

# INAMI

---

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](mailto:Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be)

Nos références: 1804/CH/ADG/2011

**Bruxelles, le 28 juin 2011**

Madame,  
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie électronique – Edition 2006 – 27<sup>ème</sup> mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2006/27 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  
MISE A JOUR 2006/27 – Publication 28-06-2011**





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 2006/27**

**Pages à remplacer :**

- Annexes 9.4, 16.19 ;
- ET 20 Z 5, ET 50 Z 3 S 1, Z 4 S 3, S 4, S 5BIS, Z 14 S 1, S 3, Z 15 S 1.



**1. Utilisation des zones « intervention personnelle » et « supplément » - tableaux des honoraires, annexe 9.4.**

Dans le dernier tableau (implants), les colonnes marge de délivrance et marge de sécurité ont été déplacées pour éviter tout malentendu. En effet, sur le fichier de facturation, l'enregistrement « marge de sécurité » doit être mentionné avant l'enregistrement « marge de délivrance ».

**Date d'application:** Il s'agit d'une précision des instructions.

**2. Pathologie cardiaque P, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 1.**

L'art. 35, §11 de la nomenclature prévoit:

*Les prestations 684530 - 684541, 684375 - 684386, 685731 - 685742, 685753 - 685764, 685775 - 685786 et 685790 - 685801 ne sont remboursées que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose à la fois d'un service de diagnostic et de traitement médical et d'un service de chirurgie, respectivement agréés comme tels par l'autorité qui a la Santé publique dans ses attributions et pour autant que cet établissement hospitalier dispose également d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque » P.*

Cette règle est déjà d'application depuis le 1/12/2010 mais jusqu'à présent, aucun numéro d'agrément spécifique n'avait été créé pour le programme de soins pathologie cardiaque P.

Désormais, le numéro d'agrément « numéro de l'hôpital + 126 » devra être mentionné comme lieu de prestation pour la facturation des prestations susmentionnées.

**Date d'application:** Prestations effectuées à partir du 1/7/2011.

**3. Date d'admission lors d'une rééducation, ET 20 Z 5.**

Une précision est ajoutée dans l'ET 20 Z 5.

**Exemple :**

Début de rééducation (ambulant) : 08/12/2010

Hospitalisation dans l'hôpital : du 24/01/2011 au 05/02/2011 inclus.

Pour la période du 08/12/2010 au 23/01/2011 inclus : facture de type 6 avec 08/12/2010 comme date d'accord (ET 20 Z 20-21) et 00000000 comme date d'admission (ET 20 Z 5).

Pour la période du 24/01/2011 au 05/02/2011 inclus : facture de type 1 avec date d'admission = 24/01/2011 et facture de type 5 avec 24/01/2011 comme date d'admission et avec 08/12/2010 comme date d'accord dans l'ET 20 Z 20-21.

**Date d'application:** Date de publication de cette mise à jour.

#### **4. Implants colonne vertébrale – précision, ET 50 Z 3 S 1.**

Les prestations 700792-700803 et 700814-700825 avaient déjà, auparavant, été ajoutées dans la feuille « Z43 » de la liste « implants » et y avaient été indiquées avec la valeur « 1 ». Cela signifie qu'il s'agit de prestations avec un remboursement pour un ensemble de matériel et avec utilisation obligatoire des enregistrements statistiques avec norme 9 dans lesquels le code d'identification de chaque élément utilisé doit être indiqué.

A titre de précision et pour être complet, les prestations concernées sont maintenant également ajoutées dans la description du dernier tiret de l'ET 50 Z 3 S 1.

**Date d'application** : Il s'agit d'une précision des instructions existantes qui sont d'application pour les prestations exécutées à partir du 1/2/2011.

#### **5. Soins extra-muros dans le cadre de l'alimentation parentérale – convention art. 56, ET 50 Z 4 S 3, Z 14 S 3, Z 15 S 1.**

Suite à la nouvelle convention art. 56 pour l'alimentation parentérale, 4 nouveaux pseudo-codes ont été créés dans l'ET 50 Z 4 S 3.

**Date d'application** : Prestations exécutées à partir du 1/1/2011 (voir Circ. Hôp 2011/8 et Circ. OA 2011/209).

#### **6. Remboursement du matériel d'assistance ventriculaire (cœur artificiel), ET 50 Z 4 S 4.**

Suite à la nouvelle déclaration d'accord « remboursement du matériel d'assistance ventriculaire (cœur artificiel) » en application de l'art. 35, § 4, 5°, 2 nouveaux pseudo-codes ambulatoires (701035 et 701050) ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 4.

Le lieu de prestation doit être égal à « n°. Hôp + 122 » (programme de soins pathologie cardiaque T).

