

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/2017

Bruxelles, le 21 juin 2017.

Madame,
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie
électronique – Edition 2013 – 33^e mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2013/33 des instructions
susmentionnées.

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

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,
Directeur général.

**INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS,
AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES,
AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER
ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS
QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE
DES FICHIERS DE FACTURATION
ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 2013
MISE A JOUR 2013/33 – Publication 21-6-2017**



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

Service des soins de santé

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

MISE A JOUR 2013/33

Pages à remplacer :

- Annexe 16.16;
- ET 30 Z 4 S 14;
- ET 50 Z 4 S 3, S 14, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.

1. Projets “hospitalisation à domicile”, ET 50 Z 4 S 14, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.

Par analogie aux projets “accouchement avec séjour hospitalier écourté” (voir mise à jour 2013/27), 4 nouveaux pseudo-codes sont créés pour les projets hospitalisation à domicile (en vue d’identifier dans la banque de données IMA les patients traités dans ces projets et de pouvoir évaluer ces projets et de réaliser le contrôle des dépenses à posteriori).

Les hôpitaux qui participent à un tel projet introduiront :

- 1) un pseudo-code 793634-793645 ou 793671-793682 lorsque la prise en charge du patient dans le projet commence.

Les zones 5 et 6 reprennent la date de début de prise en charge dans le projet.

- 2) un pseudo-code 793656-793660 ou 793693-793704 lors de la fin de la prise en charge du patient dans le projet.

Les zones 5 et 6 reprennent la date de fin de prise en charge dans le projet.

Les zones montants (Z19, Z 27, Z30-31) ainsi que la zone 13 de l’enregistrement sont mises à zéro. Dans la Z 14, le numéro de l’hôpital est mentionné et dans la Z 15, le numéro du médecin qui suit le patient.

On profite de l’occasion pour aussi adapter les instructions concernant les pseudo-codes « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et prévoir que les zones 14 et 15 doivent être remplies.

Date d’application: date d’application des projets (probablement le 1/7/2017).

2. Convention « accompagnement de la transidentité », annexe 16.16, ET 30 Z 4 S 14.

Suite à la nouvelle convention de rééducation (avec numéro INAMI 7.76.2xx.xx), de nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l’ET 30 Z 4 S 14.

Date d’application: Prestations effectuées à partir du 1/10/2017.

3. Nutrition parentérale – administration d’électrolytes, ET 50 Z 4 S 3, Z 15 S 1.

L’AR du 23 avril 2017 (publié dans le MB du 10 mai 2017) modifiant l’AR du 20 juillet 2007 prévoit, à partir du 1/6/2017, une intervention de 30 EUR par jour pour l’administration d’électrolytes les jours où une alimentation parentérale n’a pas lieu.

Le nouveau pseudo-code 751951 est ajouté dans l’ET 50 Z 4 S 3.

Date d’application: Prestations effectuées à partir du 1/6/2017.

4. Liste “prescripteur”

Pas de modifications.

5. Liste « prestation relative »

Pas de modifications.

6. Liste « codes erreur »

Pas de modifications.

3. Maisons de repos et de soins (MRS)

- Etablissements qui dépendent de la Communauté flamande : 750
- Etablissements qui dépendent de la Communauté française : 751
- Etablissements qui dépendent de Bruxelles : 752
- Etablissements qui dépendent de la Communauté germanophone : 753

A partir du 01/04/2007, chaque établissement (MRPA-MRS) a un numéro INAMI unique (indépendamment des différentes reconnaissances).

Les 8 premières positions sont reprises de l'ancien numéro MRPA ; si pas de MRPA, l'ancien numéro MRS.

