

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/2008

Bruxelles, le 12 novembre 2008

Madame,
Monsieur,

Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie électronique – Edition 2006 – 8^{ème} mise à jour.

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2006/8 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 2006**



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 2006/8

Pages à remplacer :

- Pages 1, 3;
- Aperçu des annexes ;
- Annexes 1, 1.1, annexes 5.2.2, 5.2.3, 5.2.14, 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18, 5.2.18bis, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.21bis, 5.2.28, 5.2.29, 5.2.32, annexes 6, 6.1, 6.6, annexes 16.20, 16.21, 16.24;
- ET 10 Z 31-34, Z 36-41, Z 43a, Z 49-52;
- ET 20 Z 10, Z 24-25;
- ET 30 Z 4 S 3, Z 4 S 8, Z 4 S 9, Z 4 S 9 BIS, Z 4 S 14, Z 5, Z 6, Z 17-18, Z 19;
- ET 40 Z 4, Z 4 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, Z 23, Z 30-31, Z 37;
- ET 50 Z 4 S 2, Z 4 S 5 BIS, Z 4 S 13, Z 4 S 14, Z 13, Z 13 S 1, Z 14 S 1, Z 14 S 2, Z 22, Z 26 S 5.

Pages à ajouter :

- Page 18ter;
- Annexes 16.20bis et 16.25, annexes 18.1, 18.2, 18.3, 18.4, 18.5;
- ET 10 Z 15;
- ET 80 Z 20-21.



1. Fusions des Mutualités Socialistes, page 18ter.

Des instructions ont été ajoutées concernant les fusions au 1/1/2009.

Date d'application: 1/1/2009.

2. Liste des adresses des centres de calcul auxquels les supports magnétiques doivent être envoyés, annexe 1.

L'adresse du MLOZ, "Allée de la Minerva, 2" a été remplacée par "Allée de la Minerva, 8".

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

3. Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs, annexe 1.1.

Les données de contact pour le C.S.S. de la S.N.C.B.-Holding ont été adaptées.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

4. Codes d'erreurs, annexes 5.2.14, 5.2.28, 5.2.29.

Les codes erreur R303020 et R 503020 (Montant supplément différent de zéro et patient protégé) ont été ajoutés.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

Les codes nomenclature 613056 jusqu'au 613185 inclus, 699871-699882 et 720414-720425 ont été ajoutés dans le code erreur R 504311.

Date d'application: Date d'application des prestations concernées.

5. Codes qualification des laboratoires, annexes 16.20, 16.20bis, 16.21, 16.24, 16.25

Les codes qualification des laboratoires de biologie clinique ont été actualisés.

Des nouveaux groupes de prestations et des nouveaux codes qualification ont été ajoutés en ce qui concerne l'art. 24bis.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/8.

6. Facturation électronique obligatoire pour les MRPA/MRS/CSJ, pages 1, 3, aperçu des annexes, annexe 5.2.2, annexes 6, 6.1, annexe 18, ET 10 Z 15, ET 20 Z 25-25, ET 30 Z 4 S 8, ET 50 Z 4 S 14.

Dans l'art. 5, §4bis de la Convention entre les Maisons de Repos pour Personnes Agées, les Maisons de Repos et de Soins, les Centres de Soins de Jour et les Organismes assureurs, une facturation électronique obligatoire via cd-rom est prévue à partir du 1^{er} janvier 2009.

Le remplissage spécifique des zones du fichier de facturation est précisé dans la nouvelle annexe 18.

Une nouvelle zone (ET 10 Z 15) est également prévue pour le numéro d'accréditation du CIN (= numéro que le fournisseur de logiciel ou les institutions reçoivent du CIN s'ils ont reçu un avis favorable sur leurs tests de facturation).

Sur la page 1 et dans l'ET 20 Z 24-25, les termes « note de frais récapitulative » et « note de frais individuelle » sont introduits.

Dans l'ET 30 Z 4 S 8 le pseudo-code ambulancier 0791490 a été créé. Celui-ci doit être utilisé pour enregistrer les absences.

Date d'application: 1 octobre 2009 (sauf si la Commission des Conventions décide de reporter la date après l'évaluation des tests de facturation).

Pour info: la facturation des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans une MRPA/MRS/CSJ ne change pas.

7. IBAN et BIC compte financier, annexes 5.2.2, 5.2.3, ET 10 Z 31-34, Z 36-41, Z 43a, Z 49-52.

Dans la mise à jour 2006/7, des nouvelles zones ont été créées pour l'IBAN et le BIC du compte financier. Ces zones doivent être complétées à partir du mois facturé janvier 2009.

Durant l'année 2009, les numéros de comptes étrangers ne peuvent pas encore être utilisés et le code pays de l'IBAN et du BIC est donc toujours égal à "BE".

Les zones 43a et 49-52 peuvent seulement être complétées par les hôpitaux. Si elles ne sont pas complétées, elles doivent être remplies par des blancs.

Date d'application: Mois facturé janvier 2009.

Ca veut dire que les zones « IBAN » et « BIC » doivent être égales à zéro jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008.

8. Changement de mutualité pendant la période de rééducation fonctionnelle, ET 20 Z 7, ET 30 Z 5.

Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité auprès de laquelle le patient était affilié à la date de début de la période à laquelle le forfait se rapporte.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

9. Pseudo-code journée d'entretien et forfait, ET 30 Z 4 S 3, S 14.

Dans l'ET 30 Z 4 S 3, le libellé des pseudo-codes pour la quote-part personnelle en MSP a été actualisé.

Dans l'ET 30 Z 4 S 14, il a été précisé que les journées qui dépassent la capacité maximale ne doivent pas être mentionnées sur la facture en ce qui concerne les forfaits de rééducation fonctionnelle

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

10. Nouvelles conventions diabète, ET 30 Z 4 S 9, S 9 BIS, Z 19.

A partir du 1/10/2008, la facturation des 3 conventions concernées (autogestion de patients atteints de diabète sucré, insulinothérapie par perfusion continue au moyen d'une pompe à insuline portable, cliniques curatives du pied diabétique) doit obligatoirement être effectuée via le fichier de facturation électronique de l'hôpital.

Le nouveau texte de la convention d'autogestion de patients atteints de diabète sucré prévoit explicitement que le prix à utiliser est le prix qui est en vigueur à la date de fin du mois de dispensation effective de prestation.

Dans l'ET 30 Z 19, la convention diabète doit donc être mentionnée comme exception à la règle générale.

Cette nouvelle règle est applicable à partir du 1/10/2008.

Date d'application: 1/10/2008.

Quelques nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 9 et S 9 BIS.

Date d'application:

- pseudo-code 770070 : prestations à partir du 1/7/2008
- pseudo-codes 772461 et 773496 : prestations à partir du 1/8/2008
- pseudo-codes 770033 et 770055 : autorisés pour les prestations à partir du 1/7/2008 ; obligatoires pour les prestations à partir du 1/10/2008 (pour les prestations jusqu'y compris le 30/9/2008 l'ancien pseudo-code 773231 peut encore être utilisé)

11. Date de premier jour et de dernier jour facturé, ET 30 Z 5, Z 6.

Pour les forfaits de rééducation fonctionnelle liés à une période déterminée, le premier jour facturé est égal au premier jour de la période et le dernier jour facturé est égal au dernier jour de la période.

Cette règle ne vaut pas seulement pour les forfaits de rééducation (mais aussi, par exemple, pour les forfaits de dialyse). C'est pourquoi elle est généralisée.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

12. Prestation relative pour les forfaits de rééducation fonctionnelle, ET 30 Z 17-18.

Pour les forfaits de rééducation, la valeur du montant forfaitaire est mentionné à l'aide d'un pseudo-code dans la zone "prestation relative". La structure de ce pseudo-code est modifiée.

Date d'application: Prestations à partir du 1/1/2009.

13. Pseudo-code catégorie médicament, ET 40 Z 4, Z 4 S 1, S 2, S 3.

Il a été précisé que pour les liquides à perfusion dans le cadre de la nutrition parentérale des groupes de remboursement B-181 à B-186 (remboursés à 100% de la base de remboursement), le pseudo-code de la catégorie A doit être utilisé.

Le libellé des pseudo-codes du point 1 dans l'ET 40 Z 4 S 1 a été précisé.
Les codes supprimés pour les antibiotiques ont été enlevés du document.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/8.

14. Enregistrement de détail des préparations magistrales, annexes 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18, 5.2.18bis, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.21bis, ET 40 Z 4 S 2, S 4, S 5, Z 23, Z 37.

L'enregistrement de détail obligatoire entre en vigueur pour les délivrances à partir du 1 janvier 2009.

Les organismes assureurs n'effectuent provisoirement qu'un nombre limité de contrôles:

- Pas de contrôle du tarif sur base des enregistrements statistiques.
- Contrôles à effectuer:
 - o Chaque préparation magistrale doit être accompagnée d'au moins 1 enregistrement de détail
 - o Le code CNK mentionné dans l'enregistrement de détail doit être connu dans le fichier de référence
 - o La forme galénique doit être remplie (dans l'enregistrement de facturation)

Les codes erreurs R 40xx17 (excepté le R 400417) ont donc été provisoirement supprimés. Provisoirement, les codes erreurs (non-bloquants) de la zone 19, 22 et 23 (excepté R 401913) ne peuvent pas être utilisés pour les préparations magistrales.

Date d'application : Délivrances à partir du 1/1/2009.

15. Supplément, ET 40 Z 30-31.

Le pseudo-code 756626 a été ajouté dans le libellé de la zone « supplément » dans l'enregistrement de type 40.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

16. Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente, ET 50 Z 4 S 13, Z 14 S 2, Z 22.

Cette convention prévoit qu'un SMUR belge qui intervient sur le territoire français peut facturer à un organisme assureur belge un montant forfaitaire de 410,63 euros par demi-heure.

Le montant est facturé dans l'enregistrement de type 50 sous le pseudo-code 793553.

Dans la zone 22 le nombre de demi-heures commencées doit être mentionné.

Le numéro de l'hôpital est mentionné comme lieu de prestation (zone 14).

Ce forfait peut être facturé par les hôpitaux qui disposent d'un agrément SMUR et qui se trouvent dans la zone géographique d'application de la convention.

Date d'application: Prestations à partir du 1/1/2008.

17. Codes 960 pour les frais divers, ET 50 Z 4 S 14.

Le libellé des codes 960433-960444 est adapté comme suit : « produits d'hygiène sans code APB ».

Les produits d'hygiène non remboursables avec code APB, qui ne sont pas des médicaments reconnus, sont facturés sous le pseudo-code 960396-960400 (autres produits parapharmaceutiques).

Etant donné que les pseudo-codes sous le point “frais divers dans les hôpitaux“ sont, en pratique, également utilisés par les MSP, le titre de ce point est adapté.

Les pseudo-codes supprimés le 1/4/2008 peuvent encore être utilisés par les MSP jusqu’y compris la facturation du 4^{ème} trimestre 2008.

Date d’application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

18. Code service, ET 20 Z 10, ET 50 Z 4 S 2, Z 4 S 5 BIS, Z 13, Z 13 S 1.

- Il a été précisé que le code 770 doit toujours être utilisé pour les prestations R30-R60 et pour les défibrillateurs cardiaques implantables (en combinaison avec le type de facture 5 ou 6 dans l’ET 20 Z 10).
- Dans le tableau de l’ET 50 Z 13 S 1, un nouveau code service 480 a été ajouté pour le service de traitement intensif des patients psychiatriques.

Date d’application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

19. Lieu de prestation, ET 50 Z 14 S 1, Z 14 S 2.

Pour les prestations 590435, 590446 et 590472 (assistance médicale donnée par un médecin d’une fonction reconnue de soins urgents spécialisés pendant un transport avec accompagnement médical), le numéro d’identification de la fonction reconnue de soins urgents spécialisés de l’hôpital du médecin accompagnant doit être mentionné dans l’ET 50 Z 14 (numéro de l’hôpital + 131).

Date d’application: Prestations à partir du 1/9/2008 (voir Circ. Hôp 2008/21 et Circ. O.A. 2008/386 du 19 septembre 2008).

En cas de facturation d’un stimulateur du nerf vague, le numéro d’agrément du centre de référence en matière d’épilepsie réfractaire doit être mentionné comme lieu de prestation.

Date d’application: Prestations à partir du 1/11/2008.

20. Norme prescripteur, ET 50 Z 26 S 5.

Le 1 juin 2008, un article 24bis a été inséré dans la nomenclature.

La plupart des règles concernant la « norme prescripteur » et qui sont valables pour l’art.24, valent aussi pour l’art.24bis.

Exception: les prestations de l’art.24bis ne peuvent pas être exécutées par des spécialistes agréés pour une autre spécialité que la biologie clinique pour les malades qu’ils soignent dans le cadre de leur spécialité.

L’ET 50 Z 26 S 5 a été actualisé en conséquence.

Date d’application: Prestations à partir du 1 juin 2008.

21. Nouvelle zone “date de la facture”, annexe 5.2.32, annexes 6, 6.6, ET 80 Z 20-21.

Dans le cadre de la suppression de la vignette de concordance, les organismes assureurs devront désormais transmettre annuellement un fichier au SPF Finances avec la mention des numéros de factures individuelles, de la date de la facture et du montant total de chaque facture individuelle.

C’est pourquoi, à partir du 1 janvier 2009, les hôpitaux doivent mentionner la date de la facture pour chaque facture individuelle dans la zone 20-21 de l’enregistrement de type 80 du fichier de facturation électronique.

Date d’application: Factures (individuelles) établies à partir du 1 janvier 2009 (aussi si celles-ci contiennent des prestations de 2008 ou s’il s’agit de corrections / réintroductions de factures de 2008).

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

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

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

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

Remarque : Les conditions spécifiques auxquelles un hôpital doit satisfaire pour obtenir la suppression de la facture papier individuelle, est décrite dans un document séparé (voir www.carenet.be)

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

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

Un fichier de facturation peut être transmis de façons différentes:

Par le système CareNet (voir pages 6 jusque et y compris 11).

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

1. Procédure générale.

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

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

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

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

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

(☞ 5) Principe de base :

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

(☞ 5) Exceptions :

1. Pour les hôpitaux, deux fichiers de facturation au plus sont acceptés, à savoir un fichier de facturation pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés et un fichier de facturation pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés. Lorsqu'un groupe de dispensateurs de soins est actif dans l'établissement (conseil médical), celui-ci peut facturer séparément selon les modalités fixées dans le règlement du 20 juin 1988. Par établissement hospitalier et par mois, quatre fichiers de facturation peuvent au **MAXIMUM** être délivrés (ambulatoire - gestionnaire de l'établissement; ambulatoire - groupe de dispensateurs de soins; hospitalisé - gestionnaire de l'établissement; hospitalisé - groupe de dispensateurs de soins).
2. Dans des cas exceptionnels, il est possible d'introduire une facturation supplémentaire (p.ex. clôture des cas problématiques à la fin de l'année). Cela doit être indiqué dans l'ET 10 Z 13.
3. Une dérogation systématique du nombre d'envois doit être demandée préalablement au Collège Intermutualiste National, Commission Technique Soins de Santé, Chaussée de Haecht 579, boîte 40, 1031 Bruxelles. L'accord obtenu doit être mentionné dans l'ET 10 Z 13.

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

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

(☞ 8) Hôpitaux psychiatriques, MSP, IHP, MRPA, MRS, CSJ

Pour ces établissements, une facturation trimestrielle est prévue.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit être également établi trimestriellement. Un seul fichier de facturation par trimestre et par numéro de tiers payant est accepté.

Toutes les factures papier relatives à la psychiatrie doivent être en principe transmises au siège national de l'organisme assureur, sauf avis contraire de ce dernier.

2. Processus de facturation.

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

2.A.1. Généralités.

L'établissement transmet chaque mois un fichier de facturation à l'organisme assureur concerné au niveau national (voir les adresses à l'annexe 1), ainsi qu'un bordereau d'envoi (voir annexe 2 A) en triple exemplaire
Sur ce support, il y a lieu d'indiquer au minimum les données de l'annexe 4 sur une face externe.

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

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

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

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

Cinq situations peuvent se produire :

- 1) le fichier de facturation est illisible pour raisons techniques;
 - 2) le fichier de facturation ne comporte aucune erreur. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté;
 - 3) le fichier de facturation comporte une erreur qui est de nature à bloquer le système. La liste des erreurs bloquantes est communiquée en annexe 5.2. Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. L'établissement reçoit en sus, dans la mesure du possible, une liste des rejets résultant du contrôle de l'ensemble des enregistrements du fichier de facturation;
 - 4) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui sont de nature à bloquer le système mais l'ensemble des erreurs excède le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. Le seuil d'acceptabilité est défini en annexe 5.1.;
 - 5) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui soient de nature à bloquer le système et l'ensemble des erreurs n'excède pas le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté.
- (☞ 7) C'est uniquement dans le cas d'un envoi refusé dû à une erreur bloquante ou à un taux d'erreur trop élevé que l'organisme assureur renvoie au tiers, au plus tard 2 semaines après réception du dernier envoi (soit celui du fichier de facturation, soit celui des factures papier), le support électronique en même temps que le bordereau et une liste de contrôle. Le tiers facturant doit communiquer à l'organisme assureur une adresse à laquelle toute correspondance relative à cette facturation devra être envoyée. Cette adresse peut être différente de celle où est situé cet établissement.

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

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

- 1° Un exemplaire du bordereau d'accompagnement doit toujours être retourné à l'expéditeur avec mention du visa de l'organisme assureur et la date du traitement informatique en cas d'acceptation; ou la mention "refusé" avec la motivation si le fichier de facturation est refusé.
- 2° Le bordereau susmentionné doit être accompagné d'une liste de contrôles (annexe 5.3) avec mention du pourcentage d'erreur.
- 3° Dans des cas exceptionnels (par exemple d'illisibilité du support), la liste de contrôles peut être remplacée par une lettre d'accompagnement.

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

(☞ 6) **Cessation des activités de la mutualité 307**

Au 01.01.2008, notre mutualité 307 « Mutualité du Transport et des Communications » cessera ses activités. Les assurés de cette mutualité sont transférés vers les mutualités suivantes : 306, 311, 317, 319 et 325. La facturation des *prestations de santé dispensées à partir du 01.01.2008* devra exclusivement être facturée à ces mutualités.

Toutefois, à partir du 01.01.2008, toutes les facturations (1^{ère} facturation ou facturation de rejets) concernant des *prestations antérieures au 01.01.2008*, ainsi que les différents documents administratifs et médicaux pour des affiliés de la mutualité 307, devront impérativement être envoyés au siège de la mutualité 306 (FMSB – rue du Midi, 111 à 1000 Bruxelles), avec l'identification à la mutualité 307.

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

- *prestations antérieures au 01.01.2008 = mutualité 307.*
- *prestations à partir du 01.01.2008 = mutualités 306, 311, 317, 319 et 325.*

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

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

Pour de plus amples informations vous pouvez contacter Monique Duchêne (Fr) au numéro 02/515 04 21 ou Christine Decrick (NI) au numéro 02/515 04 20.

(☞ 8) Fusions au 1-1-2009

1. Fusion de la mutualité 321 avec la mutualité 319.

Au 01.01.2009, la mutualité 321 (Mutualité Socialiste de Verviers) fusionnera avec la mutualité 319. Les assurés de cette mutualité sont transférés vers la mutualité 319.

La facturation des **prestations de santé dispensées à partir du 01.01.2009** devra exclusivement être effectuée avec l'identification à la mutualité 319.

Toutefois, à partir du 01.01.2009, toutes les facturations (1^{ère} facturation ou facturation de rejets) **concernant des prestations antérieures au 01.01.2009**, ainsi que les différents documents administratifs et médicaux pour des affiliés de la mutualité 321, devront impérativement être envoyés au siège de la mutualité 319 (Mutualité Solidaris – Mutualité Socialiste et Syndicale de la Province de Liège, rue Douffet 36 à 4020 Liège), avec l'identification des affiliés à la mutualité 321.

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

- **prestations antérieures au 01.01.2009 = mutualité 321 ;**
- **prestations à partir du 01.01.2009 = mutualité 319.**

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

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

2. Fusion de la mutualité 324 avec la mutualité 325.

Au 01.01.2009, la mutualité 324 (Mutualité Socialiste de Dinant-Philippeville) fusionnera avec la mutualité 325. Les assurés de cette mutualité sont transférés vers la mutualité 325.

La facturation des **prestations de santé dispensées** à partir du 01.01.2009 devra exclusivement être effectuée avec l'identification à la mutualité 325 (siège à Namur – Mutualité Socialiste de la Province de Namur, chaussée de Waterloo 182 – 5002 Namur).

Toutefois, **à partir du 01.01.2009**, toutes les facturations **concernant des prestations antérieures ou postérieures au 01.01.2009** devront impérativement être envoyées **au siège de Philippeville** (Mutualité Socialiste de la Province de Namur, rue de France 35 à 5600 Philippeville).

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

- **prestations antérieures au 01.01.2009 = mutualité 324 ;**
- **prestations à partir du 01.01.2009 = mutualité 325.**

Attention : en ce qui concerne les demandes d'accords adressées au Médecin-Conseil et les flux électroniques (messages relatifs aux admissions), ceux-ci seront gérés au siège de Namur.

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

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

3. info pour les deux fusions

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

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter Monique Duchêne (Fr) au numéro ☎02/515 04 21 ou Christine Decrick (NI) au numéro ☎02/515 04 20.

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** : Liste des codes erreur.
- Annexe 5.3** : Lay-out de la liste des contrôles.
- Annexe 5.4** : 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.
- (☞ 1) **Annexe 16** : Structure des numéros d'identification INAMI.
- (☞ 1) **Annexe 17** : Forfaitarisation des médicaments en hôpital.
- (☞ 8) **Annexe 18** : Facturation sur support magnétique par les MRPA/MRS/CSJ.

Liste des adresses des centres de calculauxquels les supports magnétiques doivent être envoyés.

<u>Organismes assureurs</u>	<u>Mutualités à grouper</u>	<u>Adresses des centres de calcul</u>
A.N.M.C.	Toutes les mutualités	Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes Service Statistiques - Exploitation - Traitements des supports magnétiques AEROPOLIS Chaussée de HAECHE, 579 - boîte 49 1031 BRUXELLES
(☞ 7)U.N.M.N.	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Neutres Cellule supports magnétiques Chaussée de Charleroi, 147 1060 BRUXELLES
U.N.M.S.	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Socialistes Rue Saint-Jean, 32 1000 BRUXELLES
(☞ 7)U.N.M.L.	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Libérales Rue de Livourne, 19 1050 BRUXELLES
(☞ 7)M.L.O.Z. (☞ 8)	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Libres Service Support et Logistique Allée de la Minerva, 8 1150 BRUXELLES
C.A.A.M.I.	Tous les offices régionaux	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité Rue du Trône, 30 1000 BRUXELLES
S.N.C.B. (☞ 3)	Tous les centres régionaux médicaux	Caisse des Soins de Santé de la S.N.C.B.-Holding Section 72 Rue de France, 85 1060 BRUXELLES

Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.

<u>O.A.</u> <u>Nom</u>	<u>Numéro Tél.</u>	<u>Numéro Fax</u>	<u>Compétence</u>
<u>A.N.M.C.</u>			
M. ROSE Ph.	02/246.43.74	02/243.20.95	Analyse et problèmes généraux
Mme THOMAS A-M.	02/246.40.55	02/243.20.71	Infirmières
Mme. PLATTIAU E.	02/246.45.02	02/243.20.71	Hôpitaux + laboratoires
(☎ 6) E-mail adresse : facturation.b2b.sds@mc.be			
(☎ 7) <u>U.N.M.N.</u>			
Mme DEDESSUS LES MOUSTIER D.	02/535.73.43	02/537.33.69	Analyse et problèmes généraux
M. WAEGEMANS Alain	02/300.11.01	02/537.33.69	Traitement des supports
(☎ 1) <u>U.N.M.S.</u>			
Mme DUCHENE	02/515.04.21	02/515.17.42	
Mme DECRICK	02/515.04.20	02/515.17.42	
(☎ 6) <u>U.N.M.L.</u>			
Mme. PATERNOTTE (NL)	02/542.86.38	Résultats et questions tarification prestataires	
Mme. MAGNET (FR)	02/542.86.37	Résultats et questions tarification prestataires	
Mme. SENABRE	02/542.86.36	Analyse et problèmes généraux	
(☎ 7) <u>M.L.O.Z.</u>			
02/778.95.55			
Vous suivez les instructions demandées et vous êtes dirigé vers la bonne personne de contact.			
Accessible tous les jours ouvrables entre 9h et 12h et entre 14h et 16h.			
Numéro de fax : 02/778.94.06			
Adresses E-mail :			
- Operprodlog@mloz.be			
Pour vos questions concernant les factures papier et les fichiers électroniques.			
- Operconfac@mloz.be			
Pour vos questions concernant la tarification, le paiement et le remboursement de votre envoi.			
(☎ 7) <u>C.A.A.M.I.</u>			
M Christophe PATTE (NL)	02/229.35.45	02/504.66.99	
M Marcos MARGOS (FR)	02/229.35.48	02/504.66.99	
Mme. Laurence DAUGINET (FR)	02/229.35.69	02/504.66.99	
(☎ 8) <u>C.S.S. de la S.N.C.B.-Holding</u>			
Mevr. LECOMTE	02/525.35.56	02/525.35.61	
Adresse E-mail: 900-factura@b-holding.be			

CODES D'ERREURS

Les codes d'erreurs ne sont applicables que lorsqu'une réglementation de base existe.

Enregistrement de type 10

- B 100101 : Type d'enregistrement non numérique
- B 100103 : Type d'enregistrement non autorisé
- B 100110 : Enregistrement de type 10 et numéro d'ordre de l'enregistrement ≠ de 000001
- B 100111 : Enregistrement de type 10 non suivi par un enregistrement de type 20
- B 100201 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique
- B 100203 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non autorisé
- (☞ 4) ~~B 100212 : Numéro d'ordre de l'enregistrement différent de 000001 et ET 10.~~ **B 100110**
- B 100301 : Code indice non numérique
- B 100303 : Code indice non autorisé
- B 100310 : Code indice = 0 et compte financier B présent (zone 8a)
- B 100311 : Code indice = 1 et compte financier B absent (zone 8a)
- B 100312 : Code indice = 1 et numéro de tiers payant différent de 0710XXXCC000 ou de 0720XXXCC000
- (☞ 7) B 100320 : Code indice invraisemblable vis-à-vis des données sur le bordereau d'expédition
- B 100401 : Version fichier non numérique
- B 100403 : Version fichier non autorisée
- (☞ 7) B 100420 : Version fichier différente de celle du bordereau d'expédition
- B 100501 : Numéro de compte financier A non numérique
- B 100502 : Numéro de compte financier A avec check-digit erroné
- B 100503 : Numéro de compte financier A non autorisé
- B 100520 : Numéro de compte financier A inconnu dans le fichier « TIERS » de l'O.A.
- B 100601 : Contenu zone 6b différent de zéro
- B 100701 : Numéro de l'envoi non numérique
- B 100703 : Numéro de l'envoi non autorisé (zéro)
- (☞ 7) B 100720 : Numéro de l'envoi différent de celui du bordereau d'expédition
- B 100721 : Double numéro par tiers payant dans une même année
- (☞) B 100722 : Envoi pour lequel les factures papier sont absentes
- (☞ 6) B 100723 : Plus de deux fichiers de facturation par mois et pas de dérogation (ET 10 Z 13 = 000).
- B 100801 : Numéro de compte financier B non numérique
- B 100802 : Numéro de compte financier B avec check-digit erroné
- B 100803 : Numéro de compte financier B non autorisé
- B 100809 : Contenu zone 8b différent de zéro
- (☞ 4) ~~B 100810 : Numéro de compte financier B présent et code indice (zone 3) = 0.~~ **B 100310**
- (☞ 4) ~~B 100811 : Numéro de compte financier B absent et code indice = 1.~~ **B 100311**
- B 100812 : Numéro de compte financier B présent et numéro de tiers payant différent de 0710XXXCC000 ou 0720XXXCC000
- B 100820 : Numéro de compte financier B inconnu dans le fichier « TIERS » de l'O.A.
- B 100901 : Code « S.F.P. » non numérique
- B 100903 : Code « S.F.P. » non autorisé
- (☞) B 100912 : Code « S.F.P. » = 3 et numéro de tiers payant différent de 0710XXXCC000 ou 0720XXXCC000.
- B 100920 : Code « S.F.P. » incompatible avec l'autorisation C.I.N.

