

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

Nos références: 1804/CH/ADG/2015

Bruxelles, le 15 juillet 2015.

Madame,
Monsieur,

Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie électronique – Edition 2013 – 16^e mise à jour.

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2013/16 des instructions susmentionnées.

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

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,
Directeur général.

**INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS,
AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES,
AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER
ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS
QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE
DES FICHIERS DE FACTURATION
ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 2013
MISE A JOUR 2013/16 – Publication 15-7-2015**



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

Service des soins de santé

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

MISE A JOUR 2013/16

Pages à remplacer :

- Pages 1, 6, 14 ;
- Annexes 16.1, 16.3, 16.13, 16.17, 16.18, 16.20. ;
- ET 20 Z 18 ;
- ET 30 Z 4 S 15,
- ET 50 Z 4 S 3, Z 13, Z 14 S 1, Z 14 S 3;

Pages à ajouter

- Annexe 20.4 BIS.

1. Suppression de l'envoi des attestations de soins papier en cas de facturation électronique, pages 1 et 6.

Les praticiens de l'art infirmier, les laboratoires et les médecins généralistes qui facturent en tiers payant via le réseau MyCarenet ne doivent plus transmettre d'attestations de soins papier (attestations de soins individuelles + note récapitulative) aux mutualités pour les prestations facturées à partir du 1^{er} juillet 2015.

Date d'application: Date de réception du fichier de facturation (zone 105 du message MyCarenet 931000) \geq 20150701.

2. Numéro d'identification INAMI, annexes 16.1, 16.3, 16.13, 16.18, 16.20.

- Dans le cadre de la nouvelle convention avec un centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC, des nouveaux numéros INAMI sont attribués aux thérapeutes cognitivo-comportementalistes pour le SFC.

Ces numéros INAMI ont la structure suivante : 700xxxCD000.

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

- Les postes de garde reçoivent un numéro INAMI commençant par 678. Ces numéros INAMI ont la structure suivante : 678xxxCD000.

Date d'application : il s'agit d'une précision.

La description de la structure de ces numéros INAMI est intégrée dans l'annexe 16.

3. Enregistrement 52 – précisions, annexe 20.4 BIS.

Dans l'annexe 20, l'enregistrement 52 (enregistrement facultatif) est ajouté dans l'aperçu descriptif de la manière de remplir les différentes zones du fichier de facturation pour les médecins généralistes dans le cadre d'e-fact.

Date d'application : il s'agit d'une précision.

4. E-fact – précisions, page 14, ET 20 Z 18.

Des précisions sont apportées concernant le remplissage de la zone « mutualité de destination » dans le cadre de e-fact.

Date d'application : Date d'application e-fact.

5. Nouvelle convention de rééducation fonctionnelle avec les centres de diagnostic multidisciplinaire pour le SFC, annexe 16.17, ET 30 Z 4 S 15, ET 50 Z 4 S 3.

Suite à la nouvelle convention avec les centres de diagnostic multidisciplinaire pour le SFC, ces centres ont été ajoutés dans l'annexe 16.17 et des nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 15 et dans l'ET 50 Z 4 S 3.

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

6. Code service, ET 50 Z 13.

Il est précisé que pour le code ambulatoire 599970, le code service 190 doit être mentionné. Dans la nomenclature, il est explicitement prévu que la prestation doit être effectuée dans le service N* (code service 190). Il s'agit ici d'une exception aux instructions de facturation.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2015.

7. Tuteur coronaire et drug eluting stent - lieu de prestation, ET 50 Z 14 S 3.

Suite à l'AR 22/4/2015 (MB 24/4/2015), il est précisé que le numéro d'agrément du centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » (numéro de l'hôpital + 156) doit être mentionné lors de la facturation de la prestation 170656-170660.

Date d'application : Prestations à partir du 1/4/2015.

8. Produits radio-pharmaceutiques – lieu de prestation, ET 50 Z 14 S 1.

Il est précisé que le numéro d'agrément PETscan (numéro de l'hôpital + 112) doit aussi être mentionné lors de la facturation des produits 747611-747622, 747655-747666, 747751-747762, 747795 jusqu'à 747821 inclus.

