

# **INAMI**

---

Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

**Aux prestataires ou services responsables  
de la facturation sur support magnétique ou  
par voie électronique**

**SERVICE DES SOINS DE SANTE**

**Correspondant:** Annelies DEGRAEVE

Attaché

Tél.: 02/739.78.45

E-mail: [Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be](mailto:Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be)

Nos références: 1804/CH/ADG/2011

**Bruxelles, le 3 mai 2011**

Madame,  
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie électronique – Edition 2006 – 26<sup>ème</sup> mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2006/26 des instructions susmentionnées.

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

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,  
Directeur général.



**INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS,  
AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES,  
AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER  
ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS  
QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE  
DES FICHIERS DE FACTURATION  
ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -  
EDITION 2006  
MISE A JOUR 2006/26 – Publication 03-05-2011**





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

---

Service des soins de santé

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

**MISE A JOUR 2006/26**

**Pages à remplacer :**

- Annexes 16.16, 16.19, 16.20;
- ET 30 Z 4 S 15 ;
- ET 50 Z 3 S 1, S2, S 3, S 5, Z 4 S 5, S 18, S 19, S 20, Z 14 S 2, S 3, Z 41-42.

**Page à ajouter :**

- ET 50 Z 4 S 19BIS.



## **1. Transport urgent de malades**

Dans la mise à jour 2006/20, des instructions ont été prévues pour la facturation en tiers payant de l'intervention pour le transport urgent de malades via le fichier de facturation électronique de l'hôpital. Il avait alors été convenu que ces instructions entreraient seulement en vigueur après la publication de l'AR qui augmente l'intervention de 33 % à 50 %. Cet AR du 23/3/2011 a été publié au Moniteur Belge le 6/4/2011. Les instructions de facturation concernées de la mise à jour 2006/20 peuvent, donc, être appliquées à partir du mois facturé juin 2011.

## **2. Rééducation fonctionnelle : unités de répit, annexe 16.16, ET 30 Z 4 S 15.**

Suite à la nouvelle convention pour les unités de répit, ces centres ont été ajoutés dans l'annexe 16.16 et des nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 15.

**Date d'application** : Date d'application de la convention concernée.

## **3. Tuteurs coronaires et « Drug eluting stents », annexes 16.19, ET 50 Z 3 S 1, S2, S 3, S 5, Z 4 S 5, S 18, S 19, S 19BIS, Z 14 S 3.**

Suite à l'AR du 23/12/2010 (MB 25/2/2011) modifiant l'art.35 et 35 bis de la nomenclature, les instructions de facturation concernant les tuteurs coronaires et « drug eluting stents » ont été adaptées:

- Suppression du pseudo-code 686453-686464 à partir du 1 avril 2011
- Création d'un nouveau numéro d'agrément « numéro de l'hôpital +156 » qui doit être mentionné lors de la facturation des prestations 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886, 687890-687901 et 687912-687923. Pour ces prestations, le lieu de prestation ne doit pas correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui est éventuellement mentionnée comme prestation relative (589013-589024 ou 589035-589046). Une exception a été ajoutée à la règle reprise dans l'ET 50 Z 14 S 3.
- Adaptation des instructions de facturation de l'ET 50 Z 3 S1, S2, S3 et S 5
- Ajout d'un nouvel exemple dans l'ET 50 Z 4 S 19 BIS
- Ajout des codes 680315-680326, 680352-680363 à la liste des prestations pour lesquelles un code implant (Z 43) doit être complété (voir point 10).
- Ajout des codes 680315-680326, 680352-680363 à la liste « prestation relative (voir point 9).

**Date d'application** : Prestations à partir du 1/4/2011.

## **4. Codes compétence des groupements, annexe 16.20.**

A la demande de la Commission de conventions sages-femmes – OA, des numéros de groupement tiers payant pourront, désormais, être attribués pour les pratiques des sages-femmes. Les libellés des codes compétence des groupements ont été complétés.

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

## 5. Série de traitements de radiothérapie, ET 50 Z 3 S 1.

Les instructions pour la facturation des prestations de radiothérapie qui sont étalées sur plusieurs séances sont complétées avec la situation particulière où l'assurabilité du patient change durant la période de prestation.

En outre, quelques précisions sont apportées à la situation où le statut ambulancier-hospitalisé du patient change durant la période de prestation.

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

## 6. Matériel corporel humain, ET 50 Z 14 S 2.

Les pseudo-codes 271434-445 et 272370-272381 (si importé d'un pays hors UE) doivent être facturés avec comme lieu de prestation, un centre disposant du numéro d'agrément 213 (et non pas 218) .

**Date d'application :** Il s'agit d'une correction.

Suite à l'AR du 5 avril 2011 (MB 15/04/2011), de nouveaux pseudo-codes pour la membrane amniotique à usage dermatologique (272731-272742 et 272753-272764) et la poudre d'os cortical avec capacité d'ostéoinduction (272775-272786 et 272790-272801) ont été ajoutés.