4. Centres de soins de jour (CSJ)

- Etablissements qui dépendent de la Communauté flamande : 755
- Etablissements qui dépendent de la Communauté française : 756
- Etablissements qui dépendent de Bruxelles : 757
- Etablissements qui dépendent de la Communauté germanophone : 758

5. Rééducation

- (☞ 10) - Centre de rééducation des paralysés cérébraux Arthur Regnier : 770
- Rééducation fonctionnelle motrice : 771
- Rééducation fonctionnelle psychosociale : 772
- Programme de rééducation fonctionnelle pour alcooliques et toxicomanes : 773
- Programme de rééducation fonctionnelle pour affections psychiques graves, troubles prématurés de l'interaction parents-enfant, troubles du spectre autistique : 774
 - entre 001 et 499 : rééducation fonctionnelle psychosociale d'enfants et d'adolescents souffrant d'affections psychiques graves
 - entre 501 et 599 : programme de rééducation fonctionnelle pour troubles prématurés de l'interaction parents-enfant
 - entre 601 et 999 : troubles du spectre autistique
- Programme de rééducation fonctionnelle pour enfants souffrant d'une pathologie médico-psychosociale grave : 775
- Rééducation fonctionnelle médico-psychosociale, affections respiratoires, centres de rééducation pédiatrique, unités de répit : 776
 - entre 001 et 099 : établissements de rééducation fonctionnelle pour rééducation fonctionnelle médico-psychosociale
- (☞ 9) • entre 101 et 199 : accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines
- (☞ 33) • entre 201 et 299 : accompagnement transidentité
- entre 501 et 599 : établissements pour enfants souffrant d'affections respiratoires
- entre 601 et 699 : centres de révalidation pédiatrique
- entre 701 et 999 : unités de répit
- Clinique de la mémoire : 778
- Programme de rééducation fonctionnelle pour malentendants : 779
- Oxygénothérapie à domicile : 781
 - entre 001 et 499 : services de pneumologie qui organisent l'oxygénothérapie à domicile
 - entre 501 et 999 : convention de rééducation fonctionnelle concernant les troubles respiratoires chroniques graves
- Services de rééducation fonctionnelle cardiaque
- Accompagnement médico-psychosocial lors de grossesse non désirée : 782
 - entre 101 et 500 : services de rééducation fonctionnelle cardiaque qui répondent aux conditions prévues dans l'AR du 10/01/1991
 - entre 501 et 599 : accompagnement médico-psychosocial lors de grossesse non désirée

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 10) - Conventions de rééducation médico-psycho-sociale avec les centres de référence VIH/SIDA (à partir du 1/8/2014):		
- forfait de base	0787754	0787765
- forfait annuel majoré	0787776	0787780
- 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): forf. annuel pour un bénéf. 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
(☞ 5) - Centres de références pour les troubles du spectre autistique		
- séance de diagnostic (1 heure)	0784571	0784582
- séance de coordination	0783635	0783646
- Centres de référence en néphrologie pédiatrique		
- prestation annuelle	0787511	0787522
- Clinique de la mémoire		
- Séance en clinique	0784512	0784523
- Séance à domicile (1ère séance)	0784534	-
- Séance à domicile (2e séance le même jour)	0784556	-
(☞ 9) - Accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines		
- Séance	0784593	0784604
- Opération de reconstruction (y compris l'anesthésie générale)	0784615	0784626
(☞ 33) - Accompagnement de la transidentité		
- Séance	0787916	0787920
- Entretien	0787931	0787942
- Forfait médicaments	0787953	0787964
(☞ 11) - Centre de coordination de l'hémophilie	0787813	0787824
(☞ 11) - Centres de références de l'hémophilie	0787791	0787802