Date d'application: Délivrances à partir du 1/6/2015.

9. Liste “prescripteur”

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
769834	769996	28/4/2015	11/5/2015	1/7/2015
770571	770976	28/4/2015	11/5/2015	1/7/2015
771352	771352	28/4/2015	11/5/2015	1/7/2015
743352	743374	13/5/2015	5/6/2015	1/12/2012
679416	679442	26/5/2015	5/6/2015	1/8/2015
679954	679980	26/5/2015	5/6/2015	1/8/2015

10. Liste « prestation relative »

Prothèse de la hanche : dans la feuille « remarques5 », les actes médicaux de l'art. 14k sont ajoutés comme prestations relatives possibles en cas de révision.

Codes ajoutés				
De	à	A.R. / A.M.	M.B.	Date d'application
165756	165760	25/6/2014	1/7/2014	1/7/2014 (*)
166633	166644	25/6/2014	1/7/2014	1/7/2014 (*)
170656	170660	22/4/2015	24/4/2015	1/4/2015
171113	171124	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
171150	171161	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
592815	592815	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
592852	592852	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
592911	592911	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
592955	592955	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
593014	593014	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
593051	593051	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
593110	593110	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
593154	593154	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)

(*) Ces codes existent déjà depuis l'entrée en vigueur de l'AM concerné mais ils ont été oubliés dans la liste.

(**) Le pseudo-code 767130 peut (facultatif) être mentionné en prestation relative pour indiquer qu'il s'agit d'un cas de dérogation où plusieurs dates de prélèvement sont mentionnées sur la prescription, justifiées par le suivi du patient. Dans ce cas, plusieurs honoraires forfaitaires peuvent être facturés (une fois par date de prélèvement et par patient) pour une seule prescription.

Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
165992	166025	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
166051	166062	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
166574	166585	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
166611	166622	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
166633	166644	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
475086	475086	Il s'agit d'un code qui a été repris dans la liste par erreur.		

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.

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

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

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

- note d'hospitalisation (facture récapitulative + facture individuelle) en cas de facturation par le gestionnaire de l'hôpital sans qu'il y ait suppression de la facture hospitalière individuelle;
- note d'hospitalisation (facture récapitulative seulement) en cas de facturation par le gestionnaire de l'hôpital, avec suppression de la facture hospitalière individuelle;
- (☞3) - note d'honoraires (annexe 83 du Règlement du 28/7/2003) (facture récapitulative + facture individuelle) en cas de facturation par le Conseil Médical sans qu'il y ait suppression de la facture individuelle;
- (☞3) - note d'honoraires (annexe 83 du Règlement du 28/7/2003) (facture récapitulative seulement) en cas de facturation par le Conseil Médical, avec suppression de la facture individuelle;
- note de frais récapitulative + notes de frais individuelles en cas de facturation par une MRPA/MRS/CSJ ou MSP/IHP ;
- (☞3) - attestations individuelles de soins donnés ou attestations récapitulatives, accompagnées d'une note récapitulative (voir annexe 2 B) en cas de facturation par un groupe de dispensateurs de soins ou en cas de facturation par d'autres établissements ou d'autres dispensateurs de soins .

Remarques :

- Les conditions spécifiques auxquelles un hôpital doit satisfaire pour obtenir la suppression de la facture papier individuelle, est décrite dans un document séparé (voir www.carenet.be)
- (☞16) - Les praticiens de l'art infirmier, les laboratoires et les médecins généralistes qui facturent en tiers payant via le réseau MyCaret ne doivent plus transmettre de factures papier aux organismes assureurs pour les prestations facturées à partir du 1er juillet 2015.

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

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

Un fichier de facturation peut être transmis de façons différentes:

Par le système CareNet/ MyCareNet (voir pages 6 à 11 incluse).

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

2.A.4.2. Une facture individuelle ou une attestation de soins donnés entièrement rejetée doit être réintroduite sur fichier de facturation.

Cette réintroduction se fait soit comme facture originale si la nouvelle facture est adressée à un autre organisme assureur, soit comme réintroduction de rejet avec référence à la facture précédente dans l'enregistrement de type 20, à partir de la zone 29 jusque la zone 41.