**Date d'application :** prestations à partir du 1/5/2011.

## 7. Facturation du sang, ET 50 Z 41-42.

### Norme prescripteur

Dans la mise à jour 2006/12, il a été mentionné que, dans le cas de la facturation du sang humain total et des produits sanguins labiles, la zone 26 de l'ET 50 (norme prescripteur) est toujours égale à 1 (la prestation peut être attribuée à un prescripteur).

Cependant, dans la pratique, des cas se sont présentés où le responsable de l'établissement de transfusion est = au médecin de l'établissement hospitalier qui a demandé (prescrit) le produit.

Cette situation n'est pas interdite. Dès lors, l'ET 50 Z 26 peut également être égale à 3 (les prestations sont effectuées pour ses propres patients).

### Numéro du bon de délivrance ou du sac

Certains centres de transfusion sanguine utilisent un nouveau système de numérotation des produits sanguins.

Le numéro d'unité a la structure suivante : BXXXXAANNNNNN00

avec

BXXXX: numéro du centre de transfusion sanguine

AA: année

NNNNNN: numéro d'ordre

Dans ce cas, le numéro d'unité doit être mentionné dans l'ET 50 Z 41-42, sans la 1ère position (B) et sans les 2 dernières positions (00).

Les instructions sont adaptées dans ce sens.

**Date d'application :** Mois facturé avril 2011.

## 8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
102933	102933	24/01/2011	16/02/2011	01/04/2011
102992	102992	24/01/2011	16/02/2011	01/04/2011

## 9. Liste « prestation relative ».

- Prestation relative « type chambre » lors d'une hospitalisation partielle en hôpital psychiatrique  
Le pseudo-code prestation relative 767045 est ajouté pour indiquer qu'il n'y a pas de chambre allouée au patient lors de la facturation du montant par jour hôp psy 768121.

**Date d'application :** mois facturé juin 2011 (2e trimestre 2011).

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
102933	102933	24/01/2011	16/02/2011	01/04/2011
102992	102992	24/01/2011	16/02/2011	01/04/2011
477573	477573	24/01/2011	16/02/2011	01/04/2011
680315	680363	23/12/2010	25/02/2011	01/04/2011
Codes supprimés				
686453	686464	Pseudo-code		01/04/2011

## 10. Liste « implants »

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
680315	680363	23/12/2010	25/02/2011	01/04/2011
Feuille Z 43 - Codes supprimés				
686453	686464	Pseudo-code		01/04/2011

## 11. 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.



1. 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

(4) 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.

2. 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

3. Rééducation

- Recyclage : 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 499 : établissements de rééducation fonctionnelle pour épileptiques et établissements de rééducation fonctionnelle pour rééducation fonctionnelle médico-psychosociale
  - 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

(26)

- 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



	- service pathologie cardiaque B	: 120
	- service pathologie cardiaque B1	: 121
(☞ 3)	- service pathologie cardiaque T	: 122
(☞ 4)	- service pathologie cardiaque C	: 123
(☞ 6,7)	- service pathologie cardiaque E + B 3	: 124
(☞ 7)	- service pathologie cardiaque E sans B 3	: 125
(☞ 6)	- première prise en charge des urgences	: 130
(☞ 6)	- soins urgents spécialisés	: 131
(☞ 12)	- programme de soins de médecine de la reproduction A	: 140
(☞ 12)	- programme de soins de médecine de la reproduction B	: 141
(☞ 12)	- centre de chirurgie robot-assistée	: 150
(☞ 13)	- centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3	: 151
(☞ 13)	- centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B3	: 152
(☞ 14)	- centre « moniteur cardiaque implantable »	: 153
(☞ 19)	- centre « stent valvulaire percutané implantable »	: 154
(☞ 26)	- centre « tuteur coronaire et drug eluting stent »	: 156
(☞ 18)	<u>Agrément banque de matériel corporel humain :</u>	
(☞ 14,18)	- pseudo-numéro d'agrément pour le matériel corporel humain étranger issu de l'UE	: 200
	- agrément valves cardiaques	: 210
(☞ 14)	- agrément tissus ophtalmiques	: 211
	- agrément épiderme	: 212
	- agrément système locomoteur	: 213
(☞ 14)	- agrément tissus tympano-ossiculaires	: 215
(☞ 14)	- agrément vaisseaux sanguins	: 216
(☞ 14)	- agrément autre matériel corporel humain destiné à des thérapies cellulaires	: 218
	- agrément kératinocytes	: 219
	- agrément membrane amniotique	: 220
(☞ 14)	- agrément cellules souches hématopoïétiques	: 221
(☞ 4, 14)	- agrément cellules souches provenant de sang ombilical	: 222
(☞ 14)	- agrément matériel corporel humain foetal et/ou de l'appareil reproducteur	: 223
(☞ 6)	<u>Agrément centres de dialyse :</u>	
	- centre d'hémodialyse chronique	: 561
	- centre d'hémodialyse chronique pédiatrique	: 562
	- centre de dialyse à domicile	: 563
	- centre de dialyse péritonéale ambulatoire	: 564
	- centre d'autodialyse collective	: 565 à 569
(☞ 4)	2. <u>MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ</u>	
	Dans ces cas, le code de compétence = 000.	
(☞ 4)	3. <u>MRPA, MRS</u>	
	- 1 <sup>ère</sup> position (MRPA – court séjour – institution non agréée, enregistrée)	
	• Si pas MRPA, pas court séjour et non enregistrée :	0
	• Si MRPA sans court séjour :	1
	• Si MRPA avec court séjour :	2
	• Si pas MRPA, mais bien enregistrée :	5
	- 2 <sup>ème</sup> position (MRS – MRScoma)	
	• Si pas MRS :	0
	• Si MRS :	1
	• Si MRS avec lits coma :	2
	- 3 <sup>ème</sup> position	0