Les nouveaux pseudo-codes (701035 et 701050) seront repris dans la feuille « Z55-56 » (code de notification obligatoire) avec la valeur « 1 » = (pseudo-)code avec un remboursement pour un ensemble de matériel (des enregistrements statistiques avec norme 9 mentionnant le code notification propre de chaque élément utilisé doivent être indiqués)

**Date d'application**: Prestations exécutées à partir du 1/7/2011.

#### **7. Nouvelle convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables, ET 50 Z 4 S 5BIS**

Suite à cette nouvelle convention de rééducation, les libellés des pseudo-codes existants 691832-691843 et 691854-691865 ont été adaptés dans l'ET 50 Z 4 S 5BIS.

**Date d'application**: Prestations exécutées à partir 1/7/2011.

## 8. Pour rappel : suppression du pseudo-code de notification

Etant donné que sur le terrain, plus aucun problème relevant n'est signalé, la période transitoire, durant laquelle le pseudo-code de notification 99999999949 peut être utilisé, sera clôturée le 1/7/2011 comme prévu dans la mise à jour 2006/22.

**Date d'application:** Prestations exécutées à partir 1/7/2011.

## 9. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
272731	272801	5/04/2011	15/04/2011	01/05/2011

## 10. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
475075	475086	Code existant de l'art.11(*)		Mois facturé mai 2011
736831	736842	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011
736890	736901	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011

(\*) Désormais, une prestation relative doit être mentionnée pour indiquer que la prestation a été effectuée lors d'une intervention du SMUR (= 767056-767060) ou pas (= 767071-767082). (voir CIRC. HÔP. 2011/08 ; CIRC. PSY. 2011/04, CIRC. OA 2011/209).

## 11. Liste « implants »

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
736890	736901	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011

Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
689393	689404	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011
701035	701050	Pseudo-codes		01/07/2011
736853	736886	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011

Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
638610	638643	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011

## 12. Liste « codes erreur ».

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



### Annexe 9.3

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

E.T. 40 Z 4	Cat. SA, SA <sub>g</sub> , SA <sub>r</sub> , DA, MA prép. mag. catég. 2	Cat. SB, SB <sub>g</sub> , SB <sub>r</sub> , SC, SC <sub>g</sub> , SC <sub>r</sub> , SC <sub>s</sub> , SC <sub>s<sub>g</sub></sub> , SC <sub>s<sub>r</sub></sub> , SC <sub>s<sub>s</sub></sub> , DC, DC <sub>g</sub> , DC <sub>r</sub> , DC <sub>s</sub> , MB, MC, MC <sub>g</sub> , MC <sub>r</sub> + prép. mag. cat. 1 et 4 +oxygène : 0751030, 0751052 + mucos : 0755193 jusqu'à 0755333	Spéc. non remb. : 0751015 prép. magist. : 0750116 autres : 0960293	Petits risques indépendants avec assurance libre	Petits risques indépendants sans assurance libre (prestations effectuées avant le 1/1/2008)
E.T. 40 Z 19	montant O.A. = base rembourse.	montant O.A. = base remboursement - I.P.	0	montant O.A. (payé par l'assurance libre)	0
E.T. 40 Z 27	prix – base remboursements * ou partie portée en compte	(prix – base remboursement)* + I.P. ou partie portée en compte (1)	0	(prix – base remboursement)* + I.P. ou partie portée en compte (1)	0
E.T. 40 Z 30-31	0	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)
E.T. 40 Z 33	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
E.T. 40 Z 39	0	0 (1)	0	0 (1)	0
E.T. 40 Z 47	si existe	si existe	0	Si existe	0

\* en cas de spécialités de référence

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

## 1.3 Honoraires.

	Prestations entièrement remboursées	Prestations partiellement remboursées	Prestations partiellement remboursées où I.P. n'a pas été portée en compte par le prestataire	Prestations non remboursables ou services (codes 960...)
E.T. 50 Z 3	≠ 6,7 ou 9	≠ 6, 7 ou 9	≠ 6, 7 ou 9	0
E.T. 50 Z 19	montant O.A.	montant O.A.	montant O.A.	0
E.T. 50 Z 27	0	I.P. ou partie portée en compte	0	0
E.T. 50 Z 30-31	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)
E.T. 50 Z 33	0 ou 1	0 ou 1	1	0 ou 1

(☞4)

(☞5)

(☞6)

	Petits risques pour indépendants avec assurance libre (prestations effectuées avant le 1/1/2008)	Petits risques pour indépendants sans assurance libre (prestations effectuées avant le 1/1/2008)	Prestations hors réglementation tiers payant et il y a une facture O.A. en paiement comptant	Enr. stat. radio-thérapie, soins infirmiers, tuteurs coronaires
E.T. 50 Z 3	≠ 6, 7 ou 9	0	7	9
E.T. 50 Z 19	montant O.A. (payé par l'assurance libre)	0	0	0
E.T. 50 Z 27	I.P. réglementaire ou partie portée en compte	0	honoraires (I.P. incluse)	0
E.T. 50 Z 30-31	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	supplément éventuel, porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0
E.T. 50 Z 33	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0

(☞4)

(☞5)

(☞27)

(☞14)

