

**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 2021  
MISE A JOUR 2021/17 – Publication 28-11-2023**



INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE  
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963  
AVENUE GALILEE 5/1 – 1210 BRUXELLES

---

Service des soins de santé

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

**MISE A JOUR 2021/17**

**Pages à remplacer :**

- Annexes 16.19, 25.1, 25.3, 25.10;
- ET 10 Z 10;
- ET 20 Z 5;
- ET 50 Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 3, S 4, S 5, Z 15 S 1, Z 23.

## 1. Convention "obésité chez les enfants", annexe 16.19, ET 50 Z 5, Z6a-6b, Z 14 S 5, Z 15 S 1.

La convention "Obésité chez les enfants" est conclue avec un certain nombre de Centres Pédiatriques Multidisciplinaires de prise en charge de l'Obésité (CPMO).

Ces centres reçoivent un numéro d'agrément "numéro hôpital + 195".

La convention prévoit un certain nombre de prestations (pseudo-codes), qui doivent toutes être facturées dans l'enregistrement de type 50, avec le type de facture 3 (facture ambulatoire) (un code hospitalisé est également prévu pour 2 prestations ; celles-ci peuvent donc également être facturées lors d'une hospitalisation, avec le type de facture 1).

Vous trouverez ci-dessous un aperçu de la manière de remplir les principales zones du fichier de facturation.

### Patient avec contrat de trajet de soins (art.10 et 11)

Pseudo-code	Libellé court	Qui facture?	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
400632-400643	Forfait trimestriel	Hôpital	Z 5 = Z 6 = date de fin de la période à laquelle se rapporte le forfait	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	Numéro hôp. + 195	Non
400654	Forfait annuel pour le médecin généraliste ou le pédiatre	Médecin généraliste ou pédiatre (eFact) (ou hôpital *)	Z 5 = Z 6 = n'importe quelle date dans l'année calendrier	Médecin généraliste ou pédiatre	Zéro (ou n° de l'hôpital auquel le pédiatre est affilié *)	Non

\* si le pédiatre ne travaille pas dans un cabinet privé mais est rattaché à un hôpital autre que celui du CPMO

### Patient sans contrat de trajet de soins (art.12)

Pseudo-code	Libellé court	Qui facture?	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
400676-400680	Conseil/ soutien au 1 <sup>er</sup> niveau par le pédiatre, affilié à un CPMO	Hôpital	Date du conseil au 1 <sup>er</sup> niveau	Pédiatre	Numéro hôp. + 195	Oui
104090	Prise en charge par le pédiatre, affilié à un PMOC	Hôpital	Date de la prise en charge	Pédiatre	Numéro hôp. + 195	Oui
400691	Forfait pour les conseils complémentaires d'un kiné, psychologue, diététicien	Hôpital	Date du conseil complémentaire du dernier prestataire de soins	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	Numéro hôp. + 195	Oui

Ces instructions sont intégrées dans la description des zones 5-6 (date de prestation), 14 (lieu de prestation) et 15 (prestataire) et dans la liste "prescripteur" (voir également le point 8 ci-dessous).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/12/2023.

## 2. Lecture eID hôpitaux, annexes 25.1, 25.3, 25.10, ET 10 Z 10.

Il est précisé, dans la première phrase de l'annexe 25.1 (scope), que l'hôpital militaire (719) est également concerné.

La liste des exceptions (prestations qui ne nécessitent pas la mention de l'enregistrement 21) est complétée par un certain nombre de prestations.

Le calendrier est mis à jour : l'obligation prendra effet le 1/4/2024 (au lieu du 1/1/2024).

Dans l'ET 10 Z 10, il est précisé que la valeur 9 doit être mentionnée en cas de participation à la phase monitoring. Cela avait déjà été convenu et publié dans la Circ. Hôp. 2022/06add et la Cir. Psy. 2022/03add du 24/5/2022, mais est maintenant également repris dans les instructions elles-mêmes.

### 3. Hospitalisation à domicile – précision, ET 20 Z 5.

Il est précisé que la zone “date d’admission” doit être égale à zéro en cas de type de facture 7 (hospitalisation à domicile).

### 4. Lieu de prestation coronarographie, ET 50 Z 14 S 3.

Une modification de l'AR du 26/5/2016 portant exécution de l'art 64 de la Loi est en préparation et ajoutera rétroactivement (à partir du 1/4/2023) les prestations 590251-590262 et 590273-590284 à la liste des prestations nécessitant un agrément pathologie cardiaque B (120) ou B1 + B2 (127).

Dans l'attente de la publication de l'AR, les instructions de facturation sont déjà modifiées pour rendre obligatoire la mention du « numéro de l’hôpital + 120 » ou « numéro de l’hôpital + 127 » dans la zone « lieu de prestation ».

Date d’application: Prestations effectuées à partir du 1/11/2023.

### 5. Lieu de prestation implants, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 3, S 4.

Suite à l’AM du 21/9/2023 (MB du 16/10/2023, Numac 2023043379), les prestations 181414 à 181580 sont ajoutées à la liste des prestations pour lesquelles un agrément « numéro hôpital + 122 » (pathologie cardiaque T) est exigé.