4. Laboratoires

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

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

5. Rééducation fonctionnelle

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

6. Maisons médicales

La maison médicale travaille avec une équipe de :

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

(☞ 19) 7. Services ambulanciers agréés

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

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

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

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

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

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

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
<i>17) Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions spécifiques</i>		
<b><u>Facturation normale</u></b>		
Rééducation professionnelle	0772015	0772026
Rééducation motrice	0772030	0772041
Rééducation psychosociale	0772052	0772063
Alcooliques et toxicomanes	0772074	0772085
Psychotiques	0772096	0772100
Troubles précoces de l'interaction parents/enfants	0773371	0773382
Epileptiques	0772133	0772144
Malentendants	0772192	0772203
Rééducation enfants/adolescents ayant des troubles neurologiques	0775213	0775224
Paralysés cérébraux	0772295	0772306
Rééducation pour enfants maltraités	-	0772402
Rééducation pour des patients mucoviscidose	0772413	0772424
Refacturation de rééducation	0774012	0774023
(€ 26) Unités de répit	-	0776705
(€ 3) Enfants atteints de maladies chroniques		
- journée de rééducation ambulatoire non-intensive	0776893(*)	-
- journée de rééducation interne non-intensive	-	0776926(*)
- journée de rééducation ambulatoire intensive	0776930(*)	-
- journée de rééducation interne intensive	-	0776963(*)
(€ 12) Rééducation fonctionnelle pédiatrique	0777291	0777302
(€ 4) ASBL "La Porte Ouverte" – Blicquy – Journée de rééducation	-	0777685
Syndrome de fatigue chronique		
- programme de rééducation de bilan complet	0777836	0777840
- programme de rééducation de bilan incomplet	0777851	0777862
- forfait mensuel programme de rééducation interdisciplinaire spécifique	0777873	0777884
- rétribution médecin généraliste	0777954	0777965
- rétribution membres de l'équipe	0777976	0777980
<b><u>Dépassement de la "capacité normale de facturation" (facturation d'un prix réduit)</u></b>		
Rééducation professionnelle	0775596	0775600
Rééducation motrice	0775611	0775622
Rééducation psychosociale	0775633	0775644
Programmes de rééducation fonctionnelle pour alcooliques		
(€ 3) et toxicomanes	0775515	0775526
Programmes de rééducation fonctionnelle pour psychotiques	0775530	0775541
Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents/enfants	0776451	0776462
Programmes de rééducation fonctionnelle pour épileptiques	0775552	0775563
Programmes de rééducation fonctionnelle pour malentendants	0775670	0775681
Programmes de rééducation fonctionnelle pour paralysés cérébraux	0775574	0775585
Programmes de rééducation fonctionnelle pour enfants maltraités	-	0775740
Programmes de rééducation fonctionnelle pour mucoviscidose	0775751	0775762
(€ 26) Unités de répit	-	0776801
(€ 12) Rééducation fonctionnelle pédiatrique	0777313	0777324
(€ 4) ASBL "La Porte Ouverte" – Blicquy – Journée de rééducation	-	0777700
Syndrome de fatigue chronique		
- programme de rééducation de bilan complet	0777895	0777906
- programme de rééducation de bilan incomplet	0777910	0777921
- forfait mensuel programme de rééducation interdisciplinaire spécifique	0777932	0777943

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

(€ 12) (\*) Supprimé pour les prestations à partir du 15/6/2009

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
Centres généraux (950)	0773614 0773673 0773732 0773754 0773776 0773791 0773813 0773872	0773625 0773684 0773743 0773765 0773780 0773802 0773824 0773883
Soins palliatifs		
- montant forfaitaire unique	0774056	-
- montant forfaitaire réduit	0774071	-
Jours de congé payés durant une période de rééducation	-	0772004
(€ 3) Jours de congé payés durant une période de rééducation en cas de dépassement de la capacité normale de facturation	-	0771002

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

Le code fournit certains renseignements nécessaires à la tarification.