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(29) 5squater. Convention diabète (enfants) (méthode de mesure par capteur)		
Journée de prestation groupe C – mesure par capteur	0788852	
Journée de prestation groupe B – mesure par capteur	0788815	
Journée de prestation groupe A – mesure par capteur	0788771	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785750	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785794	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785831	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785875	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785912	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785956	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785713	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785676	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785632	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785595	
Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 6 et le code service 770.		
6. a) Bains désinfectants pour brûlures :		
- Global	-	0754526
- Brûlure isolée sur un des quatre membres	-	0754541
b) Nutrition parentérale au domicile du patient		
- Poches « à la carte » adultes	0751354	-
- Poches « à la carte » enfants	0751376	-
- Pré-mélanges industriels	0751391	-
- Poches « per dialytique »	0751413	-
(33) - Forfait par jour pour l'administration d'électrolytes	0751951	-
c) Seringues d'insuline stériles	0754736	-
d) Alimentation entérale par sonde au domicile du patient		
- l'administration d'un produit polymérique	0751251	-
- l'administration d'un produit semi-élémentaire	0751273	-
- l'utilisation du matériel sans pompe	0751295	-
- l'utilisation du matériel avec pompe	0751310	-
- l'utilisation de la pompe	0751332	-
e) Prothèse capillaire en cas de		
- calvitie suite à une radiothérapie et/ou chimiothérapie antimitotique	0755414	0755425
- pelade	0755436	0755440
- alopecie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire	0755451	0755462
- alopecie cicatricielle d'origine radiothérapeutique	0754154	0754165
f) Conventions art. 56		
- traitement des enfants avec aversion grave de l'alimentation orale		
- pendant les 3 premiers mois	0751914	-
- à partir du quatrième mois et les mois suivants	0751936	-
- formation et suivi alimentation parentérale à domicile		
- 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 ^{ième} mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751855	-
- suivi (à partir du 4 ^{ième} mois) autres bénéficiaires	0751892	-
7. Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales	-	0700000

Ambulant Hospitalisé**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°

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.

L'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008) (forfaits médicaments PMA1, PMA2 et PMA3) n'a pas d'influence sur le compteur du nombre de cycles. Le compteur continue à marcher (n'est donc pas mis à zéro au 1/1/2009).

(☞27) Projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté »

Début de prise en charge dans le projet	0793590	0793601
Fin de prise en charge dans le projet	0793612	0793623

(☞33) Projet "hospitalisation à domicile"

Début de prise en charge dans le projet antibiothérapie	0793634	0793645
Fin de prise en charge dans le projet antibiothérapie	0793656	0793660
Début de prise en charge dans le projet traitement oncologique	0793671	0793682
Fin de prise en charge dans le projet traitement oncologique	0793693	0793704

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

Montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent

(☞5) par ambulance (d'application à partir du 1/10/2013)

0793575

Transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009)

Forfait pour les 10 premiers km	0784416	0784420
Intervention à partir du 11 ^e jusqu'au 20 ^e km inclus	0784431	0784442
Intervention à partir du 21 ^e km	0784453	0784464
Intervention par paire d'électrodes	0784475	0784486

Convention dialyse hépatique

Dialyse de détoxification: élimination des toxines hydrosolubles et des toxines liées à l'albumine

0761972 0761983

(☞29) Assistance au sevrage tabagique (AR 31/8/2009, MB 15/9/2009) (plus facturable pour les patients domiciliés dans la région flamande à partir de la date de prestation 1/1/2017)

Première séance	0740434	0740445
Séances suivantes	0740456	0740460
Séances femmes enceintes	0740471	0740482

RUBRIQUE : DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17**

Il s'agit de la date à laquelle la prestation a été effectuée, ou la date à laquelle une série de prestations a débuté.

La facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 est seulement possible pour les honoraires de surveillance (art. 25, §1). Les autres séries de prestations doivent toujours être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation et date de début = date de fin et nombre d'unités = 1).

En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de début de période doit être transmise.

Pour la biologie clinique, la médecine nucléaire in vitro, l'anatomopathologie et les examens génétiques (aussi bien pour les honoraires forfaitaires par prescription (AR 24/9/1992) que pour les prestations techniques), il faut reprendre dans cette zone la date de prélèvement de l'échantillon.

- (☞ 2) Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est égale à la date de réception de la prescription.

Pour les forfaits « genetic counseling », la date du rapport final doit être mentionnée.