	Implants art. 28, § 1	Implants art. 35 et 35bis	Marge de sécurité implants	Marge de délivrance implants
E.T. 50 Z 3	0 ou 6	0 ou 6	0	0
E.T. 50 Z 19	montant remboursé ou montant facturé si < montant remboursé	montant remboursé ou montant facturé si < montant remboursé	0	0
E.T. 50 Z 27	0	intervention personnelle réglementaire éventuelle	montant marge de sécurité	montant marge de délivrance
E.T. 50 Z 30-31	différence entre prix porté en compte et montant remboursé ou 0	0	0	0
E.T. 50 Z 33	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1

(☞1)

(☞1)

(☞ 22)			
	- service pathologie cardiaque B		: 120
	- service pathologie cardiaque B1		: 121
(☞ 3)	- service pathologie cardiaque T		: 122
(☞ 4)	- service pathologie cardiaque C		: 123
(☞ 6,7)	- service pathologie cardiaque E + B 3		: 124
(☞ 7)	- service pathologie cardiaque E sans B 3		: 125
(☞ 27)	- service pathologie cardiaque P		: 126
(☞ 6)	- première prise en charge des urgences		: 130
(☞ 6)	- soins urgents spécialisés		: 131
(☞ 12)	- programme de soins de médecine de la reproduction A		: 140
(☞ 12)	- programme de soins de médecine de la reproduction B		: 141
(☞ 12)	- centre de chirurgie robot-assistée		: 150
(☞ 13)	- centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3		: 151
(☞ 13)	- centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B3		: 152
(☞ 14)	- centre « moniteur cardiaque implantable »		: 153
(☞ 19)	- centre « stent valvulaire percutané implantable »		: 154
(☞ 26)	- centre « tuteur coronaire et drug eluting stent »		: 156
(☞ 18)	<u>Agrément banque de matériel corporel humain :</u>		
(☞ 14,18)	- pseudo-numéro d'agrément pour le matériel corporel humain étranger issu de l'UE		: 200
	- agrément valves cardiaques		: 210
(☞ 14)	- agrément tissus ophtalmiques		: 211
	- agrément épiderme		: 212
	- agrément système locomoteur		: 213
(☞ 14)	- agrément tissus tympano-ossiculaires		: 215
(☞ 14)	- agrément vaisseaux sanguins		: 216
(☞ 14)	- agrément autre matériel corporel humain destiné à des thérapies cellulaires		: 218
	- agrément kératinocytes		: 219
	- agrément membrane amniotique		: 220
(☞ 14)	- agrément cellules souches hématopoïétiques		: 221
(☞ 4, 14)	- agrément cellules souches provenant de sang ombilical		: 222
(☞ 14)	- agrément matériel corporel humain foetal et/ou de l'appareil reproducteur		: 223
(☞ 6)	<u>Agrément centres de dialyse :</u>		
	- 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. <u>MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ</u>		
	Dans ces cas, le code de compétence = 000.		
(☞ 4)	3. <u>MRPA, MRS</u>		
	- 1 <sup>ère</sup> position (MRPA – court séjour – institution non agréée, enregistrée)		
	• Si pas MRPA, pas court séjour et non enregistrée :		0
	• Si MRPA sans court séjour :		1
	• Si MRPA avec court séjour :		2
	• Si pas MRPA, mais bien enregistrée :		5
	- 2 <sup>ème</sup> position (MRS – MRScoma)		
	• Si pas MRS :		0
	• Si MRS :		1
	• Si MRS avec lits coma :		2
	- 3 <sup>ème</sup> position		0

4. Laboratoires

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

- (☞ 19) Ces groupes et la liste des codes qualification sont repris sur le site web de l'INAMI ([www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be) , Dispensateurs de soins, Laboratoires).

5. Rééducation fonctionnelle

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

6. Maisons médicales

La maison médicale travaille avec une équipe de :

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

(☞ 19) 7. Services ambulanciers agréés

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

(☞ 19) 8. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour

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

(☞ 22) 9. Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles

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

(☞ 24) 10. Numéros tiers payant – groupements de dispensateurs de soins

- médecine générale ou spécialisée, art dentaire : 100
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie : 110
- (☞ 26) - médecine générale ou spécialisée, art dentaire + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 101
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie +
- (☞ 26) praticien de l'art infirmier, obstétrique : 111
- kinésithérapie : 010
- (☞ 26) - kinésithérapie + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 011
- (☞ 26) - praticien de l'art infirmier, obstétrique : 001

---

**RUBRIQUE : DATE D'ADMISSION**

---

**LIBELLE :**

En cas de facture d'hospitalisation, cette date figure sur l'engagement de paiement (721 bis).

(☞ 5) En cas de rééducation interne et de séjours dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP, il s'agit de la date à laquelle le bénéficiaire est admis dans l'établissement concerné.

En cas de réadmission après interruption, il y a lieu d'indiquer la date de réadmission.

(☞ 27) Si un patient suit un traitement de rééducation ambulatoire et est brusquement admis dans l'hôpital qui est lié au centre de rééducation, alors, 2 factures sont établies pour la période durant laquelle le patient est hospitalisé : une avec type de facture 1 et ET 20 Z 5 = date d'admission dans l'hôpital et une avec type de facture 5 et ET 20 Z 5 = date d'admission dans l'hôpital et ET 20 Z 20-21 = date de début de l'accord du traitement de rééducation.