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

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

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

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

(☞ 26)

Cas particuliers :

- Si la situation du patient ambulancier-hospitalisé change durant la période de prestation, alors le code de prestation (dans la Z 4) suit le statut du patient. Le type de facture (ambulancier ou hospitalisé) est déterminé par le statut du patient au dernier jour de la période (= enregistrement avec le code norme 0).  
Le code service des enregistrements avec norme 9 peut être déterminé soit par le statut du patient à la date de la séance, soit par son statut au dernier jour de la période.  
Pour les éventuels honoraires supplémentaires lors d'une série d'irradiations (ex :44496) le type de facture est déterminé par le statut du patient à la date à laquelle l'honoraire supplémentaire est facturé. Il est, donc, possible que le forfait pour la série d'irradiations soit facturé sur une facture hospitalisé et l'honoraire supplémentaire sur une facture ambulancier, ou inversement.
- Si l'assurabilité du patient change durant la période de prestation (modification CT1/CT2, modification de mutualité d'affiliation), alors tous les enregistrements avec norme 9, de même que l'enregistrement de facturation avec norme 0 sont mentionnés sur une même facture. La situation d'assurabilité du patient à la date de la dernière prestation est mentionnée sur cette facture.

- Pour les honoraires forfaitaires pour les soins infirmiers, l'enregistrement comportant le code nomenclature du forfait doit être précédé d'une série d'enregistrements dans lesquels, les prestations de base et les prestations techniques infirmières prestées durant le jour de soins concerné sont indiquées au moyen des pseudo-codes (voir art. 8, § 5, 3°, c et § 5 bis de la nomenclature).  
Tous ces enregistrements avec les pseudo-codes susmentionnés doivent être indiqués par la norme 9; les zones 19, 27 et zone 30-31 sont alors toujours égales à zéro et la zone 17-18 indique le code nomenclature de l'honoraire forfaitaire complémentaire. Le contenu des zones 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 14 est identique dans chaque enregistrement indiqué par la norme 9 et est également égal aux zones correspondantes dans l'enregistrement de l'honoraire forfaitaire complémentaire. L'honoraire forfaitaire est lui-même facturé au moyen de la norme 0.

(☞ 26)

- Pour les prestations 0687875-0687886 (tuteurs coronaires), 680352-680363 (tuteurs coronaires ou drug eluting stents) ou 0680315-0680326 (drug eluting stents) et pour les prestations relatives aux endoprothèses (0687050 à 0687186(\*) inclus, 0683432 à 0683546(\*) inclus, 0634012 à 0634325 (\*\*) inclus), la facturation se fait comme suit:
- \* le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents placés ou au nombre d'éléments utilisés + 1;
  - \* le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents ou égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du tuteur/drug eluting stents ou de l'élément utilisé;
  - \* le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire, la zone 22 est toujours égale à "+0001", les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;
  - \* le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant forfaitaire est facturé;

(☞ 3)

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

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

(☞ 13) (\*\*) à partir du 01/01/2010

- Pour les prestations relatives aux combinaisons de produits visco-élastiques (0682496-0682500 et 0682511-0682522) :
  - \* soit le produit utilisé est repris dans les listes relatives aux deux prestations susmentionnées, auquel cas la facturation se fait selon les règles habituelles;
  - \* soit il s'agit d'une combinaison de deux produits repris dans les listes relatives aux prestations [0682415-0682426 ou 0682430-0682441] et [0682452-0682463 ou 0682474-0682485], auquel cas la facturation se fait comme suit :
    - le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal à 3 ;
    - les deux premiers enregistrements doivent être indiqués par la norme 9 ; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001", la zone 43 reprend le code d'identification du produit utilisé ;
    - le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire, la zone 22 est toujours égale à "+0001", les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro ;
    - le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant forfaitaire est facturé.
  
- Drug eluting stents (catégorie 5)
  - \* Implantation d'un (de) drug eluting stent(s) sans implantation d'un tuteur coronaire classique.  
La facturation se fait sur base d'une suite d'enregistrements. Le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre de drug eluting stents placés + 2 :
    - le 1<sup>er</sup> enregistrement est relatif à la prestation de base "0687875-0687886". Il est indiqué par la norme 0; la zone 4 mentionne le code de nomenclature "0687875-0687886"; la zone 17-18 est égale à "0589013-0589024"; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire relatif à cette prestation ; la zone 22 est égale à "+0001"; les zones 27 et 30-31 sont toujours égales à 0; la zone 43 est complétée par le pseudo-code d'identification "999999000034";
    - le nombre d'enregistrement suivant est égal au nombre de drug eluting stents implantés + 1;
    - le(s) premier(s) enregistrement(s) suivant(s) (nombre égal au nombre de drug eluting stent) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; la zone 4 mentionne le pseudocode de nomenclature "0686453-0686464"; la zone 17-18 est égale à "0687875-0687886"; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du drug eluting stent;
    - le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 17-18 est égale à "0687875-0687886"; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire ; la zone 22 est toujours égale à "+0001"; les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;
    - le contenu des zones 1, 5, 6, 15, 16, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs.

(☞ 3)

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

(☞ 26) Les instructions concernant les drug eluting stents (catégorie 5) sont valables pour les prestations exécutées jusqu'au 31/03/2011 inclus.

- \* Implantation d'un (de) drug eluting stent(s) avec implantation d'un (de) tuteur(s) coronaire(s) classique(s).