- (☞ 32) Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Pour les maisons médicales, le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans

- (☞ 28) cette zone pour les (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614 et 0109594.

- (☞ 28) Pour le code 0102852(*), la date est égale à AAAA0101 et pour les codes 0103272(**) et 0103294(**), la date est égale à AAAA0401.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : date de la prescription;

Honoraires forfaitaires biologie clinique par admission ou par jour donnant droit à un maxiforfait ou à un forfait hôpital de jour (art.24,§2 de la nomenclature) : date d'admission ou date d'admission (transfert) dans le premier service qui entre en compte pour la facturation du forfait ou date maxiforfait ou forfait hôpital de jour;

0590310, 0590332: date maxiforfait ou forfait hôpital de jour ou hôpital chirurgical de jour ;

0590181, 0590203, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : date d'admission, ou date d'admission (transfert) dans le premier service aigu qui entre en compte pour la facturation du forfait;

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : date de prestation.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).

Date d'utilisation comme greffe (= date de l'implantation).

Intervention dans le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. du 20/04/2010)

La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

- (☞ 27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile »

793590-793601, 793634-793645 ou 793671-793682: date de début de prise en charge dans le projet.

793612-793623, 793656-793660 ou 793693-793704 : date de fin de prise en charge dans le projet

- (☞ 28) (*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/1/2017.

- (☞ 28) (**) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/4/2016.

RUBRIQUE : DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25**

Il s'agit de la date à laquelle une série de prestations a pris fin.

Les séries de prestations doivent toujours être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation et date de début = date de fin et nombre d'unités = 1).

La facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 est seulement possible pour les honoraires de surveillance (art. 25, §1). Dans ce cas, si une modification est intervenue dans le prix unitaire de l'intervention au cours de la période (date début – date fin), la facturation doit s'effectuer via 2 ou de plusieurs enregistrements (un enregistrement par prix unitaire).

En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de fin de période doit être transmise.

S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'exams génétiques (aussi bien pour les honoraires forfaitaires par prescription (AR 24/9/1992) que pour les prestations techniques), il y a lieu d'indiquer dans cette zone la date de prélèvement de l'échantillon.

- (☞ 2) Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est égale à la date de réception de la prescription.

Pour les forfaits « genetic counseling », la date du rapport final doit être mentionnée.

- (☞ 32) Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Pour les maisons médicales, le dernier jour du mois facturé (AAAAMMJJ) doit être mentionné dans cette zone pour les codes 0109616, 0509611, 0409614.

- (☞ 28) Pour le code 0102852 (*), la date est égale à AAAA0101 et pour les codes 0103272 (**) et 0103294 (**), la date est égale à AAAA0401.

- (☞ 28) Pour le pseudo-code 0109594, date fin = date début.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

date fin = date début.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).

Date de signature de l'attestation concernant l'utilisation du matériel comme greffe.

Intervention dans le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. 20/04/2010)

La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

- (☞ 27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile »
793590-793601, 793634-793645 ou 793671-793682: date de début de prise en charge dans le projet.
793612-793623, 793656-793660 ou 793693-793704: date de fin de prise en charge dans le projet.

Remarques :

1. Une date-fin doit toujours être mentionnée, même lorsqu'elle est égale à la date-début.
2. Pour les soins infirmiers, la date de fin est toujours égale à celle du début.

- (☞ 28) (*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/1/2017.

- (☞ 28) (**) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/4/2016.

RUBRIQUE : CODE SERVICE**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53**

(☞5,31) 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, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, dialyse rénale dans un hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3, forfait manipulation cathéter à chambre 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 du (pseudo-)service où le patient séjournait au moment de la prescription.

(☞ 6) Cette règle est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/1/2014 inclus.

(☞ 2) S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examens génétiques (aussi bien l'honoraire forfaitaire par prescription que les prestations techniques), il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service du (pseudo-)service où le patient séjournait à la date reprise dans les zones 5 et 6.