Les praticiens de l'art infirmier doivent effectuer une réintroduction sur fichier de facturation pour les cas suivants :

- les factures individuelles entièrement rejetées (une facture individuelle peut provenir d'une ou plusieurs attestation(s) de soins);
- les journées de prestations entièrement rejetées relatives à un patient (ces journées de prestations peuvent se trouver sur une ou plusieurs attestation(s) en rapport avec des prestations effectuées par plusieurs praticiens de l'art infirmier durant la même journée, chez un même patient).

Les praticiens de l'art infirmier peuvent introduire des notes de crédit par support électronique pour des jours de prestation complets.

2.A.4.3. Tous les établissements qui reçoivent de l'O.A. un fichier de décompte avec des données détaillées du décompte, sont tenus de réintroduire toutes les données corrigées par voie électronique.

2.B. En cas de facturation via Carenet/ MyCareNet.

Outre la communication des données administratives, l'échange des données financières via le réseau CareNet/ MyCareNet constitue une mission supplémentaire essentielle.

En effet, cet échange électronique permet de tirer profit du remplacement des supports magnétiques, en accélérant la transmission des informations et surtout en fournissant une sécurité propre au système CareNet/ MyCareNet.

De plus, cette fonction impliquera l'informatisation et la suppression progressive des documents papier (factures récapitulatives, décomptes, rejets, etc.), ce qui simplifiera l'ensemble du traitement, tant au niveau des établissements et des dispensateurs de soins qu'au niveau des organismes assureurs.

A terme, cette fonction, combinée au transfert des données administratives, améliorera sensiblement la qualité des données et entraînera la suppression des factures papier.

- (☞ 16) Les praticiens de l'art infirmier, les laboratoires et les médecins généralistes qui facturent en tiers payant via le réseau MyCarenet ne doivent plus transmettre de factures papier aux organismes assureurs pour les prestations facturées à partir du 1er juillet 2015.

Le processus de facturation en gros.

1. Le tiers payant envoie le fichier de facturation (lay-out INAMI), accompagné des enregistrements des bordereaux récapitulatifs par mutualité.
2. L'OA effectue un premier contrôle en validant les enregistrements des bordereaux par mutualité :
 - si aucune erreur n'est décelée, l'OA envoie un accusé de réception;
 - si une erreur est décelée, l'OA envoie un fichier faisant apparaître que l'ensemble de la facture est rejetée; après correction, l'hôpital renvoie un fichier complet.

4. Identification du patient. Données provenant du document "Notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement" (modèle 721 bis), du carnet de membre ou de la vignette et dans la carte d'identité sociale.

Afin de permettre aux organismes assureurs d'effectuer leurs ventilations comptables et statistiques en matière de dépenses en soins de santé, certaines données d'identification du patient sont nécessaires.

Les organismes assureurs communiqueront ces données sur le document "notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement". Ces données figurent aussi sur les carnets de membres ou sur les vignettes d'identification et dans la carte d'identité sociale.

Il s'agit des éléments suivants :

1) Le numéro de la mutualité

Sur le fichier de facturation électronique, une distinction est faite entre la mutualité d'affiliation (ET 20/80 Z 7) et la mutualité de destination (ET 20/80 Z 18).

La manière de remplir ces zones est différente suivant l'organisme assureur auquel le fichier de facturation est destiné.

La tableau ci-dessous fournit un aperçu des procédures par OA.

	Mut. d'affiliation (Z7)	Mut. de destination (Z18)
(☞ 12,16)	OA100 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 Certaines conventions de rééducation : 100 Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier et laboratoires et médecins généralistes (efact) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation) (*)
(☞ 1,16)	OA200 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
(☞ 11)	OA300 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines conventions de rééducation : 300 • Mutualités wallonnes – ressources partagées (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 • Facturation électronique médecins généralistes dans le cadre du projet e-fact – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319
	OA400 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= 400 (**)
	OA500 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)

(*) A la Mutualité Chrétienne, dans le cadre de notre projet REFAC, les factures ne seront plus adressées à la mutualité d'affiliation, mais à la mutualité associée au point unique de contact.