La facturation se fait sur base d'une suite d'enregistrements. Le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal à : (nombre de tuteurs coronaires + 1) + (nombre de drug eluting stents + 1) :

- le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de tuteurs coronaires) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; la zone 4 mentionne le code de nomenclature "0687875-0687886"; la zone 17-18 est égale à "0589013-0589024"; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du tuteur;
- l'enregistrement suivant est indiqué par la norme 0; la zone 4 mentionne le code de nomenclature "0687875-0687886"; la zone 17-18 est égale à "0589013-0589024"; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire; la zone 22 est toujours égale à "+0001"; les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;
- le(s) enregistrement(s) suivant(s) (nombre égal au nombre de drug eluting stent) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9 ; la zone 4 mentionne le pseudocode de nomenclature "0686453-0686464" ; la zone 17-18 est égale à "0687875-0687886"; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du drug eluting stent ;
- le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 4 mentionne le pseudocode de nomenclature "0686453-0686464"; la zone 17-18 est égale à "0687875-0687886"; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire; la zone 22 est toujours égale à "+0001"; les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro ;
- le contenu des zones 1, 5, 6, 15, 16, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs.

(☞ 13) La marge de délivrance peut être facturée sous le pseudo-code existant 0685812 – 0685823 comme mentionné dans les exemples de l'ET 50 Z 4 S 18 et S 19.

(☞ 13) Dans le cas où le plafond est atteint pour la marge de délivrance de la prestation 687875-687886, un enregistrement marge de délivrance doit être créé pour la prestation 686453-686464 avec le montant égal à 0 et la norme 7.

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

(☞ ) Remarque : Pour les drug eluting stents, les obligations relatives à la zone 17-18 entrent en vigueur à la date de prestation 01/03/2004.

Les drug eluting stents implantés à partir du 1<sup>er</sup> juin 2004 chez des patients non traités par antidiabétique oral et/ou insuline doivent être portés en compte sous le code de nomenclature "0687875-0687886", avec mention du code d'identification prévu dans la liste des tuteurs coronaires sous la catégorie " Drug eluting stents hors catégorie 5". Les règles de facturation prévues dans l'enregistrement de type 50, zone 3, suite 1, 3<sup>ème</sup> tiret, sont d'application.

(☞ 26) Les instructions concernant les drug eluting stents (catégorie 5) sont valables pour les prestations exécutées jusqu'au 31/03/2011 inclus.

**Mise en place des stents sur plusieurs jours.**

( 26) Le § 11ter de l'article 35 prévoit que, par hospitalisation, seule une des prestations 687875-687886, 680315-680326 ou 680352-680363 peut être remboursée.

Le § 12ter de l'article 35bis prévoit que l'intervention pour les prestations 687890-687901 et 687912-687923 ne peut être remboursée qu'une fois par hospitalisation.

Deux possibilités existent alors :

- 1) Plusieurs tuteurs coronaires / drug eluting stents mis en place pendant différentes périodes opératoires mais lors de la même hospitalisation:

Le forfait ne peut être pris en compte qu'une fois, mais tous les codes d'identification de TOUS les stents implantés doivent être mentionnés sur la facture électronique.

Les premiers stents sont mentionnés avec norme 9 et la date exacte de l'implantation.

Puis un enregistrement avec norme 0 et le montant forfaitaire suit avec la date de la première implantation.

Ensuite se trouve l'enregistrement avec la facturation de la marge de délivrance.

Finalement les stents de la deuxième implantation sont mentionnés avec norme 9 et leur date exacte d'implantation.

Voir également l'exemple dans la Zone 4 S 17.

- 2) Plusieurs tuteurs coronaires / drug eluting stents mis en place lors de différentes périodes opératoires lors de différentes hospitalisations.

Le forfait peut être pris en compte plusieurs fois, puisqu'il s'agit de différentes hospitalisations.

La facturation s'effectue selon les règles normales.



Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
• Endoprothèses (*):		
- Endoprothèse de la bifurcation avec segment contralatéral	0687050	0687061
- Endoprothèse de la bifurcation avec segment contralatéral et extensions iliaques et/ou aortiques	0687072	0687083
- Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec bouchon d'occlusion	0687094	0687105
- Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec bouchon d'occlusion et extensions iliaques et/ou aortiques	0687116	0687120
- Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'artère iliaque pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique	0687131	0687142
- Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'aorte abdominale pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique	0687153	0687164
- Prothèse aortique abdominale droite	0687175	0687186
- Une prothèse aortique thoracique droite	0683432	0683443
- Prothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus et prothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm	0683454	0683465
- Une prothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm	0683476	0683480
- Deux prothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm	0683491	0683502
- Trois prothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm	0683513	0683524
- Deux prothèses aortiques thoraciques droites : 15 cm ou plus	0683535	0683546
(☞) • Implant cochléaire controlatéral, y compris le microphone externe, le processeur vocal et le système de transmission du son	0685333	0685344
(☞ 26) • Drug eluting stent coronaire	0686453 (**)	0686464 (**)
(☞ 7) • Moniteur cardiaque implantable et accessoires	0693910	0693921
(☞ 19) • Stent valvulaire percutané implantable placé dans le outflow tract du ventricule droit accessoires inclus	0691950	0691961
(☞ 7) b) Article 35bis, catégorie 3 :		
Ensemble du matériel de consommation, y compris l'utilisation de l'appareil, pour la réalisation d'une session de dialyse de détoxification en cas de pathologie	0740272	0740283
(☞ 12) Ensemble du matériel de consommation pour l'exécution de la prostatectomie totale, y compris l'exérèse du bloc vésiculaire avec suture uréthro-vésicale par chirurgie robotisée endoscopique	0777114	0777125

