance**

code de la nomenclature	pseudo-code(*)
prestation relative	code de la nomenclature implant
code norme	valeur code norme (= **)
dépenses	
nombre de cas	
nombre de jours	-
dépenses "tickets modérateurs"	montant de la marge de délivrance
nombre de cas "tickets modérateurs"	cas marge de délivrance
nombre de jours "tickets modérateurs"	-

(\*) Voir instruction de facturation, ET 50 Z 4

(\*\*)

En principe = 0 excepté application du plafonnement.  
Voir instruction de facturation, norme plafond 7 et 8, ET 50 Z46

**CONTRÔLE :**

## Enregistrement de type 1 Zone 7 suite 2

**RUBRIQUE :** Code de nomenclature

**RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

c) **Comptabilisation de la marge de sécurité**

code de la nomenclature	<u>pseudo-code(*)</u>
prestation relative	code de la nomenclature implant
code norme	valeur code norme (= 0)
dépenses	
nombre de cas	
nombre de jours	-
dépenses "tickets modérateurs"	montant de la marge de sécurité
nombre de cas "tickets modérateurs"	cas marge de sécurité
nombre de jours "tickets modérateurs"	-

(\*)

Voir instruction de facturation, enregistrement de type 50 zone 4

Date d'application : toutes les comptabilisations à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008.

**CONTRÔLE :**

## Enregistrement de type 1 Zone 7 suite 3

### CODES DE REGULARISATION ET DEFINITIONS DE GROUPE

<b>Groupe</b>	<b>Définition</b>	<b>Code régularisation</b>
	<u>Honoraires des médecins</u>	
1	a) biologie clinique	785013
2	b) imagerie médicale	785013
3	c) consultations, visites et avis	785013
4	d) prestations spéciales	785013
5	e) chirurgie	785013
6	f) gynécologie	785013
7	g) surveillance	785013
8	Honoraires des praticiens de l'art dentaire	785024
9	Honoraires des praticiens de l'art infirmier	785046
	<u>Prestations pharmaceutiques</u>	
	1. Spécialités pharmaceutiques	
10	a) spécialités délivrées dans les officines à des bénéficiaires non hospitalisés	785035
11	b) spécialités provenant des pharmacies hospitalières et délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés	785035
12	c) spécialités délivrées à des bénéficiaires hospitalisés	785035
	2. Autres	
13	a) préparations magistrales	785035
14	b) honoraires de garde	785035
15	c) sang et plasma	785035
16	d) dispositifs médicaux	785035
17	e) alimentation médicale	785035
52	f) oxygène	785035
18	g) prestations pharmaceutiques diverses	785035
19	Soins effectués par des kinésithérapeutes	785050
20	Soins effectués par des bandagistes (fédéral)	785061
21	Soins effectués par des orthopédistes	785061
22	Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	785072

23	Soins effectués par des opticiens	785083
24	Soins effectués par des audiciens	785094
25	Soins effectués par des accoucheuses	785105
26	Prix de la journée d'entretien (fédéral)	785116
27	Hôpital militaire – prix all-in	785120
28	Prix journaliers forfaitaires en hôpitaux généraux	785116
	<u>Dialyse</u>	
29	a) médecins	785131
30	b) forfait dialyse rénale	785131
31	c) à domicile, dans un centre	785131
	<u>MRS/MRPA/Centres de soins de jour (régional)</u>	
32	a) maisons de repos et de soins (régional)	785142
33	b) maisons de repos pour personnes âgées (régional)	785142
34	c) centres de soins de jour (régional)	785142
	<u>Soins de santé mentale (régional)</u>	
35	a) maisons de soins psychiatriques (régional)	785153
36	b) initiatives d'habitation protégée (régional)	785153
37	prix de journée forfaitaire en hôpitaux psychiatriques (fédéral)	785466
38	Rééducation fonctionnelle et professionnelle (fédéral)	785164
39	Fonds spécial	785175
40	Logopédie	785186
41	Centres médico-pédiatriques	785190
42	Autres frais de séjour et de déplacement	785201
43	Soins basse variabilité	785470
44	Maximum à facturer	785212
45	Maladies chroniques	785223
46	Soins palliatifs (patient)	785245