Cela veut dire qu'à partir d'un certain moment, la zone 18 de l'enregistrement de type 20 et 80 aura toujours la même valeur.

(☞ 12) Cette modification est valable pour les hôpitaux (710/720), les praticiens de l'art infirmier et les laboratoires. L'entrée des hôpitaux dans le projet REFAC s'est effectuée progressivement entre le 21/6/2010 et le 31/12/2010. L'entrée des praticiens de l'art infirmier dans REFAC a eu lieu le 01/02/2013 (date de réception de l'envoi). Les laboratoires de biologie clinique et d'anatomo-pathologie sont entrés à

(☞ 16) partir du 01/05/2014 (date de réception de l'envoi). Les médecins généralistes (eFact) à partir du 01/07/2015 (date de réception de l'envoi).

A partir de l'entrée dans REFAC, le numéro de la mutualité de destination (ET 20 et 80 Zone 18) est toujours le Point Unique de Contact quel que soit la mutualité d'affiliation et même s'il s'agit de psychiatrie ou de rééducation.

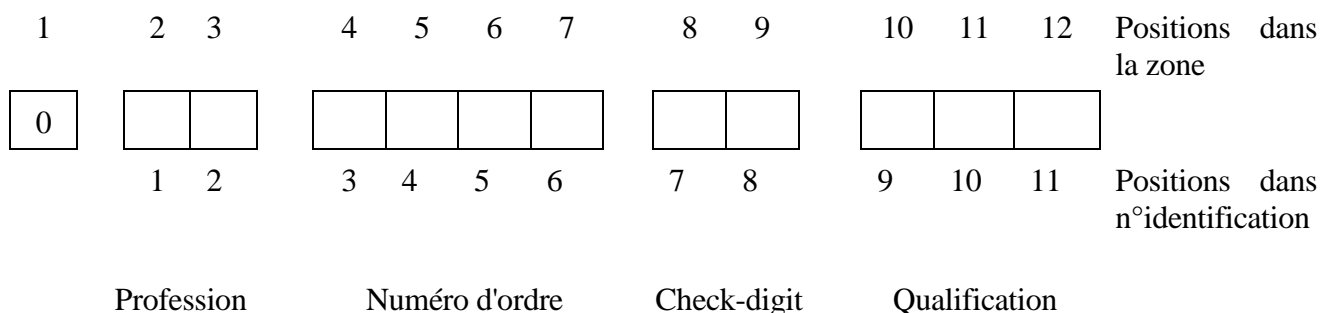
(☞ 13) (**) Les records de type 95 remplacent le bordereau papier qui accompagnait le support magnétique.

Ce bordereau papier reprend par mutualité de destination (Record 20 Zone 18) le montant facturé. En d'autres termes, si dans les records 20 zone 18, 1 seule mutualité apparaît (en l'occurrence 400), le bordereau papier ne reprend qu'un montant, pour la mutualité 400.

En toute logique le record 95 du message 920000 n'apparaît qu'une seule fois, et ce pour la mutualité 400.

Structure des numéros d'identification INAMI

Remarque : Il est possible qu'une personne (personne physique ou personne juridique) ait plusieurs numéros.

1. Dispensateurs de soins.**A. Profession (1er et 2ème chiffre du numéro d'identification).**

10 à 19	médecins
20 à 29	pharmaciens
30 à 39	praticiens de l'art dentaire
40	accoucheuses
41 à 49	praticiens de l'art infirmier
50 à 55	kinésithérapeutes
56	diététiciens
57	podologues
58	logopèdes
59	orthoptistes
60	logopèdes
61	orthopédistes
62	bandagistes
63	dispensateurs d'implants
64	bandagistes
65	ergothérapeutes
66	opticiens
67	audiens
68	pharmaciens-biologistes
69	fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.
(☞ 16) 70	thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC
80 à 94	personnel soignant et aides soignants
95 à 97	infirmières MR
98 à 99	personnel soignant et aides soignants

B. Numéro d'ordre (3ème au 6ème chiffre inclus du numéro d'identification).**1) Médecins.**

Numéro d'identification, attribué par l'Ordre provincial des médecins.