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

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

## Pseudo-code nomenclature

Ambulant Hospitalisé

## Libellé

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
c) Marge de délivrance des implants. Cette marge doit être facturée au même moment que les prestations correspondant à l'article 28, § 1er, à l'article 35 ou à l'article 35bis, § 1er ou les		
(☞ 5) prestations relatives aux défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes telles que mentionnées au point d) ci-dessous		
- pour les prestations de l'art. 28, § 1er,	0618715	0618726
- pour les prestations des catégories 1, 2 et 5 de l'art. 35, et pour les défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes	0685812	0685823
- pour les prestations des catégories 3 et 4 de l'art. 35	0685834	0685845
(☞ 7) - pour les prestations de l'article 35bis, catégories 1, 2 et 3	0685856	0685860
(☞ 11) - pour les prothèses de la parole (voir article 3, 3° de la Convention avec les fournisseurs d'implants).	0785352 (*)	0785363 (*)
(☞ 12) - défibrillateurs cardiaques implantables – compensation durée de vie	0699915	0699926
Le montant de la marge de délivrance est plafonné.		
(☞ 1) Dans le cas où le plafond est d'application sur la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de nomenclature, il faut alors indiquer au moyen de la norme 8 ou 7 dans la zone 46 de l'E.T. 50, si le montant mentionné dans la zone 27 est le résultat du calcul exact sur le prix d'achat (zone 19 + zone 27 de l'E.T. 50 correspondant); ou la différence entre la valeur plafond et la somme des marges de délivrance mentionnées dans les E.T. 50 précédents indiqués avec la norme 8.		
(☞ 1) L'enregistrement dans lequel le plafond est atteint et dans lequel le montant de la zone 27 est par conséquent plus petit que la marge de délivrance normale, est indiqué par la norme 7.		
(☞ 12) Si le plafond est atteint et qu'aucune marge de délivrance ne peut être facturée, alors un enregistrement "marge de délivrance" est établi avec le montant dans la zone 27 égal à zéro et avec la norme 7.		
d) Renouvellement prématuré du stimulateur cardiaque	0684655	0684666
(☞ 11) e) Défibrillateur cardiaque implantable	0691633	0691644
Défibrillateur cardiaque implantable de remplacement	0691655	0691666
Electrode 1 coil, shock only (SVC)	0691692	0691703
Electrode 1 coil et sense/pace	0691714	0691725
Electrode 2 coils et sense/pace	0691736	0691740
Patch subcutané	0691751	0691762
Electrode subcutanée	0691773	0691784
Electrode de stimulateur, endocardiale unipolaire ou bipolaire ou myocardiale	0691795	0691806
Electrode de stimulateur cardiaque single-pass (VDD)	0691810	0691821
Electrodes de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie percutanée	0691832	0691843
Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie épiscopardique	0691854	0691865
Supplément pour l'upgrading d'un défibrillateur cardiaque de resynchronisation	0691670	0691681
(☞ 12) Défibrillateur cardiaque implantable – compensation durée de vie	0699930	0699941
(☞ 7, 8) Ces prestations se réfèrent à une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z10) et le code service 770 (ET 50 Z 13). L'ANMC et l'UNMS traitent cette convention de rééducation fonctionnelle au niveau national. Les documents de facturation papier doivent donc être envoyés aux Unions Nationales (voir p.14 et ET 20 Z 18).		
(☞ 18) Pour l'ANMC, dans le cadre de REFAC, les documents doivent être transmis au point unique de contact.		
(☞ 7) f) Marge de sécurité des implants (**)	0618730	0618741
Pour les prestations à partir du 1/7/2008, le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité doit être facturé via un enregistrement distinct (analogue à la marge de délivrance). Le montant est repris dans la zone 27. Le (pseudo-)code nomenclature de l'implant est communiqué comme prestation relative.		
Si aucune marge de sécurité n'est facturée, aucun enregistrement « marge de sécurité » n'est établi.		
9. Les honoraires forfaitaires pour soins infirmiers voir E.T. 50 Z 3 en regard de la norme "9".		
(☞ 11) (*) La marge de délivrance est à charge de l'assurance maladie obligatoire. Le montant doit donc être mentionné dans la zone 19.		
(☞ 7) (**) supplément mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité, tel que défini à l'article 35, §4 et l'article 35bis, §4 de la nomenclature		

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 17

b) 4 tuteurs sont implantés :