47	Tissus humains	785013
48	régularisations + nouvelle facturation	785282
48	régularisations non affectables par discipline	785260
49	Soins palliatifs (régional)	785234
50	Cures thermales	785271
51	Soins de première ligne multidisciplinaires (fédéral) Statut Végétatif Permanent (fédéral)	785256
53	Equipes multidisciplinaires voiturettes (régional)	785315
54	Sevrage tabac (régional)	785326
55	Maisons médicales	785341
56	SP/SLA/Huntington	785374
57	Prix de la journée d'entretien (régional)	785433
58	patients comateux et patients MS/ALS/Huntington	785444
59	Rééducation fonctionnelle et professionnelle (régional)	785455
60	Soins de première ligne multidisciplinaires (régional)	
	a) Services Intégrés de Soins à Domicile (régional)	785411
	b) Concertation autour du patient psychiatrique (régional)	785422
61	Soins effectués par des bandagistes (régional) <i>Aides à la mobilité</i>	785400
83	art. 56 (soins dentaires aux enfants démunis)	785293
83	art. 56 (intervention spéc. contraception des jeunes)	785304
84	Tickets modérateurs urgence et alimentation entérale	785330

## Enregistrement de type 1 Zone 8

**RUBRIQUE : prestation relative**

**LIBELLÉ :**

Cette zone est utilisée dans les circonstances suivantes : 1) données "prestation relative" dans la facturation électronique ; 2) supplément de permanence

**LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 6 N**

**RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

1) Facturation électronique.

La zone "prestation relative" figure dans les enregistrements de type 30, 40 et 50 du dessin d'enregistrement de la facturation électronique. Toutes les données qui figurent dans ces zones sont communiquées dans les documents N pour autant que ces données soient acceptées au niveau des contrôles détaillés.  
(Date d'application : toutes les comptabilisations à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009)

2) Supplément de permanence

Cfr. Circulaire OA nr. 2008/274 dd 1/7/2008 :

Pour l'analyse de l'expérience, il est important de disposer de toutes les données relatives au code 101113 supplément de permanence, y compris les suppléments qui ne sont pas pris en considération pour le remboursement. Il est dès lors important de distinguer les deux situations (remboursement / pas de remboursement).

Tous les suppléments doivent être comptabilisés dans les documents N, y compris les suppléments sans intervention AMI.

La zone prestation relative est donc complétée par :  
la mention du code DMG (102771) lorsqu'il y a intervention AMI ;  
et le code supplément de permanence (101113) lorsqu'il n'y a pas d'intervention AMI.

**A. Si les conditions de remboursement sont remplies :**

Nouveau pseudo-code nomenclature : 101113

Libellé : 101113 : Supplément de permanence porté en compte pour les consultations effectuées entre 18 et 21h réservé aux médecins inscrits auprès d'un service de garde organisé.

Intervention AMI : dépenses - nombre de cas – pas de jours

Tickets modérateurs : pas de dépenses – pas de cas – pas de jours

Prestation relative : 102771

**B. Si les conditions de remboursement ne sont pas remplies :**

Nouveau pseudo-code nomenclature : 101113

Libellé : 101113 : Supplément de permanence porté en compte pour les consultations effectuées entre 18 et 21h réservé aux médecins inscrits auprès d'un service de garde organisé.

Intervention AMI : pas de dépenses - nombre de cas – pas de jours

Tickets modérateurs : dépenses - nombre de cas – pas de jours

Prestation relative : 101113

Date d'application

La modification susmentionnée entre en vigueur pour les prestations effectuées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008 jusque et y compris le 30 juin 2009.

## Enregistrement de type 1 Zone 9

<b>RUBRIQUE : code norme</b>
<b>LIBELLÉ :</b> Le code norme apporte davantage d'informations sur le mode de tarification pour une série de situations spécifiques (application codes plafond, aide opératoire, etc.)
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 2 N</b>
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  <b>CODE NORME</b>  a) aide opératoire  1 aide opératoire lors de la première intervention chirurgicale ou de la prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale  2 aide opératoire lors de la deuxième intervention chirurgicale ou des interventions chirurgicales suivantes  <i>"Dans la zone code de nomenclature figure le code de prestation pour lequel l'aide opératoire a été portée en compte (avec l'intervention adaptée pour l'aide opératoire)"</i>  b) codes plafond (soins à domicile praticiens de l'art infirmier ; imagerie médicale ; marge de délivrance)  7 ou 8 Les traitements (groupes de codes de prestation) dont l'intervention commune atteint un plafond, sont désignés par la norme 7 ou 8. Les enregistrements de prestations qui atteignent ensemble le plafond d'intervention doivent être désignés par la norme 8 pour autant que la somme des montants de l'intervention de l'assurance reste inférieure ou égale au montant plafond. La prestation avec laquelle le montant plafond est dépassé et pour laquelle le montant de l'intervention de l'assurance se limite à la différence entre le montant plafond et la somme des montants mentionnés dans les enregistrements sous la norme 8, est désignée par la norme 7. Les enregistrements de prestations qui peuvent éventuellement suivre avec un montant OA égal à zéro se voient également attribuer une norme 7.
<b>CONTRÔLE :</b> Seuls les codes 0,1,2,3,4,5,7 ou 8 peuvent apparaître ici.
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 9 suite 1