- B 101001 : Code fichier de décompte non numérique
 B 101003 : Code fichier de décompte non autorisé
 (☞) B 101101 : Contenu zone différent de zéro
 B 101201 : Contenu zone différent de zéro
 (☞ 5) B 101301 : Contenu facturation non numérique
 (☞ 5) B 101303 : Contenu facturation non autorisé
 B 101401 : Numéro Tiers Payant non numérique
 B 101402 : Numéro Tiers Payant avec check-digit erroné
 B 101403 : Numéro Tiers Payant non autorisé
 B 101404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
 (☞ 4) ~~B 101411 : Numéro Tiers Payant différent de 0710XXXCC000 ou 0720XXXCC000 et numéro compte financier B présent. B 100812~~
 (☞ 4) ~~B 101412 : Numéro Tiers Payant différent de 0710XXXCC000 ou 0720XXXCC000 et code indice = 1. B 100312~~
 (☞ 0, 4) ~~B 101413 : Numéro Tiers Payant différent de 0710XXXCC000 ou 0720XXXCC000 et code S.F.P. = 3. B 100912~~
 B 101420 : Numéro Tiers Payant inconnu dans le fichier de l'O.A.
 B 101421 : Numéro de compte financier A inconnu pour ce tiers
 B 101422 : Numéro de compte financier B inconnu pour ce tiers
 B 101423 : Tiers non autorisé à effectuer le tiers payant
 (☞ 7) B 101424 : Numéro Tiers Payant différent de celui du bordereau d'expédition
 (☞ 8) B 101501 : Numéro d'accréditation CIN non numérique
 (☞ 8) B 101503 : Numéro d'accréditation CIN non autorisé
 B 101601 : Contenu zone différent de zéro
 B 101701 : Contenu zone différent de zéro
 B 101801 : Contenu zone différent de zéro
 B 101901 : Contenu zone différent de zéro
 B 102001 : Contenu zone différent de zéro
 B 102101 : Contenu zone différent de zéro
 B 102201 : Année facturée non numérique
 B 102203 : Année facturée non autorisée
 B 102204 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
 B 102210 : Année facturée postérieure à la date actuelle, excepté pour les maisons médicales
 B 102211 : Année facturée postérieure à la date de création (zone 25-26), excepté pour les maisons médicales
 (☞ 7) B 102220 : Année facturée différente de celle du bordereau d'expédition
 B 102301 : Mois facturé non numérique
 B 102303 : Mois facturé non autorisé
 B 102310 : Année-Mois facturés postérieurs à la date actuelle, excepté pour les maisons médicales
 B 102311 : Année-Mois facturés postérieurs à la date de création (zone 25-26), excepté pour les maisons médicales
 (☞ 7) B 102320 : Mois facturé différent de celui du bordereau d'expédition
 B 102401 : Contenu zone différent de zéro
 B 102501 : Date de création non numérique
 B 102503 : Date de création non autorisée
 B 102510 : Date de création postérieure à la date actuelle
 (☞ 4) ~~B 102511 : Année Mois de création antérieurs à année mois facturés (zones 22-23), excepté pour les maisons médicales. B 102311~~
 B 102701 : Contenu zone différent de zéro
 B 102901 : Contenu zone différent de zéro
 B 103001 : Contenu zone différent de zéro
 (☞ 8) B 103101 : Contenu de la zone différent de zéro et ET 10 Z 22-23 < 0200901
 (☞ 7) B 103110 : BIC compte financier A absent et ET 10 Z 22-23 ≥ 0200901
 (☞ 8) B 103114 : Code-pays (positions 5 et 6) BIC compte financier A différent de « BE » et ET 10 Z 22-23 < 0201001

- B 103501 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 8) B 103601 : Contenu de la zone différent de zéro et ET 10 Z 22-23 < 0200901
- (☞ 7) B 103602 : IBAN compte financier A avec check-digit erroné (positions 3 et 4)
- (☞ 8) B 103604 : IBAN compte financier A ne commence pas par « BE » et ET 10 Z 22-23 < 0201001
- (☞ 7) B 103610 : IBAN compte financier A absent et ET 10 Z 22-23 ≥ 0200901
- B 104201 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 8) B 104301 : Contenu de la zone différent de zéro et ET 10 Z 22-23 < 0200901
- (☞ 7) B 104310 : BIC compte financier B absent alors que le code indice de l'ET 10 Z 3 = 1 et ET 10 Z 22-23 ≥ 0200901
- (☞ 8) B 104314 : Code-pays (positions 5 et 6) BIC compte financier B différent de « BE » et ET 10 Z 22-23 < 0201001
- B 104401 : Contenu zone différent de zéro
- B 104501 : Contenu zone différent de zéro
- B 104601 : Contenu zone différent de zéro
- B 104701 : Contenu zone différent de zéro
- B 104801 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 8) B 104901 : Contenu de la zone différent de zéro et ET 10 Z 22-23 < 0200901
- (☞ 7) B 104902 : IBAN compte financier B avec check-digit erroné (positions 3 et 4)
- (☞ 8) B 104904 : IBAN compte financier B ne commence pas par « BE » et ET 10 Z 22-23 < 0201001
- (☞ 7) B 104910 : IBAN compte financier B absent alors que le code indice de l'ET 10 Z 3 = 1 et ET 10 Z 22-23 ≥ 0200901
- (☞ 4) B 105301 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105401 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105501 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105601 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105701 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105801 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105901 : Contenu zone différent de zéro
- B 109801 : Contenu zone différent de zéro
- B 109902 : Chiffre de contrôle de l'enregistrement erroné

Enregistrement de type 20

- B 200101 : Type d'enregistrement non numérique
- B 200103 : Type d'enregistrement non autorisé
- B 200110 : Enregistrement de type 20 non précédé par un ET 10 ou 80
- B 200111 : Enregistrement de type 20 non suivi par un ET 30, 40 ou 50
- R 200119 : Enregistrement rejeté suite à une erreur dans un autre enregistrement faisant partie du bloc
- F 200130 : Facture refusée – voir motif du refus dans courrier séparé
- B 200201 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique
- B 200203 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non autorisé
- B 200210 : Numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1
- B 200301 : Autorisation tiers payant non numérique
- F 200303 : Autorisation tiers payant non autorisée
- B 200401 : Heure d'admission non numérique
- F 200403 : Heure d'admission non autorisée
- B 200404 : Trois premiers chiffres de la zone différents de zéro
- F 200410 : Heure d'admission absente et type de facture (ET 20 Z 10) = 1 (et il ne s'agit pas d'un patient hospitalisé qui séjourne ailleurs), 4 ou 5 (et il s'agit d'un forfait séjour/rééducation)
- F 200411 : Heure d'admission présente et type de facture (ET 20 Z 10) = 3, 6 ou 9
- F 200412 : Heure d'admission présente alors que date d'admission absente
- F 200420 : Heure d'admission différente de celle mentionnée sur le document d'admission
- B 200501 : Date d'admission non numérique
- F 200503 : Date d'admission non autorisée
- F 200510 : Date d'admission absente et type de facture (ET 20 Z 10) = 1, 4 (et forfait séjour) ou 5 (et forfait rééducation)
- F 200511 : Date d'admission présente et type de facture (ET 20 Z 10) = 3, 6 ou 9
- F 200520 : Date d'admission différente de celle du document d'admission ou admission inconnue à cette date
- (☞ 5) F 200521 : En cas de rééducation, date de début de l'accord précède de plus de 30 jours la date de demande de l'accord
- (☞) F 200522 : Admission refusée par le Médecin-conseil pour des raisons médicales
- B 200601 : Date de sortie non numérique
- F 200603 : Date de sortie non autorisée
- F 200610 : Date de sortie antérieure à la date d'admission (ET 20 Z 5)
- F 200611 : Date de sortie présente et type de facture = 3, 6 ou 9
- (☞ 4) ~~F 200613 : Date de sortie incompatible avec la norme journée (ET 30 Z 3). R 300316~~
- (☞ 4) ~~F 200614 : Date de sortie présente et heure de sortie absente. F 202210~~
- (☞ 4) ~~F 200615 : Date de sortie absente et heure de sortie présente. F 202212~~
- F 200620 : Date de sortie ≠ de celle du document de sortie ou sortie inconnue à cette date
- F 200621 : En cas de rééducation, date de sortie antérieure à la date d'accord
- B 200701 : Numéro mutualité d'affiliation non numérique
- F 200703 : Numéro mutualité d'affiliation non autorisé
- F 200710 : N°mutualité d'affiliation incompatible avec n° mutualité de destination (ET 20 Z 18) et cela ne concerne pas les factures destinées aux unions nationales. Ce code erreur n'est pas d'application pour les unions nationales 2, 4 et 5.
- (☞) F 200711 : N°mutualité d'affiliation incompatible avec n° mutualité de destination (ET 20 Z 18) mais cela concerne les factures destinées aux unions nationales.
- F 200742 : Bénéficiaire non connu à la mutualité d'affiliation
- (☞ 4) B 200801 : Numéro d'identification du bénéficiaire non numérique
- F 200802 : Numéro d'identification du bénéficiaire avec check-digit erroné
- F 200803 : Numéro d'identification du bénéficiaire non autorisé
- F 200810 : Numéro d'identification du bénéficiaire absent

- R 301540 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour incompatible avec le (pseudo-) code nomenclature
- B 301601 : Contenu zone différent de zéro
- B 301701 : Prestation relative non numérique
- R 301702 : Prestation relative avec check-digit erroné
- R 301703 : Prestation relative non autorisée
- B 301704 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- R 301720 : Prestation relative inconnue
- R 301740 : Prestation relative absente
- R 301741 : Il s'agit d'un forfait de rééducation et la prestation relative ne correspond pas au tarif utilisé
- (☞ 4) S 301746 : Code prestation relative exprimant une situation où un accord médecin-conseil est requis et cette condition n'est pas remplie ou une justification manque.
- R 301748 : Prestation relative refusée par le médecin-conseil
- R 301753 : Prestation relative incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
- B 301901 : Montant intervention de l'assurance non numérique
- R 301903 : Montant intervention de l'assurance non autorisé
- B 301905 : Première position du montant différente de + ou –
- B 301906 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- R 301910 : Signe montant intervention personnelle = signe montant dans l'ET 30 précédent qui renseigne les journées
- R 301940 : Montant intervention de l'assurance erroné.
- (☞ 7) R 301943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
- (☞ 7) R 301944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
- (☞ 6) R 301946 : Montant intervention personnelle interdit avec ET 30 Z 33 = 3.
- B 302001 : Contenu zone différent de zéro
- B 302101 : Contenu zone différent de zéro
- B 302201 : Nombre de jours ou forfaits non numérique
- R 302203 : Nombre de jours ou forfaits non autorisé
- B 302205 : Première position de la zone différente de + ou –
- B 302206 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- R 302210 : Nombre de jours ou forfaits est différent du nombre mentionné dans l'enregistrement avec les interventions personnelles
- R 302212 : Signe nombre de jours ou forfaits incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 30 Z 19)
- R 302240 : Nombre de jours ou forfaits incompatible avec période facturée (ET 30 Z5 et Z6)
- R 302241 : Nombre de jours ou forfaits doit être égal à 1
- R 302255 : Nombre maximum de prestations dépassé pendant la période facturée
- B 302301 : Contenu zone différent de zéro
- B 302401 : Montant indicatif non numérique
- R 302403 : Montant indicatif non autorisé
- B 302405 : Première position du montant différente de + ou –
- B 302406 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- R 302412 : Signe montant indicatif incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 30 Z 19)
- R 302413 : Montant indicatif égal à 0 et pseudo-code montant par jour (ET 30 Z 4) = 0768025, 0768051, 0768062, 0768106, 0768121, 0768143, 0768165, 0793041, 0793063, 0793100, 0793122, 0793166, 0793181, 0793225, 0793240, 0793262 ou 0793284
- R 302440 : Montant indicatif erroné
- B 302601 : Contenu zone différent de zéro
- B 302701 : Intervention personnelle patient non numérique
- R 302703 : Intervention personnelle patient non autorisée
- B 302705 : Première position du montant différente de + ou –
- B 302706 : Partie numérique de la zone contient un montant signé

- R 302711 : Le signe de cette zone est identique à celui de la zone 19 et il s'agit d'une quote-part personnelle
- R 302712 : Signe intervention personnelle patient incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 30 Z 19)
- S 302740 : Montant intervention personnelle réglementaire patient trop bas ou nul et ET 30 Z 33 \neq 1
- R 302741 : Montant intervention personnelle incorrect
- R 302742 : Montant intervention personnelle patient trop élevé
- S 302744 : Montant intervention personnelle patient correct et ET 30 Z 33 = 1
- (☞ 6) R 302746 : Montant intervention personnelle patient interdit avec ET 30 Z 33 = 3
- B 302901 : Contenu zone différent de zéro
- B 303001 : Montant supplément non numérique
- R 303003 : Montant supplément non autorisé
- B 303005 : Première position du montant différente de + ou -
- B 303006 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- (☞ 7) R 303012 : Signe montant supplément incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 30 Z 19) de l'enregistrement de(s) journée(s) ou forfait(s) correspondant(s), excepté pour les conventions d'oxygénothérapie et de dialyse
- (☞ 8) R 303020 : Montant supplément différent de zéro et patient protégé
- S 303040 : Montant supplément erroné
- S 303041 : Montant supplément doit être mentionné pour la prestation indiquée dans la zone 4
- S 303042 : Montant supplément est supérieur au maximum autorisé
- B 303201 : Exception tiers payant non numérique
- R 303203 : Exception tiers payant non autorisée
- R 303221 : Il s'agit d'une exception à l'interdiction du règlement tiers payant mais l'attestation n'est pas fournie avec la facture papier
- R 303240 : La mention de l'exception à l'interdiction du règlement tiers payant ne correspond pas aux modalités des circulaires O.A. 393/17, 18 et 29.
- (☞ 6) B 303301 : Code facturation non numérique
- (☞ 6) R 303303 : Code facturation non autorisé
- (☞ 7) R 303310 : Code facturation = 3 ou 4 et type de facture (ET 20 Z 10) \neq 1
- (☞ 7) R 303311 : Code facturation = 3 ou 4 et prestation non concernée par le MAF
- (☞ 7) R 303320 : Code facturation = 3 ou 4 et pas de communication, par l'OA, « plafond MAF atteint »
- (☞ 7) R 303321 : Code facturation \neq 3 ou 4 et communication, par l'OA, « plafond MAF atteint »
- B 303401 : Contenu zone différent de zéro
- B 303501 : Contenu zone différent de zéro
- B 303601 : Contenu zone différent de zéro
- B 303701 : Contenu zone différent de zéro
- B 303801 : Contenu zone différent de zéro
- B 303901 : Contenu zone différent de zéro
- B 304001 : Contenu zone différent de zéro
- B 304101 : Contenu zone différent de zéro
- B 304201 : Contenu zone différent de zéro
- B 304301 : Contenu zone différent de zéro
- B 304401 : Contenu zone différent de zéro
- B 304501 : Contenu zone différent de zéro
- B 304601 : Contenu zone différent de zéro
- B 304701 : Date de l'accord prestation non numérique
- R 304703 : Date de l'accord prestation non autorisée
- R 304712 : Date de l'accord prestation différente de la date mentionnée dans l'ET 20 Z 20-21
- R 304720 : Date de l'accord prestation inconnue dans le fichier de l'O.A.
- B 304801 : Code transplantation non numérique
- R 304803 : Code transplantation non autorisé
- B 304901 : Contenu zone différent de zéro

- B 305001 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 4) B 305101 : Site hospitalier non numérique
- (☞ 4) R 305103 : Site hospitalier non autorisé
- (☞ 4) B 305104 : 2 premiers chiffres de la zone différents de zéro
- (☞ 4) R 305111 : Site hospitalier absent et ET 30 Z 52 \neq 0
- (☞ 4) R 305120 : Site hospitalier inconnu dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 305201 : Identification association bassin de soins non numérique
- (☞ 4) R 305202 : Identification association bassin de soins avec check-digit erroné
- (☞ 4) R 305203 : Identification association bassin de soins non autorisée
- (☞ 4) B 305204 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- (☞ 4) R 305220 : Identification association bassin de soins inconnue dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 305301 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305401 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305501 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305601 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305701 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305801 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305901 : Contenu zone différent de zéro
- B 309801 : Contenu zone différent de zéro
- B 309902 : Chiffre de contrôle de l'enregistrement erroné

Enregistrement de type 40

- B 400101 : Type d'enregistrement non numérique
 B 400103 : Type d'enregistrement non autorisé
 B 400110 : Enregistrement de type 40 non précédé par un enregistrement de type 20, 30 ou 40
 B 400111 : Enregistrement de type 40 non suivi par un enregistrement de type 40, 50 ou 80
 (☞ 4) ~~R 400114 : Type d'enregistrement incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature. R 400414~~
 R 400119 : Enregistrement rejeté suite à une erreur dans un autre enregistrement faisant partie du bloc
 R 400130 : Produit refusé – voir motif du refus dans courrier séparé
 B 400201 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique
 B 400203 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non autorisé
 B 400210 : Numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1
 B 400301 : Norme prestation non numérique
 R 400303 : Norme prestation non autorisée
 (☞ 7) ~~R 400317 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et la norme prestation est différente de la norme prestation dans les autres enregistrements du bloc.~~
 R 400343 : Norme prestation incompatible avec le pseudo-code catégorie médicament (ET 40 Z 4)
 R 400354 : Norme prestation incompatible avec montant de l'intervention de l'assurance (ET 40 Z 19)
 B 400401 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait non numérique
 R 400402 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait avec check-digit erroné
 R 400403 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait non autorisé
 B 400404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
 R 400410 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait incompatible avec le type de facture
 R 400414 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait incompatible avec le type d'enregistrement
 (☞ 4) R 400417 : Facturation d'une préparation magistrale remboursable pas suivie d'enregistrement(s) de détail.
 (☞ 3) R 400418 : L'enregistrement de détail non précédé par un pseudo-code préparation magistrale ou par un autre enregistrement de détail.
 (☞ 4) R 400420 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait non valable à la date mentionnée dans l'ET 40 Z 5 et/ou ET 40 Z 6.
 R 400423 : Produit déjà facturé
 R 400430 : Produit refusé à la demande de l'établissement
 R 400434 : Produit à ne pas réintroduire car traité manuellement par la mutualité
 R 400441 : Pseudo-code catégorie médicament incompatible avec la qualité du bénéficiaire
 (☞ 1, 4) R 400453 : ~~Pseudo-code catégorie médicament incompatible avec le code produit (ET 40 Z 40-41) ou code forfait prophylaxie (pour séjours débutant avant le 01/07/2006) incompatible avec la prestation relative (ET 40 Z 17-18). R 401753~~
 R 400456 : Pseudo-code catégorie médicament incompatible avec la cause du traitement
 (☞ 1) R 400459 : Pseudo-code catégorie médicament incompatible avec le code forfait
 B 400501 : Date premier jour facturé non numérique
 R 400503 : Date premier jour facturé non autorisée
 R 400510 : Date premier jour facturé postérieure à la date actuelle
 R 400511 : Date premier jour facturé antérieure à la date d'admission (ET 20 Z 5)
 (☞ 4) ~~R 400512 : Date premier jour facturé postérieure à la date dernier jour facturé (ET 40 Z 6). R 400612~~
 R 400513 : Date premier jour facturé postérieure à la date de sortie (ET 20 Z 6)
 (☞ 1) R 400514 : Date premier jour facturé différent date admission (ET 20 Z 5) pour code forfait par admission
 (☞ 7) ~~R 400517 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et la date premier jour facturé est différente de la date premier jour facturé dans les autres enregistrements du bloc.~~
 (☞ 4) ~~R 400520 : Pseudo code catégorie médicament ou code forfait inconnu à la date premier jour facturé. R 400420~~
 R 400522 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date premier jour facturé ≠ CT1-CT2 dans le fichier de l'O.A.
 R 400523 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date premier jour facturé ≠ CT1-CT2 mentionné sur les documents d'hospitalisation
 E 400524 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date premier jour facturé ≠ CT1-CT2 mentionné dans le fichier de l'O.A. ou sur les documents d'hospitalisation et pas d'influence sur la facturation
 (☞) R 400525 : Date de prestation en dehors de la période d'engagement de paiement.

- R 400540 : Bénéficiaire non en règle à la date premier jour facturé
- R 400541 : Hospitalisation inconnue (pas de 721 bis)
- R 400542 : Hospitalisation non reconnue (pas de 723)
- R 400543 : Fin d'hospitalisation absente (pas de 727)
- R 400544 : Déjà remboursé (double facturation)
- R 400545 : Bénéficiaire hospitalisé à la date premier jour facturé (prestations ambulatoires)
- R 400546 : Période de péremption échue
- R 400547 : Date premier jour facturé postérieure au mois facturé (ET 10 Z 23)
- R 400548 : Date premier jour facturé incompatible avec la période de l'accord médecin conseil
- (☞) R 400549 : Patient décédé avant la date de délivrance.
- (☞ 6) E 400551 : Date premier jour facturé \geq 1/1/2008 et CT2 = 900 ou 901
- B 400601 : Date dernier jour facturé non numérique
- R 400603 : Date dernier jour facturé non autorisée
- R 400610 : Date dernier jour facturé postérieure à la date actuelle
- R 400611 : Date dernier jour facturé antérieure à la date d'admission (ET 20 Z 5)
- R 400612 : Date dernier jour facturé antérieure à la date premier jour facturé
- R 400613 : Date dernier jour facturé postérieure à la date de sortie (ET 20 Z 6)
- (☞ 1) R 400614 : Date dernier jour facturé différent date admission (ET 20 Z 5) pour code forfait par admission
- ~~(☞ 7) R 400617 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et la date dernier jour facturé est différente de la date dernier jour facturé dans les autres enregistrements du bloc.~~
- (☞ 4) ~~R 400620 : Pseudo code catégorie médicament ou code forfait inconnu à la date dernier jour facturé.~~
R 400420
- R 400622 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernier jour facturé \neq du CT1-CT2 dans le fichier de l'O.A.
- R 400623 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernier jour facturé \neq du CT1-CT2 mentionné sur les documents d'hospitalisation
- E 400624 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernier jour facturé \neq du CT1-CT2 mentionné dans le fichier de l'O.A. ou sur les documents d'hospitalisation et pas d'influence sur la facturation
- R 400640 : Bénéficiaire non en règle à la date dernier jour facturé
- R 400641 : Hospitalisation inconnue (pas de 721 bis)
- R 400642 : Hospitalisation non reconnue (pas de 723)
- R 400643 : Fin d'hospitalisation absente (pas de 727)
- R 400644 : Déjà remboursé (double facturation)
- R 400645 : Bénéficiaire hospitalisé à la date dernier jour facturé (prestations ambulatoires)
- R 400646 : Période de péremption échue
- R 400647 : Date dernier jour facturé postérieure au mois facturé (ET 10 Z 23)
- R 400648 : Date dernier jour facturé incompatible avec la période de l'accord médecin conseil
- (☞ 1) R 400651 : Période de prestation incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature (antibioprophylaxie (pour séjours débutant avant le 01/07/2006))
- B 400701 : Numéro mutualité d'affiliation non numérique
- R 400703 : Numéro mutualité d'affiliation non autorisé
- (☞ 4) ~~R 400710 : Numéro mutualité d'affiliation incompatible avec numéro mutualité de destination (ET 20 Z 18). R 400712 et F 201810~~
- R 400712 : Numéro mutualité d'affiliation différent de l'ET 20 Z 7. Ce code erreur ne s'applique pas aux unions nationales 2, 4 et 5
- ~~(☞ 7) R 400717 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le numéro mutualité d'affiliation est différent du numéro mutualité d'affiliation dans les autres enregistrements du bloc.~~
- (☞ 4) R 400742 : Bénéficiaire non connu à la mutualité d'affiliation.
- (☞ 4) B 400801 : Numéro d'identification du bénéficiaire non numérique.
- R 400802 : Numéro d'identification du bénéficiaire avec check-digit erroné
- R 400803 : Numéro d'identification du bénéficiaire non autorisé

Annexe 5.2.18

- R 400810 : Numéro d'identification du bénéficiaire absent
- F 400812 : Numéro d'identification du bénéficiaire différent de celui de l'ET 20 Z 8
- R 400813 : Numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'inscription à la sécurité sociale et ET 20 et 80 Z 32≠ 1.
- R 400814 : Numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'affiliation à l'OA et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 0.
- ~~(☞ 7) R 400817 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le numéro d'identification du bénéficiaire est différent du numéro d'identification du bénéficiaire dans les autres enregistrements du bloc.~~
- R 400820 : Bénéficiaire inconnu dans le fichier de l'O.A.
- ~~(☞ 4) R 400821 : Bénéficiaire inconnu avec le code sexe mentionné dans l'ET 40 Z-9. R 400921~~
- E 400840 : Bénéficiaire non en règle (G.R. et/ou P.R.) pour la période facturée
- E 400841 : Bénéficiaire non en règle (P.R.) pour la période facturée
- ~~(☞ 4) R 400842 : Bénéficiaire inconnu à la mutualité d'affiliation (ET 40 Z-7). R 400742~~
- R 400843 : Bénéficiaire non en règle et la carte d'identité sociale n'est pas valable
- E 400861 : Bénéficiaire sanctionné
- B 400901 : Code sexe bénéficiaire non numérique
- R 400903 : Code sexe bénéficiaire non autorisé
- R 400912 : Code sexe bénéficiaire différent de celui de l'ET 20 Z 9
- ~~(☞ 7) R 400917 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code sexe est différent du code sexe dans les autres enregistrements du bloc.~~
- R 400921 : Code sexe inconnu pour ce bénéficiaire (ET 40 Z 8)
- ~~(☞ 4) R 400942 : Code sexe bénéficiaire incompatible avec le code produit (ET 40 Z-40-41). R 404042~~
- B 401001 : Code accouchement non numérique
- R 401003 : Code accouchement non autorisé
- R 401010 : Code accouchement incompatible avec le code service
- ~~(☞ 7) R 401017 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code accouchement est différent du code accouchement dans les autres enregistrements du bloc.~~
- B 401101 : Référence numéro de compte financier non numérique
- B 401103 : Référence numéro de compte financier non autorisée
- B 401110 : Référence numéro de compte financier inexact en comparaison avec le code indice de l'ET 10 Z 3
- ~~(☞ 7) R 401117 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et la référence numéro compte financier est différent de la référence numéro compte financier dans les autres enregistrements du bloc.~~
- B 401201 : Contenu zone différent de zéro
- B 401301 : Code service non numérique
- R 401303 : Code service non autorisé
- B 401304 : Dernier chiffre de la zone différent de zéro
- ~~(☞ 4) R 401310 : Code service incompatible avec le code accouchement (ET 40 Z-10). R 401010~~
- R 401311 : Code service incompatible avec la mutualité de destination (ET 20 Z 18)
- R 401312 : Code service incompatible avec le type de facture
- ~~(☞ 7) R 401317 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code service est différent du code service dans les autres enregistrements du bloc.~~
- R 401320 : Code service n'existe pas pour l'établissement dont le numéro est repris dans l'ET 20 Z 15
- R 401321 : Code service incompatible avec le dossier adm. (doc 721 bis, 723 et 727)
- ~~(☞) R 401349 : Code service incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature.~~
- B 401401 : Lieu de prestation non numérique
- R 401402 : Lieu de prestation avec check-digit erroné
- R 401403 : Lieu de prestation non autorisé
- B 401404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- R 401412 : Lieu de prestation différent du numéro dans l'ET 20 Z 14
- ~~(☞ 4) R 401413 : Lieu de prestation différent du numéro dans l'ET 10 Z 14~~
- ~~(☞ 7) R 401417 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le lieu de prestation est différent du lieu de prestation dans les autres enregistrements du bloc.~~