Suite à l’AM du 13/10/2023 (MB du 19/10/2023, Numac 2023043112), l’agrément 171 (centre «capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose») et les prestations 174370 à 174521 sont supprimés.

Date d’application: Prestations effectuées à partir du 1/11/2023.

### 6. Dérogation nombre maximal, ET 50 Z 23.

Dans l'attente de nouvelles discussions, la nouvelle valeur "05" (autre prélèvement en cas de biologie clinique, d'anatomo-pathologie et de génétique), qui était prévue à partir du 1/4/2024, sera retirée pour le moment.

### 7. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés			
De	À	Numac	Date d’application
101673	101732	Codes nomenclature existants art. 37 (consultations à distance) (*)	1/4/2024
182114	182125	2023043380	1/11/2023

(\*) Si la condition de l'art. 37, §3, e), 1<sup>er</sup> alinéa ("*Le médecin a une relation de traitement existante avec le patient.*") n'est pas remplie, l'un des pseudo-codes suivants doit être mentionné comme prestation relative pour indiquer qu'une dérogation au 1<sup>er</sup> alinéa s'applique :

766975 : si le patient a été référé par un médecin à un médecin spécialiste

766990 : si la consultation a eu lieu pendant le service de garde organisé pour les médecins généralistes

**8. Liste « prescripteur ».**

<b>Codes ajoutés</b>			
<b>De</b>	<b>À</b>	<b>Numac</b>	<b>Date d'application</b>
104090	104090	Pseudo-codes convention obésité chez les enfants	1/12/2023
400676	400691		1/12/2023

**9. Liste « zone 23 ».**

Pas de modifications.

**10. 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.

**11. Liste « membre traité ».**

<b>Codes ajoutés</b>			
<b>De</b>	<b>À</b>	<b>Numac</b>	<b>Date d'application</b>
202112	202145	2023045433	1/12/2023

-	service pathologie cardiaque B	: 120
-	service pathologie cardiaque B1	: 121
-	service pathologie cardiaque B1 +B2	: 127
-	service pathologie cardiaque T	: 122
-	service pathologie cardiaque C	: 123
-	service pathologie cardiaque E + B 3	: 124
-	service pathologie cardiaque E sans B 3	: 125
-	service pathologie cardiaque P	: 126
-	premier accueil des urgences	: 130
-	soins urgents spécialisés	: 131
-	fonction service mobile d'urgence	: 132
-	programme de soins de base en oncologie	: 133
-	programme de soins d'oncologie	: 134
-	programme de soins d'oncologie	: 134
(☞9, 13)	agrément soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein (jusqu'au xx/xx/202x)	: 135
(☞13)	agrément clinique du sein coordinatrice	: 136
(☞13)	agrément clinique du sein satellite	: 137
-	programme de soins de médecine de la reproduction A	: 140
-	programme de soins de médecine de la reproduction B	: 141
-	centre de chirurgie robot-assistée (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 150
-	centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3	: 151
-	centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B	: 152
-	centre « moniteur cardiaque implantable » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 153
-	centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 154
-	centre d'expertise pour patients comateux	: 155
-	centre « tuteur coronaire et drug eluting stent »	: 156
-	centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 157
-	centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 158
-	centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (jusqu'au 30/4/2016 inclus)	: 159
-	centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 160
-	centre « neurostimulateurs en cas de Parkinson et de tremblements essentiels »	: 161
-	centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 162
-	centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales »	: 163
-	centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage »	: 164
-	centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (à partir du 1/8/2016)	: 165
-	centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (à partir du 1/8/2016)	: 166
-	centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique » (à partir du 1/8/2016)	: 167
-	centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)	: 168
-	centre « fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire » (à partir du 1/1/2017)	: 169
-	centre « tige magnétique allongeable » (Magec)	: 170
(☞17)	centre « capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose » (jusqu'au 31/10/2023 inclus)	: 171
-	centre « neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de CRPS »	: 172
-	centre « valves endobronchiques unidirectionnelles »	: 173
(☞2)	centre « implants pour le traitement de l'incontinence fécale »	: 174
(☞7)	centre « neurostimulateurs des dysfonctionnements des voies urinaires inférieures »	: 175
(☞13)	centre « neurostimulation du nerf hypoglosse en cas de l'apnée obstructive du sommeil »	: 176
-	agrément convention reconstruction mammaire	: 190
-	agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose seulement du programme de soins médecine de la reproduction B)	: 191
-	agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose du programme de soins médecine de la reproduction B et répond aux normes du programme de soins en hémato-oncologie pédiatrique)	: 192
-	agrément convention chirurgie complexe pancréas	: 193
-	agrément convention chirurgie complexe œsophage	: 194
(☞17)	agrément convention obésité chez les enfants	: 195

#### Agrément banque de matériel corporel humain :

-	pseudo-numéro d'agrément pour le matériel corporel humain étranger issu de l'UE	: 200
-	agrément valves cardiaques	: 210
-	agrément tissus ophtalmiques	: 211
-	agrément épiderme	: 212
-	agrément système locomoteur	: 213
-	agrément tissus tympano-ossiculaires	: 215
-	agrément vaisseaux sanguins	: 216
-	agrément autre matériel corporel humain destiné à des thérapies cellulaires	: 218
-	agrément kératinocytes	: 219
-	agrément membrane amniotique	: 220
-	agrément cellules souches hématopoïétiques	: 221
-	agrément cellules souches provenant de sang ombilical	: 222
-	agrément matériel corporel humain fœtal et/ou de l'appareil reproducteur	: 223

**Lecture des données d'identité en milieu hospitalier – enregistrement 21**

(☞5,17) Cette annexe est d'application pour tout ce qui est facturé par un hôpital (ET 10 Z 14 = n° hôpital 710/719/720).