---

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

---

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

- Cette zone doit être mentionnée lorsqu'il s'agit de dépenses liées à un patient interne hospitalisé ou séjournant dans un centre de rééducation, dans une maison de repos ou de soins, dans une maison de repos pour personnes âgées, dans une maison de soins psychiatriques ou dans un établissement pour habitations protégées.

Type de facture = 1, 4 ou 5.

(☞ 9) - La mention de la date d'admission, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington.

- Cette zone doit être égale à zéro lorsqu'il s'agit de dépenses pour des prestations ambulatoires, salles de plâtres, forfait journalier ambulatoire ou rééducation externe.

Type de facture = 3, 6 ou 9.

- En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type de facture 1), la date d'admission doit être mentionnée prioritairement; lorsque la date d'admission n'est pas connue (par ex. demande biologie clinique ou anatomopathologie), une date au choix dans la période d'admission peut être mentionnée dans cette zone.

**RUBRIQUE : DATE DE SORTIE**

---

**LIBELLE :**

Cette zone doit être complétée s'il s'agit d'une facture qui clôture un séjour dans un établissement hospitalier, MRS, MRPA, MSP, IHP ou un établissement de rééducation.

Cette zone doit être complétée lorsque la "norme journées d'entretien" (ET 30 Z 3) est égale à 2 ou 9 en cas d'admission dans un hôpital.

En cas de rééducation interne, la date de sortie ne peut dépasser la période pour laquelle un accord est accepté.

---

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

---

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

En cas d'admission dans un hôpital, la date se trouve sur le document de fin d'hospitalisation (ex. 727).

Si cette date est mentionnée, celle-ci ne peut pas être antérieure à la date d'entrée.

(☞ 9) La mention de la date de sortie, lorsque le type de facture = 4 ou 5, n'est obligatoire que lorsque la facture se rapporte au forfait de séjour ou au forfait pour les prestations de rééducation ou au forfait dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington et lorsque la période de séjour est terminée.

En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type de facture 1), cette zone peut être égale à zéro.

**RUBRIQUE : NORME PRESTATION (POURCENTAGE)****LIBELLE :**

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9****REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Aide opératoire en cas de 1ère intervention chirurgicale ou de prestation interventionnelle principale sous contrôle d'imagerie médicale. Les 7 chiffres suivants du code de prestation contiennent le code de prestation pour lequel l'aide opératoire est portée en compte.
2	Aide opératoire en cas de 2ème intervention chirurgicale ou d'interventions chirurgicales suivantes. Les 7 chiffres suivants du code de prestation contiennent le code de prestation pour lequel l'aide opératoire est portée en compte.
(☞ 13) 4	Consultations, visites, suppléments d'urgence et indemnité supplémentaire de déplacement sans ticket modérateur dans le cadre de la vaccination contre la grippe AH1N1, où le ticket modérateur est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (honoraire complet dans la Z 19; Z 27 égale à zéro)
5	Pour la ou les intervention(s) chirurgicale(s) exécutée(s) au cours d'une même séance opératoire dans les champs nettement distincts de l'intervention principale ou pour des prestations pouvant être comptées à 50 % seulement.
6	Les matériaux de l'art. 28 et de l'art. 35 de la nomenclature pour lesquels le prix d'achat est inférieur au prix-INAMI, ne sont par conséquent, tarifés qu'au niveau du montant de la facture. Ce n'est pas valable pour les prestations reprises dans l'article 35, § 18, a)
7	Prestations hors réglementation tiers payant mais sont sur le support magnétique pour mémoire et une facture O.A. par paiement comptant suit.

- 9 - Pour les prestations de radiothérapie effectuées en plusieurs séances, le code prestation doit être repris autant de fois qu'il y a eu de séances; pour chaque code prestation, il y a lieu de reprendre la date de la séance (c.à.d. date de début = date de fin = date de prestation). Le tarif doit être mentionné dans l'enregistrement du dernier code prestation (code norme = 0, ou 5 en cas de répétition). Pour toutes les autres prestations, le code norme est égal à 9 et la zone 19 (montant O.A.) est mise à zéro. Les enregistrements avec le code norme 9 doivent être mentionnés sur le support magnétique dans une série continue et être immédiatement suivis par le dernier enregistrement de prestation avec le code norme 0.

(☞ 26)

Cas particuliers :

- Si la situation du patient ambulancier-hospitalisé change durant la période de prestation, alors le code de prestation (dans la Z 4) suit le statut du patient. Le type de facture (ambulancier ou hospitalisé) est déterminé par le statut du patient au dernier jour de la période (= enregistrement avec le code norme 0).

Le code service des enregistrements avec norme 9 peut être déterminé soit par le statut du patient à la date de la séance, soit par son statut au dernier jour de la période.