Annexe 5.2.18 bis

- R 401420 : Lieu de prestation inconnu dans le fichier de l'O.A.
- R 401440 : Lieu de prestation incompatible avec le pseudo-code nomenclature
- B 401501 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour non numérique
- R 401502 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour avec check-digit erroné
- R 401503 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour non autorisé
- B 401504 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- R 401510 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour incompatible avec le type de facture
- (~~7~~) ~~R 401517 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le numéro d'identification convention/établissement de séjour est différent du numéro d'identification convention/établissement de séjour dans les autres enregistrements du bloc.~~

- R 401520 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour inconnu dans le fichier de l'O.A.
R 401540 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
- (☞ 4) B 401601 : Médicaments gratuits non numérique
(☞ 4) R 401603 : Médicaments gratuits non autorisé
(☞ 4) R 401612 : Médicaments gratuits = 1 et une des zones montant (ET 40 Z 19, Z 27 ou Z 30-31) ≠ 0
~~(☞ 7) R 401617 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et code médicament gratuit différent du code médicament gratuit des autres enregistrements du bloc~~
- B 401701 : Prestation relative non numérique
R 401702 : Prestation relative avec check-digit erroné
R 401703 : Prestation relative non autorisée
B 401704 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
~~(☞ 7) R 401717 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et prestation relative différente de zéro~~
R 401720 : Prestation relative inconnue dans le fichier de l'O.A.
R 401721 : Prestation relative non facturée
R 401740 : Prestation relative absente
R 401742 : Prestation relative incompatible avec le code sexe du bénéficiaire
R 401743 : Prestation relative incompatible avec l'âge du bénéficiaire
(☞ 1) R 401753 : Prestation relative incompatible avec le pseudo-code catégorie médicament ou la prestation relative incompatible avec le code forfait prophylaxie (pour séjours débutant avant le 01/07/2006).
- B 401901 : Montant intervention de l'assurance non numérique
R 401903* : Montant intervention de l'assurance non autorisé
B 401905 : Première position du montant différente de + ou -
B 401906 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
(☞ 3) R 401913 : Montant de l'intervention de l'assurance ≠ 0 et ET 40 Z 4 = 0750212.
R 401940* : Montant intervention de l'assurance erroné.
R 401942* : Montant tarifé incompatible avec le pseudo-code catégorie médicament ou le code forfait
(☞ 7) R 401943* : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
(☞ 7) R 401944* : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
B 402001 : Date de prescription non numérique
R 402003 : Date de prescription non autorisée
~~(☞ 7) R 402017 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et date de prescription différente de la date de prescription des autres enregistrements du bloc~~
- B 402201 : Nombre d'unités non numérique
R 402203* : Nombre d'unités non autorisé
B 402205 : Première position de la zone différente de + ou -
B 402206 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
R 402212* : Signe nombre d'unités incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 40 Z 19)
R 402241* : Nombre d'unités doit être égal à 1
R 402255* : Nombre maximum de prestations dépassé pendant la période facturée
B 402301 : Unité non numérique
R 402303* : Unité non autorisée
R 402353* : Unité incompatible avec le pseudo-code catégorie
B 402401 : Numéro d'identification du prescripteur non numérique
R 402402 : Numéro d'identification du prescripteur avec check-digit erroné
R 402403 : Numéro d'identification du prescripteur non autorisé
B 402404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
~~(☞ 7) R 402417 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et numéro d'identification du prescripteur différent du numéro d'identification du prescripteur des autres enregistrements du bloc~~
- R 402420 : Numéro d'identification du prescripteur inconnu dans le fichier de l'O.A.
R 402421 : Numéro d'identification du prescripteur clôturé ou sanctionné à la date de prescription
R 402422 : Code qualification inconnu pour ce prescripteur à la date de prescription
R 402440 : Prescripteur non habilité à la date de prescription
(☞ 7) R 402441 : Zone = 0 et il s'agit des médicaments délivrés à des patients non hospitalisés, à l'exception des codes 0751015, 0750116, 0960293, 0961015, 0960374 ou 0960396
B 402601 : Contenu zone différent de zéro

(☞ 8) (*) Ces codes erreurs ne peuvent pas (provisoirement) être utilisés pour les préparations magistrales.

- B 402701 : Montant intervention personnelle non numérique
R 402703 : Montant intervention personnelle non autorisé
B 402705 : Première position du montant différente de + ou -
B 402706 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
R 402712 : Signe de l'intervention personnelle incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 40 Z 19)
- (☞ 3) R 402713 : Quote-part personnelle ≠ 0 et ET 40 Z 4 = 0750212.
S 402740 : Montant intervention personnelle réglementaire égal à zéro et ET 40 Z 33 ≠ 1
R 402741 : Montant intervention personnelle incorrect
R 402742 : Montant de l'intervention personnelle trop élevé
S 402744 : Montant intervention personnelle correct et ET 40 Z 33 = 1
B 402901 : Contenu zone différent de zéro
B 403001 : Montant supplément non numérique
R 403003 : Montant supplément non autorisé
B 403005 : Première position du montant différente de + ou -
B 403006 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- (☞ 6) R 403012 : Signe du montant supplément est incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 40 Z 19)
- ~~(☞ 7) R 403017 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le montant supplément est différent de zéro.~~
S 403040 : Montant supplément erroné
S 403042 : Montant supplément est supérieur au maximum autorisé
B 403201 : Exception tiers payant non numérique
R 403203 : Exception tiers payant non autorisée
- ~~(☞ 7) R 403217 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et l'exception tiers payant est différente de l'exception tiers payant dans les autres enregistrements du bloc.~~
R 403221 : Il s'agit d'une exception à l'interdiction du règlement tiers payant mais l'attestation n'est pas fournie avec la facture papier
R 403240 : La mention de l'exception à l'interdiction du règlement tiers payant fait défaut
- (☞ 6) B 403301 : Code facturation non numérique
(☞ 6) R 403303 : Code facturation non autorisé
- ~~(☞ 7) R 403317 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code facturation est différent du code facturation dans les autres enregistrements du bloc.~~
- (☞ 1) B 403401 : Code exception prophylaxie (pour séjours débutant avant le 01/07/2006) non numérique
(☞ 1) R 403403 : Code exception prophylaxie (pour séjours débutant avant le 01/07/2006) non autorisé
- ~~(☞ 7) R 403417 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code exception prophylaxie est différent du code exception prophylaxie dans les autres enregistrements du bloc.~~
- B 403601 : Flag DCI non numérique
R 403603 : Flag DCI non autorisé
- ~~(☞ 7) R 403617 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le flag DCI est différent du flag DCI dans les autres enregistrements du bloc.~~
- B 403701 : Code forme galénique non numérique
R 403703 : Code forme galénique non autorisé
R 403753 : Code forme galénique incompatible avec le pseudo-code catégorie
B 403801 : Numéro de l'office de tarification non numérique
R 403802 : Numéro de l'office de tarification avec check-digit erroné
R 403803 : Numéro de l'office de tarification non autorisé
B 403804 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- ~~(☞ 7) R 403817 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le numéro de l'office de tarification est différent du numéro de l'office de tarification dans les autres enregistrements du bloc.~~
R 403840 : Numéro de l'office de tarification absent
B 403901 : Montant intervention personnelle théorique patient non numérique
R 403903 : Montant intervention personnelle théorique patient non autorisé
B 403905 : Première position du montant différente de + ou -
B 403906 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
R 403912 : Signe de l'intervention personnelle théorique patient incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 40 Z 19)
- ~~(☞ 7) R 403917 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et l'intervention personnelle théorique est différente de zéro.~~
R 403940 : Montant intervention personnelle théorique patient erroné

- B 404001 : Numéro d'identification du produit non numérique
 R 404002 : Numéro d'identification du produit avec check-digit erroné
 R 404003 : Numéro d'identification du produit non autorisé
 B 404004 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
 (☞ 4) ~~R 404010 : Numéro d'identification du produit = 07799992, 07799984 ou 07799976 et zone 42-43-44-45 absente. R 404210~~
 (☞ 4) ~~S 404011 : Numéro d'identification du produit ≠ 07799992, 07799984 ou 07799976 et zone 42-43-44-45 présente. S 404211~~
 R 404020 : Numéro d'identification du produit inconnu dans le fichier de l'O.A.
 (☞ 1) R 404040 : Numéro d'identification du produit absent et il ne s'agit pas de préparations magistrales délivrées aux patients ambulants, ni de forfaits
 R 404042 : Numéro d'identification du produit incompatible avec le code sexe du bénéficiaire
 R 404043 : Numéro d'identification du produit incompatible avec l'âge du bénéficiaire
 R 404046 : Numéro d'identification du produit pour lequel un accord médical est requis et cet accord fait défaut
 R 404047 : Numéro d'identification du produit non remboursable (le délai de renouvellement n'est pas atteint)
 R 404048 : Numéro d'identification du produit incompatible avec l'accord médical délivré
 (☞ 4) ~~R 404053 : Numéro d'identification du produit incompatible avec le (pseudo-)code catégorie médicament. R 400453~~
 R 404055 : Quantité maximum dépassée pendant la période facturée
 R 404056 : Numéro d'identification du produit incompatible avec la cause du traitement
 R 404210 : Libellé du produit absent et numéro d'identification du produit = 07799992, 07799984 ou 07799976
 S 404211 : Libellé du produit présent et numéro d'identification du produit ≠ 07799992, 07799984 ou 07799976
 (☞ 7) ~~R 404217 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le libellé du produit est rempli.~~
 B 404601 : Contenu zone différent de zéro
 B 404701 : Date de l'accord prestation non numérique
 R 404703 : Date de l'accord prestation non autorisée
 (☞ 1) R 404711 : Date de l'accord prestation = 0 pour "médicament accord médecin conseil" alors que ET 40 Z 39 ≠ 0
 (☞ 7) ~~R 404717 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et la date de l'accord prestation est différente de la date de l'accord prestation dans les autres enregistrements du bloc.~~
 R 404720 : Date de l'accord prestation inconnue dans le fichier de l'O.A.
 B 404801 : Code transplantation non numérique
 R 404803 : Code transplantation non autorisé
 (☞ 7) ~~R 404817 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code transplantation est différent du code transplantation dans les autres enregistrements du bloc.~~
 B 404901 : Numéro du pharmacien titulaire non numérique
 R 404902 : Numéro du pharmacien titulaire avec check-digit erroné
 R 404903 : Numéro du pharmacien titulaire non autorisé
 B 404904 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
 (☞ 7) ~~R 404917 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le numéro du pharmacien titulaire est différent du numéro du pharmacien titulaire dans les autres enregistrements du bloc.~~
 R 404920 : Numéro du pharmacien titulaire inconnu dans le fichier de l'O.A.
 B 405001 : Année de naissance non numérique
 R 405003 : Année de naissance non autorisée
 R 405010 : Année de naissance postérieure à la date actuelle
 (☞ 7) ~~R 405017 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et l'année de naissance est différente de l'année de naissance dans les autres enregistrements du bloc.~~

Annexe 5.2.21 bis

- (☞ 4) B 405101 : Site hospitalier non numérique
- (☞ 4) R 405103 : Site hospitalier non autorisé
- (☞ 4) B 405104 : 2 premiers chiffres de la zone différents de zéro
- (☞ 4) R 405111 : Site hospitalier absent et ET 40 Z 52 ≠ 0
- ~~(☞ 7) R 405117 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le site hospitalier est différent du site hospitalier dans les autres enregistrements du bloc.~~
- (☞ 4) R 405120 : Site hospitalier inconnu dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 405201 : Identification association bassin de soins non numérique
- (☞ 4) R 405202 : Identification association bassin de soins avec check-digit erroné
- (☞ 4) R 405203 : Identification association bassin de soins non autorisée
- (☞ 4) B 405204 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- ~~(☞ 7) R 405217 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et l'identification association bassin de soins est différente de l'identification association bassin de soins dans les autres enregistrements du bloc.~~
- (☞ 4) R 405220 : Identification association bassin de soins inconnue dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 405301 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405401 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405501 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405601 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405701 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405801 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405901 : Contenu zone différent de zéro
- B 409801 : Contenu zone différent de zéro
- B 409902 : Chiffre de contrôle de l'enregistrement erroné

Enregistrement de type 50

- B 500101 : Type d'enregistrement non numérique
 B 500103 : Type d'enregistrement non autorisé
 B 500110 : Enregistrement de type 50 non précédé par un enregistrement de type 20, 30, 40 ou 50
 B 500111 : Enregistrement de type 50 non suivi par un enregistrement de type 50 ou 80
 (☞ 4) ~~R 500114 : Type d'enregistrement incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature. R 500414~~
 R 500119 : Enregistrement rejeté suite à une erreur dans un autre enregistrement faisant partie du bloc
 R 500130 : Prestation refusée – voir motif du refus dans courrier séparé
 B 500201 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique
 B 500203 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non autorisé
 B 500210 : Numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1
 B 500301 : Norme prestation non numérique
 R 500303 : Norme prestation non autorisée
 (☞ 6) R 500317 : Norme implant = 0 dans un enregistrement non précédé d'un enregistrement avec norme 9
 R 500341 : Norme prestation incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
 R 500343 : Norme prestation = 1 ou 2 incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
 R 500344 : Norme prestation = 9 et montant dans la zone 19 et/ou zone 27 ≠ 0
 R 500347 : Norme prestation = 6 et montant dans la zone 27 ≠ 0
 R 500348 : Norme prestation = 7 et montant dans la zone 19 ≠ 0
 B 500401 : (Pseudo-)code nomenclature non numérique
 R 500402 : (Pseudo-)code nomenclature avec check-digit erroné
 R 500403 : (Pseudo-)code nomenclature non autorisé
 B 500404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
 R 500410 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec le type de facture
 (☞ 4) ~~R 500411 : (Pseudo-)code nomenclature correspond à du « sang » et les zones 38, 39 40 et 41 42 sont absentes. R 503811 et R 503911 et R 504111~~
 (☞ 6) R 500411 : Code passeport diabétique (0102852) non précédé du code DMG (0102771) pour une maison médicale
 (☞ 4) ~~R 500412 : (Pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à du « sang » et les zones 38, 39 40 et 41 42 sont présentes. R 503812 et R 503912 et R 504112~~
 (☞ 7) R 500413 : Ordre des prestations incorrect
 R 500414 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec le type d'enregistrement
 (☞ 4) ~~R 500415 : (Pseudo-)code nomenclature correspond à un test fonctionnel ou à un radio-isotope et la zone 44 45 est absente. R 504411~~
 (☞ 4) ~~R 500416 : (Pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à un test fonctionnel ou à un radio-isotope et la zone 44 45 est présente. R 504412~~
 R 500417 : Honoraire forfaitaire pour dispensateur de soins infirmiers et enregistrement précédent n'est pas de type 50 avec la norme 9
 R 500418 : Enregistrement de type 50 avec honoraires forfaitaires pour soins infirmiers incompatible avec l'enregistrement statistique précédent
 (☞ 4) ~~R 500419 : (Pseudo-)code nomenclature est 682393-682404, 682415-682426, 682430-682441, 682452-682463, 682474-682485, 682496-682500, 682511-682522, 682754-682765, 682776-682780, 683071-683082, 683093-683104, 683115-683126, 683130-683141, 683152-683163, 683410-683421, 683690-683701, 683712-683723, 684154-684165, 684530-684541, 684714-684725, 684736-684740, 684810-684821, 684832-684843, 685333-685344, 685554-685565, 685591-685602, 685694-685705, 686232-686243, 686254-686265, 686276-686280, 686814-686825, 686836-686840, 686851-686862, 686873-686884, 687050-687061, 687072-687083, 687094-687105, 687116-687120, 687131-687142, 687153-687164, 687175-687186, 687190-687201, 687735-687746, 687750-687761, 687875-687886, 687934-687945, 688251-688262, 688273-688284, 688295-688306, 688310-688321, 688332-688343, 688354-688365, 688376-688380, 688391-688402, 688516-688520, 688531-688542, 688553-688564, 688575-688586, 688590-688601, 688612-688623, 688634-688645, 688656-688660, 688671-688682, 688693-688704, 688715-688726, 688730-688741, 688752-688763, 688774-688785, 688796-688800, 688811-688822, 688833-688844, 688855-688866, 688870-688881, 688892-688903, 688914-688925, 688936-688940, 688951-688962, 688973-688984, 689415-689426, 689430-689441, 689931-689942, 689953-689964, 689975-689986 et la zone 43 est absente. R 504311~~
 (☞ 4) R 500420 : (Pseudo-)code nomenclature non valable à la date mentionnée dans l'ET 50 Z 5 et/ou ET 50 Z 6.
 R 500421 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec la mutualité de destination
 R 500423 : Prestation déjà facturée

- B 501901 : Montant intervention de l'assurance non numérique
- R 501903 : Montant intervention de l'assurance non autorisé
- B 501905 : Première position du montant différente de + ou -
- B 501906 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- R 501940 : Montant intervention de l'assurance erroné.
- R 501942 : Somme des montants intervention de l'assurance dépasse le plafond
- (☞ 7) R 501943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
- (☞ 7) R 501944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
- (☞ 6) R 501946 : Montant intervention personnelle interdit avec ET 50 Z 33 = 3
- B 502001 : Date de prescription non numérique
- R 502003 : Date de prescription non autorisée
- R 502004 : Date de prescription fait défaut alors qu'elle est indispensable
- R 502010 : Date de prescription antérieure à la date d'admission
- (☞ 7) R 502011 : Date de prescription absente et numéro de prescripteur présent
- (☞ 7) R 502012 : Date de prescription présente et numéro de prescripteur absent (ou norme prescripteur = 3)
- R 502013 : Date de prescription postérieure à la date de sortie
- R 502020 : Date de prescription inconnue dans le fichier de l'O.A.
- R 502021 : Date de prescription différente de la date sur le 703ter dans le fichier de l'O.A.
- R 502022 : La prescription fait défaut
- R 502041 : Hospitalisation inconnue à la date de prescription
- R 502045 : Bénéficiaire hospitalisé à la date de prescription (prestations ambulatoires)
- (☞ 4) R 502049 : Patient décédé avant la date de prescription
- B 502201 : Nombre d'unités non numérique
- R 502203 : Nombre d'unités non autorisé
- B 502205 : Première position de la zone différente de + ou -
- B 502206 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- R 502212 : Signe nombre d'unités incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 50 Z 19)
- (☞ 4) R 502240 : Nombre d'unités incompatible avec la période facturée (ET 50 Z 5 et Z 6)
- R 502241 : Nombre d'unités doit être égal à 1
- R 502255 : Nombre d'unités maximum de prestation dépassé pendant la période facturée
- B 502301 : Nombre de coupes non numérique
- R 502303 : Nombre de coupes non autorisé
- B 502401 : Numéro d'identification du prescripteur non numérique
- R 502402 : Numéro d'identification du prescripteur avec check-digit erroné
- R 502403 : Numéro d'identification du prescripteur non autorisé
- B 502404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- R 502405 : Numéro d'identification du prescripteur fait défaut, bien qu'il soit indispensable
- R 502420 : Numéro d'identification du prescripteur inconnu dans le fichier de l'O.A.
- R 502421 : Numéro d'identification du prescripteur clôturé ou sanctionné à la date de prescription
- R 502422 : Code qualification inconnu pour ce prescripteur à la date de prescription
- R 502440 : Prescripteur non habilité à la date de prescription
- (☞ 4) ~~R 502441 : Prescripteur incompatible avec la norme prescripteur.~~ **R 502641**
- B 502601 : Norme prescripteur non numérique
- R 502603 : Norme prescripteur non autorisée
- (☞ 4) R 502641 : Norme prescripteur incompatible avec le numéro du prescripteur (zone 24) et/ou du dispensateur (zone 15)
- B 502701 : Montant intervention personnelle patient non numérique
- R 502703 : Montant intervention personnelle patient non autorisé
- B 502705 : Première position du montant différente de + ou -
- B 502706 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- R 502712 : Signe intervention personnelle patient incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 50 Z 19)

- S 502740 : Montant de l'intervention personnelle réglementaire patient trop bas ou nul et ET 50 Z 33 \neq 1
R 502741 : Montant de l'intervention personnelle incorrect
R 502742 : Montant de l'intervention personnelle patient trop élevé
S 502744 : Montant de l'intervention personnelle patient correct et ET 50 Z 33 = 1
(☞ 6) E 502745 : Montant de la contribution forfaitaire soins d'urgence incorrect (prestations avant le 1/7/2007)
(☞ 6) R 502746 : Montant intervention personnelle patient interdit avec ET 50 Z 33 = 3
B 502901 : Code dent traitée non numérique
R 502903 : Code dent traitée non autorisé
R 502940 : Code dent traitée absent
R 502953 : Code dent traitée incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
B 503001 : Montant supplément non numérique
R 503003 : Montant supplément non autorisé
B 503005 : Première position du montant différente de + ou -
B 503006 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
R 503012 : Signe montant supplément incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 50 Z 19)
(☞ 8) R 503020 : Montant supplément différent de zéro et patient protégé
(☞ 1) S 503040 : Montant supplément erroné
(☞ 1) S 503041 : Montant supplément doit être mentionné pour la prestation reprise en zone 4
(☞ 1) S 503042 : Montant supplément est supérieur au maximum autorisé
R 503044 : Montant supplément \neq 0 et le montant patient devrait figurer dans la zone intervention personnelle (ET 50 Z 27)
B 503201 : Exception tiers payant non numérique
R 503203 : Exception tiers payant non autorisée
R 503221 : Il s'agit d'une exception à l'interdiction du règlement tiers payant mais l'attestation n'est pas fournie avec la facture papier
R 503240 : La mention de l'exception à l'interdiction du règlement tiers payant fait défaut
(☞ 6) B 503301 : Code facturation non numérique
(☞ 6) R 503303 : Code facturation non autorisé
(☞ 7) R 503310 : Code facturation = 3 ou 4 et type de facture (ET 20 Z 10) \neq 1
(☞ 7) R 503311 : Code facturation = 3 ou 4 et prestation non concernée par le MAF
(☞ 7) R 503320 : Code facturation = 3 ou 4 et pas de communication, par l'OA, « plafond MAF atteint »
(☞ 7) R 503321 : Code facturation \neq 3 ou 4 et communication, par l'OA, « plafond MAF atteint »
B 503401 : Code membre traité non numérique
R 503403 : Code membre traité non autorisé
R 503411 : Code membre traité absent et il s'agit de prestations d'ophtalmologie ou de radiographies du système ostéo-articulaire
B 503501 : Code prestataire conventionné non numérique
R 503503 : Code prestataire conventionné non autorisé
R 503520 : Code prestataire conventionné inconnu dans le fichier de l'O.A.
B 503601 : Heure de prestation non numérique
R 503603 : Heure de prestation non autorisée
B 503801 : Numéro d'identification administrateur du sang non numérique
R 503802 : Numéro d'identification administrateur du sang avec check-digit erroné
R 503803 : Numéro d'identification administrateur du sang non autorisé
B 503804 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
R 503811 : Numéro d'identification administrateur du sang absent et (pseudo-)code nomenclature correspond à du "sang"
R 503812 : Numéro d'identification administrateur du sang présent et (pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à du "sang"
R 503820 : Numéro d'identification administrateur du sang inconnu dans le fichier de l'O.A.
R 503821 : Numéro d'identification administrateur du sang clôturé ou sanctionné
R 503822 : Code qualification inconnu pour l'administrateur du sang à la date de prestation

- R 503840 : L'administrateur du sang est inapte
 B 503901 : Numéro d'attestation d'administration non numérique
 R 503903 : Numéro d'attestation d'administration non autorisé
 R 503911 : Numéro d'attestation d'administration absent et (pseudo-)code nomenclature correspond à du "sang"
 R 503912 : Numéro d'attestation d'administration présent et (pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à du "sang"
 R 504111 : Numéro bon de délivrance ou sac absent et (pseudo-)code nomenclature correspond à du "sang"
 R 504112 : Numéro bon de délivrance ou sac présent et (pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à du "sang"
 B 504301 : Code implant non numérique
 R 504302 : Code implant avec check-digit erroné
 R 504303 : Code implant non autorisé
 (8) R 504311 : Code implant absent et (pseudo-)code nomenclature est 613056-613060, 613071-613082, 613093-613104, 613115-613126, 613130-613141, 613152-613163, 613174-613185, 682393-682404, 682415-682426, 682430-682441, 682452-682463, 682474-682485, 682496-682500, 682511-682522, 682754-682765, 682776-682780, 683071-683082, 683093-683104, 683115-683126, 683130-683141, 683152-683163, 638174-683185, 683196-683200, 683410-683421, 683432-683443, 683454-683465, 683476-683480, 683491-683502, 683513-683524, 683535-683546, 683690-683701, 684154-684165, 684530-684541, 684714-684725, 684736-684740, 684810-684821, 684832-684843, 685333-685344, 685554-685565, 685591-685602, 685694-685705, 686232-686243, 686254-686265, 686276-686280, 686453-686464, 686792-686803, 686814-686825, 686836-686840, 686851-686862, 686873-686884, 687050-687061, 687072-687083, 687094-687105, 687116-687120, 687131-687142, 687153-687164, 687175-687186, 687190-687201, 687735-687746, 687750-687761, 687875-687886, 687934-687945, 688251-688262, 688273-688284, 688295-688306, 688310-688321, 688332-688343, 688354-688365, 688376-688380, 688391-688402, 688516-688520, 688531-688542, 688553-688564, 688575-688586, 688590-688601, 688612-688623, 688634-688645, 688656-688660, 688671-688682, 688693-688704, 688715-688726, 688730-688741, 688752-688763, 688774-688785, 688796-688800, 688811-688822, 688833-688844, 688855-688866, 688870-688881, 688892-688903, 688914-688925, 688936-688940, 688951-688962, 688973-688984, 689415-689426, 689430-689441, 689754-689765, 689776-689780, 689931-689942, 689953-689964, 689975-689986, 691633-691644, 691655-691666, 691670-691681, 693910-693921, 695074-695085, 695096-695100, 695111-695122, 695133-695144, 695155-695166, 695170-695181, 695192-695203, 695214-695225, 695236-695240, 695251-695262, 695273-695284, 695295-695306, 695310-695321, 695332-695343, 695354-695365, 695376-695380, 695391-695402, 695413-695424, 695435-695446, 695450-695461, 697675-697686, 697690-697701, 697712-697723, 697734-697745, 697756-697760, 697771-697782, 697793-697804, 697815-697826, 698552-698563, 698574-698585, 698596-698600, 698611-698622, 698633-698644, 698655-698666, 698670-698681, 698692-698703, 699871- 699882, 720414-720425, 740272-740283.