(☞ 5) S'il s'agit de prestations effectuées pour un nouveau-né alors que la mère séjourne dans l'hôpital (valeur 2, 3, 4 ou 5 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).

* 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.

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

* Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

(☞ 9) 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591076, 0591091, 0591113, 0591135, honoraires forfaitaires par prescription pour biologie clinique ambulatoire (AR 24/9/1992) : 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.

0590310 et 0590332 : pseudo-code service journée d'entretien forfaitaire ou code service 320 ou pseudo-code service 002 (patients hospitalisés dans un autre établissement)

(☞ 9) 0590181, 0590203, 0591080, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 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 à des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné (sauf pour les prestations non remboursées par l'assurance maladie pour lesquelles le code service = 000)

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

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

(☞ 29) * Pour les prestations R30-R60, les défibrillateurs cardiaques implantables, les forfaits méthode mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants), le code service 770 doit toujours être utilisé.

* Pour l'honoraire de disponibilité pendant les absences à visée thérapeutique (0597704): le code service du service où le patient séjournait avant son départ en congé thérapeutique doit être mentionné dans cette zone.

* En cas de transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), cette zone est égale à zéro.

(☞ 16) * Pour le code ambulatoire 599970, le code service 190 doit être mentionné. La nomenclature prévoit explicitement que la prestation doit être effectuée dans le service N* (code service 190).

(☞27,33)* Pour les pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 et 793693-793704 (Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile »), cette zone est égale à zéro.

- * 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).
- (☞ 33) * S'il s'agit des projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » ou « hospitalisation à domicile » (793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 et 793693-793704), le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné dans cette zone.
- * S'il s'agit du montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (pseudo-code 793575), le numéro d'identification du service ambulancier agréé ou, dans le cas d'une intervention du SMUR, le numéro de l'hôpital qui facture, doit être mentionné dans cette zone.
- * S'il s'agit du transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), le numéro d'identification du service ambulancier agréé doit alors être mentionné dans cette zone.
- * S'il s'agit des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.
- * Le numéro d'identification de l'établissement de transfusion sanguine agréé qui a délivré le sang total humain ou les produits sanguins labiles s'il s'agit d'une intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles
- * S'il s'agit de prestations de l'article 9 de la nomenclature (accouchements) exécutées en milieu hospitalier, le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée doit alors être mentionné dans cette zone.
- (☞ 23) * Le numéro de l'hôpital + 000 s'il s'agit d'un examen SPECT exécuté intra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT.
- (☞ 23) * S'il s'agit d'un examen SPECT exécuté extra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT, cette zone est mise à zéro.

(☞ 23) Produits radiopharmaceutiques

- * Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 699215-699226 (jusqu'au 31/5/2015 inclus) ou 745953-745964, 746196 à 746465 inclus, 746476 à 746480 inclus, 746491 à 746686 inclus, 746712 à 746885 inclus, 746896 à 746922 inclus, 746970 à 747143 inclus, 747176 à 747224 inclus, 747250 à 747482 inclus, 747515 à 747541 inclus, 747552 à 747563 inclus, 747574 à 747585 inclus, 747611 à 747622 inclus, 747655 à 747666 inclus, 747751 à 747762 inclus, 747795 à 747821 inclus, 747876 à 747880 inclus, 747891 à 747902 inclus, 747935 à 748005 inclus, 748031, 748042, 748053, 748064, 748075 à 748123 inclus, 748171 à 748263 inclus, 748274 à 748344 inclus, 748355 à 748381 inclus, 748414 à 748521 inclus utilisés pour effectuer une tomographie à positrons.
- (☞ 24) 748064, 748075 à 748123 inclus, 748171 à 748263 inclus, 748274 à 748344 inclus, 748355 à 748381 inclus, 748414 à 748521 inclus utilisés pour effectuer une tomographie à positrons.
- (☞ 28,29) 748064, 748075 à 748123 inclus, 748171 à 748263 inclus, 748274 à 748344 inclus, 748355 à 748381 inclus, 748414 à 748521 inclus utilisés pour effectuer une tomographie à positrons.
- (☞ 30) inclus, 748414 à 748521 inclus utilisés pour effectuer une tomographie à positrons.
- * Numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit du forfait 747913-747924