**1. Principes****1.1. Hospitalisation classique**, ET 20 Z 10 (type facture) = 1

- 1 lecture par hospitalisation.

- Cette lecture a lieu dans les 3 jours après la date d'admission.

- Un enregistrement 21 par facture avec les données de la lecture

(☞ 11) Pour les séjours répartis sur différentes factures (clôture trimestrielle ou annuelle, mutation, modification assurabilité (changement CT1/CT2 ou assuré/non-assuré), ...), chaque facture doit contenir un enregistrement 21. Dans ce cas, les données de lecture qui ont été captées lors de l'admission (dans les 3 jours) sont répétées sur chaque facture.

(☞ 12) L'ET 21 de la première facture du séjour est donc copié sur les autres factures du séjour.

(☞ 12) - La lecture antérieure lors d'un passage aux urgences le même jour ou le jour précédent peut être utilisée. L'ET 21 de la facture ambulatoire (urgence) est donc repris (copié) sur la facture d'hospitalisation. En cas de refacturation par l'hôpital à la mutuelle du patient s'il a été initialement facturé comme un accident de travail mais qu'il n'est pas reconnu ultérieurement comme tel, les données de lecture saisies à l'admission (dans les 3 jours) peuvent être utilisées.

(☞ 12) - En cas de réintroductions de facture, factures de corrections et factures complémentaires (ET 20 Z 11 = 1, 2, 4 ou 5), un enregistrement de type 21 doit toujours être mentionné, qu'il s'agisse d'une répétition/copie de l'ET 21 d'origine ou d'un nouvel ET 21 (si la facture d'origine n'avait pas d'ET 21 précédemment et qu'elle avait été rejetée pour cela).

- La lecture lors d'une préadmission ne suffit pas.

**1.2. Soins ambulatoires et hospitalisation de jour**, ET 20 Z 10 (type facture) = 3, 4 ou 9

- Une lecture par jour.

- Cette lecture a lieu à l'arrivée à l'hôpital et donc, préalablement à la 1<sup>ère</sup> prestation de santé.

- Un enregistrement 21 par jour avec les données de la lecture journalière.

- Si la facture (ET20-80) contient des prestations exécutées à des jours différents, plusieurs enregistrements 21 seront enregistrés (1 enregistrement 21 pour chaque jour) dans la facture (ET20-80) concernée.

(☞ 15) - Exceptions à la règle d'une lecture par jour:

o si cela concerne un traitement ambulatoire de quelques heures aux urgences réparti sur 2 jours (par ex. arrivée aux urgences à 22 heures et départ à 1 heure du matin) ou une hospitalisation de jour répartie sur 2 jours (par ex. lorsque le patient reste à l'hôpital après minuit et que des prestations sont encore attestées après minuit), une seule lecture suffit (soit le jour x de l'admission, soit le jour x + 1).  
La valeur 1 doit alors être remplie dans l'ET 21 Z 10.

o Si cela concerne une facture ambulatoire qui ne contient que de la médication de sortie, aucune lecture ne doit être effectuée à cette date de prestation (date de sortie), mais l'ET 21 de la facture d'hospitalisation peut être répété (copié) sur la facture ambulatoire, à condition que la valeur 3 soit remplie dans l'ET 40 Z 12.

- Si l'hospitalisation de jour ou les soins ambulatoires sont répartis sur différentes factures (factures complémentaires, ...), chaque facture doit contenir un enregistrement 21 par jour.

(☞ 1) - Pour les prestations de l'art. 8 de la nomenclature (soins infirmiers) qui sont facturées par un hôpital, les hôpitaux doivent suivre les modalités des infirmières (sauf si les prestations sont effectuées dans un cabinet au sein de l'hôpital).

Concrètement, cela signifie qu'un enregistrement 21 est nécessaire par contact avec le patient (donc en cas de multiples contacts par jour → plusieurs enregistrements 21).

(☞ 14) - Pour les prestations de l'art. 9 de la nomenclature (sages-femmes) qui sont facturées par un hôpital, les modalités pour les hôpitaux pour les prestations ambulatoires sont applicables: 1 lecture par jour.

(☞ 12) - En cas de réintroductions de facture, factures de corrections et factures complémentaires (ET 20 Z 11 = 1, 2, 4 ou 5), un enregistrement de type 21 doit toujours être mentionné, qu'il s'agisse d'une répétition/copie de l'ET 21 d'origine ou d'un nouvel ET 21 (si la facture d'origine n'avait pas d'ET 21 précédemment et qu'elle avait été rejetée pour cela).