Annexe 5.2.30

- (☞ 7) R 504312 : Code implant présent et (pseudo-)code nomenclature \neq un des (pseudo-) codes-nomenclature énumérés dans le code-erreur R 504311.
- R 504320 : Code implant inconnu dans le fichier de l'O.A.
- R 504411 : Libellé du produit absent et le (pseudo-)code nomenclature correspond à un test fonctionnel, à un radio-isotope ou à un code 0960XXX
- (☞ 4) R 504412 : Libellé du produit présent et le (pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à un test fonctionnel, à un radio-isotope ou à un code 0960XXX.
- B 504601 : Norme plafond non numérique
- R 504603 : Norme plafond non autorisée
- R 504640 : Norme plafond = 8 pour une série de prestations pour patients hospitalisés et il s'agit de prestations ambulatoires
- R 504641 : Norme plafond incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
- R 504642 : Norme plafond = 7 non précédée par un enregistrement de type 50 avec norme plafond = 8
- R 504643 : Norme plafond incompatible avec le numéro de la prestation
- R 504645 : Norme plafond = 7 et montant O.A. égal au tarif officiel
- R 504646 : Norme plafond = 8 et montant O.A. inférieur au tarif officiel
- B 504701 : Date de l'accord prestation non numérique
- R 504703 : Date de l'accord prestation non autorisée
- R 504720 : Date de l'accord prestation inconnue dans le fichier de l'O.A.
- B 504801 : Code transplantation non numérique
- R 504803 : Code transplantation non autorisé
- B 504901 : Contenu zone différent de zéro
- B 505001 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 4) B 505101 : Site hospitalier non numérique
- (☞ 4) R 505103 : Site hospitalier non autorisé
- (☞ 4) B 505104 : 2 premiers chiffres de la zone différents de zéro
- (☞ 4) R 505111 : Site hospitalier absent et ET 50 Z 52 \neq 0
- (☞ 4) R 505120 : Site hospitalier inconnu dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 505201 : Identification association bassin de soins non numérique
- (☞ 4) R 505202 : Identification association bassin de soins avec check-digit erroné
- (☞ 4) R 505203 : Identification association bassin de soins non autorisée
- (☞ 4) B 505204 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- (☞ 4) R 505220 : Identification association bassin de soins inconnue dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 505301 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505401 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505501 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505601 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505701 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505801 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505901 : Contenu zone différent de zéro
- B 509801 : Contenu zone différent de zéro
- B 509902 : Chiffre de contrôle de l'enregistrement erroné

Enregistrement de type 80

- B 800101 : Type d'enregistrement non numérique
- B 800103 : Type d'enregistrement non autorisé
- B 800110 : Enregistrement de type 80 non précédé par un enregistrement de type 30, 40 ou 50
- B 800111 : Enregistrement de type 80 non suivi par un enregistrement de type 20 ou 90
- B 800201 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique
- B 800203 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non autorisé
- B 800210 : Numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1
- B 800301 : Contenu zone différent de zéro
- B 800401 : Heure d'admission non numérique
- F 800403 : Heure d'admission non autorisée
- B 800404 : Trois premiers chiffres de la zone différents de zéro
- F 800412 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 4
- B 800501 : Date d'admission non numérique
- F 800503 : Date d'admission non autorisée
- F 800512 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 5
- B 800601 : Date de sortie non numérique
- F 800603 : Date de sortie non autorisée
- F 800612 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 6
- B 800701 : Numéro mutualité d'affiliation non numérique
- F 800703 : Numéro mutualité d'affiliation non autorisé
- F 800712 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 7
- (☞ 4) B 800801 : Numéro d'identification du bénéficiaire non numérique.
- F 800802 : Numéro d'identification du bénéficiaire avec le check-digit erroné
- F 800803 : Numéro d'identification du bénéficiaire non autorisé
- F 800812 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 8
- (☞ 4) ~~F 800813 : Numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'inscription à la sécurité sociale et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 1. F 200813~~
- (☞ 4) ~~F 800814 : Numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'affiliation à l'OA et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 0. F 200814~~
- B 800901 : Code sexe bénéficiaire non numérique
- F 800903 : Code sexe bénéficiaire non autorisé
- F 800912 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 9
- B 801001 : Type de facture non numérique
- F 801003 : Type de facture non autorisé
- F 801012 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 10
- B 801101 : Contenu zone différent de zéro
- B 801201 : Contenu zone différent de zéro
- B 801301 : Service mentionné sur le document 721 bis non numérique
- F 801303 : Service mentionné sur le document 721 bis non autorisé
- B 801304 : Dernier chiffre de la zone différent de zéro
- F 801312 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 13
- B 801401 : Numéro de l'établissement qui facture non numérique
- F 801402 : Numéro de l'établissement qui facture avec check-digit erroné
- F 801403 : Numéro de l'établissement qui facture non autorisé
- B 801404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- F 801412 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 14
- B 801501 : Montant compte financier B non numérique
- F 801503 : Montant compte financier B non autorisé

- B 801505 : Première position du montant différente de + ou -
- B 801506 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- F 801510 : Montant compte financier B différent du total des enregistrements de type 30, 40 et 50 dont le contenu de la zone 11 est 1
- B 801601 : Contenu zone différent de zéro
- B 801701 : Causes du traitement non numériques
- F 801703 : Causes du traitement non autorisées (\neq 0050, 0060, 0070, 0080, 0090 ou 0000)
- B 801704 : Deux premiers chiffres de la zone différents de zéro
- F 801712 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 17
- B 801801 : Numéro de mutualité de destination non numérique
- B 801803 : Numéro de mutualité de destination non autorisé
- B 801812 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 18
- B 801901 : Montant compte financier A non numérique
- F 801903 : Montant compte financier A non autorisé
- B 801905 : Première position du montant différente de + ou -
- B 801906 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- F 801910 : Montant compte financier A différent du total des ET 30, 40 et 50 dont le contenu de la zone 11 est 0
- (☞ 8) B 802001 : Date de la facture non numérique
- (☞ 8) F 802003 : Date de la facture non autorisée
- (☞ 8) B 802101 : Contenu de la zone différent de zéro et facture individuelle < 0200901
- B 802201 : Heure de sortie non numérique
- F 802203 : Heure de sortie non autorisée
- B 802204 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- F 802212 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 22
- B 802301 : Contenu zone différent de zéro
- B 802401 : Numéro de facture individuelle non numérique
- F 802403 : Numéro de facture individuelle non autorisé
- F 802412 : Contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 24-25
- B 802601 : Contenu zone différent de zéro
- B 802701 : Montant intervention personnelle patient non numérique
- F 802703 : Montant intervention personnelle patient non autorisé
- B 802705 : Première position du montant différente de + ou -
- B 802706 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- F 802710 : Montant intervention personnelle patient est différent du total des interventions personnelles réelles
- B 802901 : Contenu zone différent de zéro
- B 803001 : Montant supplément non numérique
- F 803003 : Montant supplément non autorisé
- B 803005 : Première position du montant différente de + ou -
- B 803006 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- F 803010 : Montant supplément différent du total des suppléments

Annexe 6

TYPE D'ENREGISTREMENT			10	20	30	40	50	80	90	
ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	DEBUT D'ENVOI	DEBUT DE FACTURE	JOURNEES D'ENTRETIEN	PRODUITS PHARMACEUT.	PRESTATIONS OU FOURNITURES	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 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.	
3	1 N	9-9	CODE INDICE	AUTORISATION T.P.	NORME JOURN. ENTRET.	NORME PRESTATION	NORME PREST (%)	0	0	
4	7 N	10-16	VERSION FICHIER	HEURE ADMISSION	PSEUDO-CODE JOUR. ENT. FORF.	UDO-CODE CAT. MEDICAM.	(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 D'ADMISSION	N° COMPTE FINANCIER A	
6 a	4 N	25-28	0	DATE DE	DATE DERNIER JOUR	DATE DERNIER JOUR	DATE DERNIERE	DATE DE	0	
6 b	4 N	29-32		SORTIE	FACTURE	FACTURE	PRESTATION EFFECTUEE	SORTIE		
7	3 N	33-35	NUMERO DE L'ENVOI	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	NUMERO D'ENVOI	
8 a	12 N	36-47	N° COMPTE FINANCIER B	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	N° C.PTE FINANCIER B	
8 b	1 N	48-48	0	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	0	
9	1 N	49-49	CODE S.F.P.	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	0	
10	1 N	50-50	CODE FICHIER DE DECOMPTE	TYPE FACTURE	ACCOUCHEMENT	ACCOUCHEMENT	ACCOUCHEMENT	TYPE FACTURE	0	
11	1 N	51-51	0	TYPE FACTURATION	REF. N° C.PTE FINANCIER	REF. N° C.PTE FINANCIER	REF. N° C.PTE FINANCIER	0	0	
12	1 N	52-52	0	0	0	0	NUIT, W.E. OU JOUR FERIE	0	0	
13	3 N	53-55	CONTENU FACTURATION	SERVICE 721 bis	CODE SERVICE	CODE SERVICE	CODE SERVICE	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	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	SIGNE + MONT. C.PTE FINANCIER B	SIGNE + MONT. TOTAL C.PTE FIN. B	
16	1 N	80-80	0	CODE LEVEE DELAI PRESCR	0	MEDICAMENTS GRATUITS	NORME DISPENSATEUR	0	0	
17	4 N	81-84	0	CAUSES TRAITEMENT	PRESTATION	PRESTATION	PRESTATION	CAUSES TRAITEMENT	0	
18	3 N	85-87	0	N° MUTUALITE DESTINATION	RELATIVE	RELATIVE	RELATIVE	N° MUTUALITE DESTINATION	0	
19	12 N	88-99	0	N° ADMISSION	SIGNE + MONTANT O.A.	SIGNE + MONTANT O.A.	SIGNE + MONTANT O.A.	SIGNE + MONT. C.PTE FINANCIER A	SIGNE + MONT. TOTAL C.PTE FIN. A	
20	7 N	100-106	0	DATE DE L'ACCORD	0	R DATE DE LA	DATE DE LA	DATE DE LA FACTURE	0	
21	1 N	107-107	0	TRAITEMENT	0	PRESCRIPTION	PRESCRIPTION	0	0	
22	5 N	108-112	ANNEE FACTUREE	HEURE DE SORTIE	SIGNE + Nb. JOURS OU FORF	SIGNE + NOMBRE D'UNITES	SIGNE + NOMBRE D'UNITES	HEURE DE SORTIE	ANNEE FACTUREE	
23	2 N	113-114	MOIS FACTURE	0	0	F UNITE	NOMBRE DE COUPES	0	MOIS FACTURE	
24	5 N	115-119	0	N° DE FACTURE	SIGNE + ORDRE DE GRANDEUR	IDENTIFICATION DU	IDENTIFICATION DU	N° DE FACTURE	0	
25	7 N	120-126	DATE DE	INDIVIDUELLE	FRAIS DE SEJOUR	PRESCRIPTEUR	PRESCRIPTEUR	INDIVIDUELLE	0	
26	1 N	127-127	DATE CREATION	APPLICAT. FRANCH. SOC.	0	0	NORME PRESCRIPT	0	0	
27	10 N	128-137	0	C.T.1 + C.T.2	SIGNE + INTERV PERS PAT	SIGNE + INTERV PERS PAT	SIGNE + INTERV PERS PAT	SIGNE + INTERV PERS PAT	0	
28	25 A	138-162	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	
29	2 N	163-164	0	NUMERO DE	0	0	DENT TRAITEE	0	0	
30	2 N	165-166	0	FACTURE	SIGNE + MONTANT	SIGNE + MONTANT	SIGNE + MONTANT	SIGNE + MONTANT	0	
31	8 N	167-174	BIC - COMPTE FINANCIER A	PRECEDENTE	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	BIC - COMPTE FINANCIER A	
32	1 N	175-175		FLAG IDENTIF. BENEF.	EXCEP. TIERS PAYANT	EXCEP. TIERS PAYANT	EXCEP. TIERS PAYANT	FLAG IDENTIF. BENEF.		
33	1 N	176-176	0	CODE FACT. I.P. ou SUPPL.	CODE FACT. I.P. ou SUPPL.	CODE FACT. I.P. ou SUPPL.	0	0		
34	1 N	177-177	0	NUMERO DE	0	CODE EXCEPTION	MEMBRE TRAITEE	0	0	
35	1 N	178-178		L'ENVOI	0	PROPHYLAXIE	PRESTATAIRE CONVENT.	0		
36	1 N	179-179	0	PRECEDENT	0	FLAG DCI	HEURE	0		
37	3 N	180-182	IBAN - COMPTE FINANCIER A	N° MUT. FACT. PRECED.	0	F FORME GALENIQUE	DE PRESTATION	0	IBAN - COMPTE FINANCIER A	
38	12 N	183-194		REFERENCE MUTUALITE	0	N° OFFICE DE TARIFICATION	IDENT. ADMINIST. SANG	SIGNE + ACOMPTE C.PTE FIN.		
39	10 N	195-204	IBAN - COMPTE FINANCIER A	N° COMPTE FINANCIER A	0	SIGNE + INT. PERS. PAT. THEOR	N° ATTESTATION	0	IBAN - COMPTE FINANCIER A	
40	2 N	205-206		0	0	NUMERO DU	D'ADMINISTRATION	0		
41	6 N	207-212	0	ANNEE - MOIS FACT. PREC.	0	PRODUIT	NUMERO BON DE	0	0	
42	6 N	213-218		0	0	0	DELIVRANCE OU SAC	0		
43 a	11 N	219-229	BIC - COMPTE FINANCIER B	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS	0	LIBELLE DU PRODUIT	CODE IMPLANT	0	BIC - COMPTE FINANCIER B	
43 b	1 N	230-230	0		0		0	0	0	
44	4 N	231-234	0		0		0	LIBELLE	0	0
45	26 N	235-260	0		0		0	DU PRODUIT	0	0
46	1 N	261-261	0	0	0	0	NORME PLAFOND	0	0	
47	8 N	262-269	0	0	DATE ACCORD PRESTATION	DATE ACCORD PRESTATION	DATE ACCORD PRESTATION	0	0	
48	1 N	270-270	0	0	TRANSPLANTATION	TRANSPLANTATION	TRANSPLANTATION	0	0	
49	12 N	271-282	IBAN - COMPTE FINANCIER B	REFERENCE MUTUALITE	0	NUMERO PHARMACIEN	R IDENT. AIDE SOIGNANT	0	IBAN - COMPTE FINANCIER B	
50	4 N	283 - 286		NUMERO DE COMPTE	0	F ANNEE DE NAISSANCE	0	0		
51	6 N	287 - 292	IBAN - COMPTE FINANCIER B	FINANCIER B	0	SITE HOSPITALIER	SITE HOSPITALIER	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	0		
53	8 N	305-312	0	DATE DEBUT ASSURABILITE	0	0	0	0	0	
54	8 N	313-320	0	DATE FIN ASSURABILITE	0	0	0	0	0	
55	8 N	321-328	0	DATE COMMUNIC. INFO	0	0	0	0	0	
56	4 N	329-332	0	MAF ANNEE EN COURS	0	0	0	0	0	
57	4 N	333-336	0	MAF ANNEE EN COURS - 1	0	0	0	0	0	
58	4 N	337-340	0	MAF ANNEE EN COURS - 2	0	0	0	0	0	
59	6 N	341-346	0	0	0	0	0	0	0	
98	2 N	347-348	0	0	0	0	0	C.C. 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	

Annexe 6.1

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 10
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	NOMBRE NUMEROS COMPTES FINANCIERS (CODE INDICE)
4	7 N	10 - 16	VERSION FICHER
5	8 N	17 - 24	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
6 a	4 N	25 - 28	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
6 b	4 N	29 - 32	RESERVE
7	3 N	33 - 35	NUMERO DE L'ENVOI
8 a	12 N	36 - 47	NUMERO COMPTE FINANCIER B
8 b	1 N	48 - 48	RESERVE
9	1 N	49 - 49	CODE SUPPRESSION FACTURE PAPIER
10	1 N	50 - 50	CODE FICHER DE DECOMPTE
11	1 N	51 - 51	RESERVE
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	CONTENU DE LA FACTURATION
14	12 N	56 - 67	NUMERO TIERS PAYANT
15	12 N	68 - 79	NUMERO D'ACCREDITATION CIN
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	RESERVE
18	3 N	85 - 87	RESERVE
19	12 N	88 - 99	RESERVE
20	7 A	100 - 106	RESERVE
21	1 A	107 - 107	RESERVE
22	5 N	108 - 112	ANNEE FACTUREE
23	2 N	113 - 114	MOIS FACTURE
24	5 N	115 - 119	RESERVE
25	7 N	120 - 126	DATE DE CREATION (PARTIE 1) AAAAMMJ
26	1 N	127 - 127	DATE DE CREATION (PARTIE 2) J
27	10 N	128 - 137	RESERVE
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	2 N	165 - 166	RESERVE
31	8 A	167 - 174	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
32	1 A	175 - 175	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
33	1 A	176 - 176	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
34	1 A	177 - 177	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 A	179 - 179	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
37	3 A	180 - 182	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
38	12 A	183 - 194	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
39	10 A	195 - 204	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
40	2 A	205 - 206	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 5)
41	6 A	207 - 212	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 6)
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 A	219 - 229	BIC - COMPTE FINANCIER B
43 b	1 N	230 - 230	RESERVE
44	4 A	231 - 234	RESERVE
45	26 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)
50	4 A	283 - 286	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)
51	6 A	287-292	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)
52	12 A	293-304	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 4)
53	8N	305-312	RESERVE
54	8N	313-320	RESERVE
55	8N	321-328	RESERVE
56	4N	329-332	RESERVE
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	RESERVE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

Annexe 6.6

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 80
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	RESERVE
4	7 N	10 - 16	HEURE D'ADMISSION
5	8 N	17 - 24	DATE D'ADMISSION
6 a	4 N	25 - 28	DATE DE SORTIE (PARTIE 1)
6 b	4 N	29 - 32	DATE DE SORTIE (PARTIE 2)
7	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION
8 a	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)
8 b	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)
9	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE
10	1 N	50 - 50	TYPE FACTURE
11	1 N	51 - 51	RESERVE
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	SERVICE 721 bis
14	12 N	56 - 67	NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE
15	1 A + 11 N	68 - 79	SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER B
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	CAUSES DU TRAITEMENT
18	3 N	85 - 87	NUMERO MUTUALITE DE DESTINATION
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER A
20	7 N	100 - 106	DATE DE LA FACTURE (PARTIE 1)
21	1 N	107 - 107	DATE DE LA FACTURE (PARTIE 2)
22	5 N	108 - 112	HEURE DE SORTIE
23	2 N	113 - 114	RESERVE
24	5 N	115 - 119	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 1)
25	7 N	120 - 126	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 2)
26	1 N	127 - 127	RESERVE
27	1 A + 9 N	128 - 137	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	1 A + 1 N	165 - 166	SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 1)
31	8 N	167 - 174	MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 2)
32	1 N	175 - 175	FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE
33	1 N	176 - 176	RESERVE
34	1 N	177 - 177	RESERVE
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 N	179 - 179	RESERVE
37	3 N	180 - 182	RESERVE
38	1 A + 11 N	183 - 194	SIGNE + ACOMPTE NUMERO COMPTE FINANCIER A
39	10 N	195 - 204	RESERVE
40	2 N	205 - 206	RESERVE
41	6 N	207 - 212	RESERVE
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 N	219 - 229	RESERVE
43 b	1 N	230-230	RESERVE
44	4 N	231 - 234	RESERVE
45	26 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 N	271 - 282	RESERVE
50	4 N	283 - 286	RESERVE
51	6N	287-292	RESERVE
52	12N	293-304	RESERVE
53	8N	305-312	RESERVE
54	8N	313-320	RESERVE
55	8N	321-328	RESERVE
56	4N	329-332	RESERVE
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	CHIFFRES DE CONTROLE DE LA FACTURE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

Annexe 6.7

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 90
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	RESERVE
4	7 N	10 - 16	RESERVE
5	8 N	17 - 24	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
6 a	4 N	25 - 28	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
6 b	4 N	29 - 32	RESERVE
7	3 N	33 - 35	NUMERO D'ENVOI
8 a	12 N	36 - 47	NUMERO COMPTE FINANCIER B
8 b	1 N	48 - 48	RESERVE
9	1 N	49 - 49	RESERVE
10	1 N	50 - 50	RESERVE
11	1 N	51 - 51	RESERVE
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	RESERVE
14	12 N	56 - 67	NUMERO TIERS PAYANT
15	1 A + 11 N	68 - 79	SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER B
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	RESERVE
18	3 N	85 - 87	RESERVE
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER A
20	7 A	100 - 106	RESERVE
21	1 A	107 - 107	RESERVE
22	5 N	108 - 112	ANNEE FACTUREE
23	2 N	113 - 114	MOIS FACTURE
24	5 N	115 - 119	RESERVE
25	7 N	120 - 126	RESERVE
26	1 N	127 - 127	RESERVE
27	10 N	128 - 137	RESERVE
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	2 N	165 - 166	RESERVE
31	8 A	167 - 174	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
32	1 A	175 - 175	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
33	1 A	176 - 176	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
34	1 A	177 - 177	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 A	179 - 179	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
37	3 A	180 - 182	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
38	12 A	183 - 194	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
39	10 A	195 - 204	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
40	2 A	205 - 206	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 5)
41	6 A	207 - 212	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 6)
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 A	219 - 229	BIC - COMPTE FINANCIER B
43 b	1 N	230 - 230	RESERVE
44	4 A	231 - 234	RESERVE
45	26 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)
50	4 A	283 - 286	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)
51	6 A	287-292	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)
52	12 A	293-304	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 4)
53	8N	305-312	RESERVE
54	8N	313-320	RESERVE
55	8N	321-328	RESERVE
56	4N	329-332	RESERVE
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENVOI
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

Agrément banques de tissus :

- agrément valves cardiaques	: 210
- agrément cornée	: 211
- agrément épiderme	: 212
- agrément système locomoteur	: 213
- agrément tête de fémur	: 214
- agrément osselets du tympan	: 215
- agrément vaisseaux	: 216
- agrément dents	: 217
- agrément cellules béta pancréatiques	: 218
- agrément kératinocytes	: 219
- agrément membrane amniotique	: 220
- agrément cellules-souche hématopoïétiques issues du sang périphérique ou de la moelle osseuse	: 221
(☞ 4) - agrément sang de cordon	: 222
(☞ 4) - agrément cellules-souche	: 223
(☞ 7) - agrément hépatocytes	: 224
(☞ 7) - agrément cellules-souches mésenchymateuses	: 225
(☞ 7) - agrément cellules dendritiques	: 226

(☞ 6) Agrément centres de dialyse :

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

(☞ 4) 2. MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ

Dans ces cas, le code de compétence = 000.

(☞ 4) 3. MRPA, MRS

- 1 ^{ère} position (MRPA – court séjour – institution non agréée, enregistrée)	
• Si pas MRPA, pas court séjour et non enregistrée :	0
• Si MRPA sans court séjour :	1
• Si MRPA avec court séjour :	2
• Si pas MRPA, mais bien enregistrée :	5
- 2 ^{ème} position (MRS – MRScoma)	
• Si pas MRS :	0
• Si MRS :	1
• Si MRS avec lits coma :	2
- 3 ^{ème} position	0

4. Laboratoires

Les codes de compétence pour les laboratoires sont basés sur une combinaison d'un ou de plusieurs groupes de prestations.

Ces groupes sont décrits ci-après.

Groupe de prestations	Description
1	Chimie
2	Chimie : Hormonologie
3	Chimie : Toxicologie

	4	Chimie : Monitoring thérapeutique
	5	Microbiologie et microscopie
	5*	Exclusivement examen microscopique
	6	Sérologie infectieuse
	7	Hématologie
	8	Coagulation - Hémostase
	9	Immuno-hématologie et sérologie non infectieuse
	10	Médecine nucléaire in vitro
(☞ 7)	11a	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588431-588442
(☞ 7)	11b	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588453-588464
(☞ 7)	11c	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588475-588486
(☞ 7)	11d	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588490-588501
(☞ 7)	11e	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588512-588523
(☞ 7)	11f	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588534-588545
(☞ 7)	11g	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588556-588560
(☞ 7)	11h	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588571-588582
(☞ 7)	11i	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588593-588604
(☞ 7)	11j	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588770-588781
(☞ 7)	11k	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588792-588803
(☞ 7)	11l	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588851-588862
(☞ 7)	11m	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588814-588825
(☞ 7)	11n	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588836-588840
(☞ 8)	12a	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556710-556721
(☞ 8)	12b	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556732-556743
(☞ 8)	12c	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556754-556765
(☞ 8)	12d	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556776-556780
(☞ 8)	12e	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556791-556802
(☞ 8)	12f	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556813-556824
(☞ 8)	12g	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556835-556846
(☞ 8)	12h	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556850-556861

Liste des codes qualification :

Groupes nomenclature	Code qualification	Groupes nomenclature	Code qualification
1 3 4	001	7 8 9	014
7	002	1 3 4 7 8 9	015
1 3 4 7	003	6	016
8	004	1 3 4 6	017
1 3 4 8	005	6 7	018
7 8	006	1 3 4 6 7	019
1 3 4 7 8	007	6 8	020
9	008	1 3 4 6 8	021
1 3 4 9	009	6 7 8	022
7 9	010	1 3 4 6 7 8	023
1 3 4 7 9	011	6 9	024
8 9	012	1 3 4 6 9	025
1 3 4 8 9	013	6 7 9	026
1 3 4 6 7 9	027	2 8 9	076
6 8 9	028	1 2 3 4 8 9	077
1 3 4 6 8 9	029	2 7 8 9	078
6 7 8 9	030	1 2 3 4 7 8 9	079
1 3 4 6 7 8 9	031	2 6	080
5	032	1 2 3 4 6	081
1 3 4 5	033	2 6 7	082
5 7	034	1 2 3 4 6 7	083
1 3 4 5 7	035	2 6 8	084
5 8	036	1 2 3 4 6 8	085
1 3 4 5 8	037	2 6 7 8	086
5 7 8	038	1 2 3 4 6 7 8	087
1 3 4 5 7 8	039	2 6 9	088
5 9	040	1 2 3 4 6 9	089
1 3 4 5 9	041	2 6 7 9	090
5 7 9	042	1 2 3 4 6 7 9	091
1 3 4 5 7 9	043	2 6 8 9	092
5 8 9	044	1 2 3 4 6 8 9	093
1 3 4 5 8 9	045	2 6 7 8 9	094
5 7 8 9	046	1 2 3 4 6 7 8 9	095
1 3 4 5 7 8 9	047	2 5	096

5 6	048	1 2 3 4 5	097
1 3 4 5 6	049	2 5 7	098
5 6 7	050	1 2 3 4 5 7	099
1 3 4 5 6 7	051	2 5 8	100
5 6 8	052	1 2 3 4 5 8	101
1 3 4 5 6 8	053	2 5 7 8	102
5 6 7 8	054	1 2 3 4 5 7 8	103
1 3 4 5 6 7 8	055	2 5 9	104
5 6 9	056	1 2 3 4 5 9	105
1 3 4 5 6 9	057	2 5 7 9	106
5 6 7 9	058	1 2 3 4 5 7 9	107
1 3 4 5 6 7 9	059	2 5 8 9	108
5 6 8 9	060	1 2 3 4 5 8 9	109
1 3 4 5 6 8 9	061	2 5 7 8 9	110
5 6 7 8 9	062	1 2 3 4 5 7 8 9	111
1 3 4 5 6 7 8 9	063	2 5 6	112
2	064	1 2 3 4 5 6	113
1 2 3 4	065	2 5 6 7	114
2 7	066	1 2 3 4 5 6 7	115
1 2 3 4 7	067	2 5 6 8	116
2 8	068	1 2 3 4 5 6 8	117
1 2 3 4 8	069	2 5 6 7 8	118
2 7 8	070	1 2 3 4 5 6 7 8	119
1 2 3 4 7 8	071	2 5 6 9	120
2 9	072	1 2 3 4 5 6 9	121
1 2 3 4 9	073	2 5 6 7 9	122
2 7 9	074	1 2 3 4 5 6 7 9	123
1 2 3 4 7 9	075	2 5 6 8 9	124
1 2 3 4 5 6 8 9	125	5 8 9 10	300
2 5 6 7 8 9	126	1 3 4 5 8 9 10	301
1 2 3 4 5 6 7 8 9	127	5 7 8 9 10	302
(anatomopathologie)	128	1 3 4 5 7 8 9 10	303
		5 6 10	304
10	256	1 3 4 5 6 10	305
1 3 4 10	257	5 6 7 10	306
7 10	258	1 3 4 5 6 7 10	307
1 3 4 7 10	259	5 6 8 10	308
8 10	260	1 3 4 5 6 8 10	309
1 3 4 8 10	261	5 6 7 8 10	310
7 8 10	262	1 3 4 5 6 7 8 10	311
1 3 4 7 8 10	263	5 6 9 10	312
9 10	264	1 3 4 5 6 9 10	313
1 3 4 9 10	265	5 6 7 9 10	314
7 9 10	266	1 3 4 5 6 7 9 10	315
1 3 4 7 9 10	267	5 6 8 9 10	316
8 9 10	268	1 3 4 5 6 8 9 10	317
1 3 4 8 9 10	269	5 6 7 8 9 10	318
7 8 9 10	270	1 3 4 5 6 7 8 9 10	319
1 3 4 7 8 9 10	271	2 10	320