<b>RUBRIQUE : code norme</b>
<b>LIBELLÉ :</b> Le code norme apporte d'avantage d'informations sur le mode de tarification pour une série de situations spécifiques (application codes plafond, aide opératoire, etc.)
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 2 N</b>
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  7 ou 8  Instructions spécifiques pour les comptabilisations des marges de délivrances :  En cas de plafonnement de plusieurs codes de la nomenclature, la marge de délivrance exacte et le nombre de cas sont mentionnés pour toutes les prestations ayant le <u>code norme 8 dans la facturation électronique</u> (code norme = 8) et le solde et le nombre de cas sont mentionnés dans le code de la nomenclature avec le <u>code norme 7 dans la facturation électronique (code norme = 7)</u> . Les codes de la nomenclature suivants avec le <u>code norme 7 dans la facturation électronique</u> sont également inscrits dans les documents N (code norme = 7).  c) Conformément aux dispositions de la circulaire OA 2013/448 du 20/12/2013 :  3 En cas d'honoraires réduits à 82% lors d'une réadmission, ceci doit être indiqué au moyen du <b>code norme 3</b> .  d) Prestations à 50%  5 Pour l'(les) intervention(s) chirurgicale(s) exécutées durant une même séance dans des champs qui diffèrent clairement de ceux repris dans l'intervention principale, ou pour les prestations qui ne peuvent être attestées qu'à 50%.
<b>CONTRÔLE :</b> Seuls les codes 0,1,2,3,4,5,7 ou 8 peuvent apparaître ici
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 9 suite 2

<b>RUBRIQUE : code norme</b>
<b>LIBELLÉ :</b> Le code norme apporte d'avantage d'informations sur le mode de tarification pour une série de situations spécifiques (application codes plafond, aide opératoire, etc.)
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 2 N</b>
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  e) Conformément aux dispositions de la circulaire OA 2017/010 du 13/01/2017 :  4  Les prestations dentaires pour lesquelles l'intervention personnelle a été augmentée parce que le trajet des soins buccaux n'a pas été suivi, seront comptabilisées avec la valeur 4, comme norme de prestation.  f) Autres 0      Tous les autres cas.
<b>CONTRÔLE :</b> Seuls les codes 0,1,2,3,4,5,7 ou 8 peuvent apparaître ici
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 10

**RUBRIQUE : année de naissance**

**LIBELLÉ :**

Indique l'année de naissance des assurés pour lesquels les données sont comptabilisées.

Les personnes qui ont atteint l'âge de 96 ans ou plus à la date de prestation, sont attribuées – dans le cadre de la protection de la vie privée – à une année de naissance fictive. Cette année de naissance fictive coïncide avec l'année de naissance des personnes qui ont 95 ans à la date de prestation. En résumé, dans les documents N les données des personnes de 95 ans et plus sont groupées. Mise en application à partir de documents N de juin 2009.

**LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 4 N**

**RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

**Cette zone n'est remplie que pour les données semestrielles et annuelles.**

Pour les mois intermédiaires (janvier jusque mai inclus, juillet jusque novembre inclus), cette zone est mise à zéro.

9999 : année de naissance inconnue

***Illustration du calcul de l'année de naissance***

Exemple 1 :

Une personne née le **15.07.1912** consulte un médecin le **30.09.2008**. Cette personne a l'âge de **96 ans** au moment de la prestation.  
Cette personne sera attribuée à l'année de naissance fictive de personnes qui ont atteint l'âge de **95 ans** au moment de la prestation. Dans ce cas, l'année de naissance sera **1913**.