(☞ 3) - 1 tuteur de type 0XXXXYYYAAAAAC, le 5/4/2004

(☞ 3) - 3 tuteurs du type 0XXXXYYYBBBBBC, le 12/4/2004

E.T.	50	50	50	50	50 (X 3)	
ZONE	PRESTATIONS					
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50	
3	NORME PRESTATION	9	0	0	9	
4	N°PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0687886	0687886	0685823	0687886	
(☞ 3)	5	DATE DEBUT PRESTATION	20040405	20040405	20040405	20040412
(☞ 3)	6	DATE FIN PRESTATION	20040405	20040405	20040405	20040412
	15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
	16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
	17	PRESTATION RELATIVE	0589024	0589024	0687886	0589024
	18					
	19	MONTANT O.A.	+0000000000	+00000205016	+0000000000	+0000000000
	20	DATE PRESCRIPTION	20040331	20040331	00000000	20040331
	21					
	22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001
	23					
	24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	00000000000	01/XXXXXX/CC/KKK
	25					
(☞ 1)	27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000014874	+000000000
(☞ 1)	30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
	43	CODE IMPLANT	0XXXXYYYAAAAAC	000000000000	000000000000	0XXXXYYYBBBBBC

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

(☞ 13)

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 18

(☞ 26) L'exemple ci-dessous est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/03/2011 inclus.

Exemples d'une suite d'enregistrements relatifs aux drug eluting stents (DES) (Catégorie 5).

Prestataire conventionné

a) 2 DES de type XXXYYYAAAAAC sont implantés sans implantation de tuteurs coronaires :

- Prestation de base : 0687875-0687886 (forfait : U1985 – 2050,16 EUR)

- Supplément pour DES : 0686453-0686464 (forfait : U 968,22 – 1000 EUR)

(☞ 13)

(☞ 13)

ET	50	50	50	50	50 (2 X)	50	50
ZONE	PRESTATIONS						
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	0	0	9	0	0	0
4	N° PSEUDO-CODE	0687886	0685823	0686464	0686464	0686464	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
6	DATE FIN PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1	1	1
17	PRESTATION	0589024	0687886	0687886	0687886	0687886	0686464
18	RELATIVE						
19	MONTANT O.A.	+00000205016	+00000000000	+00000000000	+00000000000	+00000100000	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20031130	000000000	20031130	20031130	20031130	000000000
21							
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001
23							
24	IDENTIFICATION DU	01/XXXXXX/CC/KKK	0000000000000	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	0000000000000
25	PRESCRIPTEUR						
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000014874	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	999999000034	0000000000000	XXXXYYAAAAAC	XXXXYYAAAAAC	XXXXYYAAAAAC	0000000000000
46	NORME PLAFOND	0	7	0	0	0	7

(☞ 1)

(☞ 1)

(☞ 13)

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

MISE A JOUR 2006/26

Publication 03-05-2011

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 19

(☞ 26) L'exemple ci-dessous est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/03/2011 inclus.

- b) 2 DES de type XXXYYA AAAAC sont implantés avec implantation de 2 tuteurs coronaires de type XXXYYB BBBBC :
- Prestation de base : 0687875-0687886 (forfait : U1985 – 2050,16 EUR)
  - Supplément pour DES : 0686453-0686464 (forfait : U 968,22 – 1000 EUR)

ET	50	50 (2 X)	50	50	50 (2 X)	50	50	50	50
ZONE	PRESTATIONS								
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	0	0	9	0	0	0	0
4	N° PSEUDO-CODE	0687886	0687886	0685823	0686464	0685823	0686464	0685823	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
6	DATE FIN PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1	1	1	1	1
17	PRESTATION	0589024	0589024	0687886	0687886	0687886	0687886	0686464	0686464
18	RELATIVE								
19	MONTANT O.A.	+0000000000	+0000205016	+0000000000	+0000000000	+0000000000	+0000010000	+0000000000	+0000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20031130	20031130	00000000	20031130	00000000	20031130	20031130	00000000
21									
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001
23									
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000	000000000000
25									
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+0000000000	+0000000000	+000014874	+0000000000	+0000000000	+0000000000	+0000000000	+0000000000
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+0000000000	+0000000000	+0000000000	+0000000000	+0000000000	+0000000000	+0000000000	+0000000000
43	CODE IMPLANT	XXXXYYB BBBBC	XXXXYYB BBBBC	000000000000	XXXXYYB BBBBC	000000000000	XXXXYYB BBBBC	000000000000	000000000000
46	NORME PLAFOND	0	0	7	0	7	0	0	7

(☞ 1)

(☞ 1)

(☞ 13)

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I.

L'exemple ci-dessous est valable pour les prestations exécutées à partir du 1/04/2011.