6 10	272	1 2 3 4 10	321
1 3 4 6 10	273	2 7 10	322
6 7 10	274	1 2 3 4 7 10	323
1 3 4 6 7 10	275	2 8 10	324
6 8 10	276	1 2 3 4 8 10	325
1 3 4 6 8 10	277	2 7 8 10	326
6 7 8 10	278	1 2 3 4 7 8 10	327
1 3 4 6 7 8 10	279	2 9 10	328
6 9 10	280	1 2 3 4 9 10	329
1 3 4 6 9 10	281	2 7 9 10	330
6 7 9 10	282	1 2 3 4 7 9 10	331
1 3 4 6 7 9 10	283	2 8 9 10	332
6 8 9 10	284	1 2 3 4 8 9 10	333
1 3 4 6 8 9 10	285	2 7 8 9 10	334
6 7 8 9 10	286	1 2 3 4 7 8 9 10	335
1 3 4 6 7 8 9 10	287	2 6 10	336
5 10	288	1 2 3 4 6 10	337
1 3 4 5 10	289	2 6 7 10	338
5 7 10	290	1 2 3 4 6 7 10	339
1 3 4 5 7 10	291	2 6 8 10	340
5 8 10	292	1 2 3 4 6 8 10	341
1 3 4 5 8 10	293	2 6 7 8 10	342
5 7 8 10	294	1 2 3 4 6 7 8 10	343
1 3 4 5 7 8 10	295	2 6 9 10	344
5 9 10	296	1 2 3 4 6 9 10	345
1 3 4 5 9 10	297	2 6 7 9 10	346
5 7 9 10	298	1 2 3 4 6 7 9 10	347
1 3 4 5 7 9 10	299	2 6 8 9 10	348
1 2 3 4 6 8 9 10	349	5* 7 8	626
2 6 7 8 9 10	350	5* 7 9	627
1 2 3 4 6 7 8 9 10	351	5* 6 7	629
2 5 10	352	2 5* 7	630
1 2 3 4 5 10	353	2 5* 8	631
2 5 7 10	354	2 5* 9	638
1 2 3 4 5 7 10	355	5* 6 8	640
2 5 8 10	356	5* 8 9	643
1 2 3 4 5 8 10	357	5* 6 9	346
2 5 7 8 10	358	1 3 4 5* 7 8	700
1 2 3 4 5 7 8 10	359	1 3 4 5* 6 7	703*
2 5 9 10	360	1 2 3 4 5* 7	705
1 2 3 4 5 9 10	361	1 2 3 4 5* 6	707
2 5 7 9 10	362	1 2 3 4 5* 9	708
1 2 3 4 5 7 9 10	363	1 3 4 5* 7 9	711
2 5 8 9 10	364	1 2 3 4 5* 8	716
1 2 3 4 5 8 9 10	365	1 2 3 4 5* 8 9	719
2 5 7 8 9 10	366	5* 7 8 9	720
1 2 3 4 5 7 8 9 10	367	1 3 4 5* 8 9	721
2 5 6 10	368	1 2 3 4 5* 10	726
1 2 3 4 5 6 10	369	2 5* 6 7	727

2 5 6 7 10	370	1 3 4 5* 7 8 9	801
1 2 3 4 5 6 7 10	371	1 3 4 5* 6 7 8	802
2 5 6 8 10	372	1 2 3 4 5* 6 10	803
1 2 3 4 5 6 8 10	373	1 3 4 5* 7 9 10	804
2 5 6 7 8 10	374	1 3 4 5* 6 7 9	805
1 2 3 4 5 6 7 8 10	375	1 2 3 4 5* 6 7	808
2 5 6 9 10	376	1 2 3 4 5* 7 9	814
1 2 3 4 5 6 9 10	377	2 5* 7 8 9	815
2 5 6 7 9 10	378	1 2 3 4 5* 7 8	816
1 2 3 4 5 6 7 9 10	379	1	820
2 5 6 8 9 10	380	3	821
1 2 3 4 5 6 8 9 10	381	1 2	822
2 5 6 7 8 9 10	382	3 5*	823
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	383	1 5*	824
(hors d'usage)	384 – 512	1 7	825
5*	526	1 5	826
1 3 4 5*	534	3 6	828
5* 7	552	1 2 4	830
5* 8	560	1 5 7	831
5* 9	565	1 5 8	832
5* 6	570	1 5* 9	833
2 5*	577	1 5* 7	834
1 3 4 5* 7	602	1 7 9	835
1 3 4 5* 8	603	1 2 5 *	836
1 2 3 4 5*	609	1 5 6 9	838
1 3 4 5* 10	610	1 5 7 8	839
1 3 4 5* 9	614	1 5 6 7	840
1 3 4 5* 6	615	1 5* 6 7	841
1 5* 7 8	842	1 2 3 5 7 9 10	880
1 5* 7 9	843	1 2 4 5 6 7 8	882
1 2 7 9	844	1 2 4 5 6 7 9	883
1 6 7 9	845	1 2 5 6 7 8 9	884
1 2 5* 7	846	1 4 5 6 7 8 9	886
1 7 8 9	847	1 2 4 5 6 7 8 9	890
1 5 6 7 8	850	1 2 4 5* 7 8 9	892
1 3 5 6 7	851	1 2 4 5 6 7 8 10	893
1 5 7 8 9	852	1 2 5 6 7 8 9 10	895
1 2 6 9 10	853	1 2 4 5* 6 7 8 9	896
1 2 5* 7 8	855	1 2 4 5 6 7 8 9 10	898
1 2 5* 7 9	857	1 3 4 5* 6 7 8 9	900
1 2 5 6 9	858	1 2 3 4 5* 7 8 9	903
1 5 6 7 8 9	860	1 2 3 4 5* 6 7 8	905
1 2 4 5 7 8	861	1 2 3 4 5* 6 7 9	906
1 2 5 6 7 9	864	1 3 4 5* 7 8 9 10	910
1 2 5* 7 8 9	870	1 2 3 4 5* 7 9 10	927
1 2 5* 6 7 9	871	1 2 3 4 5* 6 7 8 9	942
1 2 3 7 9 10	875	1 2 3 4 5* 6 7 8 10	949
1 3 5 6 7 8 9	876	1 2 3 4 5* 7 8 9 10	952
2 4 5 6 7 8 9	879	1 2 3 4 5* 6 7 8 9 10	972

(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11m 11n	130
(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11n	131
(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i	132
(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11c 11d 11e 11h 11i	133
(7)	7 9 11k 11l	134
(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11e 11g 11h 11i	135
(7)	1 2 3 5 6 7 9 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11k 11l 11m 11n	136
(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11e 11h 11i 11n	137
(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11k 11l 11m 11n	138
(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11b 11c 11e 11h 11i	139
(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11h 11i 11k 11l 11m 11n	140
(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11h 11i	141
(7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11h	142
(7)	1 2 5 6 7	143
(7)	9 11k 11l	144
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12a 12b 12c 12d 12f 12h	145
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11k 11l 11m 11n 12a 12d 12e 12f 12g 12h	146
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11b 11c 11e 11h 11i 12a 12b 12c 12d 12e 12f 12g 12h	147
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11c 11e 11h 12a 12b 12c 12d 12e 12f 12g 12h	148
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12a 12b 12c 12f	149
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 12a 12b 12d 12f 12g	150
(8)	1 2 5 6 7 9 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11k 11l 11m 11n 12a 12b 12c 12d 12e 12f 12g 12h	151
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11m 11n 12a 12b 12c 12e 12f 12h	152
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11e 11h 11i 11n 12a 12b 12c 12d 12e 12f 12g 12h	153
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 12a 12b 12c 12d 12e	154
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11c 11d 11e 11h 11i 12a 12b 12d 12e 12f 12g	155
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11e 11g 11h 11i 12a 12b 12c 12d 12e 12f 12g	156
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12b	157
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12b 12d	158
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12a 12b	159
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11h 11i 11k 11l 11m 11n 12a 12b 12c 12d 12h	160
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12a 12b 12e 12f 12g 12h	161
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12a 12b 12e 12f 12g	162
(8)	1 2 5 6 7 8 9 12f	163
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11h 11i 12e 12f	164
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12a	165
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11n 12c	166
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12a 12b 12c 12d 12e 12f 12g 12h	167
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11h 11i 11k 11l 11m 11n 12a 12b 12c 12d 12e 12f 12g	168
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11h 11i 11k 11l 11m 11n 12e 12f 12g 12h	169
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11k 11l 11m 11n 12a 12b 12c 12d 12e 12f 12g 12h 170	170
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12a 12b 12c 12e 12f 12g 12h	171
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11h 11i 12a 12b 12c 12e 12f 12g 12h	172
(8)	6 7 9 12a	173
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12a 12b 12c	174
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 12a 12b 12c 12d 12e 12f et 12g	175
(8)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12a 12b 12c 12d	176
(8)	11g exécuté par les laboratoires de génétique humaine	220
(8)	11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11 k 11l 11m et 11n, exécuté par les laboratoires de génétique humaine	221
(8)	11g exécuté par les laboratoires d'anatomo – pathologie	230
(8)	11b 11f et 11g exécuté par les laboratoires d'anatomo – pathologie	231

5. Rééducation fonctionnelle

Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.

6. Maisons médicales

La maison médicale travaille avec une équipe de :

- médecins généralistes : 100
- médecins généralistes et kinésithérapeutes : 110
- médecins généralistes et praticiens de l'art infirmier : 101
- médecins généralistes, kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier : 111
- kinésithérapeutes : 010
- kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier : 011
- praticiens de l'art infirmier : 001

FACTURATION VIA SUPPORT MAGNETIQUE PAR LES MRPA/MRS/CSJ

Remarque : A chaque fois qu'il est question « du numéro d'identification MRPA/MRS » il s'agit du numéro INAMI unique, incluant le code qualification (les 3 dernières positions)

Enregistrement de type 10		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 10	<i>Valeur constante 10</i>
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	<i>Valeur constante 0 (en cas de facturation par les MRPA/MRS/CSJ, un seul numéro de compte autorisé)</i>
Z 4	Version du fichier	<i>Valeur constante : 0001999 Pour les tests : 9991999</i>
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Numéro de compte toujours mentionné dans cette zone</i>
Z 7	Numéro d'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 9	Code "suppression de facture papier"	<i>Toujours 1</i>
Z 10	Code fichier de décompte	<i>Valeur 0 ou 1</i>
Z 13	Contenu facturation	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ</i>
Z 15	Numéro d'accréditation CIN	<i>Numéro d'accréditation attribué au logiciel</i>
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	<i>Valeur 03, 06, 09 ou 12 en fonction de la période facturée</i>
Z 25-26	Date de création	
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – Compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 36-41	IBAN – Compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 43a	BIC – Compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs*</i>
Z 49-52	IBAN – Compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs*</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

(*) Jusqu'au et y compris le mois facturé décembre 2008, les organismes assureurs accepteront aussi bien les zéros que les blancs.

Enregistrement de type 20		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 20	<i>Valeur constante 20</i>
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	
Z 3	Autorisation tiers payant	<i>Toujours 0</i>
Z 4	Heure d'admission	<i>Mention de l'heure</i>
Z 5	Date d'admission	<i>Mention de la date</i>
Z 6a-6b	Date de sortie	<i>A mentionner si la période de séjour est terminée</i>
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification du bénéficiaire	<i>Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Type de facture	<i>Toujours 4</i>
Z 11	Type de facturation	
Z 13	Service 721 bis	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	<i>Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET10Z14)</i>
Z 15	Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)	<i>Numéro MRPA/MRS</i>
Z 16	Code levée délai de prescription	<i>0 ou 1</i>
Z 17	Causes du traitement	<i>Toujours 0</i>
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	
Z 19	Numéro d'admission	<i>Toujours 0</i>
Z 20-21	Date de l'accord traitement de rééducation	<i>Toujours 0</i>
Z 22	Heure de sortie	<i>A mentionner si la date de sortie a été complétée</i>
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	<i>Numéro de la note de frais individuelle</i>
Z 26	Application franchise sociale	<i>Toujours 0</i>
Z 27	Code titulaire 1 + 2	
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 29-31	Numéro de la facture précédente	
Z 32	Flag identification bénéficiaire	<i>Toujours 1, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 34-36	Numéro de l'envoi précédent	
Z 37	Numéro de la mutualité de la facturation précédente	
Z 38-39	Référence mutualité numéro de compte financier A	
Z 41	Année et mois précédemment facturés	
Z 42-45	Données de référence réseau ou SIS	<i>Toujours 0</i>
Z 49	Référence mutualité numéro de compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
Z 53	Date début période assurabilité	<i>Toujours 0</i>
Z 54	Date fin période assurabilité	<i>Toujours 0</i>
Z 55	Date communication information	<i>Toujours 0</i>
Z 56	MAF année en cours	<i>Toujours 0</i>
Z 57	MAF année en cours -1	<i>Toujours 0</i>
Z 58	MAF année en cours -2	<i>Toujours 0</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 30		
Zone	libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 30	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 3	Norme journée d'entretien	<i>Toujours 0</i>
Z 4	Pseudo-code journée d'entretien et forfait	<i>Voir ET30 Z4 S5 (point 10)</i>
Z 5	Date premier jour facturé	<i>A mentionner</i>
Z 6a-6b	Date dernier jour facturé	<i>A mentionner</i>
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Accouchement	<i>Toujours 0</i>
Z 11	Référence numéro de compte financier	<i>Toujours 0</i>
Z 13	Code service	<i>990</i>
Z 14	Lieu de prestation	<i>Numéro MRPA / MRS / CSJ (=ET 10 Z 14)</i>
Z 15	Identification convention/Etablissement de séjour	<i>Numéro MRPA / MRS / CSJ</i>
Z 17-18	Prestation relative	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant intervention de l'assurance	
Z 22	Signe + nombre de jour ou forfaits	
Z 24-25	Signe + Montant indicatif ordre de grandeur frais de séjour	<i>Toujours 0</i>
Z 27	Signe + Intervention personnelle patient	<i>Toujours 0</i>
Z 28	Référence établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	<i>Toujours 0</i>
Z 32	Exception tiers-payant	<i>Toujours 0</i>
Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	<i>Toujours 0</i>
Z 47	Date accord prestation	<i>Toujours 0</i>
Z 48	Transplantation	<i>Toujours 0</i>
Z 51	Site hospitalier	<i>Toujours 0</i>
Z 52	Identification association bassin de soins	<i>Toujours 0</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 80		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 80	<i>Valeur constante 80</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 4	Heure d'admission	<i>Mention de l'heure</i>
Z 5	Date d'admission	<i>Mention de la date</i>
Z 6a-6b	Date de sortie	<i>A mentionner si la période de séjour est terminée</i>
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Type de facture	<i>Toujours 4</i>
Z 13	Service 721 bis	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	<i>Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET 20 Z 14)</i>
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 17	Causes du traitement	<i>Toujours 0</i>
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	<i>Montant Total pour le patient concerné</i>
Z 22	Heure de sortie	<i>A mentionner si la date de sortie est complétée</i>
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	<i>Numéro de la note de frais individuelle</i>
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	<i>Toujours 0</i>
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	
Z 32	Flag identification bénéficiaire	<i>Toujours 1, sauf en cas de conventions internationales</i>
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de la facture	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 90		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 90	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	
Z 7	Numéro de l'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ</i>
Z 15	Signe + montant total numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant total numéro de compte financier A	
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 36-41	IBAN – compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 43a	BIC – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs*</i>
Z 49-52	IBAN – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs*</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de l'envoi	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

(*) Jusqu'au et y compris le mois facturé décembre 2008, les organismes assureurs accepteront aussi bien les zéros que les blancs.

RUBRIQUE : NUMERO TIERS PAYANT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

C'est le numéro de l'établissement ou du dispensateur auquel le paiement doit être effectué.

- * s'il s'agit d'un dispensateur individuel, alors le numéro du tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. du dispensateur; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;
- * s'il s'agit d'une institution qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I. (comme les établissements hospitaliers, maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées, laboratoires de biologie clinique agréés, maisons médicales, etc), alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I., la première position à gauche sera toujours égale à zéro, suivie par 8 chiffres significatifs identifiant l'établissement, les trois dernières positions indiquent le code qualification ou sont complétées par des zéros;
- * s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins travaillant dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. de l'institution, dans lequel les 3 dernières positions sont complétées par "799"; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;
- * s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins qui ne travaillent pas dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors le numéro tiers payant doit être attribué par le Service des soins de santé.
Les quatre premières positions sont toujours "0940 ou 0941".
Les trois dernières positions rendent compte de la qualification des prestataires du groupe.

RUBRIQUE : NUMERO D'ACCREDITATION CIN

LIBELLE :

Le numéro d'accréditation est mentionné dans cette zone, comme décrit à l'art. 5, §4bis, 4° de la Convention entre les MRPA/MRS/CSJ et les organismes assureurs.
Ce numéro est attribué par le Collège Intermutualiste National.

Cette zone doit seulement être complétée par les MRPA-MRS-CSJ.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : ANNEE FACTUREE

LIBELLE :

Année facturée par l'établissement.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 5 N 0AAAA - 108

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le numéro de l'année.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Le contenu de cette zone est réservé pour l'établissement qui facture.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir remarque générale relative à la description des zones (dernier alinéa du point 2.a. de l'annexe 7).

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Il s'agit du BIC du compte financier auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit se faire sur un seul compte financier, le BIC de ce compte doit toujours être repris dans cette zone.

Si le paiement se fait sur deux comptes financiers, il y a lieu de mentionner le BIC du premier compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 0 dans la zone 11 de l'enregistrement dans lequel ils figurent.

- (☞ 8) Cette zone peut seulement être complétée à partir du mois facturé janvier 2009. Jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008, cette zone est numérique et doit être remplie avec des zéros.
-

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 167

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le BIC (*Bank Identifier Code*), désigne la banque du bénéficiaire.

Il est composé d'un code bancaire (4 caractères), d'un code-pays (2 lettres), d'un code de lieu (2 caractères) et peut être complété pour certaines banques d'un code d'agence (3 caractères).

S'il s'agit d'un compte belge, le BIC compte seulement 8 positions. Les 3 dernières positions sont remplies par des blancs.

- (☞ 8) Pendant l'année transitoire 2009, il n'est pas possible d'utiliser un numéro de compte étranger. Les positions 5 et 6 de cette zone sont donc toujours égales à « BE » durant cette année transitoire et les positions 9, 10 et 11 sont remplies par des blancs.

La BNB publie la liste des codes (notamment les BIC) pour les banques établies en Belgique: www.bnb.be > Produits et services > Systèmes de paiement > Secrétariat des Protocoles > Codes d'identification des banques >>.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Il s'agit de l'IBAN du compte financier auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit se faire sur un seul compte financier, l'IBAN de ce compte doit toujours être repris dans cette zone.

Si le paiement se fait sur deux comptes financiers, il y a lieu de mentionner l'IBAN du premier compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 0 dans la zone 11 de l'enregistrement dans lequel ils figurent.

- (☞ 8) Cette zone peut seulement être complétée à partir du mois facturé janvier 2009. Jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008, cette zone est numérique et doit être remplie avec des zéros.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A – 179

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

L'IBAN (*International Bank Account Number*) comprend au maximum 34 positions alphanumériques. Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national (complété pour certains pays).

S'il s'agit d'un compte belge, l'IBAN compte seulement 16 positions. Les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.

- (☞ 8) Pendant l'année transitoire 2009, il n'est pas possible d'utiliser un numéro de compte étranger. Les positions 1 et 2 de cette zone sont donc toujours égales à « BE » durant cette année transitoire et les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.

Le format du numéro de compte IBAN est spécifié dans le standard ISO 13616-1 qui correspond au standard ECBS EBS 204.

IBAN check digits control

1. Si l'IBAN se présente sous un format visuel, barrez tous les caractères nonalphanumériques;
2. Déplacez les quatre premiers caractères vers l'extrême droite;
3. Convertissez les lettres en chiffres, A étant égal à 10, B à 11, ... et Z à 35;
4. Le modulo 97 (reste après la division par 97) doit être égal à 1.

Exemple de check digit control pour l'IBAN : BE62 5100 0754 7061

1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. Le modulo 97 (reste après division par 97) de 510007547061111462 par 97 = 1

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Il s'agit du BIC du compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire le BIC du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.

- (☞ 8) Si la zone n'est pas remplie, elle doit être remplie par des blancs.
- (☞ 8) Cette zone peut seulement être complétée à partir du mois facturé janvier 2009. Jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008, cette zone est numérique et doit être remplie avec des zéros.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 219

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le BIC (*Bank Identifier Code*), désigne la banque du bénéficiaire.

Il est composé d'un code bancaire (4 caractères), d'un code-pays (2 lettres), d'un code de lieu (2 caractères) et peut être complété pour certaines banques d'un code d'agence (3 caractères).

S'il s'agit d'un compte belge, le BIC compte seulement 8 positions. Les 3 dernières positions sont remplies par des blancs.

- (☞ 8) Pendant l'année transitoire 2009, il n'est pas possible d'utiliser un numéro de compte étranger. Les positions 5 et 6 de cette zone sont donc toujours égales à «BE» durant cette année transitoire et les positions 9, 10 et 11 sont remplies par des blancs.

La BNB publie la liste des codes (notamment les BIC) pour les banques établies en Belgique: www.bnb.be > Produits et services > Systèmes de paiement > Secrétariat des Protocoles > Codes d'identification des banques >>.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Il s'agit de l'IBAN de compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire l'IBAN du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.

(☞ 8) Si la zone n'est pas remplie, elle doit être remplie par des blancs.

(☞ 8) Cette zone peut seulement être complétée à partir du mois facturé janvier 2009. Jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008, cette zone est numérique et doit être remplie avec des zéros.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 271

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

L'IBAN (*International Bank Account Number*) comprend au maximum 34 positions alphanumériques. Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national (complété pour certains pays).

S'il s'agit d'un compte belge, l'IBAN compte seulement 16 positions. Les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.

(☞ 8) Pendant l'année transitoire 2009, il n'est pas possible d'utiliser un numéro de compte étranger. Les positions 1 et 2 de cette zone sont donc toujours égales à « BE » durant cette année transitoire et les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.

Le format du numéro de compte IBAN est spécifié dans le standard ISO 13616-1 qui correspond au standard ECBS EBS 204.

IBAN check digits control

1. Si l'IBAN se présente sous un format visuel, barrez tous les caractères nonalphanumériques;
2. Déplacez les quatre premiers caractères vers l'extrême droite;
3. Convertissez les lettres en chiffres, A étant égal à 10, B à 11, ... et Z à 35;
4. Le modulo 97 (reste après la division par 97) doit être égal à 1.

Exemple de check digit control pour l'IBAN : BE62 5100 0754 7061

1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. Le modulo 97 (reste après division par 97) de 510007547061111462 par 97 = 1

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le contenu de toutes les positions 1 jusque et y compris 348 est additionné. Le module 97 est appliqué sur le résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est inscrit dans cette zone.

Si le contenu d'une zone est alphanumérique, les valeurs numériques suivantes sont attribuées :

blanc	= 10
a = A	= 11
b = B	= 12
c = C	= 13
.	
.	
.	
z = Z	= 36
tous les autres signes	= 37

Les chiffres (également dans les zones alphanumériques) gardent toujours leurs valeurs numériques de 0 à 9.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LIBELLE :

C'est le numéro de la mutualité dont le patient est membre.

- (☞ 8) 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.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- 1) Les établissements trouvent ce numéro sur l'engagement de paiement, sur le carnet de membre et dans la carte d'identité sociale.
- 2) Voir répertoire des unions nationales et des mutualités de Belgique, Bruxelles INAMI.
- 3) Si le support magnétique est destiné à la Caisse des soins de santé de la S.N.C.B., il y a lieu de reprendre l'un des numéros de Centre Médical Régional (CMR) suivants :
 - 910 Bruxelles
 - 920 Hasselt
 - 921 Antwerpen
 - 922 Mechelen
 - 930 Brugge
 - 931 Gent
 - 940 Namur
 - 941 Liège
 - 942 Arlon
 - 950 Mons
 - 951 Charleroi

Le numéro du CMR est indiqué sur la vignette et sur la carte d'affiliation.

- 4) Si le support magnétique est destiné à l'Union Nationale des Mutualités Neutres, à l'Union Nationale des Mutualités Libérales ou à l'Union nationale des Mutualités Libres, cette zone est toujours égale à 000.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Dans cette zone, on indique le numéro d'inscription à la sécurité sociale du bénéficiaire (numéro NISS).

- (☞) L'utilisation du numéro NISS est obligatoire à partir du mois facturé janvier 2006.
Ce numéro permet d'identifier les bénéficiaires au sein de la mutualité.

Dans des cas exceptionnels, le numéro d'affiliation à l'OA peut être utilisé :

- pour les nouveau-nés, pour lesquels le numéro d'inscription à la sécurité sociale n'est pas immédiatement connu
- pour les conventions internationales

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Dans cette zone, il faut toujours mentionner le numéro d'identification du bénéficiaire (= patient).

Si ET 20 Z 32 = 1, le numéro d'inscription à la sécurité sociale doit être mentionné dans cette zone.

Si ET 20 Z 32 = 0, le numéro d'affiliation du bénéficiaire à l'OA doit être mentionné dans cette zone.

Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est composé de 11 chiffres et doit être précédé de 2 zéros.

Ce numéro doit être aligné à droite.

Il n'y a pas de caractère spécial ou de blanc.

Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est mentionné sur la carte S.I.S.

RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Le sexe de la personne identifiée dans la zone 8 de l'enregistrement de type 20, est mentionné dans cette zone.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
---------------	----------------------

1	Homme
---	-------

2	Femme
---	-------

RUBRIQUE : TYPE DE FACTURE

LIBELLE :

Ce code fait la distinction entre les différents types de factures établies selon la qualification du patient et selon le genre de traitement.

Le décompte d'un patient doit nécessairement être divisé en fonction des différents types de facture à utiliser.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Facture individuelle hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour, salle de plâtre, journée d'entretien forfaitaire, dialyse rénale et journée d'entretien forfaitaire comme prévue dans l'art. 4 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs pour patients hospitalisés.
3	Facture individuelle pour patients ambulants <u>et</u> autres types que ceux prévus aux codes 4,5,6 et 9.
4	Facture individuelle maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques ou maisons de repos pour personnes âgées ou initiatives d'habitations protégées.
5	Revalidation interne.
6	Revalidation externe.
9	Facture individuelle hôpital chirurgical de jour, forfait - salle de plâtre, mini- et maxiforfait,
(☞ 4,5)	forfait A, B, C, D (*), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou journées d'entretien forfaitaire dialyse rénale pour patients ambulants, journée d'entretien forfaitaire service A dans les hôpitaux psychiatriques ou forfaits postcure de rééducation. <u>Remarques :</u> * la dialyse à domicile ou dans un centre (0761493, 0761515, 0761552, 0761596) peut être facturée par le type 9 lorsque le code service mentionné = 750 (E.T. 30 Z 13). Si le code service renseigné = 990, le type de facture sera égal à 3; * les forfaits postcure de rééducation doivent être facturés par le type 9 avec le code service 760.

Facture individuelle : une facture est établie par patient, en d'autres termes, un enregistrement de type 20 par patient. Une facture individuelle peut comporter plusieurs attestations de soins, dès lors, toutes les attestations concernent un seul patient.