**1.3. Traitements récurrents** (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, dialyse, PMA, postcure soins de santé mentale)

(☞ 3) - Au minimum une lecture par facture (la date de lecture = une des dates de prestation du traitement récurrent)

(☞ 15) - Un enregistrement 21 pour chaque date de prestation

(☞ 14,15) - Pour les médicaments administrés dans le cadre de soins récurrents et facturés avec ceux-ci (sur la même facture), une lecture par facture suffit, à condition que la valeur 2 soit remplie dans l'ET 40 Z 12.

**2.4 Pas d'enregistrement des données de la lecture du document d'identité (pas d'enregistrement 21)**

- (☞4) - Pour les bénéficiaires âgés de moins de 3 mois. (C'est l'âge au moment de l'admission qui compte).
- (☞12) - Dans le cas où la prestation a déjà été effectuée, que le patient décède dans le mois qui suit la prestation/l'admission et que la vérification à posteriori n'a pas eu lieu.
- (☞4) - Pour les personnes qui bénéficient de l'assurance obligatoire soins de santé sur base d'une carte européenne d'assurance maladie ou d'un formulaire S2 ou d'un formulaire E111, E128 ou d'une médicarte australienne. Cela englobe TOUS les patients et uniquement les patients dont le CT1 = 18X.
- (☞8,10) - prestations de consultation multidisciplinaire sans la présence du patient : (pseudo)-codes 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346, 105350-105361, 350114-350125, 350136-350140, 350151-350162, 350173-350184, 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420, 350475-350486, 350674-350685, 350696-350700, 350711-350722 et 350733-350744.
- (☞17) - rapport écrit d'une période d'hospitalisation : 350313-350324
- (☞8,14) - forfaits pour l'alimentation parentérale à domicile : (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413 et 751951 et les codes 751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936, ainsi que pour les spécialités incorporées dans l'alimentation parentérale (à distinguer au moyen de la prestation relative).
  - chimiothérapie orale : (pseudo)-codes 767852 et 767863
  - transport urgent du patient vers l'hôpital B effectué et facturé par l'hôpital A : (pseudo)-codes 784416, 784431, 784453 (ces codes ne s'appliquent qu'aux transports en hélicoptère, voir bas de page ET 50 Z 4 S 13).
- (☞8) - dialyse au domicile du patient : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 et 767830-767841 ainsi que les produits pharmaceutiques facturés avec un code service 750.
- (☞11,14) - médication/prestations administrées/effectuées en SMUR (dans laquelle le patient n'est pas transporté à l'hôpital), à condition que la valeur 1 soit remplie dans l'ET 40 Z 12 et/ou l'ET 50 Z 50b
- (☞6) - Pour toutes les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique (art. 3 § 1 AII, § 1 B (2) prestations) et § 1 CI, Art.1 CI, Art. 18 § 2 B, e, Art. 24, Art. 24bis, Art. 32, Art. 33, Art. 33bis et Art. 33ter de la Nomenclature ; prestations de la convention Genetic Counseling (589750, 589761, 589772, 589783, 589794, 589805) ; AR du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations (592815, 592911, 592992, 593014, 593110), les tests Covid et les prestations 559812-559823, 559834-559845, 559856-559860 (*activité de laboratoire FIV*)).
- (☞17)
- (☞5) - Pour les forfaits dans le cadre des conventions de revalidation visées aux articles 22, 6° et 23, §3 de la loi coordonnée du 14/7/1994 c'est-à-dire les forfaits attestés par l'hôpital dans le cadre d'une convention de rééducation (il s'agit des pseudo-codes des paragraphes 16) et 17) de l'ET 30 Z 4 (+ un nombre limité de codes des conventions de rééducation facturés en R 50), qui sont facturés avec le code service 770 et le type de facture 5 ou 6). L'exception vaut également pour les prestations facturées avec le forfait de rééducation sur la même facture de type 5/6.
- (☞9) - Pour les pseudo-codes ambulants du paragraphe 18) de l'ET 30 Z 4 (conventions SEP/SLA/Huntington : 764853, 764816, 764831, 770136, 770151 et 770173)
  - Equipes mobiles : lorsque l'hôpital facture uniquement les pseudo-codes IN/OUT (793715, 793730, 793752 et 793774) et les visites à domicile des psychiatres.
- (☞11) - Tous les produits radio-pharmaceutiques (voir liste sur le site de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/radiopharma/Pages/radio-pharmaceutiques-remboursables-listes-fichiers-reference.aspx>)
- (☞11) - La prestation « avis » du chapitre II de la nomenclature (109012).
- (☞11,12) - Pour les notes de crédit (ET 20 Z 11=3).
- (☞8,14) - Pour toutes les prestations, produits et services non-remboursables (codes 96xxxx) et les médicaments catégorie D.
- (☞14) - Prestations effectuées sur le donneur (potentiel) et facturées au receveur (ET 30, 40, 50 Z 48 = 2)
- (☞14) - Prestations à distance : prestations du point 1 de la circulaire avec les prestations temporaires COVID-19 (<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/tarifs-prestations-temporaires-COVID19.aspx>) + les prestations de l'art. 37 de la nomenclature
- (☞14) - Pour les factures d'hospitalisation à domicile (identifiables par le type de facture 7 et le pseudo-code service 980)
- (☞17) - Mammographie de dépistage en 2e lecture : 450214-450225