15) Opticiens.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

16) Audiciens.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

17) Pharmaciens-biologistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

18) Fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

(☞ 16) 19) Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

20) Personnel soignant et aides soignants.

Les 4ème au 8ème chiffres constituent un numéro d'ordre entre 10.000 et 99.000, attribué par l'INAMI.

C. Check-digits (7ème et 8ème chiffres du numéro d'identification), à l'exception du numéro du personnel soignant

Le nombre inscrit en positions 7 et 8 est égal à la différence entre

- 1) 97, et
- 2) le reste de la division dont le dividende est formé par les chiffres des positions 1 à 6 inclus du numéro d'inscription, et le diviseur est égal à 97 (c.à.d. le nombre premier le plus élevé, inférieur à 100).

(☞ 4) Le check-digit des numéros INAMI qui sont attribués aux praticiens de l'art infirmier à domicile à partir du 1/10/2013, est calculé selon la méthode du modulo 89.

Le nombre inscrit en positions 7 et 8 est égal à la différence entre

- 1) 89, et
- 2) le reste de la division dont le dividende est formé par les chiffres des positions 1 à 6 inclus du numéro d'inscription, et le diviseur est égal à 89.

(☞ 4) L'identification unique devra, désormais, s'effectuer sur base des 8 premières positions du numéro et plus sur base des 6 premières positions. Concrètement, cela signifie qu'il est possible que les 6 premiers chiffres du numéro INAMI de 2 praticiens de l'art infirmier différents soient identiques.

D. Qualification d'un dispensateur (9ème au 11ème chiffre inclus du numéro d'identification)

La qualification diffère de dispensateur à dispensateur.

Il est possible qu'un dispensateur ait plusieurs codes de compétence. Cela signifie que pour chaque qualification, les huit premiers chiffres sont toujours les mêmes et les chiffres 9 à 11 seront différents selon la qualification.

1. Médecins

Voir liste officielle des codes compétence publiée sur le site de l'INAMI

(☞ 14) (<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/codes-competences-numero-inami-dispensateurs-soins.aspx>).

Groupe B + E	= 822	Groupe E	= 850
Groupe B + F	= 823	Groupe E + F	= 851
Groupe B + D + E	= 824	Groupe F	= 860
Groupe B + D + F	= 825	Groupe G	= 870
Groupe B + E + F	= 826	Groupe H	= 880
Groupe B + D + E + F	= 827		

Les codes pour les agrégations, attribuées à partir du 1er janvier 1983, sont les suivants :

Groupes : A, 1, 2, 3, SP, 4 et R.I.A.

Groupe SP : A, 1, 2, 3.

Groupe A est compris dans les groupes 1, 2, 3 et 4.

Groupe RIA (ce groupe ne peut être obtenu séparément).

Numéros de code :

Groupe SP	= 990	Groupe 1 + 2 + 4	= 914
Groupe SP + 4	= 991	Groupe 1 + 3 + 4	= 915
Groupe SP + RIA	= 992	Groupe 2	= 920
Groupe SP + 4 + RIA	= 993	Groupe 2 + 3	= 921
Groupe A	= 900	Groupe 2 + 4	= 922
Groupe 1	= 910	Groupe 2 + 3 + 4	= 923
Groupe 1 + 2	= 911	Groupe 3	= 930
Groupe 1 + 3	= 912	Groupe 3 + 4	= 931
Groupe 1 + 4	= 913	Groupe 4	= 940

18. Fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.

- compétence générale pour la fourniture de matériel dans le cadre des trajets de soins : 004
- compétence générale pour la fourniture de matériel dans le cadre de trajets, de soins sauf les lancettes : 005

(☞ 16) 19. Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC

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

20. Personnel soignant et aides soignants

a) Personnel soignant

Le 9^{ème} chiffre = 1 : Néerlandophone
2 : Francophone
3 : Germanophone

Le 10^{ème} chiffre = 1 : porteur d'un diplôme agréé
2 : assimilé en application d'une décision du Ministre communautaire ou régional compétent
3 : assimilé en fonction de l'âge et de l'ancienneté
4 : réussi la formation complémentaire (jusqu'au 31 octobre 1996)
9 : suit une formation complémentaire (jusqu'au 31 octobre 1996)
0 : non qualifié.