## Enregistrement de type 1 Zone 10 – suite 1

### **RUBRIQUE : année de naissance**

Exemple 2 :

Une personne née le **15.07.1910** consulte un médecin le **10.02.2009**. Cette personne a l'âge de **98 ans** au moment de la prestation.

Cette personne sera attribuée à l'année de naissance fictive des personnes qui ont atteint l'âge de **95 ans** au moment de la prestation. Dans ce cas, l'année de naissance sera **1914**.

Exemple 3 :

Une personne née le **15.01.1915** consulte un médecin le **10.02.2009**. Cette personne a l'âge de **94 ans** au moment de la prestation.

Cette personne n'a pas encore atteint l'âge de **96 ans**, donc la personne n'est pas attribuée à une année de naissance fictive. La personne garde sa propre année de naissance, l'année **1915**.

### **CONTRÔLE :**

Vérifier que personne n'est âgé de plus de 95 ans.

### **CODIFICATION DES ANOMALIES :**

## Enregistrement de type 1 Zone 11

<b>RUBRIQUE : sexe</b>
<b>LIBELLÉ :</b> Indique le sexe des assurés pour lesquels les données sont comptabilisées.
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 1 N</b>
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  <b><u>Cette zone n'est remplie que pour les données semestrielles et annuelles.</u></b>  Pour les mois intermédiaires (janvier jusque mai inclus, juillet jusque novembre inclus), cette zone est mise à zéro.  1 = M 2 = F 9 = sexe inconnu
<b>CONTRÔLE :</b> Vérifier si les codes 1,2 ou 9 apparaissent <b><u>pour les données semestrielles et annuelles.</u></b>
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 12

<b>RUBRIQUE : arrondissement</b>
<b>LIBELLÉ :</b> Indique le lieu de résidence de l'assuré pour lequel les données sont comptabilisées
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 2N</b>
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  Les dépenses sont réparties par arrondissement sur base du domicile de l'assuré au moment où la prestation a été effectuée.  Un aperçu des arrondissements actuels et de leur code figure dans l'enregistrement de type 1 Zone 12 suite.
<b>CONTRÔLE :</b> Les différents arrondissements apparaissent.
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 12 suite

<i>CODE</i>	<i>ARRONDISSEMENT</i>
11	<i>Antwerpen</i>
12	<i>Mechelen</i>
13	<i>Turnhout</i>
21	<i>Bruxelles</i>
23	<i>Halle/Vilvoorde</i>
24	<i>Leuven</i>
25	<i>Nivelles</i>
31	<i>Brugge</i>
32	<i>Diksmuide</i>
33	<i>Ieper</i>
34	<i>Kortrijk</i>
35	<i>Oostende</i>
36	<i>Roeselare</i>
37	<i>Tielt</i>
38	<i>Veurne</i>
41	<i>Aalst</i>
42	<i>Dendermonde</i>
43	<i>Eeklo</i>
44	<i>Gent</i>
45	<i>Oudenaarde</i>
46	<i>Sint-Niklaas</i>
51	<i>Ath</i>
52	<i>Charleroi</i>
53	<i>Mons</i>
54	<i>Mouscron</i>
55	<i>Soignies</i>
56	<i>Thuin</i>
57	<i>Tournai</i>
58	<i>La Louvière</i>
61	<i>Huy</i>
62	<i>Liège</i>
63	<i>Verviers</i>
64	<i>Waremme</i>
71	<i>Hasselt</i>
72	<i>Maaseik</i>
73	<i>Tongeren</i>
81	<i>Arlon</i>
82	<i>Bastogne</i>
83	<i>Marche-en-Famenne</i>
84	<i>Neufchâteau</i>
85	<i>Virton</i>
91	<i>Dinant</i>
92	<i>Namur</i>
93	<i>Philippeville</i>
98	<i>"travailleurs frontaliers"</i>
99	<i>"non réparti"</i>