- RM5 : % encodage manuel du NISS à postériori (ET 21 Z 5 = 8) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3, 4 et 6)
- RM6 : % encodage manuel du NISS à postériori (ET 21 Z 5 = 8) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors d'une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1)
- RM7 : % encodage manuel du NISS à postériori (ET 21 Z 5 = 8) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors d'une hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9)
- RM8 : % encodage manuel du NISS à postériori (ET 21 Z 5 = 8) parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 8 = 4) lors d'un soins récurrent (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, dialyse, PMA, postcure soins de santé mentale)
- RM9 : % encodage manuel du NISS préalablement aux soins (ET 21 Z 5 = 7) avec utilisation de la vignette (ET 21 Z 6 =4) qui est un document d'identité sans puce (ET 21 Z 8 = 1) et parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 7 = 2) lors des soins ambulatoires (ET 20 Z 10 = 3, 4 et 6)
- RM10 : % encodage manuel du NISS préalablement aux soins (ET 21 Z 5 = 7) avec utilisation de la vignette (ET 21 Z 6 =4) qui est un document d'identité sans puce (ET 21 Z 8 = 1) et parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 7 = 2) lors d'une hospitalisation classique (ET 20 Z 10 = 1)
- RM11 : % encodage manuel du NISS préalablement aux soins (ET 21 Z 5 = 7) avec utilisation de la vignette (ET 21 Z 6 =4) qui est un document d'identité sans puce (ET 21 Z 8 = 1) et parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 7 = 2) lors d'une hospitalisation de jour (ET 20 Z 10 = 9)
- RM12 : % encodage manuel du NISS préalablement aux soins (ET 21 Z 5 = 7) avec utilisation de la vignette (ET 21 Z 6 =4) qui est un document d'identité sans puce (ET 21 Z 8 = 1) et parce que le patient n'est pas en possession d'un document d'identité (ET 21 Z 7 = 2) lors d'un soins récurrent (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, dialyse, PMA, postcure soins de santé mentale)
- RM13 : % utilisation des différents documents d'identité (eID, ISI+, etc.)
- RM14 : % utilisation des différents types de lecture (puce, code-barres, etc.)

## 6. Planning

- (☞ 5) - Septembre 2021 à février 2022 : période de tests
- (☞ 5) - Mars 2022 : résultats des tests
- 1<sup>er</sup> mai 2022 (si tests ok) : début de la période de monitoring
- (☞ 17) - Novembre 2023 : résultats de la période de monitoring (évaluation sur les mois facturés février et mars 2023).
- (☞ 17) - 1<sup>er</sup> avril 2024: obligation

---

**RUBRIQUE : CODE FICHIER DE DECOMPTE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50**

---

Cette zone n'était plus utilisée (et était obligatoirement égale à zéro) à partir du mois facturé de janvier 2010.

Elle est cependant réutilisée depuis mai 2022 dans le cadre de la phase de monitoring sur la lecture des données d'identité en milieu hospitalier (enregistrements 21).

Dans cette zone, les hôpitaux doivent indiquer s'ils participent ou non à la phase de monitoring.

La valeur "0" (valeur par défaut) signifie que l'hôpital ne participe pas, la valeur 9 indique que l'hôpital participe.

Pendant la phase de monitoring, les OA n'appliquent les contrôles sur l'enregistrement des données de lecture (enregistrements 21) qu'aux fichiers de facturation ayant la valeur 9. Pour les fichiers ayant la valeur 0, aucun contrôle n'est effectué sur l'enregistrement des données de lecture et donc aucune erreur E n'est générée.

L'utilisation de cette zone est temporaire.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
9	Participation à la phase de monitoring
0	Tous les autres cas

---

**RUBRIQUE : DATE D'ADMISSION**

---

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

---

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

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.

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.

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.

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

(☞ 17) plâtres, forfait journalier ambulatoire, rééducation externe ou hospitalisation à domicile.

(☞ 17) Type de facture = 3, 6, 7 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 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 date de prélèvement (AR 24/9/1992) que pour les prestations techniques), il faut reprendre dans cette zone la date de prélèvement de l'échantillon.

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 (cette exception ne vaut pas pour la biologie clinique).

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

Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Maisons médicales :

Le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans cette zone pour les (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614 et 0109594.

(☞ 12) Pour les prestations à l'acte, la date de prestation doit être mentionnée.

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 1<sup>er</sup> service qui entre en compte pour la facturation du forfait, 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.

Montant global prospectif : date d'admission

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 les coûts de typage et de transport des cellules souches hématopoïétiques (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))

La date de la facture (*invoice date*) de la facture de l'organisme qui a exécuté le typage et/ou le transport.

Exception : date de décès si le patient est décédé à la *invoice date*.