Exemple d'une suite d'enregistrements relatif aux drug eluting stents (DES)

Drug eluting stents : 0680315-0680326 U2047

Remboursement (forfait) : € 2114,19

Marge de délivrance : € 148,74

Prestataire conventionné

2 drug eluting stents sont implantés :

- 1 DES du type : 0XXXXYYYAAAAAC

- 1 DES du type : 0XXXXYYYBBBBBC

E.T.	50	50	50	50	50
ZONE	PRESTATIONS				
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	9	0	0
4	N°PSEUDO-CODE	0680326	0680326	0680326	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20110701	20110701	20110701	20110701
6	DATE FIN PRESTATION	20110701	20110701	20110701	20110701
15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0589024	0589024	0589024	0680326
18					
19	MONTANT O.A.	+0000000000	+0000000000	+00000211419	+0000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20110630	20110630	20110630	00000000
21					
22	NOMBRE DE	+0001	+0001	+0001	+0001
23	PRESTATIONS				
24	IDENTIFICATION DU	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000
25	PRESCRIPTEUR				
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXXYYYAAAAAC	0XXXXYYYBBBBBC	000000000000	000000000000
46	NORME PLAFOND	0	0	0	7

Les autres zones doivent être complétées conformément aux directives de l'I.N.A.M.I..

**Exemple chirurgie cardiaque à invasion minimale (voir description de la méthode dans l'ET 50 Z 3 S 4)**

3 éléments (canule artérielle) : 1 élément avec le code implant OXXXXYAAAAAC + 2 éléments avec le code implant OYYYYZZAAAAAC  
 2 éléments (drainage veineux) : 1 élément avec le code implant OXXXXYBBBBBC + 1 élément avec le code implant OXXXXZZBBBBBC

canules artérielles										drainage veineux									
ET Zone	50 Prestations	enreg statistique 50	enreg statistique 50	enreg statistique 50	enreg de facturation ou	50	enreg de facturation 50	enreg de facturation 50	enreg de facturation ou	50	enreg de facturation 50	enreg de facturation 50	enreg de facturation ou	50	enreg de facturation 50	enreg de facturation 50	enreg de facturation ou	50	enreg de facturation 50
1	Type d'enregistrement	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
3	n° pseudo-code	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
4	n° pseudo-code	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765	689765
5	date début prestation	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201
6	Date fin prestation	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201
15	prestataire	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	nom dispensateur	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
17-18	prestation relative	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	montant O.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20-21	date de prescription	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010	20081010
22-23	nombre de prestations	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001
24-25	identification du prescripteur	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK
27	intervention personnelle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-31	montant supplément	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
43	code implant	OXXXXYAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC	OYYYYZZAAAAAC

Remarque: la marge de délivrance n'est pas reprise dans cet exemple; elle est facturée selon les règles normales (voir ET 50 Z 4 S 5 BIS et ET 50 Z 46)



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

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

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

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

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

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

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

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

- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
- s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
- s'il s'agit de suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI (codes 0960XXX) ;
- s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile ;
- (☞ 13) - s'il s'agit des conventions art. 56 (0751472, 0751435, 0751450) ;
- (☞ 9) - s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).

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

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

(☞ 5) \* Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques ;  
- s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

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

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

(☞ 13) \* Endoprothèses (aussi bien le matériel (art. 35) que l'acte médical (art.34)\*) :  
- Prestations pour lesquelles seul un agrément endoprothèses est nécessaire :  
Numéro de l'hôpital + 151 ou numéro de l'hôpital + 152  
- Prestations pour lesquelles un agrément endoprothèses et un agrément pathologie cardiaque B3 sont nécessaires : Numéro de l'hôpital + 152

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

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

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

\* S'il s'agit de prestations liées à une prestation de base pour laquelle la mention d'un lieu spécifique de prestation est exigée, pour cette prestation, le lieu de prestation de la prestation de base doit alors être mentionné (ex. honoraires supplémentaires, suppléments d'accréditation, honoraires pour soins d'urgence,...).

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

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

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

**RUBRIQUE : NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION**

---

**LIBELLE :**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 195**

---

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

(<sup>12</sup>) S'il s'agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone, le numéro de l'attestation d'administration, c'est-à-dire, le numéro de l'attestation prouvant que le sang humain total ou les produits sanguins labiles ont bien été administrés.

**RUBRIQUE : NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC**

---

**LIBELLE :**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 A - 207**

---

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

(<sup>☞</sup>12) S'il s'agit de la facturation du sang ou des produits sanguins labiles, il y a lieu de mentionner dans cette zone le numéro du bon de délivrance ou du sac.

Certains centres de transfusion sanguine utilisent un numéro de 21 positions :

Exemple : B0370 02 330609.16-53

où B0370 = le centre de transfusion de Brugge ;  
02 = l'année 2002 ;  
330609.16-53 = le numéro unique du sac de sang.

Seules les 12 dernières positions (numéro unique du sac de sang) sont mentionnées dans cette zone.

(<sup>☞</sup>26) D'autres centres de transfusion sanguine utilisent un numéro d'unité avec la structure suivante :  
BXXXXAANNNNNN00

avec

BXXXX: numéro du centre de transfusion sanguine

AA: année

NNNNNN: numéro d'ordre

Dans ce cas, les positions XXXXAANNNNNN de ce numéro doivent être mentionnées dans cette zone.