Les prestations de revalidation effectuées dans un hôpital doivent être facturées via une facture individuelle (valeur 5 ou 6) séparément de celle faite pour l'hospitalisation.

Pour les prestations de rééducation individuelle (E.T. 50 Z 4 S1 et S2), le type de facture doit être égal à 1 ou 3 selon qu'il s'agit des prestations effectuées à des patients hospitalisés ou ambulants.

(☞ 4,8) Attention : les prestations R30-R60 (voir ET 50 Z 4 S2) et les défibrillateurs cardiaques implantés (voir Et 50 Z 4 S 5 BIS) relèvent d'une convention de rééducation et doivent dès lors être facturés sous le type de facture 5 ou 6 et avec le code service 770.

Pour les praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales, le type de facture sera toujours = 3.

Le type de facture 4 doit être utilisé pour la facturation de toutes les prestations et délivrances aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P..

(☞ 4) (*) les forfaits A, B, C et D sont supprimés à partir du 1/7/2007

RUBRIQUE : HEURE DE SORTIE

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 5 N 0HHMM - 108

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

'0HHMM' valeurs entre '00001' et '02400'.

- L'heure de sortie doit être mentionnée si la zone 6a-6b est complétée.
- Dans tous les autres cas, cette zone doit être égale à zéro.
- La mention de l'heure de sortie, lorsque le type de facture = 4 ou 5 n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE

LIBELLE :

La possibilité de facturation globale est supprimée, c.-à-d. que dorénavant, une facture individuelle doit être établie par patient.

Sur support magnétique, un enregistrement de type 20 et un enregistrement de type 80 doivent être établis par patient; les enregistrements de prestations intermédiaires (de type 30, 40 et/ou 50) ne se rapportent qu'au même patient.

Dans le circuit papier, une facture individuelle correspond soit à

- une facture individuelle de la note d'hospitalisation;
 - une ou plusieurs attestation(s) de soins qui se rapportent au même patient.
- (☞ 8) - une note de frais individuelle (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/MRS/CSJ)

Dans cette zone, les factures individuelles sont numérotées.

Ce numéro doit également être mentionné soit sur

- la facture récapitulative de la note d'hospitalisation;
 - l'état récapitulatif de l'annexe 2 B si des attestations de soins sont utilisées.
- (☞ 8) - la note de frais récapitulative (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/MRS/CSJ)

Ce qui signifie que sur la facture papier récapitulative (note d'hospitalisation) ou sur l'état (☞ 8) récapitulatif (annexe 2 B) ou sur la note de frais récapitulative, 1 ligne par patient doit être imprimée avec indication des données d'identification du patient et la somme des montants des prestations individuelles à charge des O.A. (voir enregistrement de type 80) et s'il s'agit d'une note d'hospitalisation, également les montants à charge du patient.

Pour compléter correctement cette zone, le lay-out de la facture récapitulative de la note d'hospitalisation ou de l'état récapitulatif de l'annexe 2 B ou de la note de frais

(☞ 8) récapitulative doit être suivi.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le numéro doit être unique et différent de zéro (à l'exception de la remarque).

Le numéro d'une attestation de soins peut être utilisé comme numéro de facture (en supprimant les signes non numériques), mais ce dernier peut également être un numéro structuré par l'établissement. Dans ce dernier cas, ce numéro doit également être repris sur l'ensemble des attestations concernées.

Remarque : En cas de facturation de médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., le numéro de la facture doit être communiqué pour autant qu'une facture individuelle par patient ait été établie; sinon, cette zone est égale à zéro.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Code
B. <u>En cas de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle</u>	
a) 1er jour	
TIP - descendants	0766625
TIP - chômeurs titulaires assimilés + PAC	0766640
TIP - autres	0766662
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0766684
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - autres	0766706
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0766721
b) A partir du 2e jour	
TIP - descendants	0766824
TIP - chômeurs titulaires assimilés + PAC	0766846
TIP - autres	0766861
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0766883
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - autres	0766905
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0766920
C. <u>En cas de certaines conventions avec les établissements de rééducation comme prévu dans l'arrêté royal du 29 avril 1996</u>	
Tickets modérateurs en cas de facturation ordinaire	0765973
Tickets modérateurs en cas de dépassement de la capacité normale de facturation	0765995
(☞ 3) Tickets modérateurs en cas de ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale (nCPAP) durant le sommeil	0765951
(☞ 4) Remarque : Ces pseudo-codes peuvent uniquement être utilisés pour le ticket modérateur pour bénéficiaires sans régime préférentiel (CT 1 – CT 2 = XX0). Pour les bénéficiaires avec régime préférentiel (CT 1 –CT 2 = XX1), aucun enregistrement ticket modérateur ne peut être mentionné.	
D. <u>En cas de séjour en maison de soins psychiatriques</u>	
Quote-part personnelle	
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790731 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790753 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790775 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790790 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790812 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790834 -
Remarque : pour les bénéficiaires qui sont dans le 2ème groupe dans l'ancien et le nouveau régime, le nouveau pseudo-code 0790812 doit être utilisé. Le régime de transition reste d'application tant que le séjour <u>sans interruption</u> est prolongé.	
Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel (diminuée de €6,20)	
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790856 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790871 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790893 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790915 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790930 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790952 -
Remarque : pour les bénéficiaires qui sont dans le 2ème groupe dans l'ancien et le nouveau régime, le nouveau pseudo-code 0790930 doit être utilisé. Le régime de transition reste d'application tant que le séjour <u>sans interruption</u> est prolongé.	

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant Hospitalisé	
(☞ 1) 3) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques</i>		0750002
(☞ 1) 3 bis) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pendant la période de nutrition parentérale au domicile du patient et pour les patients qui séjournent dans les maisons de soins psychiatriques</i>	0750175	
4) <i>Frais de déplacements pour prématurés</i>		0773581
(☞ 7) 4 bis) <i>Frais de transport pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique.</i>		0761946
5) <i>Honoraires forfaitaires de biologie clinique payable par journée d'hospitalisation</i>		0592001
6) <i>Hôpital militaire de Neder-Over-Heembeek</i>		
a) <i>Prix - tout - compris par journée d'hospitalisation dans le service pour des bénéficiaires atteints de graves brûlures</i>		0760524
b) <i>Prix de journée d'entretien pour traitement par oxygénothérapie hyperbare</i>		0760642
7) <i>Journée d'entretien forfaitaire</i>		
a) <i>Utilisation de la salle de plâtre</i>		
Miniforfait	0761036	0761040
Maxiforfait	0761213	-
Forfait A	0761235	0761246
Forfait B	0761132(*)	0761143(*)
Forfait C	0761154(*)	0761165(*)
Forfait D	0761176(*)	0761180(*)
Forfait E	0761191(*)	0761202(*)
(☞ 4) Forfait groupe 1	0768176	0768180
(☞ 4) Forfait groupe 2	0768191	0768202
(☞ 4) Forfait groupe 3	0768213	0768224
(☞ 4) Forfait groupe 4	0768235	0768246
(☞ 4) Forfait groupe 5	0768250	0768261
(☞ 4) Forfait groupe 6	0768272	0768283
(☞ 4) Forfait groupe 7	0768294	0768305
(☞ 5) Forfait 1 douleur chronique	0768316	0768320
(☞ 5) Forfait 2 douleur chronique	0768331	0768342
(☞ 5) Forfait 3 douleur chronique	0768353	0768364
b) <i>Service A : prix de la journée d'entretien en application de l'art. 2, §4 de la convention nationale (50% du prix total de la journée d'entretien)</i>	0761073	-
c) <i>Journée d'entretien forfaitaire de dialyse rénale</i>	0761272	0761283

(☞ 4) (*) supprimé à partir du 1/7/2007

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Code
14) Hôpitaux et services psychiatriques	
<u>Services A1 et T1</u> : séjour temporaire de jour	
dans l'hôpital général : montant par admission	0793026 (**)
montant par jour sans intervention personnelle	0793041 (**)
montant prix de journée 100%	0793380 (*)
dans l'hôpital psychiatrique : montant par jour sans intervention personnelle	0793063 (**)
montant prix de journée 100%	0793402 (*)
<u>Service K1</u> : séjour de jour	
dans l'hôpital général : montant par admission	0793085 (**)
montant par jour sans intervention personnelle	0793100 (**)
montant prix de journée 100%	0793424 (*)
dans l'hôpital psychiatrique : montant par jour sans intervention personnelle	0793122 (**)
montant prix de journée 100%	0793446 (*)
<u>Service K2</u> : séjour de nuit	
dans l'hôpital général : montant par admission	0793144 (**)
montant par jour sans intervention personnelle	0793166 (**)
montant prix de journée 100%	0793461 (*)
dans l'hôpital psychiatrique : montant par jour sans intervention personnelle	0793181 (**)
montant prix de journée 100%	0793483 (*)
<u>(☞) 1) Services A2 et T2</u> : Hospitalisation partielle de nuit	
dans l'hôpital général : montant par admission	0793203
dans l'hôpital général et dans l'hôpital psychiatrique : montant par jour	
a) Activité sans rémunération ou pas d'activité : sans intervention personnelle	0793225
b) Activité rémunérée, dans un atelier protégé : intervention	
personnelle du 2ème jour reste d'application pour la durée totale de l'hospitalisation	0793240
c) Activité autrement rémunérée : intervention personnelle, patient ordinaire	0793262
dans l'hôpital général et dans l'hôpital psychiatrique : montant prix de journée 100%	0793505 (***)

(☞) (*) à ne mentionner que dans la facture aux tiers (autre que 7 O.A.); supprimé à partir de la date de prestation 01/01/2006, dorénavant ces montants sont mentionnés sous les pseudo-codes normaux pour le prix de journée 100% (0768504 et 0768423).

(☞) (**) supprimé à partir de la date de prestation 01/01/2006, dorénavant ces montants sont facturés sous les pseudo-codes normaux pour le montant par jour et le montant par admission (0768003, 0768025 et 0768121).

(***) à ne mentionner que dans la facture aux tiers (autre que 7 O.A.).

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<u>Libellé</u>	<u>Ambulant</u>	<u>Hospitalisé</u>
<u>Hospitalisation en cas de placement familial</u> uniquement en hôpital psychiatrique		
<u>Service Tf</u> : prix en cas de placement familial dans l'hôpital		0793284 (X) 0793520 (*) (XX)
<u>Service Tp</u> : prix en cas de placement familial à domicile		0793306
<u>Absence à visée thérapeutique d'un établissement hospitalier (non-payé)</u> (dans les hôpitaux généraux et psychiatriques) Faire un enregistrement de type 30 séparé avec mention des dates de début et de fin de la période d'absence (art. 7, § 7 du règlement du 28/07/2003).		
(☞ 8) <u>Congé non-payé</u>	0791490(**)	0791501
(☞ 3) Congé non-payé durant une période de rééducation		0792503
<u>Prix de journée d'entretien pour les séjours dans des camps de vacances collectifs</u> (art. 5 de la convention nationale entre les établissements psychiatriques et les organismes assureurs)		
• Pour des patients hospitalisés en séjour complet en psychiatrie (jour et nuit) - tous les services, à l'exception du service Tp (placement familial à domicile) - service Tp		0793321 0793343
• Pour des patients hospitalisés en séjour partiel en psychiatrie (jour ou nuit) - tous les services en psychiatrie		0793365
15) <i>Les suppléments par type de chambre</i> art. 3, § 2 et art. 4 bis, § 2 de la convention avec les établissements hospitaliers doivent être mentionnés dans un enregistrement de type 30 individuel via l'un des pseudo-codes suivants :		
chambre à deux personnes	0761611	0761622
chambre individuelle	0761633	0761644
(☞ 3) Si le patient séjourne dans une chambre individuelle ou une chambre à 2 lits, sans qu'un supplément de chambre ne soit porté en compte, aucun enregistrement « supplément de chambre » ne peut être établi. Dans la zone prestation relative de l'enregistrement "montant par jour", le type de chambre dans laquelle le patient séjourne réellement, doit être indiqué.		
(*) à ne mentionner que dans la facture aux tiers (autre que 7 O.A.)		
(☞ 8) (**)	ce pseudo-code est utilisé pour les absences en MRPA-MRS	
(☞) (X)	supprimé à partir de la date de prestation 01/01/2006, dorénavant cette prestation est facturée sous le pseudo-code 0768121.	
(☞) (XX)	supprimé à partir de la date de prestation 01/01/2006, dorénavant cette prestation est facturée sous le pseudo-code 0768423.	

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
16) <i>Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions types</i>		
- Oxygénothérapie à domicile au moyen d'un concentrateur d'oxygène	0772516	
- Oxygénothérapie à domicile par oxygène liquide	0772531	
(☞ 7) Oxygène gazeux médicinal (prévu dans §207 de la liste de l'A.R. 21/12/2001)	0775176	
(☞ 7) Oxygène gazeux médicinal (pas prévu dans §207 de la liste de l'A.R. 21/12/2001)	0775191	
- Surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile des nourrissons menacés de mort subite		
- surveillance respiratoire	0772833	
(☞) - surveillance cardio-respiratoire	0775250	
(☞) - surveillance cardio-respiratoire	0775272	
(☞ 6)- Autopsie après le décès inopiné et médicalement inexplicable d'un enfant de moins de 18 mois		
- Transport de l'enfant décédé en vue d'une autopsie	0775316	0775320
- Autopsie réalisée par un médecin anatomopathologiste selon un protocole standard	0775294	0775305
- Soutien psychologique des parents et de la famille	0775331	0775342
(☞ 8) - Insuline continue, thérapie d'infusion à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable	0772450	0772461
(☞ 8) - Autogestion de patients atteints de diabète sucré		
- Groupe 1	0773231 (*)	
- Groupe 1A	0770033	
- Groupe 1B	0770055	
- Groupe 2	0773253	
- Groupe 3	0773275 (**)	
- Groupe 3A (avec DMG)	0771573	
- Groupe 3A (sans DMG)	0773592	
- Groupe 3B	0771595	
- Renvoi vers une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne	0770070	
- Convention diabète enfants		
- Autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	0773113	
- Programme pour "les patients très intensifs" et assimilés – enfants et adolescents	0774115	
- Programme pour diabétiques * 3 administrations d'insuline par jour * 4 courbes journalières de glycémie par semaine et assimilés – enfants et adolescents	0774130	
- Programme pour diabétiques * 2 administrations d'insuline par jour * 2 courbes journalières de glycémie par semaine et assimilés – enfants et adolescents	0774152	
(☞ 6) - Programme pour enfants et adolescents diabétiques traités à l'aide d'une pompe à insuline	0775456	
(☞ 6) - Programme pour insulinothérapie par perfusion pour diabétiques	0775471	
(☞ 6) - Frais de déplacement pour l'information et l'accompagnement dans le milieu de vie du bénéficiaire	0775493	

(☞ 8) (*) Pour les prestations réalisées jusqu'au 30 septembre 2008 inclus, ce pseudo-code peut encore être utilisé pour les patients du groupe 1A et du groupe 1B

(☞ 8) (**) Cette prestation n'est plus remboursable. Toutefois, cette prestation était remboursable dans le cadre de la convention qui était d'application jusqu'au 31 décembre 2005.

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUIITE 9 BIS

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 8)- Convention cliniques curatives du pied diabétique		
- Consultation interdisciplinaire ambulatoire de la clinique du pied	0773393	
- Séance de soutien	0773496	
- Mucoviscidose :		
- Exécution du programme de rééducation fonctionnelle	0775913	0775924
- Réunion avec le médecin de famille ou le pédiatre de famille	0775935	0775946
- Maladies neuromusculaires : exécution du programme de rééducation fonctionnelle	0775950	0775961
(☞ 4) - Forfait de rattrapage pour les conventions type de rééducation fonctionnelle conclues avec des centres de référence pour patients atteints de mucoviscidose (789.1)	0784033	0784044
(☞ 4) - Forfait de rattrapage pour les conventions type de rééducation fonctionnelle conclues avec des centres de référence pour patients atteints de maladies neuromusculaires (789.2)	0784055	0784066

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
- Conventions de rééducation médico-psycho-sociale spécialisées - forfait de base	0772494	0772505
- Conventions de rééducation médico-psycho-sociale spécialisées - forfait complémentaire	0774174	0774185
(☞ 4) - Forfait de rattrapage pour les conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale spécialisées	0784011	0784022
- Maladie métabolique		
- première séance de rééducation	0775832	0775843
- deuxième séance de rééducation	0775854	-
- présence médecin généraliste / pédiatre	0775876	0775880
- Accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée		
- premier forfait accompagnement grossesse non désirée	0775132	
- second forfait accompagnement grossesse non désirée	0775154	
- Rééducation fonctionnelle pour bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle (969)		
- Bilan initial	0771234	0771245
- Bilan intérimaire	0771256	0771260
- Séance in	0771271	0771282
- Séance out	0771293	0771304
- Séance de groupe	0771315	0771326
- Centres de références IMOC		
- Prestation art. 7, 1)	0783510	0783521
- Prestation art. 7, 2)	0783532	0783543
- Prestation art. 7, 3)	0783554	0783565
- Prestation art. 13, § 4, 1er alinéa	0783576	0783580
- Prestation art. 13, § 4, 2ème alinéa	0783591	0783602
- Spina Bifida - centres de références		
- Prestation art.12bis, §2, 1): forfait annuel pour un bénéficiaire < 3 ans	0783650	0783661
- Prestation art.12bis, §2, 2): forfait annuel pour un bénéficiaire de 3-18 ans	0783672	0783683
- Prestation art.12bis, §2, 3): forfait annuel pour un bénéficiaire de 19 ans ou plus	0783694	0783705
- Prestation art.13, § 4, 1 ^{er} alinéa: participation du médecin traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe	0783716	0783720
- Prestation art. 13, § 4, 2 ^{ème} alinéa: participation du kinésithérapeute traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe	0783731	0783742
(☞ 4) - Forfait de rattrapage pour les centres de référence Spina Bifida	0784070	0784081
- Centres de références pour les troubles du spectre autistique		
- module de diagnostic (8 heures)	0783613	0783624
- séance de coordination	0783635	0783646
- Centres de références multidisciplinaires de la douleur chronique		
- examen algologique multidisciplinaire	0783370	0783381
- séance de traitement	0783392	0783403
- honoraires de participation médecin généraliste	0783414	0783425
- honoraires de participation médecin spécialiste	0783436	0783440

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Libellé****Ambulant****Hospitalisé**17) *Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions spécifiques - INAMI*

- (8) **Remarque :** Les journées qui dépassent la capacité maximale ne doivent pas être mentionnées sur la facture.

Facturation normale

Rééducation professionnelle	0772015	0772026
Rééducation motrice	0772030	0772041
Rééducation psychosociale	0772052	0772063
Alcooliques et toxicomanes	0772074	0772085
(4) Etablissements de rééducation pour toxicomanes (7.73) – Forfait de rattrapage	0783915	0783926
Psychotiques	0772096	0772100
Troubles précoces de l'interaction parents/enfants	0773371	0773382
Epileptiques	0772133	0772144
Malentendants	0772192	0772203
Rééducation enfants/adolescents ayant des troubles neurologiques	0775213	0775224
Paralysés cérébraux	0772295	0772306
Rééducation pour enfants maltraités	-	0772402
Rééducation pour des patients mucoviscidose	0772413	0772424
Refacturation de rééducation	0774012	0774023
(3) Enfants atteints de maladies chroniques		
- journée de rééducation ambulatoire non-intensive	0776893	-
- journée de rééducation interne non-intensive	-	0776926
- journée de rééducation ambulatoire intensive	0776930	-
- journée de rééducation interne intensive	-	0776963
(3) Zeepreventorium – Asthmacentrum – De Haan – Journée de rééducation	0777291	0777302
(3) Zeepreventorium – Asthmacentrum – De Haan – Forfait de rattrapage	0777335	0777346
(4) ASBL “La Porte Ouverte” – Blicquy – Journée de rééducation	-	0777685
Syndrome de fatigue chronique		
- programme de rééducation de bilan complet	0777836	0777840
- programme de rééducation de bilan incomplet	0777851	0777862
- forfait mensuel programme de rééducation interdisciplinaire spécifique	0777873	0777884
- rétribution médecin généraliste	0777954	0777965
- rétribution membres de l'équipe	0777976	0777980

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Type de centre	Pseudo-numéro de code de la nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
Séances au-delà de la capacité normale de facturation, jusqu'à la capacité maximale de facturation		
- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782353	0782364
- 1,5 forfaits	0782375	0782386
- 1 forfait	0782390	0782401
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782412	0782423
- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782434	0782445
- 1,75 forfaits	0782456	0782460
- 1,66 forfaits	0782471	0782482
- 1,50 forfaits	0782493	0782504
- 1,33 forfaits	0782515	0782526
- 1,25 forfaits	0782530	0782541
- 1 forfait	0782552	0782563
- 0,75 forfait	0782574	0782585
- 0,66 forfait	0782596	0782600
- 0,50 forfait	0782611	0782662
- 0,33 forfait	0782633	0782644
- 0,25 forfait	0782655	0782666
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782670	0782681
(☞ 4) - Conventions ORL – PSY (9.65) – Forfait de rattrapage	0783871	0783882
(☞ 6)- Forfait de rattrapage conventions ORL – PSY	0783974	0783985

RUBRIQUE : DATE PREMIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE

LIBELLE :

La date du premier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.

(☞ 8) (1^{er} jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

(☞ 8) Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité à laquelle le patient était affilié à la date mentionnée dans cette zone.

Les codes prestation 0762156 et 0762171 (postcure de rééducation à titre expérimental; art. 3, § 2 de la Convention Nationale) doivent être enregistrés jour par jour.

Lorsqu'il s'agit d'un forfait par admission, la date d'admission doit être mentionnée dans cette zone.

(☞ 6) Dans le cas d'une admission dans un service Sp, aucun forfait par admission ne peut être pris en compte.

Dans le cas d'un transfert d'un service Sp vers un service autre que Sp, un (premier) forfait par admission peut encore être imputé à la date du transfert (voir art.3 de la Convention Hôpitaux – Organismes Assureurs).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : date valide

Si plusieurs enregistrements avec des frais de séjour se suivent (donc uniquement en cas de facturation des journées d'entretien ou remboursements journaliers forfaitaires), par ex. en cas de changement du tarif de remboursement, de chambre ou de service, la date de début de la deuxième période doit être égale à la date suivant la date de fin de la première période.

De cette règle, il peut être dérogé dans le cas de journées d'entretien pour les nouveaux-nés séjournant dans le service NIC (N) 270 ou dans le service N* (n) 190.

Exemple : nouveaux-nés	jour 1	:	naissance
	jours 2 et 3	:	vers service 270 NIC établir 721 facturation journée d'entretien 0768025
	jours 4 et 5 et 6	:	retour auprès de la mère pas de journée d'entretien
	jour 7	:	retour de la mère à la maison, enfant vers 190N* facturation journée d'entretien 0790020

En cas de changement de service, il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu avant 12 heures ou la date suivant la date de changement de service si le transfert a lieu à partir de 12 heures.

RUBRIQUE : DATE DERNIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE

LIBELLE :

La date du dernier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.

(☞ 8) (dernier jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

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.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : date valide

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 suivant la date de changement de service si le transfert a lieu avant 12 heures.

(☞ 7) 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)

Exemple de facturation d'un séjour hospitalier normal.

Admission 26/03/2003 à 11.00 heures dans le service 210
 Sortie 10/04/2003 à 10.00 heures dans le service 210
 Transfert 28/03/2003 à 02.19 heures dans le service 490
 Transfert 30/03/2003 à 10.57 heures dans le service 210
 Congé 01/04/2003 à 00.01 heures jusqu'au 03/04/2003 08.00 heures
 Retour 03/04/2003 à 08.00 heures dans le service 210
 Sortie 10/04/2003 à 10.00 heures dans le service 210

Séjour dans le service 210 = chambre à 2 lits

Séjour dans le service 490 = chambre commune

Forfait par admission	=	77,85 EUR
Forfait par jour	=	9,58 EUR
Prix 100%	=	199,68 EUR
IP 1er jour	=	39,34 EUR
IP jours suivants	=	12,07 EUR
Supplément chambre	=	18,95 EUR
Forfait bio clinique	=	15,07 EUR
Forfait médicaments	=	0,62 EUR

RUBRIQUE : IDENTIFICATION CONVENTION / ETABLISSEMENT DE SEJOUR

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

En cas de prestation effectuée dans le cadre d'une convention de rééducation (type de facture = 5 ou 6), il y a lieu de renseigner le numéro d'identification de la convention.

S'il s'agit d'un traitement dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP (type de facture = 4), le numéro de l'établissement concerné doit être mentionné.

Dans les autres cas, cette zone est mise à zéro.

RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE**LIBELLE :**

(☞ 4,5) Lorsque soit un mini- ou maxiforfait, soit un forfait A, B, C ou D (*) ou un forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 ou un forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 est codifié dans la zone 4 du présent enregistrement, il y a lieu de mentionner dans cette zone le numéro de code de la nomenclature (ou le pseudo-numéro de code de la nomenclature) de la prestation ou de la situation qui a donné lieu à la facturation du forfait précité.

Lorsqu'un montant forfaitaire est facturé pour l'utilisation de la salle de plâtre, la prestation concernée de l'art. 14 doit être mentionnée comme prestation relative.

(☞ 3) Si un montant par jour d'hospitalisation est facturé dans la zone 4, il y a lieu d'indiquer dans cette zone le type de chambre dans laquelle le patient séjourne réellement, par un pseudo-code (voir suite 1.B).

Si le code 0790020 est mentionné dans la zone 4, cette zone est égale à zéro.

(☞ 3) En cas de jour de congé payé dans le cadre d'une convention de rééducation (0772004 ou 0771002), le pseudo-code nomenclature du forfait de rééducation concerné doit être mentionné dans cette zone.

En cas d'hospitalisation chirurgicale de jour, la prestation chirurgicale liée à cette facturation doit être mentionnée dans l'enregistrement du montant par admission (0768036-0768040) et peut être mentionnée dans l'enregistrement du montant par jour (0768051-0768062).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

(☞ 8) Pour les forfaits de rééducation, la valeur du montant forfaitaire est renseignée dans cette zone par le biais d'un pseudo-code dont la structure est la suivante :

Prestation avant le 1/1/2009

008xxxC

où xxx = le pourcentage du forfait
C = le chiffre de contrôle.

Prestation à partir du 1/1/2009

00YxxxC

où Y = type de dépassement (= 8 en cas de montant de base, 5 en cas de dépassement de 50 %, 2 en cas de dépassement de 25 %)
xxx = pourcentage du forfait
C = chiffre de contrôle.