(☞ 14) Conventions « hospitalisation à domicile » et « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles » : pseudo-codes à 0 € : date de début/fin de prise en charge

Hospitalisation à domicile: forfaits:

- Forfaits par jour de traitement: date de prestation
- Forfaits pour la mise en route de l'hospitalisation à domicile: une date comprise dans la période d'hospitalisation à domicile (délimitée au moyen des pseudo-codes de début et de fin de prise en charge)

(☞ 17) Convention "obésité chez les enfants"

Forfait trimestriel (400632-400643): date de fin de la période à laquelle se rapporte le forfait

Forfait annuel pour le médecin généraliste ou pédiatre (400654): n'importe quelle date dans l'année calendrier

Conseil/ soutien au 1er niveau (400676-400680): date du conseil

Prise en charge par le pédiatre (104090): date de la prise en charge

Forfait pour les conseils d'un kiné, psychologue, diététicien (400691): date du conseil du dernier prestataire de soins

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.

**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 date de prélèvement (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.

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 (cette exception ne vaut pas pour la biologie clinique).

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

Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Maisons médicales :

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

Pour le pseudo-code 0109594, date fin = date début.

(☞12) Pour les prestations à l'acte, la date de prestation doit être mentionnée.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires ou montant global prospectif :

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 les coûts de typage et de transport des cellules souches hématopoïétiques (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))

date de fin = date de début

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.

(☞14,17) Conventions « hospitalisation à domicile », « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles » et « obésité chez les enfants » : Z 5 = Z 6

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.

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 3

- (☞17) \* Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) ou numéro de l'hôpital + 127 (programmes partiels B1 et B2) s'il s'agit des prestations 453552 à 453600 inclus, 464155 à 464203 inclus, 589013-589046, 589153-589164, 589735-589746, 590251-590262 et 590273-590284
- (☞8) \* Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) s'il s'agit des prestations 181473-181484, 181554-181565, 183610, 183632 et 476652-476663
- \* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) s'il s'agit des prestations 589551 – 589562
- \* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 475952-475963, 476276-476280, 476630-476641, 589492 à 589540 inclus, 589573-589584
- \* Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) s'il s'agit des prestations 590181, 590310, 590516 à 590995 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) ou numéro de l'hôpital + 130 (premier accueil des urgences) s'il s'agit des prestations 212015 et 214012
- \* Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) ou numéro de l'hôpital + 130 (premier accueil des urgences) s'il s'agit de la prestation 211013 lorsqu'elle a été effectuée dans une fonction reconnue soins d'urgence.
- \* Le numéro de l'hôpital + 132 (fonction service mobile d'urgence) s'il s'agit des prestations 590413-590424, 590435, 590446 ou 590472
- \* Le numéro de l'hôpital + 134 (programme de soins d'oncologie) s'il s'agit de la prestation 350291-350302
- (☞13) \* Le numéro de l'hôpital + 136 (clinique du sein coordinatrice) s'il s'agit des prestations ... [*prestations prévues dans l'AR art. 64, à partir d'une date encore à déterminer*].
- \* Le numéro de l'hôpital + 141 (centre de médecine de reproduction B) s'il s'agit des prestations 432714 à 432725 inclus, 559812 à 559860 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 155 (centre d'expertise pour patients comateux) s'il s'agit de la prestation 477606
- \* Le numéro d'identification du centre de dialyse s'il s'agit des prestations 470374-470385, 470400, 470422, 470433-470444, 470470-470481, 474714-474725 (supprimés à partir du 1/2/2020) ou des honoraires de la convention dialyse

### Convention concernant le financement de la dialyse

Le numéro de l'hôpital + 560 pour toutes les prestations de la convention dialyse

### Implants

- (☞3) \* Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 172594-172605, 158815 à 158863 inclus, 180810 à 180843 inclus, 181915 à 181941 inclus
- (☞17) \* Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) s'il s'agit des prestations 159574- 159585, 172793 à 172933 inclus, 180331 à 180471 inclus, 181414 à 181580 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 123 (agrément path. cardiaque C) s'il s'agit des prestations 159471-159482, 172955 à 173003 inclus
- (☞13) \* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) s'il s'agit des prestations 158933-158944 et 182851 à 183002 inclus