Pour les éventuels honoraires supplémentaires lors d'une série d'irradiations (ex :444496) le type de facture est déterminé par le statut du patient à la date à laquelle l'honoraire supplémentaire est facturé. Il est, donc, possible que le forfait pour la série d'irradiations soit facturé sur une facture hospitalisé et l'honoraire supplémentaire sur une facture ambulancier, ou inversement.

- Si l'assurabilité du patient change durant la période de prestation (modification CT1/CT2, modification de mutualité d'affiliation), alors tous les enregistrements avec norme 9, de même que l'enregistrement de facturation avec norme 0 sont mentionnés sur une même facture. La situation d'assurabilité du patient à la date de la dernière prestation est mentionnée sur cette facture.

- Pour les honoraires forfaitaires pour les soins infirmiers, l'enregistrement comportant le code nomenclature du forfait doit être précédé d'une série d'enregistrements dans lesquels, les prestations de base et les prestations techniques infirmières prestées durant le jour de soins concerné sont indiquées au moyen des pseudo-codes (voir art. 8, § 5, 3°, c et § 5 bis de la nomenclature).

Tous ces enregistrements avec les pseudo-codes susmentionnés doivent être indiqués par la norme 9; les zones 19, 27 et zone 30-31 sont alors toujours égales à zéro et la zone 17-18 indique le code nomenclature de l'honoraire forfaitaire complémentaire. Le contenu des zones 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 14 est identique dans chaque enregistrement indiqué par la norme 9 et est également égal aux zones correspondantes dans l'enregistrement de l'honoraire forfaitaire complémentaire.

L'honoraire forfaitaire est lui-même facturé au moyen de la norme 0.

(☞ 26,27)

- Pour les prestations 0687875-0687886 (tuteurs coronaires), 680352-680363 (tuteurs coronaires ou drug eluting stents) ou 0680315-0680326 (drug eluting stents), pour les prestations relatives aux endoprothèses (0687050 à 0687186(\*) inclus, 0683432 à 0683546(\*) inclus, 0634012 à 0634325 (\*\*\*) inclus) et pour les prestations 700792-700803 et 700814-700825 (implants colonne vertébrale), la facturation se fait comme suit:

\* le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents placés ou au nombre d'éléments utilisés + 1;

\* le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents ou égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du tuteur/drug eluting stents ou de l'élément utilisé;

\* le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire, la zone 22 est toujours égale à "+0001", les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;

\* le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant forfaitaire est facturé;

(☞ 3)

Attention: implantation sur plusieurs jours: voir instructions ET 50 Z 3 S 5 et Z 4 S 17

(☞ 13) (\*) du 01/01/2005 au 31/12/2009 inclus

(☞ 13) (\*\*\*) à partir du 01/01/2010

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(€ 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 relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		
(€ 12)5ter. Honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique		
- Honoraire de participation médecin généraliste	0783414	0783425
- Honoraire de participation médecin spécialiste	0783436	0783440
Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		
6. a) Bains désinfectants pour brûlures :		
- Global	-	0754526
- Brûlure isolée sur un des quatre membres	-	0754541
b) Nutrition parentérale au domicile du patient		
(€ 4) - Poches « à la carte » adultes	0751354	-
(€ 4) - Poches « à la carte » enfants	0751376	-
(€ 4) - Pré-mélanges industriels	0751391	-
(€ 4) - Poches « per dialytique »	0751413	-
c) Seringues d'insuline stériles	0754736	-
d) Alimentation entérale par sonde au domicile du patient		
(€ 4) - l'administration d'un produit polymérique	0751251	-
(€ 4) - l'administration d'un produit semi-élémentaire	0751273	-
(€ 4) - l'utilisation du matériel sans pompe	0751295	-
(€ 4) - l'utilisation du matériel avec pompe	0751310	-
(€ 4) - l'utilisation de la pompe	0751332	-
e) Prothèse capillaire en cas de		
- calvitie suite à une radiothérapie et/ou chimiothérapie antimétabolique	0755414	0755425
- pelade	0755436	0755440
(€ 9) - alopecie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire	0755451	0755462
(€ 9) - alopecie cicatricielle d'origine radiothérapeutique	0754154	0754165
(€ 13,27) f) Conventions art. 56		
- traitement des enfants avec aversion grave de l'alimentation orale	0751472	-
- formation et suivi alimentation parentérale à domicile		
- enfants de 0 à 17 ans inclus	0751435(*)	-
- autres bénéficiaires	0751450(*)	-
- formation (les 3 premiers mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751833	-
- formation (les 3 premiers mois) autres bénéficiaires	0751870	-
- suivi (à partir du 4 <sup>ème</sup> mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751855	-
- suivi (à partir du 4 <sup>ème</sup> mois) autres bénéficiaires	0751892	-
7. Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales	-	0700000
8. a) Article 35, catégorie 5 :		
• Neurostimulateur et accessoires implantés pour le traitement de mouvements irréguliers :		

(€ 27) (\*) Ces codes sont valables jusqu'au 31/12/2010 inclus.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 4