Exemple Rééducation 7/71 :

	772030-772041	775611-775622	
	Montant de base	Dépassement 50%	Dépassement 25%
100%	0081001	005100C	002100C
83%	0080835	005083C	002083C
66%	0080662	005066C	002066C
50%	008050C	005050C	002050C

(☞ 4) (*) les forfaits A, B, C et D sont supprimés à partir du 1/7/2007

Liste des pseudo-codes qui doivent éventuellement être repris dans cette zone :A. Concernant le mini ou maxi forfait

- | | | |
|-------------------|-----------------------------|--|
| 0761316 | MINI | tout état nécessitant des soins urgents justifiant une admission dans un lit hospitalier; |
| 0761434 | MINI | tout état nécessitant une perfusion intraveineuse |
| 0761331-342 | MAXI | une prestation nécessitant une anesthésie générale effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie; |
| | | <u>Remarque</u> : Si cette prestation se trouve sur la liste nominative des maxiforfaits, ce pseudo-code ne peut être utilisé. La prestation reprise dans la liste nominative peut dès lors être mentionnée dans cette zone. |
| | (☞ 4) | A partir du 1/7/2007, cette remarque n'est plus pertinente (le maxiforfait ne peut plus être facturé suite à des prestations reprises sur une liste nominative) |
| (☞ 5) 0761353-364 | MAXI (à partir du 01/04/98) | surveillance médicale et infirmière lors de l'administration de médicaments de la catégorie de remboursement A enregistrés sous les codes ATC L01 ou V03AF, si l'utilisation d'une perfusion intra-vasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable; |
| (☞ 6) 0761390-401 | MAXI (jusqu'au 31/12/2007) | une perfusion intraveineuse dans le cadre d'un traitement chimiothérapeutique ambulatoire. |
| | | <u>Remarque</u> : Le numéro de code 0761390-401 doit être utilisé au lieu du numéro de code 0761353-364 lorsqu'il s'agit d'un traitement chimiothérapeutique délivré aux indépendants, pour lequel les médicaments sont remboursables, en application de l'A.R. du 04/12/1990.
Les <u>médicaments</u> qui sont administrés au cours de ce traitement chimiothérapeutique <u>doivent être facturés en même temps que le maxi-forfait.</u> |
| (☞ 5) 0761913-924 | MAXI (jusqu'au 31/5/2007) | lors de l'administration de Herceptin dans le cadre de la convention art. 56. |
| | | <u>Remarque</u> : Le Herceptin même doit être facturé en même temps que le maxi-forfait, sous le pseudo-code des spécialités de la catégorie A, comme « médicament gratuit », c'est-à-dire: ET 40 Z 16 = 1 et toutes les zones montant (Z 19, Z 27, Z 30-31) égales à zéro. |
| (☞ 5) 0761095-106 | MAXI (à partir du 01/04/04) | surveillance médicale et infirmière lors de l'administration de médicaments enregistrés sous les codes ATC L01 ou V03AF, mais pour lesquels aucun remboursement n'a encore été fixé, si l'utilisation d'une perfusion intra-vasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable et qu'il est satisfait aux conditions cumulatives suivantes: <ul style="list-style-type: none"> o l'utilité thérapeutique pour l'indication enregistrée est prouvée o la médication est administrée en dehors d'un essai clinique |

B. Concernant le type de chambre

Chambre commune	0761600
chambre à deux lits	0761622
chambre individuelle	0761644

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

LIBELLE :

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

- (☞ 5) 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
- (☞ 7) 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).
- (☞ 8) Exception : convention pour l'autogestion du diabète sucré (7.86.0xx.xx ou 7.86.1xx.xx) (tarif = tarif en vigueur à la date de fin du mois de dispensation effective de la prestation)

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

REGLE 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 dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

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

RUBRIQUE : NORME PRESTATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Dans tous les autres cas qui ne sont pas repris dans la valeur 1 ou 9.
1 (☞ 3)	Dans le cas de facturation de médicaments de catégorie B, Bg ou Br, délivrés aux bénéficiaires hospitalisés (ET 40 Z 4 = 0750746, 0750864, 0753745, 0751542*, 0751564*, 0751586*, 0751645*, 0751660*, 0751682*, 0751741*, 0751763*, 0751785*, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046), pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été décompté précédemment.
9	Dans le cas de facturation de la spécialité Inomax, les unités supérieures à 96 (heures) sont mentionnées dans un enregistrement séparé avec la norme 9. Les zone 19, zone 27, zone 30-31 et Z 39 sont égales à zéro.

* supprimé pour des séjours à partir du 1/7/2006

RUBRIQUE : PSEUDO-CODE CATEGORIE MEDICAMENT

LIBELLE :

Ce code donne la catégorie de remboursement du produit pharmaceutique ou la nature du forfait concerné.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- Les différents enregistrements de type 40 avec un même code dans la zone 4 doivent être groupés;
- les différents codes qui peuvent être enregistrés dans la zone 4 de l'enregistrement de type 40 sont énumérés aux suites 1, 2 et 3;
- si un médicament peut contenir plusieurs catégories de remboursement alors la catégorie retenue pour la tarification, doit être mentionnée dans cette zone.

Par exemple :

- ° si les liquides à perfusion et les solutions pour irrigation vésicale sont administrés à des patients hospitalisés, alors la catégorie A doit être mentionnée;
- (☞ 6)° s'il s'agit de médicaments délivrés à des indépendants ambulants qui ne disposent pas d'une assurance libre, alors la catégorie D doit être mentionnée (délivrances avant le 1/1/2008).
- (☞ 8)° dans le cas des liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 dans le cadre de la nutrition parentérale (remboursés à 100 % de la base de remboursement), la catégorie A doit être utilisée pour la facturation.

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 1,8) 1. Spécialités délivrées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpitaux psychiatriques et en hôpitaux chroniques (Services Sp et G isolés) (= hôpitaux hors forfaitarisation)		
catégorie SA	-	0750724
catégorie SAg	-	0750842
catégorie SAR	-	0753723
catégorie SB	-	0750746
catégorie SBg	-	0750864
catégorie SBr	-	0753745
catégorie SC	-	0750761
catégorie SCg	-	0750886
catégorie SCr	-	0753760
catégorie SCs	-	0750783
catégorie SCsg	-	0750901
catégorie SCsr	-	0753782
catégorie SCx	-	0750805
catégorie SCxg	-	0750923
catégorie SCxr	-	0753804
catégorie pour tous les médicaments non remboursables	-	0750820
2. Spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés		
catégorie SA	0750912	-
catégorie SAg	0750853	-
catégorie SAR	0753911	-
catégorie SB	0750934	-
catégorie SBg	0750890	-
catégorie SBr	0753933	-
catégorie SC	0750956	-
catégorie SCg	0750875	-
catégorie SCr	0753955	-
catégorie SCs	0750971	-
catégorie SCsg	0750831	-
catégorie SCsr	0753970	-
catégorie SCx	0750993	-
catégorie SCxg	0750816	-
catégorie SCxr	0753992	-
catégorie pour tous les médicaments non remboursables	0751015	-
oxygène gazeux	0751030	-
oxygène liquide	0751052	-
(☞ 6) 3. Spécialités, remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire, délivrées à des bénéficiaires indépendants non hospitalisés		
catégorie SA	0754913 (*)	-
catégorie SAg	0754876 (*)	-
catégorie SAR	0754854 (*)	-
catégorie SB	0754935 (*)	-
catégorie SBg	0754891 (*)	-
catégorie SBr	0754832 (*)	-
(☞) catégorie SCs	0754773 (*)	-
(☞ 4) Pour informations complémentaires : voir note Web " Spécialités délivrées par les officines hospitalières aux travailleurs indépendants non hospitalisés – version mise à jour » sur le site web de l'INAMI : www.inami.be → dispensateurs de soins → info générale → instructions de facturation sur support magnétique → notes		
(☞ 6) (*) Supprimés pour les délivrances à partir du 1/1/2008		

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
4. Préparations magistrales délivrées à des bénéficiaires non-hospitalisés		
catégorie 1	0750035	-
catégorie 2	0750050	-
catégorie 3	0750072	-
catégorie 4	0750094	-
catégorie pour toutes les préparations magistrales non remboursables	0750116	-
enregistrement de détail relatif à la préparation magistrale	0750212 (*)	-
(☞ 6) 5.1. Moyens de contraste provenant de l'officine hospitalière et délivrés aux indépendants non-hospitalisés	0754014 (**)	-
(☞ 6) 5.2. Délivrances de l'officine hospitalière, non remboursables par l'assurance obligatoire, autres que les spécialités	0960293 (***)	0960304 (***)
Produits parapharmaceutiques d'aide à la mobilité-/ d'immobilisation	0960374	0960385
Autres produits parapharmaceutiques	0960396	0960400
(☞) 5.3. Accidents de travail conventions internationales : Médicaments non remboursables	0961015	0961026
Il s'agit des médicaments originellement non remboursables qui sont pris en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la <u>Z 19</u> .		
(☞ 1) 6. Antibiotiques délivrés à des bénéficiaires hospitalisés, qui ont subi une intervention chirurgicale pendant leur séjour (voir A.R. du 21/02/1997, modifié par l'A.R. du 18/11/98) :		
(☞ 8) N'est plus d'application pour les séjours à partir du 1/7/2006		

(☞ 3,4,6,8) (*) Le remplissage de ces enregistrements de détail est obligatoire pour les délivrances à partir du 1/1/2009.

(☞ 6) (**) Supprimé pour les délivrances à partir du 1/1/2008.

(☞ 6) (***) Supprimé pour les délivrances à partir du 1/4/2008

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
7. Honoraires et forfaits mucoviscidose	0755392	-
8. Aliments diététiques à des fins médicales délivrés aux bénéficiaires hospitalisés :		
catégorie DA	-	0755521
catégorie DB	-	0755543
catégorie DC	-	0755565
catégorie DCs	-	0755580
catégorie DCx	-	0755602
9. Aliments diététiques à des fins médicales délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés :		
catégorie DA	0755613	-
catégorie DB	0755635	-
catégorie DC	0755650	-
catégorie DCs	0755672	-
catégorie DCx	0755694	-
10. Moyens diagnostiques et matériel de soins remboursables délivrés aux bénéficiaires hospitalisés :		
catégorie MA	-	0755720
catégorie MB	-	0755742
catégorie MC	-	0755764
catégorie MCs	-	0755786
catégorie MCx	-	0755801
11. Moyens diagnostiques et matériel de soins remboursables délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés :		
catégorie MA	0755812	-
catégorie MB	0755834	-
catégorie MC	0755856	-
catégorie MCs	0755871	-
catégorie MCx	0755893	-
(☞ 4) pansements actifs non remboursables	0757271	-
12. Honoraires et forfaits oxygène	0755952	-
(☞ 4,6) Honoraires et forfaits méthadone	0755974	-

(2) 13. Spécialités délivrées aux bénéficiaires hospitalisés dans les hôpitaux aigus (*):

• forfait par admission	-	0756000
• médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans l'hôpital même:		
catégorie SA	-	0756022
catégorie SAg	-	0756044
catégorie SAR	-	0756066
catégorie SB	-	0756081
catégorie SBg	-	0756103
catégorie SBr	-	0756125
catégorie SC	-	0756140
catégorie SCg	-	0756162
catégorie SCr	-	0756184
catégorie SCs	-	0756206
catégorie SCsg	-	0756221
catégorie SCsr	-	0756243
catégorie SCx	-	0756265
catégorie SCxg	-	0756280
catégorie SCxr	-	0756302
• médicaments non forfaitarisés:		
catégorie SA	-	0756324
catégorie SAg	-	0756346
catégorie SAR	-	0756361
catégorie SB	-	0756383
catégorie SBg	-	0756405
catégorie SBr	-	0756420
catégorie SC	-	0756442
catégorie SCg	-	0756464
catégorie SCr	-	0756486
catégorie SCs	-	0756501
catégorie SCsg	-	0756523
catégorie SCsr	-	0756545
catégorie SCx	-	0756560
catégorie SCxg	-	0756582
catégorie SCxr	-	0756604
catégorie D	-	0756626
Médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et avec information au médecin-conseil (**)	-	0757245
Médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et sans information au médecin-conseil (***)	-	0757260

(*) La forfaitarisation ne concerne que:

- Les hôpitaux généraux aigus (services psychiatriques dans les hôpitaux généraux inclus); donc pas pour les hôpitaux chroniques (services Sp ou G isolés) ou les hôpitaux psychiatriques.
- Les patients hospitalisés, les hospitalisations classiques, donc pas pour les "hospitalisations de jour" (hôpital chirurgical de jour ou journées d'entretien forfaitaires)
- Médicaments spécialités (donc pas pour les aliments diététiques ou moyens diagnostiques) des catégories de remboursement A, B, C, Cs, Cx, à l'exclusion de certains médicaments qui se présenteront sur une liste.

(**) Ces médicaments peuvent être imputés au patient. Dans la zone 40-41, le code CNK doit être rempli. Le montant est mentionné dans la zone 30-31. Les zones 19 et 27 sont égales à zéro.

(3) (***) Ces médicaments ne peuvent pas être imputés au patient. Dans la zone 40-41, le code CNK doit être rempli. Toutes les zones montant sont égales à zéro. Cela signifie qu'il s'agit des « médicaments gratuits ». La zone 16 doit donc être égale à 1.

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
• médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un <u>autre</u> hôpital <u>aigu</u> :		
catégorie SA	-	0756641
catégorie SAg	-	0756663
catégorie SAr	-	0756685
catégorie SB	-	0756700
catégorie SBg	-	0756722
catégorie SBr	-	0756744
catégorie SC	-	0756766
catégorie SCg	-	0756781
catégorie SCr	-	0756803
catégorie SCs	-	0756825
catégorie SCsg	-	0756840
catégorie SCsr	-	0756862
catégorie SCx	-	0756884
catégorie SCxg	-	0756906
catégorie SCxr	-	0756921
• médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un <u>autre</u> hôpital <u>psychiatrique ou chronique</u> :		
categorie SA	-	0756943
categorie SAg	-	0756965
categorie SAr	-	0756980
categorie SB	-	0757002
categorie SBg	-	0757024
categorie SBr	-	0757046
categorie SC	-	0757061
categorie SCg	-	0757083
categorie SCr	-	0757105
categorie SCs	-	0757120
categorie SCsg	-	0757142
categorie SCsr	-	0757164
categorie SCx	-	0757186
categorie SCxg	-	0757201
categorie SCxr	-	0757223

Communication des codes CNK pour les préparations magistrales.

Si le contenu de la zone 4 est égal à 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116, alors la forme galénique doit être mentionnée dans la zone 37, le montant de l'intervention de l'assurance 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 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.

(☞ 4) Chaque facturation d'une préparation magistrale remboursable doit être suivie d'au moins un enregistrement de détail.

Par préparation magistrale, les principes actifs (voir Chapitres I à IV de l'annexe à l'AR du 12/10/2004 + fichier de référence sur le site INAMI, sous la rubrique « Médicaments » - « Préparations magistrales ») sont mentionnés dans les enregistrements avec la zone 4 = 0750315.

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.

(☞ 7) 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.

(☞ 8) La mention des enregistrements de détail (0750212) est obligatoire à partir du 1/1/2009.

(☞ 8) Aucun contrôle du tarif n'est effectué sur base des enregistrements de détail.

(☞ 8) En cas de rejet pour un enregistrement du bloc « enregistrement de facturation + enregistrements de détail », le bloc complet doit être rejeté.

Pour des médicaments délivrés aux patients ambulants, les tickets modérateurs doivent être mentionnés dans leur totalité dans l'ER 40 Z 27 (signe + ticket modérateur patient), ET 40 Z 30-31 (signe + montant supplément) n'est pas utilisé, il faut indiquer dans l'ER 40 Z 33 (code facturation ticket modérateur) si le ticket modérateur est complètement ou partiellement pris à charge des tiers.

Pour des médicaments délivrés aux patients hospitalisés, les tickets modérateurs doivent être mentionnés dans l'ET 40 Z 39 (signe + tickets modérateurs théoriques).

(☞ 3) Règles de remboursement pour les préparations magistrales. (art. 22 de l'AR du 12-10-2004)

(☞ 8) Cette page est purement informative.

Le remboursement des récépés magistraux est calculé sur base :

1° de la base de remboursement indiquée dans la liste des principes actifs, ou, s'il s'agit d'une spécialité pharmaceutique, de la base de remboursement indiquée dans la liste figurant à l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 précité.

La base de remboursement de chaque constituant est arrondie à l'eurocent le plus proche, cet arrondi est calculé selon le mode de calcul prévu dans le software des ordinateurs;

2° de la base de remboursement arrondie comme précisé au 1°, des excipients prescrits ou nécessaires à la réalisation de la préparation magistrale, étant entendu que pour les formes pharmaceutiques reprises ci-après, cette base de remboursement exprimée en valeur de P par module est forfaitarisée comme suit:

- a) cachets y compris les cupules vides: P 0,20;
- b) capsules y compris les capsules vides: P 0,10;
- c) enrobage gastrorésistant: P 0,10;
- d) ovules: P 1,00;
- e) poudres à diviser y compris les papiers poudre: P 0,01;
- f) suppositoires enfants: P 0,20;
- g) suppositoires adultes: P 0,30;
- h) par gramme d'excipients pour crèmes, gels, onguents ou pâtes: P 0,01.

La forfaitarisation visée ci-dessus exclut la facturation à l'assurance de tout autre excipient;

3° de l'honoraire de préparation ou de dispensation calculé conformément aux dispositions de l'article 21 §§ 1er et 2, arrondi comme précisé sous 1°;

4° En ce qui concerne les liquides à usage ophtalmique et les rectioles, peuvent être portés en compte à l'assurance, à concurrence des bases de remboursement maximales exprimées en valeur de P, les éléments repris ci-après:

- a) accessoires, solvant et flacon pour préparation d'un collyre: P 1,00
- b) accessoires, flacon et solvant pour lotion ophtalmique: P 2,00
- c) rectioles - pièce: P 0,20."

En pratique:

Pour calculer le prix d'une préparation, sur base des 4 points précités, on additionne

1° prix du ou des principes actifs

2° prix de l'excipient (soit calculé – soit forfaitarisé)

3° honoraire de préparation (+ honoraire supplémentaire éventuel)

4° prix des accessoires, solvants, flacons et rectioles dans le cas des préparations à usage ophtalmique ou des rectioles (forfaitarisé)

→ L'addition des points 1° à 3° donne la base de remboursement de la préparation (à l'exception des préparations à usage ophtalmique et des rectioles) auquel on soustrait l'intervention personnelle du bénéficiaire pour obtenir le montant de l'intervention de l'assurance.

→ L'addition des points 1° à 4° donne la base de remboursement de la préparation (dans le cas des préparations à usage ophtalmique et des rectioles) auquel on soustrait l'intervention personnelle du bénéficiaire pour obtenir le montant de l'intervention de l'assurance.

(☞ 3) **Exemples** (Ces exemples concernent un bénéficiaire non préférentiel 110/110)

Lettre P valeur au 01.01.2006 : 1,565125 euro

Exemple 1

Bétaméthasone valérate 0,121 g

Paraffine liquide 30 g

Vaseline blanche ad 100 g

Principe actif : Bétaméthasone valérate

Excipient : Paraffine liquide + Vaseline blanche

Pour que la pommade fasse 100 g au total il faut ajouter 69,879 g de vaseline blanche au 30 g de paraffine liquide soit 99,879 g d'excipient.

Le coût de l'excipient sera alors : $99,879 \times 0,0156 = 1,56$ euros

Tarifification de la préparation

Prix principe actif : 2,01 euros

Prix excipients : 1.56 euros

Honoraires : 10,33 euros

TOTAL : 13,90 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,2 euros

→ intervention assurance : 11,70 euros

Exemple 2

Erythromycine 200 mg

Dt 20 gélules gastro-résistantes

Principe actif : Erythromycine

Tarifification de la préparation

Prix principe actif : 2,13 euros

Prix excipients : 0,31 euros (gélules) + 0,31 euros (enrobage)

Honoraires : 7,83 euros

TOTAL : 10,58 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,2 euros

→ intervention assurance : 8,38 euros

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE D'UNITES

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108

REGLE 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.

Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

(☞ 5) En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

- Dans cette zone, le nombre d'unités délivrées doit être mentionné; cela correspond au nombre de fois que le tarif unitaire est porté en compte.

- En cas de forfait, le contenu de cette zone doit toujours être égal à 1.

(☞ 1) En cas de matériels et produits de soins pour les soins à domicile de bénéficiaires souffrant de mucoviscidose (point 4 de l'ET 40 Z 40-41 S 1), cette zone est égale à 1.

- Pour les médicaments délivrés par les officines hospitalières aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., voir unité à côté des codes indiqués par "*" dans l'A.R. du 21/12/2001.

- S'il s'agit de la spécialité Inomax, le nombre d'unités mentionné dans cette zone est exprimé en heures.

S'il s'agit de préparations magistrales (zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116), alors le nombre de modules est indiqué dans cette zone.

S'il s'agit d'une molécule d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750212), alors on mentionne dans

(☞ 3) cette zone la quantité totale du produit indiqué dans la zone 40-41, exprimée dans l'unité la plus appropriée selon le code mentionné dans la zone 23 et arrondie à 4 chiffres significatifs.

(☞ 7) Lorsque la quantité, exprimée dans l'unité la plus petite possible, est plus petite que 1, alors on arrondit vers le haut (donc quantité = 1).

(☞ 3) Si la zone 4 = 0755952, alors on mentionne dans cette zone la quantité totale délivrée, exprimée dans l'unité indiquée dans le libellé du code CNK concerné (voir fichier de référence oxygène).

(☞ 4) Si la zone 4 = 0755974, alors on mentionne dans cette zone le nombre de jours de traitement.

RUBRIQUE : UNITE

LIBELLE :

(☞ 8) L'utilisation de cette zone est obligatoire à partir du 1/1/2009.

Dans cette zone, on indique au moyen d'un code, l'unité dans laquelle la quantité renseignée dans la zone 22, est exprimée.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 4 = 0750212.

(☞ 7) Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 113

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
	01	ml
	02	mg
	03	microgramme
	04	goutte
	05	1000 unités
	06	centimètre carré
	07	litre
	08	pièces
(☞ 7)	09	pour cent (%)
	10	gramme
(☞ 3)	11	10.000 unités
(☞ 3)	12	100.000 unités
(☞ 7)	13	microlitre

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

LIBELLE :

(☞ 4) Dans cette zone, on mentionne les montants portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée, hors cadre de l'assurance maladie obligatoire. Il ne s'agit donc pas de médicaments non remboursables délivrés aux patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques (voir ET 40 Z 39).

Il s'agit • des spécialités non remboursables délivrées aux patients qui séjournent dans un hôpital général : 0750820;

(☞ 8) • des médicaments non forfaitarisés non remboursables délivrés à des patients qui séjournent dans un hôpital aigu : 0756626 ;

• des spécialités non remboursables délivrées aux patients non-hospitalisés : 0751015;

• des préparations magistrales non remboursables délivrées aux patients non-hospitalisés : 0750116;

• des délivrances autres que les spécialités de médicaments, non remboursables par l'assurance maladie obligatoire : 0960293*, 0960304*;

(☞ 7) • Les produits parapharmaceutiques non remboursables : 0960374-0960385, 0960396-0960400.

(☞ 2) • des médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et avec information au médecin-conseil : 0757245;

Remarque : Si aucune information n'est communiquée au médecin-conseil (0757260) au plus tard au moment de la facturation (voir A.R. du 7 mai 1991), les médicaments ne peuvent pas être imputés au patient et cette zone est égale à zéro.

(☞ 6) • pansements actifs non remboursables : 0757271.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 40 zone 19.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

(☞ 7)* supprimés pour les prestations à partir du 1/4/2008

RUBRIQUE : FORME GALENIQUE PREPARATION MAGISTRALE

LIBELLE :

(☞ 8) L'utilisation de cette zone est obligatoire à partir du 1/1/2009.

Cette zone n'est complétée que lorsque le contenu de la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116.

(☞ 7) Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 180

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
01	gélules
02	cachets
08	suppo adultes
09	suppo enfants
10	ovules
11	rectioles
13	ampoules
15	poudres à diviser
20	solutions usage interne
21	solutions usage externe (usage chronique : 6 tickets modérateurs maximum)
22	solutions usage externe (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)
27	gouttes ophtalmiques
28	lotions ophtalmiques
30	pommades (usage chronique : 6 tickets modérateurs maximum)
31	pommades ophtalmiques
32	pommades (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)
40	mélanges de poudres ou de plantes
71	gélules enrobées
90	délivrances telles quelles (p.ex. oxygène)
(☞ 3) 91	préparations préfabriquées

(☞3) En cas d'imputation d'honoraires supplémentaires, la valeur est précédée de « 1 »

(☞7) Dans tous les autres cas la valeur est précédée de « 0 »

RUBRIQUE : NUMERO OFFICE DE TARIFICATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 183

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Dans cette zone est mentionné le numéro d'identification de l'office de tarification agréé de l'officine de l'hôpital qui a délivré les médicaments (voir A.R. 23 novembre 1995, M.B. 11 janvier 1996).

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 1

Libellé	Nouveau code	
	Ambulant	Hospitalisé
1. Frais de déplacement des médecins		
a) Indemnités ordinaires pour spécialistes en pédiatrie	0109911	-
b) Supplément d'indemnité pour les médecins généralistes dans les régions rurales	0109955	-
c) Indemnité kilométrique pour les médecins spécialistes	0109970	-
2. Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier	0418913	-
(☞ 4)3. Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au typage de donneurs potentiels en vue de trouver un donneur compatible non apparenté, ainsi que dans les frais relatifs au prélèvement de ces cellules souches hématopoïétiques et à l'assurance du donneur non apparenté	0269872	0269883
Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au transport du donneur étranger de cellules souches hématopoïétiques	0269894	0269905
Art. 14, m) 3ème alinéa : transport d'organe prélevé à l'étranger	0269916	0269920
Art. 14, m) 4ème alinéa : typage de donneurs potentiels à l'étranger	0269931(**)	0269942(**)
Art. 14, m) 5ème alinéa : transport et assurance du donneur de moelle osseuse étranger	0269953(**)	0269964(**)
4. Les maisons médicales :		
- forfait médecins	0109616	-
- forfait kinésithérapeutes	0509611	-
- forfait praticiens de l'art infirmier	0409614	-
5. Rééducation professionnelle - Rééducation individuelle		
A) Rééducation professionnelle		
- Examen d'orientation professionnelle - éducation	0771013	0771024(*)
- Inscription à des cours et des examens	0771035	0771046(*)
- Séjour	0771050	0771061(*)
- Frais de déplacement	0771072	-
- Assurance	0771094	0771105(*)
- Matériel et équipement	0771116	0771120(*)
B) Fonds spécial de solidarité	0773194	0773205

(*) supprimé 31/12/2004

(**) supprimé à partir du 01/12/2006

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	-
D) Frais de déplacement		
- Moyen de transport individuel	0771934	
- Moyen de transport en commun	0771956	
- 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	
(☞ 4) Moyen de transport individualisé adapté au handicap (conventions « aides à la mobilité » (7.90)) :		
- Véhicule de l'établissement ou transporteur privé	0770394	0770405
- Véhicule adapté du bénéficiaire	0770416	0770420
(☞ 4) 5bis. Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776156	0776160
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776171	0776182
(☞ 7) Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.51		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776473	0776484
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776495	0776506
(☞ 8) Ces prestations rentrent dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle et doivent par conséquent être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 5

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
• Endoprothèses :		
- Endoprothèse de la bifurcation avec segment contralatéral	0687050	0687061
- Endoprothèse de la bifurcation avec segment contralatéral et extensions iliaques et/ou aortiques	0687072	0687083
- Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec bouchon d'occlusion	0687094	0687105
- Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec bouchon d'occlusion et extensions iliaques et/ou aortiques	0687116	0687120
- Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'artère iliaque pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique	0687131	0687142
- Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'aorte abdominale pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique	0687153	0687164
- Prothèse aortique abdominale droite	0687175	0687186
- Une prothèse aortique thoracique droite	0683432	0683443
- Prothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus et prothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm	0683454	0683465
- Une prothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm	0683476	0683480
- Deux prothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm	0683491	0683502
- Trois prothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm	0683513	0683524
- Deux prothèses aortiques thoraciques droites : 15 cm ou plus	0683535	0683546
(☞) • Implant cochléaire controlatéral, y compris le microphone externe, le processeur vocal et le système de transmission du son	0685333	0685344
(☞) • Drug eluting stent coronaire	0686453	0686464
(☞ 7) • Moniteur cardiaque implantable et accessoires	0693910	0693921
(☞ 7) b) Article 35bis, catégorie 3 :		
Ensemble du matériel de consommation, y compris l'utilisation de l'appareil, pour la réalisation d'une session de dialyse de détoxification en cas de pathologie	0740272	0740283

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
c) Marge de délivrance des implants. Cette marge doit être facturée au même moment que les prestations correspondant à l'article 28, § 1er, à l'article 35 ou à l'article 35bis, § 1er ou les		
(☞ 5) prestations relatives aux défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes telles que mentionnées au point d) ci-dessous		
- pour les prestations de l'art. 28, § 1er,	0618715	0618726
- pour les prestations des catégories 1, 2 et 5 de l'art. 35, et pour les défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes	0685812	0685823
- pour les prestations des catégories 3 et 4 de l'art. 35	0685834	0685845
(☞ 7) - pour les prestations de l'article 35bis, catégories 1, 2 et 3	0685856	0685860
Le montant de la marge de délivrance est plafonné.		
(☞ 1) Dans le cas où le plafond est d'application sur la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de nomenclature, il faut alors indiquer au moyen de la norme 8 ou 7 dans la zone 46 de l'E.T. 50, si le montant mentionné dans la zone 27 est le résultat du calcul exact sur le prix d'achat (zone 19 + zone 27 de l'E.T. 50 correspondant); ou la différence entre la valeur plafond et la somme des marges de délivrance mentionnées dans les E.T. 50 précédents indiqués avec la norme 8.		
(☞ 1) L'enregistrement dans lequel le plafond est atteint et dans lequel le montant de la zone 27 est par conséquent plus petit que la marge de délivrance normale, est indiqué par la norme 7.		
d) Renouvellement prématuré du stimulateur cardiaque	0684655	0684666
e) - Défibrillateurs cardiaques implantables + accessoires		0686302(*)
(☞ 3) - Défibrillateur de remplacement + accessoires	0687971(*)	0687982(*)
(☞ 5) Défibrillateur cardiaque implantable	0691633	0691644
Défibrillateur cardiaque implantable de remplacement	0691655	0691666
Electrode 1 coil, shock only (SVC)	0691692	0691703
Electrode 1 coil et sense/pace	0691714	0691725
Electrode 2 coils et sense/pace	0691736	0691740
Patch subcutané	0691751	0691762
Electrode subcutanée	0691773	0691784
Electrode de stimulateur, endocardiale unipolaire ou bipolaire ou myocardiale	0691795	0691806
Electrode de stimulateur cardiaque single-pass (VDD)	0691810	0691821
Electrodes de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie percutanée	0691832	0691843
Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie épicaudique	0691854	0691865
Supplément pour l'upgrading d'un défibrillateur cardiaque de resynchronisation	0691670	0691681
(☞ 7, 8) Ces prestations se réfèrent à une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z10) et le code service 770 (ET 50 Z 13). L'ANMC et l'UNMS traitent cette convention de rééducation fonctionnelle au niveau national. Les documents de facturation papier doivent donc être envoyés aux Unions Nationales (voir p.14 et ET 20 Z 18).		
(☞ 7) f) Marge de sécurité des implants (**)	0618730	0618741
Pour les prestations à partir du 1/7/2008, le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité doit être facturé via un enregistrement distinct (analogue à la marge de délivrance). Le montant est repris dans la zone 27. Le (pseudo-)code nomenclature de l'implant est communiqué comme prestation relative.		
Si aucune marge de sécurité n'est facturée, aucun enregistrement « marge de sécurité » n'est établi.		
9. Les honoraires forfaitaires pour soins infirmiers voir E.T. 50 Z 3 en regard de la norme "9".		
(☞ 5) (*) supprimé à partir du 01/07/2007		
(☞ 7) (**) supplément mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité, tel que défini à l'article 35, §4 et l'article 35bis, §4 de la nomenclature		

Kinésithérapie

Les prestations de kinésithérapie effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés et dispensées à des bénéficiaires atteints d'une des affections visées à l'article 7, 3ème alinéa, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982 doivent être attestées, à partir du 1/5/1999, sous les codes prévus à l'article 7, § 1^{er}, 2°, V de la nomenclature des prestations de santé,

à l'exception des cas où le bénéficiaire se trouve dans une des situations prévues :

à l'article 7, § 12	→	utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1 ^{er} , 3°
à l'article 7, § 13	→	utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1 ^{er} , 4°

de la nomenclature susmentionnée.