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 4

- \* Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 158550 à 158642 inclus, 158734 à 158760 inclus, 158874 à 158922 inclus, 158955 à 158966 inclus, 170590 à 170623 inclus, 172572-172583
- (☞12) \* Le numéro de l'hôpital + 126 (agrément path. cardiaque P) s'il s'agit des prestations 158653 à 158723 inclus, 172395 à 172465 inclus, et 184015-184026
- (☞9) \* Le numéro de l'hôpital + 135 (agrément soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein) s'il s'agit
- (☞13) des prestations 161991-162002 et 182836-182840 (jusqu'au xx/xx/202x, à partir du xx/xx/202x : 136 ou 137).
- \* Le numéro de l'hôpital + 150 (centre de chirurgie robot-assistée) s'il s'agit des prestations 777114-777125 (jusqu'au 29/2/2016)
- \* Le numéro de l'hôpital + 151 (centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3) ou + 152 (centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B3) s'il s'agit des prestations 161114 à 161206 inclus, 161210-161221, 161350 à 161405 inclus, 161453-161464, 180493-180504, 180515-180526, 180854 à 180880 inclus
- \* Numéro de l'hôpital + 152 (centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B) s'il s'agit des prestations 161232 à 161346 inclus, 161416 à 161442 inclus, 172690 à 172723 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 156 (centre « tuteur coronaire et drug eluting stent ») s'il s'agit des prestations 158970 à 158981 inclus, 158992 à 159040 inclus, 159552 à 159563 inclus, 170656 à 170660 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 161 (centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de Parkinson et de tremblements essentiels ») s'il s'agit des prestations 151454 à 151981 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 163 (centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales ») s'il s'agit des prestations 172491-172502 et 172513-172524
- \* Le numéro de l'hôpital + 164 (centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage) s'il s'agit des prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664
- (☞11) \* Le numéro de l'hôpital + 165 (centre « neurostimulateurs en cas de trouble obsessionnel compulsif ») s'il s'agit des prestations 173014 à 173541 inclus et 183654 à 183982 inclus
- \* Le numéro de l'hôpital + 166 (centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux ») s'il s'agit des prestations 173552 à 173902 inclus
- (☞13) \* Le numéro de l'hôpital + 167 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique») s'il s'agit des prestations 172734-172745 et 181952-181963.  
Avant le 01/05/23 : le numéro de l'hôpital + 167 ou + 120 s'il s'agit des prestations 172756-172760, 172771-172782.  
A partir du 01/05/23 : le numéro de l'hôpital + 167 s'il s'agit des prestations 172756-172760, 172771-172782.
- \* Le numéro de l'hôpital + 168 (centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)) s'il s'agit des prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263.
- (☞11) \* Le numéro de l'hôpital + 169 (centre «fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire ») s'il s'agit des prestations 180272-180283 et 180294-180305(\*).
- \* Le numéro de l'hôpital + 170 (centre «tige magnétique allongeable» (Magec))) s'il s'agit des prestations 182210-182221, 182232-182243,182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324.
- (☞17) \* Le numéro de l'hôpital + 171 (centre «capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose») s'il s'agit des prestations 174370 à 174521 inclus (jusqu'au 31/10/2023)

(☞11) (\*) Cette prestation est supprimée à partir du 01/12/22.

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 5

- \* Le numéro de l'hôpital + 172 (centre «neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de CRPS ») s'il s'agit des prestations 174532 à 174661 inclus.
- \* Le numéro de l'hôpital + 173 (centre « valves endobronchiques unidirectionnelles») s'il s'agit des prestations 180773–180784 et 180795-180806.
- (☞9) \* Le numéro de l'hôpital + 174 (centre « implants pour le traitement de l'incontinence fécale ») s'il s'agit des prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 157511-157522, 181672-181683, 181694-181705, 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803 et 182814-182825.
- (☞7) \* Le numéro de l'hôpital + 175 (centre « neurostimulateurs des dysfonctionnements des voies urinaires inférieures») s'il s'agit des prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626.
- (☞13) \* Le numéro de l'hôpital + 176 (centre « neurostimulation du nerf hypoglosse en cas de l'apnée obstructive du sommeil ») s'il s'agit des prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166
- \* Le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire s'il s'agit des prestations 170892 à 171080 inclus, 152773 à 152924 inclus, 171496 à 171824 inclus
- \* Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

Convention reconstruction mammaire: numéro hôpital + 190

Convention chirurgie complexe pancréas : numéro hôpital + 193

Convention chirurgie complexe œsophage : numéro hôpital + 194

Ces numéros d'agrément doivent être mentionnés pour tous les pseudo-codes repris dans les conventions, également pour les codes « *Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin spécialiste référant qui ne fait pas partie du staff du centre* » et « *Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin généraliste traitant* », qui sont éventuellement facturés par le médecin spécialiste ou le médecin généraliste lui-même et pas par l'hôpital.

Convention oncofreezing (également pour les codes 96):

- pour un bénéficiaire à partir de 16 ans : numéro hôpital + 191 ou + 192
- pour un bénéficiaire de moins de 16 ans (quel que soit la prestation) : numéro hôpital + 192

(☞17) Convention obésité chez les enfants: numéro hôpital + 195 (sauf pour le forfait annuel pour le médecin généraliste ou le pédiatre (400654))

(☞12) Convention perfusion par machine lors d'une transplantation rénale et aphérèse pour un donneur vivant ABO-incompatible :

Le numéro INAMI du centre de transplantation (numéro hôpital + 000) doit figurer dans cette zone (pas de numéro d'agrément nécessaire) pour les prestations 318592-318603, 318614-318625, 318636-318640.

Pour les prestations 318651-318662 et 318673-318684, cette zone doit être complétée avec le numéro du centre de dialyse (numéro hôpital + 560).

Dans tous les autres cas que ceux mentionnés ci-dessus, cette zone est mise à zéro.

- Remarques :
- Dans le cas où plusieurs des conditions se présentent simultanément, l'ordre d'importance suivant est respecté :
    1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
    2. centre de rééducation;
    3. établissement hospitalier.
  - Dans le cas où la facture est établie par un centre de rééducation, la hiérarchie suivante doit être respectée :
    1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
    2. établissement hospitalier;
    3. centre de rééducation.

Fécondation in vitro (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860) : Numéro du prestataire.

Alimentation parentérale

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

- (☞ 11) Pour les prestations 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776193, 0776204, 0776230, 0776241 0776473, 0776484, 0776495 et 0776506, cette zone doit être mise à zéro.