## Enregistrement de type 1 Zone 13

<b>RUBRIQUE : Soins intégrés</b>
<b>LIBELLÉ :</b> Indique le numéro du projet pilote de l'assurés pour lesquels les données sont comptabilisées.
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 3 N</b>
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  Les dépenses sont réparties par projet sur base de la situation du patient au moment où la prestation a été effectuée. 3 positions : <ul style="list-style-type: none"><li>• Le N° du projet-pilote du patient</li><li>• 000 : dépenses effectuées pour un patient n'appartenant pas à un projet-pilote</li></ul> L'ensemble des dépenses comptabilisées pour un patient appartenant à un projet-pilote doivent donc avoir le N° du projet-pilote dans cette zone.  Le N° du projet est le N° d'ordre (4e, 5e et 6e position du n° INAMI). 798xxxCD000 798 = le type d'établissement (HciType) = Projets soins intégrés. XXX= numéro d'ordre CD = check-digit 000 = code competence  Un aperçu des projets et de leur N° figure dans l'enregistrement de type 1 Zone 13 suite.
<b>CONTRÔLE :</b> La zone contient un N° de projet valide ou 000
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 13 Suite

N° INAMI	N° Doc N	nom projet
79800217000	002	Zorgintegratie De Brug
79800316000	003	Empact!
79800415000	004	Zorgcontinuïteit en empowerment chronisch zieken
79800514000	005	ZorgZaam Leuven
79800712000	007	De Koepel
79801009000	010	RésiNamur
79801108000	011	Rélian
79801207000	012	Chronilux
79801306000	013	PACT
79801405000	014	BOOST
79801702000	017	Geïntegreerde Zorg voor de Chronisch Zieke met multipathologie en verhoogde kwetsbaarheid
79801997000	019	Kansarmoede en Chronische Ziekte, een samenspel
79802096000	020	3C4H

## Enregistrement de type 1 Zone 14

<b>RUBRIQUE : Motif régularisation</b>
<b>LIBELLÉ :</b> Indique le motif de la régularisation.
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 1N</b>
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  <b><u>Cette zone n'est remplie que pour les données semestrielles et annuelles.</u></b>  Pour les mois intermédiaires (janvier jusque mai inclus, juillet jusque novembre inclus), cette zone est mise à zéro.  <b><u>Codification de la nouvelle zone :</u></b>  1 = subrogation (application article 136 SSI) 2 = récupération des prestations indûment payées (application article 164 SSI, contrôle à posteriori, fraude, activité service contrôle INAMI, ..) 3 = irrégularités tiers/assurés (double facturation, remboursement spontané, dossier incomplet droit au statut préférentiel (par l'assuré), dossier incomplet droit au maximum à facturer (par l'assuré), ...) 4 = irrégularités organismes assureurs (mauvaise interprétation de la nomenclature par les mutualités, attribution erroné du droit au statut préférentiel par les mutualités, droit d'attribution erroné du droit au maximum à facturé par les mutualités, ...) 5 = irrégularités INAMI/autorité de tutelle (adaptation règlementaire avec effet rétroactif, adaptation des tarifs avec effet rétroactif, ...) 6 = autres irrégularités 0 = comptabilisation normale (initiale) des dépenses
<b>CONTRÔLE :</b>  Vérifier si les codes 1,2, 3, 4, 5, 6 ou 0 apparaissent.  Vérifier que la valeur 0 n'est pas attribuée aux codes de régularisation pour les données semestrielles et annuelles.
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 14 Suite 1

### **RUBRIQUE : Motif régularisation**

#### **RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

##### **Modalité d'adaptation**

La comptabilisation initiale se trouve **dans une année précédente.**

Si une correction doit être faite sur une comptabilisation initiale qui se trouve dans une année précédente, il faut utiliser les codes régularisations prévu à cet effet. La codification de la nouvelle zone doit être utilisée et donne plus d'informations sur l'origine de la correction.

Une valeur 0 ne peut pas être utilisée avec l'utilisation d'un code de régularisation.

La comptabilisation initiale se trouve **dans l'année en cours.**

Si la correction est réalisée pour une comptabilisation initiale qui se trouve comptabilisée dans l'année en cours, alors la correction doit être directement effectuée via le code nomenclature pertinent. La codification de la nouvelle zone doit être utilisée et donne plus d'informations sur l'origine de la correction (valeur 1 à 6).

Cela signifie donc que la codification de la nouvelle zone peut en pratique être associé à tous les (pseudo)codes nomenclature et pas seulement avec les codes régularisations.