Fécondation in vitro

A partir du 1er juillet 2003, l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules sont enregistrées sous les pseudo-codes nomenclature suivants :

1 ^{er} cycle	0559812	0559823
2 ^{ème} cycle	0559834	0559845
3 ^{ème} cycle et suivants	0559856	0559860

Il s'agit uniquement de la mention du nombre de cas, toutes les zones "montant" sont égales à zéro.

- (☞ 8) Montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'un SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente 0793553

(☞ 5) Suppléments pour produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I.Honoraires médical et paramédical

0960035	0960046	Prestations de laboratoires non remboursables
0960050	0960061	Prestations de soins <u>diagnostiques</u> non remboursables
0960072	0960083	Prestations de soins <u>thérapeutiques</u> non remboursables

(☞ 6) Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques et services paramédicaux

0960116 ^(*)	0960120 ^(*)	Produits et services paramédicaux
------------------------	------------------------	-----------------------------------

Implants non remboursables

0960234	0960245	Implants non remboursables
---------	---------	----------------------------

(☞ 8) Frais divers dans les hôpitaux ou MSP

0960131 ^(*)	0960142 ^(*)	Téléphone
0960153 ^(*)	0960164 ^(*)	Télévision
0960175 ^(*)	0960186 ^(*)	Réfrigérateur
0960492	0960503	Confort de chambre
0960190	0960201	Frais personne accompagnante
0960212 ^(*)	0960223 ^(*)	Autres produits et services non médicaux
0960411	0960422	Nourriture et boissons
(☞ 8)0960433	0960444	Produits d'hygiène sans code APB
0960455	0960466	Autres produits/services fournis à la demande du patient
0960470	0960481	Frais d'ambulance

(☞ 5) Frais divers dans les initiatives d'Habitations Protégées

960315	frais de séjour tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour
960330	coûts éventuels surplus au frais de séjour tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour
960352	'autres' coûts surplus qui ne sont pas prévus dans la convention de séjour

(☞) Contribution forfaitaire des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence (art. 31 de la Loi du 27 avril 2005, MB du 20 mai 2005).

0960256	Forfait soins d'urgence
---------	-------------------------

(☞ 5) L'AR du 27 avril 2007 (MB du 5/6/2007) prévoit qu'à partir du 1/7/2007, il ne sera plus possible de percevoir une contribution forfaitaire sur la base de l'art.107quater de la loi sur les hôpitaux. Le pseudo-code 0960256 est donc supprimé.

(☞) Accidents de travail conventions internationales :

0961030	0961041	Biologie clinique non remboursable
0961052	0961063	Prestations de soins diagnostiques non remboursables
0961074	0961085	Prestations de soins thérapeutiques non remboursables
0961096	0961100	Déplacements non remboursables
(☞ 7)0961214	0961225	Autres produits ou services non remboursables

Il s'agit des prestations originellement non remboursables qui sont prises en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la Z 19.

(☞ 6) (*) Supprimés pour les prestations à partir du 1/4/2008

(☞ 8) Ces codes peuvent encore être utilisés par les MSP jusqu'y compris le 4^{ème} trimestre 2008.

RUBRIQUE : NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE

LIBELLE :

Cette rubrique indique que la prestation pour laquelle un supplément peut être perçu pour prestation technique urgente a été effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié.

Dans le cas de prestations de biologie clinique pour patients hospitalisés, la mention est facultative (à partir du 01/05/2000).

(☞) Dans le cas de prestations de biologie clinique ambulatoire, la mention est facultative (à partir du 01/07/2005).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 52

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Autres
1	Nuit
2	Week-end
3	Jour férié
4	Prestations exécutées entre 0 h et 8 h qui peuvent être prises en considération pour porter en compte les suppléments pour des prestations techniques urgentes
5	Prestations effectuées par un praticien de l'art infirmier, pour des raisons de convenance personnelle, durant le week-end ou un jour férié. Ces prestations doivent être attestées au tarif de la semaine. Le plafond d'intervention est le plafond de la "semaine" si toutes les prestations effectuées par un praticien de l'art infirmier durant le week-end ou un jour férié l'ont été pour des raisons de convenance personnelle. Dans le cas contraire, il faut prendre en considération le plafond applicable le week-end ou un jour férié.

Remarque : en cas d'honoraires forfaitaires par admission, la valeur est toujours égale à zéro.

RUBRIQUE : CODE SERVICE**LIBELLE :**

Il s'agit du code service du service dans lequel le patient séjourne à la date mentionnée dans la zone 5 ou du pseudo-code service en cas d'utilisation de salle de plâtre, mini-, ou maxiforfait, dialyse rénale dans un

- (☞ 4) hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait A, B, C et D^(*), forfait groupe
(☞ 5) 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou autres prestations ambulatoires.

Lorsqu'il s'agit de prestations qui sont effectuées sur prescription, il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service ou le pseudo-code service (ou pseudo-service) où le patient séjournait au moment de la prescription.

S'il s'agit de prestations effectuées pour un nouveau-né alors que la mère séjourne dans l'hôpital (valeur 2 ou 3 dans la zone 10 des ET 40 et 50), le service dans lequel le nouveau-né séjourne doit être mentionné comme code service.

Le code service 49 doit exclusivement être mentionné s'il est effectivement fait usage de la fonction soins intensifs (i). Les soins intensifs qui ne sont pas dispensés dans cette fonction sont facturés dans le service dans lequel le patient séjourne à ce moment (p.ex. service D).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Voir suites 1 et 2.

* En cas de suppléments pour les prestations non remboursées par l'assurance maladie portées en compte pour des patients hospitalisés ou ambulants, cette zone doit être mise à zéro.

(☞ 7)* En cas de marge de délivrance ou de marge de sécurité des implants, cette zone doit être mise à zéro.

(☞ 6)* En cas de contribution forfaitaire pour soins d'urgence (supprimée pour les prestations à partir du 1/7/2007), cette zone est mise à zéro.

* Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591091, 0591113, 0591135, de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176 : code 990 ou pseudo-code service dans le cas où les honoraires forfaitaires sont portés en compte pour des prestations effectuées durant une journée d'entretien forfaitaire.

(☞ 7) 0590310 et 0590332 : pseudo-code service journée d'entretien forfaitaire ou code service 320

(☞ 7) 0590181, 0590203, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, de 0590166 à 0590225, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : service d'admission. Si le service d'admission ne donne pas droit au forfait, il y a lieu de mentionner le 1er service aigu après transfert, qui donne droit au forfait.

* Pour les prestations effectuées pendant une journée d'entretien forfaitaire (code hospitalisé), le code service est celui du séjour.

* Pour les soins infirmiers et les maisons médicales, comme pour toutes les autres prestations ambulatoires, le code service 990 doit être utilisé.

(☞ 4)* Pour les prestations de biologie clinique effectuées pour des patients séjournant dans un centre de rééducation, le code service 770 doit être utilisé.

(☞ 8)* Pour les prestations R30-R60 et les défibrillateurs cardiaques implantables, le code service 770 doit toujours être utilisé.

(☞ 4) (*) les forfaits A, B, C et D sont supprimés à partir du 1/7/2007

(8)

TABLE DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Liste des services pour patients hospitalisés au sein des hôpitaux			
Codes I.N.A.M.I.	Indice Santé Publique	Type d'hôpital	Libellé
190	N* (n)	Gén.	Section des soins néonataux non-intensifs
200	B	Gén.	Service de traitement de la TBC
210	C	Gén.	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
220	D	Gén.	Service de diagnostic et de traitement médical
230	E	Gén.	Service de pédiatrie
240	H	Gén.	Service d'hospitalisation simple
250	L	Gén.	Service des maladies contagieuses
260	M	Gén.	Service de maternité
270	NIC (N)	Gén.	Service de soins néonataux intensifs
290	-	Gén.	Unité de traitement de grands brûlés (créée le 01/01/94)
300	G (R)	Gén.	Service de gériatrie et revalidation
320			Hôpital chirurgical de jour
340	K	Gén./Psy.	Service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)
350	K1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service K
360	K2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service K
370	A	Gén./Psy.	Service neuropsychiatrique (jour et nuit)
380	A1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service A
390	A2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service A
410	T	Gén./Psy.	Service psychiatrique (jour et nuit)
420	T1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service T
430	T2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service T
440	Tf	Psy.	<u>Placement familial</u> Tf dans un hôpital (à partir du 01/04/2000)
450	Tp	Psy.	<u>Placement familial</u> Tp dans une famille (à partir du 01/04/2000)
480	IB	Psy.	Service de traitement intensif des patients psychiatriques
490	(i) ou I	Gén.	Fonction ou service de soins intensifs

TABLE DE CODIFICATION DES PSEUDO-CODES SERVICES

Liste des services pour patients traités dans une section de l'hospitalisation de jour et pour patients ambulants		
Codes I.N.A.M.I.	Type Hôpital	Libellé
710	Gén.	Salle de plâtre
720	Gén.	Mini-forfait
730	Gén.	Maxi-forfait
740	Gén.	Super-forfait (supprimé au 01/04/98)
750	Gén.	Dialyse rénale
760	Psy.	Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation
770		Rééducation
800 ^(*)	Gén.	Forfait A
810 ^(*)	Gén.	Forfait B
820 ^(*)	Gén.	Forfait C
830 ^(*)	Gén.	Forfait D
(☞ 5) 840	Gén.	Forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 + forfait douleur chronique 1, 2, 3
990	Gén./Psy.	Autres patients ambulants ou dialyse rénale ambulatoire

CODIFICATION POUR LE SERVICE Sp

Pseudo-code I.N.A.M.I.	Code comptable Santé publique	Index R.C.M./R.I.M.	Libellé
			Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinée à des patients atteints ...
610	310	S1	d'affections cardio-pulmonaires
620	312	S2	d'affections locomotrices
630	311	S3	d'affections neurologiques
640	314	S4	d'affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
650	313	S5	de polyopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
660	315	S6	d'affections psychogériatriques

(☞ 4) (*) supprimé à partir du 1/7/2007.

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION**LIBELLE :****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56****REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

- * Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour la biologie clinique ou le numéro d'identification pour la facturation et l'attestation de l'anatomopathologie ou le numéro d'un centre agréé de génétique humaine
 - s'il s'agit de prestations de biologie clinique, médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie ou d'examens génétiques;
 - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
 - en cas d'honoraires forfaitaires pour prestations de biologie clinique ambulatoires;
 - s'il s'agit de prestations de biologie clinique pour lesquelles le remboursement ne dépend pas des conditions reprises dans l'article 63 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (voir AR du 31 janvier 1977, MB 4 février 1977), le numéro d'identification d'un laboratoire agréé pour la biologie clinique doit être mentionné, pour autant que ces prestations soient effectuées dans un laboratoire agréé;
 - si non, - le numéro d'identification du laboratoire de biologie clinique de l'hôpital doit être mentionné en cas de prestations effectuées dans un établissement de soins (dans les locaux ou non du laboratoire agréé);
 - le numéro d'identification de l'établissement de séjour doit être mentionné s'il s'agit d'un patient qui séjourne dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P.;
 - le numéro du centre de rééducation doit être mentionné s'il s'agit de patients qui subissent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
 - la zone doit être mise à zéro dans tous les autres cas.
- * Le numéro d'identification du service agréé conformément aux normes
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service pour l'hémodialyse chronique = numéro de l'hôpital + 561;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service pédiatrique pour la dialyse chronique = numéro de l'hôpital + 562;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de dialyse à domicile = numéro de l'hôpital + 563;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de dialyse péritonéale ambulatoire = numéro de l'hôpital + 564;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service d'autodialyse collective = numéro de l'hôpital + 565 jusque et y compris 569;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de cathétérisme cardiaque pour cardiologie interventionnelle = numéro de l'hôpital + 117;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de cathétérisme cardiaque pour diagnostic invasif = numéro de l'hôpital + 119;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de radiothérapie = numéro de l'hôpital + 113;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B avec l'agrément B1 (diagnostique invasif), B2 (thérapie interventionnelle) et B3 (chirurgie cardiaque) = numéro de l'hôpital + 120;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B avec le seul agrément B1 (diagnostique invasif) = numéro de l'hôpital + 121;
 - (☞) - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque T avec l'agrément d'un programme de soins pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et transplantation cœur-poumon) = numéro de l'hôpital + 122.
 - (☞ 4) - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque C avec l'agrément d'un programme de soins pathologie cardiaque C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) = numéro de l'hôpital + 123.
 - (☞ 6) - prestations pour lesquelles un agrément path. cardiaque E est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124.
 - (☞ 7) - prestations pour lesquelles un agrément path. cardiaque E + B3 est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124
 - (☞ 7) - prestations pour lesquelles seul un agrément path. cardiaque E est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124 ou numéro de l'hôpital + 125

- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse = numéro de l'hôpital + 110.

Les codes et pseudo-codes de la nomenclature des prestations visées sont mentionnés dans l'arrêté royal du 13 février 1998, portant exécution de l'article 64 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

les numéros d'identification des services concernés doivent également être mentionnés pour tous les honoraires supplémentaires pour les prestations urgentes liées aux prestations précitées;

- s'il s'agit de prestations effectuées avec un tomographe à résonance magnétique agréé avec calculateur électronique intégré = numéro de l'hôpital + 111.

Les codes visés sont ceux repris à l'art. 17, §1, 11° bis de la nomenclature.

- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de médecine nucléaire dans lequel un PET-scan est installé = numéro de l'hôpital + 112.

Les codes visés sont ceux repris dans l'A.R. du 10 août 2001 (M.B. 1/9/2001).

- (☞ 5,6) - s'il s'agit de prestations pour lesquelles un agrément de « première prise en charge des urgences » est nécessaire (code nomenclature 0590166^(*)) = numéro de l'hôpital + 130.
- (☞ 5,6) - s'il s'agit de prestations pour lesquelles un agrément « soins urgents spécialisés » est nécessaire
- (☞ 8) (codes nomenclature 0590181, 0590225, 0590310, 0590435, 0590446, 0590472 et art. 25, §3bis de la nomenclature) = numéro de l'hôpital + 131.
- (☞ 8) S'il s'agit d'honoraires pour assistance médicale pendant un transport avec accompagnement médical (codes nomenclature 0590435, 0590446, 0590472), alors le numéro d'identification de la fonction reconnue de soins urgents spécialisés du médecin accompagnant doit être mentionné.

* Le numéro d'identification du centre de dialyse rénale

- s'il s'agit de prestations concernant la dialyse rénale;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes pour ce secteur;
sauf : 1. la prestation 0470466 pour autant qu'elle soit effectuée par un médecin, spécialiste de médecine interne, chirurgien, anesthésiste ou pédiatre qui est responsable d'un service de soins intensifs (jusqu'au 30/06/1999) ou la prestation 0470503 (à partir du 01/07/1999) effectuée par un spécialiste en médecine interne, chirurgie, anesthésiologie ou pédiatrie dans une unité de soins intensifs;
- 2. les prestations 0470400 et 0470422 pour autant qu'elles soient effectuées dans un hôpital qui ne dispose pas d'un centre de dialyse agréé;
- 3. honoraires supplémentaires pour prestations urgentes 0470466, 0470503, 0470400 ou 0470422.

* Le numéro d'identification du centre de rééducation

- s'il s'agit de prestations effectuées pour des patients qui suivent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur.

- (☞ 6)* Le numéro d'identification de la banque de tissus qui a délivré les tissus
- s'il s'agit d'une intervention dans la délivrance de tissus d'origine humaine.

* Le numéro d'identification de la MRS, MRPA, MSP ou IHP

- s'il s'agit de prestations effectuées dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.

* Le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée;

- s'il s'agit de prestations effectuées sur le site de l'établissement hospitalier (tant pour les patients hospitalisés que pour les ambulants, également pour les patients séjournant dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP);
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la biologie clinique par admission ou par maxiforfait;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;

- (☞ 6) (*) supprimé à partir du 1/12/2007

- 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.
- * 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 ;
 - (☞ 5) - s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
 - (☞ 8) * En cas de facturation du stimulateur du nerf vague (0684810-0684821, 0684832-0684843), le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire doit être mentionné dans cette zone.
 - * S'il s'agit de prestations liées à une prestation de base pour laquelle la mention d'un lieu spécifique de prestation est exigée, pour cette prestation, le lieu de prestation de la prestation de base doit alors être mentionné (ex. honoraires supplémentaires, suppléments d'accréditation, honoraires pour soins d'urgence,...).

Si la prestation relative est complétée, le lieu de prestation doit alors correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui est mentionnée comme prestation relative.

 - (☞) Par exemple matériel de consommation et des implants (art. 35 et 35bis).
 - (☞ 8) * S'il s'agit d'un déplacement d'un patient, le numéro d'identification de l'hôpital qui facture doit alors être mentionné dans cette zone (par exemple en cas de pseudo-code 793553).
 - * S'il s'agit de prestations de fécondation in vitro (zone 4 = 0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860), le numéro d'identification du laboratoire de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone.
 - (☞ 4) * S'il s'agit des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.
 - * Dans tous les autres cas que ceux mentionnés ci-dessus, cette zone est mise à zéro.

Remarques : - Dans le cas où plusieurs des conditions se présentent simultanément, l'ordre d'importance suivant est respecté :

1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
2. centre de rééducation;
3. établissement hospitalier.

- Dans le cas où la facture est établie par un centre de rééducation, la hiérarchie suivante doit être respectée :

1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
2. établissement hospitalier;
3. centre de rééducation.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR**LIBELLE :**

Il s'agit du numéro d'identification du dispensateur de soins qui a réellement effectué la prestation. Ce numéro doit figurer sur l'attestation de soins. Lorsque la prestation a été effectuée confraternellement par plusieurs dispensateurs, le numéro de chaque dispensateur doit figurer sur l'attestation, mais un seul dispensateur pris au hasard est indiqué dans cette zone. Dans la zone 16 il sera fait mention qu'il y a eu "plusieurs dispensateurs".

Ces règles ne sont pas d'application pour les praticiens de l'art infirmier.

- (☞ 7) Exceptionnellement, pour les maisons médicales, le numéro d'agrément de celles-ci est à indiquer dans cette zone lors de la facturation des codes 0102771 et 0102852.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Ce numéro se trouve sur l'attestation de soins.

Il est structuré comme suit :

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

Le numéro d'identification est composé de 11 positions et est toujours précédé d'un zéro dans la première position de la zone 15.

Ce numéro figure dans les annuaires des dispensateurs.

RUBRIQUE : DATE PRESCRIPTION

LIBELLE :

Lorsqu'il s'agit d'une prestation qui est effectuée sur prescription, il y a lieu d'indiquer la date de la prescription dans cette zone.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 100

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : validité de la date.

Honoraires forfaitaires pour soins infirmiers + enregistrements statistiques complémentaires :

Dans l'enregistrement d'honoraires forfaitaires, la date de la demande du forfait sur le document 703ter doit être mentionnée.

Dans les enregistrements statistiques, la date de la prescription doit être mentionnée, autant de fois que la nomenclature exige une prescription; s'il s'agit de soins d'hygiène, cette zone contient la date de la demande de toilette sur le document 703ter; s'il s'agit de prestations de base, cette zone est toujours égale à 0.

(☞ 5) Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes :

La date de la demande d'intervention est considérée comme la date de la prescription.

(☞ 6) Intervention dans la délivrance de tissus d'origine humaine

Cette zone est égale à zéro.

(☞) Cette zone est égale à 0 si l'ET 50 Z 26 = 0 ou 3, à l'exception de certains soins infirmiers (voir tableaux repris dans l'ET 50 Z 4).

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE D'UNITES

LIBELLE :

(☞ 6) Cette zone contient :

Le nombre de fois qu'une prestation a été dispensée à la date ou durant la période indiquée (date début – date fin).

OU

Le nombre de fournitures (p.ex. sang, isotopes, ...) qui ont été délivrées à la date ou durant la période indiquée (date début – date fin).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108

REGLE 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.

Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

Nature des prestations pour lesquelles des séries de prestations peuvent se présenter.

Surveillance des bénéficiaires hospitalisés;

Kinésithérapie + frais de déplacement;

Réanimation;

Radio- et radiumthérapie;

Médecine nucléaire;

Rhumatologie et physiothérapie;

(☞ 6) ATTENTION : Pour les prestations à partir du 1/1/2008, les séries d'un seul traitement doivent être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation avec date de début = date de fin et nombre d'unités = 1), à l'exception des honoraires de surveillance (art. 25, §1), qui peuvent toujours être facturés en série.

Remarque : Voir remarque enregistrement de type 50 zone 5.

- pour les soins infirmiers et les maisons médicales, le nombre de prestations est toujours = 1;
- pour les bandes et autres matières plâtrées, il y a lieu d'indiquer le nombre d'unités;
- pour les isotopes, il y a lieu d'indiquer le nombre de fois que le tarif a été porté en compte;
- le sang et le plasma sanguin doivent être indiqués en unité délivrée;
- pour le lait maternel, la quantité est exprimée en ml;
- pour les honoraires forfaitaires, le nombre est toujours 1;
- pour les implants, le nombre d'implants identiques utilisés lors d'une intervention peut être facturé via un enregistrement;
- pour les frais de déplacement dans le cadre de prestations de rééducation, il faut mentionner le nombre de kilomètres parcourus à l'aller et au retour.

(☞ 7)- pour les frais divers en hôpital (voir ET 50 Z 4 S 14), le nombre d'unités peut être plus grand que 1.

(☞ 8)- pour l'intervention du SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente (pseudo-code 793553) (montant forfaitaire par demi-heure), le nombre de demi-heures commencées doit être mentionné dans cette zone.

RUBRIQUE : Code norme prescripteurCombinaisons valides pour les prestations de radiologie art. 17 ter.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et - la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	0	12 zéros
Le prestataire est médecin-spécialiste avec une qualification autre que le radiodiagnostic et - la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	0	12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

(☞ 8) Combinaisons valides pour les prestations de biologie clinique (art. 3, 24 et 24 bis) et anatomopathologie (art. 32).

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le dispensateur est un médecin spécialiste en biologie clinique (en cas de prestations de l'art. 3 (☞ 8), de l'art. 24 et de l'art. 24bis) ou en anatomopathologie, et : (en cas de prestations de l'art. 32)			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
Le dispensateur est un médecin spécialiste en médecine nucléaire (en cas des 22 prestations de l'art. 24, qui sont analogues aux 22 prestations de l'art. 18, § 2 B, e) ou le dispensateur a une double qualification dont la biologie clinique (en cas de (☞ 8)prestations de l'art. 3, de l'art. 24 et de l'art. 24bis) ou en anatomopathologie, et : (en cas de prestations de l'art. 32)			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
Les médecins spécialistes dans une discipline autre que la biologie clinique ou l'anatomopathologie, et pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité (☞ 8)(seulement pour les prestations de l'art.3 et de l'art.24, pas pour l'art.24bis)	A	3	12 zéros
Les médecins généralistes pour les prestations de l'art. 3	A	3	12 zéros
Le dispensateur est un pharmacien ou licencié en sciences agréé pour les prestations de l'art. 3, de l'art. 24 (☞ 8)et de l'art. 24bis	A	1 ou 9	B

Rappelons en outre que, en vertu de l'A.R. du 16 décembre 1982, l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de la majorité des prestations de biologie clinique est subordonnée à la condition que ces prestations soient exécutées dans un laboratoire agréé.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Il s'agit du montant de la facture que l'organisme assureur doit transférer au compte financier A.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Voir enregistrement de type 80 zone 15.

Pour les maisons médicales, le montant total de la facture pour le patient concerné doit être mentionné dans cette zone.

RUBRIQUE : DATE DE LA FACTURE

LIBELLE :

La date de la facture individuelle doit être mentionnée dans cette zone (= date d'enregistrement de la facture concernée dans la comptabilité).

Cette zone doit être remplie seulement pour les prestations (aussi bien ambulants qu'hospitalisés) facturées par le gestionnaire de l'établissement (aussi bien les hôpitaux avec suppression de la facture individuelle papier que les hôpitaux sans SFP).

Cette zone ne doit donc pas être remplie pour les prestations facturées par le Conseil Médical d'un hôpital ou par d'autres prestataires/ institutions.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 100

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : HEURE DE SORTIE

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 5 N 0HHMM - 108

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 22.