(☞ 23) AR 26/5/2016 (MB 31/5/2016)

- * Le numéro du laboratoire du centre agréé de génétique humaine s'il s'agit de prestations de l'art. 33 de la nomenclature (565014 à 565600 inclus, 588674-588685, 588711-588722)
- * Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) s'il s'agit des prestations 458452-458463, 458570 à 458603 inclus, 458673-458684, 458732-458743, 458813 à 458905 inclus, 459550 à 459642 inclus, 459675-459701
- * Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) ou + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 459874 à 459922 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 111 (tomographe à résonance magnétique) s'il s'agit des prestations 459395 à 459546 inclus, 459830-459841
- * Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 442676 à 442761 inclus, 442971- 442982
- * Le numéro de l'hôpital + 113 (service de radiothérapie) s'il s'agit des prestations 444113 à 444242 inclus, 444290 à 444323 inclus, 444356 à 444603 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 229655-229666, 589190-589201, 589632-589643

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

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

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

Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

Numéro du prestataire des implants.

(23) Plâtre, lait maternel et bains désinfectants pour brûlures

Lors de la facturation des bandes et autres matières plâtrées, du lait maternel, des bains désinfectants pour brûlures, cette zone doit être mise à 0.

(23) Produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I.

Pour les produits, prestations et services non remboursables, cette zone doit être égale à 0.

(26) Exception: pour le pseudo-code 960035-960046 (prestations de laboratoire non remboursables), le dispensateur de soins doit obligatoirement être mentionné.

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

Numéro du prestataire.

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

(33) Lors de l'indication du code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936 ou 751951 dans la zone 4, le contenu de cette zone est égal à 0.

Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle

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

(29) Prestations mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants)

Pour les prestations du point 5quater dans l'ET 50 Z 4 S 3, cette zone doit être mise à zéro.

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.

Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente, décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance et le transport urgent de malades dans le cadre de l'AR du 26/4/2009 (MB 8/5/2009) :

Pour le pseudo-code 0793553 ou 0793575 ou les pseudo-codes 0784416 à 0784486 inclus, cette zone est égale à zéro.

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

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.

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

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.

Convention "genetic counseling": Numéro d'identification du médecin spécialiste habilité à attester les forfaits.

(26) Convention reconstruction mammaire: Numéro d'identification du médecin spécialiste qui est habilité à attester les prestations (voir liste des prestataires habilités sur le site Web de l'INAMI).

(27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » (pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 et 793693-793704) : numéro d'identification du médecin qui suit le patient.

(8) Implants (à partir du 1/7/2014) (AR du xx/xx/2014):

Catégorie I = implants, Catégorie II = dispositifs médicaux invasifs

- Catégorie A : remboursés sur la base du prix individuel lorsqu'ils sont repris sur une liste nominative
 Catégorie B : remboursés de façon non-forfaitaire sans être repris sur une liste nominative et si le prix ne dépasse pas la marge de sécurité
 Catégorie C : remboursés de façon non forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative (une marge de sécurité est fixée)
 Catégorie D : remboursés de façon forfaitaire sans être repris sur une liste nominative
 Catégorie E : remboursés de façon forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative
 Catégorie F : remboursés sur base du prix de vente TVA incluse (fixé par le CMD)
 Catégorie G : remboursés dans le cadre d'une "Application Clinique Limitée"
 Catégorie H : remboursés dans le cadre d'un contrat conclu avec l'INAMI

Information statistique relative aux honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, en cas de pseudo-codes de l'art. 8, § 5, 3°, c avec la norme 9, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

(27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile »: en cas de pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 ou 793693-793704 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

Lait maternel (pseudo-code 695052-695063).