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 4) - neurostimulateur implanté	0698552	0698563
(☞ 4) - neurostimulateur implanté – Remplacement	0698574	0698585
(☞ 4) - électrode implantée (par pièce)	0698596	0698600
(☞ 4) - électrode implantée – Remplacement (par pièce)	0698611	0698622
(☞ 4) - électrode en cas de stimulation d’essai négative (par pièce)	0698633	0698644
(☞ 4) - extension (par pièce)	0698655	0698666
(☞ 4) - extension – Remplacement (par pièce)	0698670	0698681
(☞ 4) - programmeur	0698692	0698703
(☞ 14) - Neurostimulateur rechargeable implanté	0698876	0698880
(☞ 14) - Neurostimulateur rechargeable implanté - Remplacement	0698891	0698902
• Matériel pour assistance ventriculaire utilisé en cas de "bridge - to - transplant"	0684714	0684725
(☞ 27) Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d’un « bridge-to-transplant » pour un patient ambulant durant la première année de son assistance (par mois)	0701035	
(☞ 27) Tous les accessoires nécessaires pour faire fonctionner correctement le matériel pour assistance ventriculaire dans le cas d’un « bridge-to-transplant » pour un patient ambulant après la première année de son assistance (par mois)	0701050	
• Stimulateur du nerf vague		
- Stimulateur	0684810	0684821
- Electrode et accessoires	0684832	0684843
• Neurostimulateur en cas d’ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs		
- pour le neurostimulateur	0686232	0686243
- pour l’électrode	0686254	0686265
- pour l’extension	0686254	0686265
- pour l’électrode en cas de stimulation d’essai négative	0686276	0686280
- Neurostimulateur - Renouvellement en cas d'end of life	0688251	0688262
- Neurostimulateur - Renouvellement en cas d'infection	0688273	0688284
- Electrode et accessoires - Renouvellement en cas d'end of life	0688295	0688306
- Electrode et accessoires - Renouvellement en cas d'infection	0688310	0688321
(☞ 22) • Neurostimulateur en cas de trouble obsessionnel compulsif (TOC):		
- neurostimulateur	0697933	0697944
- électrodes et accessoires	0697955	0697966

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
(☞ 26) • Drug eluting stent coronaire	0686453 (**)	0686464 (**)
(☞ 7) • Moniteur cardiaque implantable et accessoires	0693910	0693921
(☞ 19) • Stent valvulaire percutané implantable placé dans le outflow tract du ventricule droit accessoires inclus	0691950	0691961
(☞ 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
(☞ 12) Ensemble du matériel de consommation pour l'exécution de la prostatectomie totale, y compris l'exérèse du bloc vésiculaire avec suture uréthro-vésicale par chirurgie robotisée endoscopique	0777114	0777125

(☞ 13) (\*) Ces pseudo-codes sont supprimés à partir du 1/1/2010 et ont été remplacés par des codes nomenclature dans l'art. 35, §1, H, catégorie 2.

(☞ 26) (\*\*)Supprimé à partir du 1/4/2011.

## Pseudo-code nomenclature

Ambulant Hospitalisé

## Libellé

Libellé	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
(☞ 11) - pour les prothèses de la parole (voir article 3, 3° de la Convention avec les fournisseurs d'implants).	0785352 (*)	0785363 (*)
(☞ 12) - défibrillateurs cardiaques implantables – compensation durée de vie	0699915	0699926
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.		
(☞ 12) Si le plafond est atteint et qu'aucune marge de délivrance ne peut être facturée, alors un enregistrement "marge de délivrance" est établi avec le montant dans la zone 27 égal à zéro et avec la norme 7.		
d) Renouvellement prématuré du stimulateur cardiaque	0684655	0684666
(☞ 11) e) 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
(☞ 27) Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie percutanée endoveineuse	0691832	0691843
(☞ 27) Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée en position épiscopiale par voie chirurgicale avec thoracotomie ou thoracoscopie	0691854	0691865
Supplément pour l'upgrading d'un défibrillateur cardiaque de resynchronisation	0691670	0691681
(☞ 12) Défibrillateur cardiaque implantable – compensation durée de vie	0699930	0699941
(☞ 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).		
(☞ 18) Pour l'ANMC, dans le cadre de REFAC, les documents doivent être transmis au point unique de contact.		
(☞ 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".		
(☞ 11) (*) La marge de délivrance est à charge de l'assurance maladie obligatoire. Le montant doit donc être mentionné dans <u>la zone 19</u> .		
(☞ 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		

---

**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.
- (☞ 20) - s'il s'agit de prestations de biologie clinique non remboursables (960035-960046), le numéro d'identification d'un laboratoire doit être mentionné pour autant qu'elles soient facturées par le laboratoire, sinon le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné.
- \* 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 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 B en association = n° INAMI de l'association + 120 (le numéro INAMI pour une association commence par les chiffres 715);

- (☞) - 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.
- (☞ 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
- (☞ 27) - prestations pour lesquelles un agrément path. cardiaque P est nécessaire = numéro de l'hôpital + 126
- 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<sup>(\*)</sup>) = 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.