Le 11^{ème} chiffre = 1 : Communauté Flamande
2 : Communauté Française
3 : Communauté Germanophone
4 : Ministère de l'Education Nationale (diplôme francophone)
5 : Ministerie van Nationale Opvoeding (diplôme néerlandophone)
6 : Ministère de la Santé Publique
7 : Diplôme étranger
8 : Autres
0 : pas ou pas encore de qualification.

(☞ 10,15)	- Monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons, suivi du décès inopiné et médicalement inexplicable d'un enfant de moins de 18 mois et suivi des enfants nés prématurément	: 783
	• entre 101 et 199: suivi d'un décès inopiné et médicalement inexplicable	
	• entre 501 et 599 : monitoring cardiorespiratoire à domicile	
	• entre 601 et 999 : suivi prématurés	
	- Programme de rééducation fonctionnelle pour infirmes moteurs cérébraux	: 784
	• entre 001 et 499 : prog. rééducation fonction. pour infirmes moteurs cérébraux	
	• entre 500 et 999 : prog. Rééducation fonction. de neuropsychiatrie pédiatrique	
	- Assistance respiratoire mécanique chronique à domicile	: 785
	• entre 001 et 199 : apnées obstructives du sommeil (convention nCPAP)	
	• entre 201 et 299 : ventilation assistée à domicile (AVD).	
	• entre 301 et 999 : ventilation assistée à domicile en cas de syndrome d'obésité-hypoventilation (SOH)	
	- Convention diabète	: 786
	• entre 001 et 499 : autogestion des patients diabétiques	
	• entre 501 et 699 : thérapie d'injection d'insuline	
	• entre 701 et 799 : autorégulation du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	
(☞ 10)	• entre 801 et 899 : cliniques du pied	
(☞ 10)	• entre 901 et 999 : monitoring continu de la glycémie	
	- Défibrillateurs cardiaques	: 787
	- Maladies du métabolisme, mucoviscidose, maladies neuromusculaires, épilepsie réfractaire, syndrome de fatigue, IMOC, Spina Bifida, douleur chronique, néphrologie pédiatrique	: 789
	• entre 001 et 099 : rééducation fonctionnelle de bénéficiaires souffrant d'une maladie du métabolisme monogène héréditaire rare	
	• entre 101 et 199 : centres de référence pour patients souffrant de mucoviscidose	
	• entre 201 et 299 : centres de référence pour patients souffrant de maladies neuromusculaires	
	• entre 301 et 399 : centres de référence pour patients souffrant de d'épilepsie réfractaire	
	• entre 401 et 449 : centres de référence pour patients souffrant de syndrome de fatigue	
(☞ 16)	• entre 451 et 499 : centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC	
	• entre 501 et 549 : centres de référence IMOC	
	• entre 551 et 599 : centres de référence Spina Bifida	
	• entre 601 et 699 : centres de référence de la douleur chronique	
(☞ 11)	• entre 701 et 799 : centres de référence en néphrologie pédiatrique	
(☞ 11)	• entre 801 et 999 : centres de coordination et centres de référence de l'hémophilie	
	- Conventions de rééducation fonctionnelle d'évaluation multidisciplinaire prévue dans la nomenclature des aides à la mobilité	: 790
	6. <u>Centres de transfusion sanguine</u>	: 795
	7. <u>Laboratoires</u>	: 8xx
	Les 2ème et 3ème chiffre constituent un numéro de code destiné à l'arrondissement administratif où est sis le siège du laboratoire. Le plan de codification habituellement utilisé est adapté pour l'arrondissement Bruxelles capitale.	
	8. <u>Maisons médicales</u>	: 8xx
	9. <u>Rééducation fonctionnelle</u>	: 9xx
	- Centres généraux de rééducation locomotrice	: 950
	- Conventions R30-R60	: 951
	- Rééducation ORL	: 953
	- Rééducation PSY	: 965
	- Rééducation fonctionnelle en raison d'un handicap visuel	: 969
	10. <u>Centres pédiatriques médicaux</u>	: 967