Lors de l'utilisation des codes 1 à 6 dans la zone « motif régularisation », les zones suivantes sont complétées sur base des informations de la comptabilisation initiale :

- Mois de prestation
- Statut social
- Année de naissance
- Sexe
- Arrondissement
- Réforme de l'Etat
- Soins intégrés
- GPS System

Lors de correction via code régularisation, les données financières suivantes sont complétées :

- Dépenses
- Pas de cas
- Pas de jours
- Dépenses ticket modérateur
- Pas de cas ticket modérateur
- Pas de jours ticket modérateur

#### **CONTRÔLE :**

## Enregistrement de type 1 Zone 14 Suite 2

**RUBRIQUE : Motif régularisation****RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

Lors de correction via (pseudo)code nomenclature régulier, les données financières suivantes sont complétées :

Si une prestation est entièrement rectifiée, alors tous les éléments qui ont été fournis dans la comptabilisation initiale doivent être neutralisé (et donc, éventuellement, aussi les cas et jours en négatif).

Si la prestation est partiellement rectifiée au niveau des montants en EUR (dépenses ou ticket modérateur), alors les autres éléments sont mis à 0 (cas et jours). L'objectif est de ne pas induire de double comptabilisation dans les zones « cas », « jours », « ticket modérateur cas » et « ticket modérateur jours » sur base de la régularisation.

**CONTRÔLE :**

## Enregistrement de type 1 Zone 15

<b>RUBRIQUE : GPS System</b>
<b>LIBELLÉ :</b> Indique le numéro du forfait GPS pour lesquels les données sont comptabilisées.
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 3 N</b>
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  La zone est intégrée dans les documents N dès JANVIER 2018. Pour les données comptables 2018, la valeur 000 est indiquée dans cette zone. La date d'entrée en vigueur de ce projet est le 1er janvier 2019. A partir des données de JANVIER 2019, la zone est complétée comme suit :  3 positions : <ul style="list-style-type: none"><li>• Le N° du forfait GPS : pour le forfait GPS même, ainsi que pour les prestations à l'acte facturées à 0 euro</li><li>• 000 : prestation ne faisant pas partie du forfait GPS</li><li>• 999 : pour les prestations à 0 euro qui ne peuvent pas être liées à un groupe de patient du forfait GPS (par exemple en raison de mutation du patient pendant un séjour avec des soins à basse variabilité)</li></ul>
<b>CONTRÔLE :</b> Seuls les valeurs 000, 999 ou un N° de forfait GPS valide sont acceptés.
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 15 Suite 1

### RUBRIQUE : GPS System

Zone GPS Doc N	APR-DRG	SOI (Sévérité)	hospitalisation (D= hospitalisation de jour, H= hospitalisation classique)	Groupe	Pseudo-codes Hospi	Pseudo-codes Ambu
001	120	1-2	H	grp1	798022	-
002	163	1-2	H	grp1	798044	-
003	166	1-2	H	grp1	798066	-
004	171	1-2	H	grp1	798081	-
005	171	1-2	H	grp2	798103	-
006	174	1-2	H	grp1	798125	-
007	174	1-2	H	grp2	798140	-
008	175	1-2	H	grp1	798162	-
009	175	1-2	H	grp2	798184	-
010	175	1-2	H	grp3	798206	-
011	175	1-2	H	grp4	798221	-
012	175	1-2	H	grp5	798243	-
013	175	1-2	H	grp6	798265	-
014	175	1-2	H	grp7	798280	-
015	175	1-2	H	grp8	798302	-
016	180	1	H-D	grp1	798324	798313
017	180	1	H-D	grp2	798346	798335
018	180	1	H-D	grp3	798361	798350
019	191	1-2	H-D	grp1	798383	798372
020	097	1	H-D	grp1	798405	798394
021	097	1	H-D	grp2	798420	798416
022	097	1	H-D	grp3	798442	798431
023	097	1	H-D	grp4	798464	798453
024	098	1	H-D	grp1	798486	798475
025	098	1	H-D	grp2	798501	798490
026	404	1-2	H	grp1	798523	-
027	404	1-2	H	grp2	798545	-
028	560	1	H	grp1	798560	-
029	560	1	H	grp2	798582	-
030	540	1	H	grp1	798604	-
031	545	1	H	grp1	798626	-
032	513, 519	1	H	grp1	798641	-
033	026	1	H-D	grp1	798663	798652
034	026	1	H-D	grp2	798685	798674
035	301	1	H	grp1	798700	-
036	301	2	H	grp1	798722	-
037	302	1	H	grp1	798744	-
038	302	2	H	grp1	798766	-
039	446, 468	1	H-D	grp1	798781	798770
040	446, 443, 465	1	H-D	grp2	798803	798792
041	446	1	H	grp3	798825	-
042	480	1	H	grp1	798840	-
043	480	1	H	grp2	798862	-
044	482	1-2	H	grp1	798884	-
045	483	1	H-D	grp1	798906	798895
046	483	1	H-D	grp2	798921	798910
047	501, 481, 484	1	H-D	grp1	798943	798932
048	501	1	H-D	grp2	798965	798954
049	501	1	H-D	grp3	798980	798976
050	225	1	H	grp1	799002	-
051	228	1	H-D	grp1	800004	799993
052	228	1	H-D	grp2	800026	800015
053	263	1	H	grp1	800041	-
054	263	1	H	grp2	800063	-
055	403	1-2	H	grp1	800085	-
056	403	1-2	H	grp2	800100	-
057	403	1-2	H	grp3	800122	-