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

- \* 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.

- (☞ 18)\* Le numéro d'identification de la banque de matériel corporel humain qui a délivré le matériel
- s'il s'agit d'une intervention dans la délivrance de matériel corporel humain.
- (Uniquement s'il s'agit de matériel belge ou de matériel étranger importé d'un pays hors UE)

Pour le matériel corporel humain issu d'un pays de l'UE, aucun agrément banque de matériel corporel humain n'est nécessaire. Dans ce cas, le "numéro de l'hôpital + 200" doit toujours être mentionné dans cette zone.

- (☞ 22) Pour les frais de transport entre la banque étrangère de matériel corporel humain et la banque agréée belge (pseudo-code 272650-272661), le même numéro d'agrément que celui du matériel importé doit être mentionné.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau reprenant la relation entre les différents pseudo-codes de l'AR du 02/06/2010 et le numéro d'agrément nécessaire pour la facturation de ce matériel corporel humain.

Pseudo-codes pour le matériel non importé		Pseudo-codes pour le matériel importé		Référence à la liste de l'annexe 1 de l'AR	Numéro d'agrément
DE	A	DE	A		
269290	269301	271471	271482	A 53°	210
269393	269404	271493	271504	A 2°	211
269415	269426	272694	272705	A 3°	211
269496	269625	272392	272521	A 4° à 10°	215
270351	270362	271515	271526	A 11°	212
270373	270465	272532	272602	A 54° à 57°	216
270550	270561	271530	271541	A 12°	212 ou 219
270572	270583	272635	272646	A 13°	220
270616	271062	271552	272005	A 14° à 36°	213
271073	271084	272016	272020	A 37°	213 ou 215
271095	271342	272031	272285	A 38° à 50°	213
271353	271364	272296	272300	A 51°	213 ou 215
271375	271423	272311	272366	B 1°, 2°	213
(☞ 26) 271434	271445	272370	272381	A 52°	213
272672	272683	272716	272720	A 1°	218
(☞ 26) 272731	272742	272753	272764	A 58°	220
(☞ 26) 272775	272786	272790	272801	A 59°	213

- (☞ 12,17) **Attention** : Pour toutes les prestations reprises sous le titre « greffes hématologiques » à l'art.20, §1, a) de la nomenclature, aucun numéro de banque de matériel corporel humain n'est mentionné. Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au numéro de l'hôpital (se terminant par « 000 »).

- \* Le numéro d'identification de la MRS, MRPA, MSP ou IHP
  - s'il s'agit de prestations effectuées dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.
- \* Le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée;
  - s'il s'agit de prestations effectuées sur le site de l'établissement hospitalier (tant pour les patients hospitalisés que pour les ambulants, également pour les patients séjournant dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP);
  - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la biologie clinique par admission ou par maxiforfait;

- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
- s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
- 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 ;

(☞ 13,27) - s'il s'agit des conventions art. 56 (0751472, 0751435 (\*\*), 0751450 (\*\*), 0751833, 0751855, 0751870 ou 0751892)

(☞ 9) - s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).

\* Le numéro d'identification du centre agréé pour la rééducation cardiaque;  
- s'il s'agit de prestations de rééducation pour patients cardiaques (0771201, 0771212, 0771223).

\* Le numéro d'identification de la maison médicale  
- s'il s'agit de prestations effectuées dans une maison médicale.

\* Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques ;

(☞ 5) - s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

(☞ 8,15) \* En cas de facturation du stimulateur du nerf vague (0684810-0684821, 0684832-0684843) et des électrodes pour localisation préopératoire des cibles en cas de l'épilepsie réfractaire (0698714-0698865), le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 12) \* En cas de facturation de la prestation 777114-777125, le numéro d'agrément du centre de chirurgie robot-assistée (numéro de l'hôpital + 150) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 13) \* Endoprothèses (aussi bien le matériel (art. 35) que l'acte médical (art.34)\*) :

- Prestations pour lesquelles seul un agrément endoprothèses est nécessaire :

Numéro de l'hôpital + 151 ou numéro de l'hôpital + 152

- Prestations pour lesquelles un agrément endoprothèses et un agrément pathologie cardiaque B3 sont nécessaires : Numéro de l'hôpital + 152

(☞ 14) \* En cas de facturation de la prestation 693910-693921, le numéro d'agrément du centre « moniteur cardiaque implantable » (numéro de l'hôpital + 153) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 19) \* En cas de facturation de la prestation 691950-691961, le numéro d'agrément du centre « stent valvulaire percutané implantable » (numéro de l'hôpital + 154) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 26) \* En cas de facturation des prestations 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886 de l'art. 35 et 687890-687901, 687912-687923 de l'art.35bis, le numéro d'agrément du centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » (numéro de l'hôpital + 156) 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

(☞ 26) matériel de consommation et des implants (art. 35 et 35bis). Cette règle ne s'applique pas aux tuteurs coronaires et drug eluting stents 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886, 687890-687901. Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au n° hôp +156, tandis que lieu de prestation de la prestation de base (589013-589024 ou 589035-589046) est égal au n° hôp + 120.