	11. <u>Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour</u>	: 968
	• entre 001 et 499 : Equipes multidisciplinaires d'accompagnement pour les soins palliatifs.	
	• entre 500 et 999 : Centres palliatifs de jour.	
	12. <u>Numéros Services intégrés soins à domicile (art. 23, 13°)</u>	: 947
	13. <u>Numéros services ambulanciers agréés</u>	: 796
(☞ 15)	<u>Numéros PIT (Team d'intervention paramédical)</u>	: 797
	14. <u>Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles</u>	: 759
(☞ 16)	15. <u>Poste de garde</u>	: 678
	16. <u>Numéros tiers payant – groupement de dispensateurs</u>	: 940 jusqu'au 946 inclus

B. Numéro d'ordre (du 4^{ème} au 6^{ème} chiffre inclus du numéro d'identification)

Un numéro d'ordre allant de 001 à 999; attribué par l'INAMI.

Rééducation : Dans un certain nombre de cas (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789), le type d'établissement est de nouveau divisé au niveau du 4^{ème} au 6^{ème} chiffre (voir plus haut).

Laboratoires : Les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} chiffre constituent le numéro d'ordre de la demande d'agrément du laboratoire dans l'arrondissement (attribué par le SPF Santé Publique).

Maisons médicales : Le 4^{ème} chiffre est "5".

Services ambulanciers agréés : Les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} chiffre constituent le numéro d'ordre de l'agrément (attribué par le SPF Santé Publique).

Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : Les 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} chiffre constituent un numéro d'ordre attribué par l'INAMI :

- 001 → 299: projets Flamands
- 300 → 599: projets Bruxellois
- 600 → 899: projets Wallons
- 900 → 995: projets Germanophone

C. Check-digits (7^{ème} et 8^{ème} chiffre du numéro d'identification)

Voir plus haut.

D. Code compétence (du 9^{ème} au 11^{ème} chiffre inclus du numéro d'identification)

	1. <u>Hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques</u>	
(☞ 14)	- l'hôpital lui-même, sans code de compétence	: 000
	- centre de psychiatrie légale	: 000
	- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe transversal axial	: 110
	- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe à résonance magnétique nucléaire (RMN)	: 111
	- PETscan	: 112
	- service radiothérapie	: 113

- (☞ 1) 4. Laboratoires
- agrément génétique humaine : 996
 - agrément anatomopathologie : 997
 - agrément biologie clinique : 998
5. Rééducation fonctionnelle
- Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.
6. Maisons médicales
- La maison médicale travaille avec une équipe de :
- médecins généralistes : 100
 - médecins généralistes et kinésithérapeutes : 110
 - médecins généralistes et praticiens de l'art infirmier : 101
 - médecins généralistes, kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier : 111
 - kinésithérapeutes : 010
 - kinésithérapeutes et praticiens de l'art infirmier : 011
 - praticiens de l'art infirmier : 001
7. Services ambulanciers agréés
- Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.
8. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour
- Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.
9. Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles
- Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.
10. Poste de garde
- (☞ 16) Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.
11. Numéros tiers payant – groupements de dispensateurs de soins
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire : 100
 - médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie : 110
 - médecine générale ou spécialisée, art dentaire + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 101
 - médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 111
 - kinésithérapie : 010
 - kinésithérapie + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 011
 - praticien de l'art infirmier, obstétrique : 001

Enregistrement de type 52 (facultatif)		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
1	Enregistrement de type 52	
2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
4	(Pseudo-)code nomenclature	
5	Date de prestation	
6 a	Date de lecture document identité	
6 b	électronique	
8 a		
8 b	Identification bénéficiaire	
10	Type de support document identité électronique	
11	Type de lecture document identité électronique	
12	Heure de lecture document identité	
13	électronique	
15	Identification dispensateur	
99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85**

(☞ 12,16)	OA100	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 • Certaines conventions de rééducation : 100 • Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier et laboratoires et médecins généralistes (efact) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation)
	OA200	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
(☞ 1,16)	OA300	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines conventions de rééducation : 300 • Mutualités wallonnes – ressources partagées (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 • Facturation électronique médecins généralistes dans le cadre du projet e-fact – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319
(☞ 11)	OA400	= 400
	OA500	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900	= mutualité d'affiliation (Z7)