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.

Convention SAOS (à partir du 1/1/2018)

Pour les forfaits du point 5quinquies dans l'ET 50 Z 4 S 3, cette zone doit toujours être remplie.

Pour les pseudo-codes 779936, 779951 et 765951 (nCPAP), il s'agit du "médecin posant le diagnostic" ; pour les pseudo-codes 779870, 779892 et 779914 (AOM), il s'agit du spécialiste AOM (voir art.17 §1 de la convention).

Selon l'art. 3, §6 de la convention, les prestations accordées par le médecin-conseil restent remboursables pendant la période de prise en charge que le médecin-conseil a déjà accordée, même dans le cas où le centre ne dispose provisoirement pas d'un médecin posant le diagnostic ou d'un spécialiste OAM. Dans ce cas, le pseudo-numéro prestataire 01.00001.06.999 est mentionné dans cette zone.

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 (0793553), décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (0793575) et le transport urgent de malades (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 ».

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

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).

Conventions chirurgie complexe: Numéro d'identification médecin spécialiste en chirurgie

- (☞ 14) Convention « hospitalisation à domicile »

Pseudo-codes début/fin prise en charge: médecin spécialiste qui prend la décision d'hospitalisation à domicile et supervise le traitement

Pseudo-codes 107170, 107192, 107214, 418574, 418596, 418611, 596750, 596772, 795255, 795270, 795292: prestataire (médecin, praticien de l'art infirmier, pharmacien hospitalier)

Autres pseudo-codes (795211, 795351, 795373, 795395): pseudo-prestataire 01.00001.06.999

Convention « équipes mobiles »:

Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): numéro équipe mobile.

Pseudo-codes visite à domicile (104473, 104495): numéro d'identification du psychiatre.

- (☞ 10) Convention détection variole du singe (557233-557244, 557270-557281) : numéro d'identification d'un spécialiste en biologie clinique actif.

- (☞ 12) Convention perfusion par machine lors d'une transplantation rénale et aphérèse pour un donneur vivant ABO-incompatible :

318592-318603, 318614-318625, 318636-318640 : numéro d'identification du médecin qui réalise la transplantation.

318651-318662 et 318673-318684 : numéro d'identification du néphrologue.

- (☞ 17) Convention obésité chez les enfants

Forfait trimestriel (400632-400643) et forfait pour les conseils complémentaires d'un kiné, psychologue, diététicien (400691): pseudo-prestataire 01.00001.06.999

Forfait annuel (400654): numéro d'identification du médecin généraliste ou du pédiatre

Conseil/soutien au 1<sup>er</sup> niveau (400676-400680) et prise en charge par le pédiatre (104090): numéro d'identification du pédiatre

**RUBRIQUE : DEROGATION NOMBRE MAXIMAL OU PRESTATION IDENTIQUE****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 113**

Pour certaines prestations, les règles d'application de la nomenclature prévoient un nombre maximal de prestations dans une certaine période.

Dans certains cas, la nomenclature prévoit également des dérogations à ce nombre maximal.

De telles dérogations peuvent être communiquées dans cette zone via les valeurs « 01 » et « 02 ».

Les justificatifs pour la dérogation sont tenus à disposition des organismes assureurs pour des contrôles à posteriori.

- (☞ 16) Cette zone est aussi utilisée pour indiquer qu'il s'agit bien d'une deuxième (ou troisième ou suivante) prestation identique le même jour par le même prestataire pour des prestations sans règles de maxima (valeur « 03 » ou « 04 »).
- (☞ 16) Les valeurs « 03 » et « 04 » doivent obligatoirement être utilisées pour les prestations facturées par les médecins ou dentistes via e-fact ou e-attest, mais peuvent exceptionnellement aussi être utilisées pour les consultations/visites facturées par les autres prestataires/institutions (p.ex hôpitaux).

Une liste est publiée sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»). Cette liste contient les prestations pour lesquelles la valeur 1 doit être remplie lorsqu'une exception à la règle des maxima (comme prévue dans la nomenclature) est d'application.

Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

Lors de l'utilisation de la valeur « 02 » (autre séance/prescription), il suffit de mentionner la valeur pour une des prestations.

Lorsqu'une valeur spécifique doit être mentionnée dans cette zone, il suffit de mentionner cette valeur pour la prestation de base, elle ne doit pas être répétée pour p.ex. l'aide opératoire, l'anesthésie, l'honoraire d'urgence,...

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
	01	Dérogation au nombre maximal. (Il existe une limitation légale mais une dérogation est permise)
	02	Autre séance/prescription. (Lorsqu'une disposition dans la réglementation prévoit qu'elle est appliquée par séance ou par prescription, on peut indiquer par le biais de cette valeur qu'il s'agit d'une autre séance/prescription)
(☞ 16)	03	2 <sup>e</sup> prestation identique de la journée. (Il n'existe pas de limitation légale; cette valeur indique qu'il ne s'agit PAS d'une double facturation injustifiée de la même prestation).
(☞ 16)	04	3 <sup>e</sup> ou suivante prestation identique de la journée. (Idem que valeur 03 mais pour plusieurs prestations)
	00	Dans les autres cas.