**CONTRÔLE :**

## Enregistrement de type 1 Zone 16

### **RUBRIQUE : réforme de l'état**

### **LIBELLÉ :**

Donne l'information relative à la communauté qui a procédé à l'agrément de l'institution/établissement (sixième réforme de l'état)

### **LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 1N**

### **RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

Le paramètre "réforme de l'état" est codifié comme suit :

Code	Description
1	Région Wallonne (excl Comm. Germanophone)
2	Communauté Flamande
3	Communauté Germanophone
4	Bruxelles Cocom
5	Bruxelles Cocof
6	Bruxelles Cocon
7	Communauté Française (région Wallonne + Bxl Cocof)
8	Lieu de résidence inconnu / adresse à l'étranger
9	Pas de réforme de l'état / Fédéral

Les mutualités introduiront, comme suit, les dépenses relatives aux matières de la sixième réforme de l'état dans leur comptabilité :

a) *Dépenses qui peuvent être liées à une "institution".*

Un code spécifique « entité agréée » est attribué à toutes les institutions qui ressortent de la sixième réforme de l'état :

Code	Description
1	Région Wallonne (excl Comm. Germanophone)
2	Communauté Flamande
3	Communauté Germanophone
4	Bruxelles Cocom
5	Bruxelles Cocof
6	Bruxelles Cocon
7	Communauté Française (région Wallonne + Bxl Cocof)

## Enregistrement de type 1 Zone 16 suite

Cette information est mise à disposition des organismes assureurs sous forme des fichiers électroniques. Les factures transmises aux organismes assureurs par les institutions seront dès lors subdivisées en fonction du code attribué à chaque institution.

### *b) Dépenses qui ne peuvent pas être liées à une "institution"*

Il s'agit ici des aides à la mobilité et au sevrage tabagique.

Les dépenses pour ces rubriques seront comptabilisées au sein des organismes assureurs comme suit :

- Patients domiciliés en Flandre : Communauté Flamande
- Patients domiciliés à Bruxelles : Bruxelles Cocom
- Patients domiciliés dans la Communauté Germanophone : Communauté Germanophone
- Patients domiciliés en Wallonie (hors Communauté Germanophone) : Communauté Française (Région Wallonne)

Les dépenses pour les aides à la mobilité/sevrage tabagique exécutées sur le territoire belge pour des assurés belges qui ne résident pas en Belgique (travailleurs frontaliers entrants, assurés belges qui résident en Espagne, ...) ne peuvent pas être attribuées à une communauté. Ces dépenses sont comptabilisées séparément. Il en est de même pour les situations où l'adresse de l'assuré est inconnue au moment de la comptabilisation.

La Communauté Germanophone concerne les communes suivantes :

NIS-code	Commune
63001	Amblève
63012	Bullange
63013	Butgenbach
63023	Eupen
63040	La Calamine
63048	Lontzen
63061	Raeren
63067	Saint-Vith
63087	Burg-Reuland

## Enregistrement de type 1 Zone 17

**RUBRIQUE : dépenses****LIBELLÉ :**

Concerne l'ensemble des remboursements effectués par l'organisme assureur au cours de la période concernée.

La comptabilisation des montants remboursés s'effectue sur la base des factures reçues (factures papier \*\* supports magnétiques \*\* factures électroniques) qui ont été contrôlées et validées au cours de la période concernée, conformément aux instructions comptables.

**LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 1A + 15 N****RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

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 l'extrême droite contiennent toujours des décimales.