Base légale (art. 3 de l'AR du 21 mai 1987 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité intervient dans le coût des bandes et autres matières plâtrées et du lait maternel) :

L'intervention de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité dans le coût du lait maternel est fixée comme suit :

- a) pour une quantité de 200 ml ou moins, l'assurance rembourse la différence entre le prix de base, qui est de 0,32 EUR/10 ml, et l'intervention forfaitaire de 0,30 EUR à charge du bénéficiaire;
 b) par tranche de 20 ml supplémentaire, l'intervention de l'assurance est fixée à 0,62 EUR

Règles de calcul

- Le nombre de millilitres est arrondi vers le bas, par tranche :
 p.ex 188 ml → pour le calcul : 180ml : 18 tranches de 10 ml (8 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)
 p.ex 233 ml → pour le calcul : 220 ml : 20 tranches de 10 ml et 1 tranche de 20 ml (13 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)
 En dessous de 200ml, il y a, donc, des tranches de 10 ml et au dessus de 200ml des tranches de 20 ml.
- L'intervention personnelle est de 0.30 euro, seulement pour la première tranche de 200ml. Pas d'intervention personnelle pour les tranches au dessus de 200 ml.
- Cas particulier : quantité > 9 999 ml : la facturation doit être scindée en différents enregistrements (vu que la zone 22 ne compte que 4 positions)

(☞ 8)

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 27 SUIITE 1

- (☞ 8) Pour les implants avec des listes nominatives, le montant exact de la marge de délivrance et de la marge de sécurité est publié par l'INAMI dans les listes concernées.
Pour les implants sans listes nominatives, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies vers le bas.
Si plusieurs implants sont facturés via un seul enregistrement (pas possible pour certains implants, voir ET 50 Z 22 S1), alors, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies par unité et ensuite multipliées par le nombre d'unités.
- (☞ 7) La marge de délivrance pour les défibrillateurs cardiaques implantables (à partir du 1/1/2014) doit toujours être calculée sur base des montants de base des tranches, également dans le cas d'un(e) appareil/électrode après la liquidation complète de l'enveloppe (appareil/électrode à 1€) ou dans
- (☞ 11) le cas de la dernière tranche ou dans le cas d'un remplacement sous garantie.

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

- (☞ 27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile »: en cas de pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 ou 793693-793704 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT OU MONTANT POUR PRODUITS, PRESTATIONS OU SERVICES NON-REMBOURSABLES

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

Dans cette zone, il y a lieu de mentionner les montants portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée, en surplus des tickets modérateurs réglementaires.

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.

- (☞22) Les montants portés en compte pour les produits, prestations ou services non-remboursables, dont les pseudo-codes sont publiés dans l'enregistrement de type 50 zone 4 suite 15, doivent être mentionnés dans cette zone.

Transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009)

La différence entre le montant facturé (les tarifs maximums sont fixés dans l'AR du 7/4/1995) et l'intervention de l'assurance est mentionnée dans cette zone.

Implants :

- (☞4,8) - Aucun supplément ne peut être imputé et mentionné dans cette zone sauf pour les prestations figurant à l'art. 28, § 1 (jusqu'au 30/6/2014 inclus) et pour la prestation « cortex osseux » (jusqu'au 30/6/2014 inclus : 735276-735280 ; à partir du 1/7/2014: 167694-167705).
- A partir du 1/5/2010, les implants non remboursables (pseudo-code 960234-960245) peuvent, seulement, être facturés au patient s'ils sont notifiés (le code de notification doit être mentionné dans la zone 55-56).

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

- (☞27,33) Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile » : en cas de pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623, 793634-793645, 793656-793660, 793671-793682 ou 793693-793704 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

(☞22) Dentistes:

Les montants qui sont facturés (au patient) pour les ancrages mécaniques lors de soins conservateurs sont mentionnés dans cette zone.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.