(☞ 16)(\*) S'il s'agit d'un acte médical issu de l'art.14, un numéro d'agrément spécifique doit seulement être rempli pour l'endoprothèse même (art.35), pas pour l'acte médical (art.14)

(☞ 27)(\*\*) Ces codes sont valables jusqu'au 31/12/2010 inclus

**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".

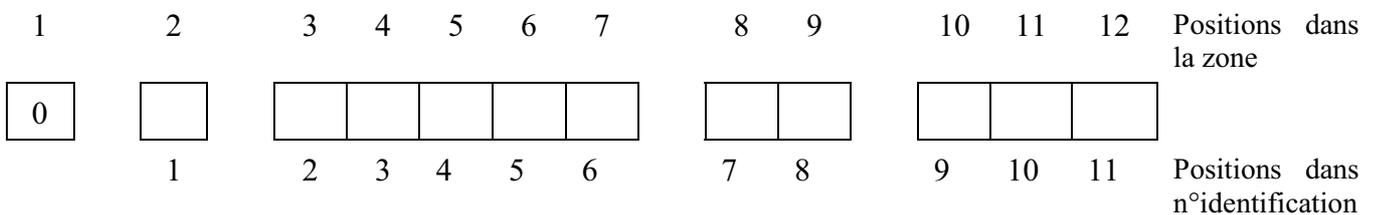
Ces règles ne sont pas d'application pour les praticiens de l'art infirmier.

- (☞ 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.
- (☞ 22) Cette zone est égale à zéro pour les forfaits 0109616, 0509611 et 0409614.
- (☞ 20) Si un dispensateur obtient une nouvelle qualification au cours d'un mois (ou d'un trimestre), les prestations effectuées avant la date d'obtention de cette nouvelle qualification doivent être facturées avec l'ancien numéro d'identification ; les prestations effectuées à partir de cette date doivent être facturées avec le nouveau numéro d'identification.

**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 :



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.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460784, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 700000 : pseudo-numéro dispensateur 01.00001.06.999

(☞ 7) de 0590166 à 0590332 : numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde.

de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176, 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : numéro du dispensateur (ou un des dispensateurs) qui a effectué les prestations de biologie clinique (respectivement les prestations de radiologie) de la prescription concernée.

0460703, 0460821 : numéro d'un radiologue de l'hôpital.

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : numéro du bandagiste.

(☞ 18) Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

(☞ 6,18) Numéro d'identification du médecin responsable de la banque de matériel corporel humain = coordinateur de la banque de matériel corporel humain.

Suppléments de l'art. 14 m) de la nomenclature relatifs aux transplantations

(☞ 4) Lorsque les codes 0269872 à 0269964 sont mentionnés dans la zone 4, le contenu de cette zone doit alors être égal à zéro.

(☞ 5) Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

Numéro du prestataire des implants.

Plâtre, lait maternel et bains désinfectants pour brûlures et suppléments

Lors de la facturation des bandes et autres matières plâtrées, du lait maternel, des bains désinfectants

(☞ 3) pour brûlures et pour tous les suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI, cette zone doit être mise à 0.

Fécondation in vitro (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860)

Numéro du prestataire.

(☞ 13) Alimentation parentérale (et interventions liées dans le cadre de l'art. 56)

(☞ 13,27) Lors de l'indication du code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751435(\*), 0751450(\*), 0751472, 0751833, 0751855, 0751870 ou 0751892 dans la zone 4, le contenu de cette zone est égal à 0.

(☞ 3) Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle

(☞ 7) Pour les prestations 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776473, 0776484, 0776495 et 0776506, cette zone doit être mise à zéro.

(☞ 12) Honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique

Pour les prestations 0783414, 0783425, 0783436 et 0783440, le numéro du prestataire (médecin généraliste ou médecin spécialiste) doit toujours être rempli.

(☞ 21) Frais de déplacement rééducation fonctionnelle (0771072 et les prestations reprises dans le point D) de l'ET 50 Z 4 S 2): cette zone est égale à zéro.

(☞ 9,20) Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente et transport urgent de malades dans le cadre de l'AR du 26/4/2009 (MB 8/5/2009)

Pour le pseudo-code 0793553 ou les pseudo-codes 0784416 à 0784486 inclus, cette zone doit être mise à zéro.

(☞ 9) Dialyse de détoxification (0761972-0761983): numéro du prestataire.

(☞ 12) Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

Numéro d'identification du médecin responsable de l'établissement de transfusion sanguine.

(☞ 16) Remarque : Pour la Croix Rouge Flamande, il s'agit du médecin responsable « local ».

(☞ 14) Assistance au sevrage tabagique

Numéro d'identification du prestataire concerné.

Si la prestation a été exécutée par un tabacologue sans numéro INAMI, alors le pseudo-code d'identification 2.99999.22.999 doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 27) (\*) Ces codes sont valables jusqu'au 31/12/2010 inclus.