Le signe décimal ne peut pas être mentionné.

**CONTRÔLE :****CODIFICATION DES ANOMALIES :**

## Enregistrement de type 1 Zone 18

**RUBRIQUE : cas**

**LIBELLÉ :**

Concerne l'ensemble des cas pour lesquels un remboursement a été prévu par l'organisme assureur au cours de la période concernée.

La comptabilisation des cas remboursés s'effectue sur la base des factures reçues (factures papier \*\* supports magnétiques \*\* factures électroniques) qui ont été contrôlées et validées au cours de la période concernée, conformément aux instructions comptables.

**LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 1A + 10 N**

**RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

**CONTRÔLE :**

**CODIFICATION DES ANOMALIES :**

## Enregistrement de type 1 Zone 19

<b>RUBRIQUE : jours</b>
<b>LIBELLÉ :</b> Concerne l'ensemble des jours pour lesquels un remboursement a été prévu par l'organisme assureur au cours de la période concernée.  La comptabilisation des jours remboursés s'effectue sur la base des factures reçues (factures papier ** supports magnétiques ** factures électroniques) qui ont été contrôlées et validées au cours de la période concernée, conformément aux instructions comptables.
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 1A + 9N</b>
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  Cette zone est remplie à partir de la droite.  Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
<b>CONTRÔLE :</b>
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>

## Enregistrement de type 1 Zone 20

**RUBRIQUE : tickets modérateurs****LIBELLÉ :**

Comptabilisation du nombre de tickets modérateurs effectivement payés par le patient concernant les montants remboursés sur la base des factures reçues (factures papier \*\* supports magnétiques \*\* factures électroniques) qui ont été contrôlées et validées au cours de la période concernée, conformément aux instructions comptables.

Tous les tickets modérateurs doivent être enregistrés, même ceux qui ne sont pas repris dans les numérateurs du maximum à facturer.

Les cas et les jours concernent les prestations pour lesquelles un ticket modérateur a effectivement été pris en charge par le patient.

**LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 1A + 15N****RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

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 l'extrême droite contiennent toujours des décimales.

Le signe décimal ne peut être mentionné.

**CONTRÔLE :****CODIFICATION DES ANOMALIES :**

## Enregistrement de type 1 Zone 21

**RUBRIQUE : cas tickets modérateurs**

**LIBELLÉ :**

Comptabilisation du nombre de cas concernant les tickets modérateurs effectivement payés et les montants remboursés sur la base des factures reçues (factures papier \*\* supports magnétiques \*\* factures électroniques) qui ont été contrôlées et validées au cours de la période concernée, conformément aux instructions comptables.

Tous les cas doivent être enregistrés, même ceux qui ne sont pas repris dans les numérateurs du maximum à facturer.

Les cas et les jours concernent les prestations pour lesquelles un ticket modérateur a effectivement été pris en charge par le patient.

**LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 1A + 10 N**

**RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

**CONTRÔLE :**

**CODIFICATION DES ANOMALIES :**

## Enregistrement de type 1 Zone 22

**RUBRIQUE : jours tickets modérateurs**

**LIBELLÉ :**

Comptabilisation du nombre de jours concernant les tickets modérateurs effectivement payés et les montants remboursés sur la base des factures reçues (factures papier \*\* supports magnétiques \*\* factures électroniques) qui ont été contrôlées et validées au cours de la période concernée, conformément aux instructions comptables.

Tous les jours doivent être enregistrés, même ceux qui ne sont pas repris dans les numérateurs du maximum à facturer.

Les cas et les jours concernent les prestations pour lesquelles un ticket modérateur a effectivement été pris en charge par le patient.

**LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 1A + 9N**

**RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :**

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

**CONTRÔLE :**

**CODIFICATION DES ANOMALIES :**

## Enregistrement de type 1 Zone 23

<b>RUBRIQUE : réserve</b>
<b>LIBELLÉ :</b>  Cette zone est en fait une réserve pour pouvoir effectuer à l'avenir d'éventuelles extensions du dessin d'enregistrement.
<b>LONGUEUR DE CHAMP ET TYPE : 18 N</b>
<b>RÈGLE D'OBTENTION OU TABLE DE CODIFICATION :</b>  Est remplie par des zéros.
<b>CONTRÔLE :</b>
<b>CODIFICATION DES ANOMALIES :</b>