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Libellé** **Ambulant** **Hospitalisé**

(☞ 16)	- Centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC		
	- Bilan multidisciplinaire	0787835	0787846
	- Suivi du traitement	0787850	0787861

*17) Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions spécifiques***Facturation normale**

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
Unités de répit	-	0776705
Rééducation fonctionnelle pédiatrique	0777291	0777302
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

Dépassement de la "capacité normale de facturation" (facturation d'un prix réduit)

Rééducation professionnelle	0775596	0775600
Rééducation motrice	0775611	0775622
Rééducation psychosociale	0775633	0775644
Programmes de rééducation fonctionnelle pour alcooliques 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
Unités de répit	-	0776801
Rééducation fonctionnelle pédiatrique	0777313	0777324
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

Remarque : Les journées qui dépassent la capacité maximale ne doivent pas être mentionnées sur la facture.

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
- Moyen de transport individualisé adapté au handicap (conventions « aides à la mobilité » (7.90)) :		
- Véhicule de l'établissement ou transporteur privé	0770394	0770405
- Véhicule adapté du bénéficiaire	0770416	0770420
5bis. Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776156	0776160
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776171	0776182
Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.51		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776473	0776484
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776495	0776506
Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		
(☞4) 5ter. Honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique		
- Honoraire de participation médecin généraliste	0783414 (*)	0783425 (*)
- Honoraire de participation médecin spécialiste	0783436 (*)	0783440 (*)
(☞16) 5quater. Honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de diagnostic multidisciplinaire pour SFC		
- Honoraire de participation médecin généraliste	0787894	0787905
Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		
6. a) Bains désinfectants pour brûlures :		
- Global	-	0754526
- Brûlure isolée sur un des quatre membres	-	0754541
b) Nutrition parentérale au domicile du patient		
- Poches « à la carte » adultes	0751354	-
- Poches « à la carte » enfants	0751376	-
- Pré-mélanges industriels	0751391	-
- Poches « per dialytique »	0751413	-
c) Seringues d'insuline stériles	0754736	-
d) Alimentation entérale par sonde au domicile du patient		
- l'administration d'un produit polymérique	0751251	-
- l'administration d'un produit semi-élémentaire	0751273	-
- l'utilisation du matériel sans pompe	0751295	-
- l'utilisation du matériel avec pompe	0751310	-
- l'utilisation de la pompe	0751332	-
e) Prothèse capillaire en cas de		
- calvitie suite à une radiothérapie et/ou chimiothérapie antimitotique	0755414	0755425
- pelade	0755436	0755440
- alopecie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire	0755451	0755462
- alopecie cicatricielle d'origine radiothérapeutique	0754154	0754165
f) Conventions art. 56		
- traitement des enfants avec aversion grave de l'alimentation orale	0751472 (**)	-
- pendant les 3 premiers mois	0751914	-
- à partir du quatrième mois et les mois suivants	0751936	-
- formation et suivi alimentation parentérale à domicile		
- formation (les 3 premiers mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751833	-
- formation (les 3 premiers mois) autres bénéficiaires	0751870	-
- suivi (à partir du 4 ^{ième} mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751855	-
- suivi (à partir du 4 ^{ième} mois) autres bénéficiaires	0751892	-
7. Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales	-	0700000
8. a) Article 35, catégorie 5 :		
(☞ 5) ● Neurostimulateur et accessoires implantés pour le traitement de mouvements irréguliers (jusqu'au 30/11/2013 inclus):		

(☞4) (*) supprimé à partir du 1/7/2013.

(**) ce code est valable jusqu'au 31/12/2012 inclus.

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

Il s'agit du code service du service dans lequel le patient séjourne à la date mentionnée dans la zone 5 ou du pseudo-code service en cas d'utilisation de salle de plâtre, miniforfait(*) ou maxiforfait, dialyse rénale dans un hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3, forfait manipulation cathéter à chambre ou autres prestations ambulatoires.

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

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

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

(☞ 5) S'il s'agit de prestations effectuées pour un nouveau-né alors que la mère séjourne dans l'hôpital (valeur 2, 3, 4 ou 5 dans la zone 10 des ET 40 et 50), le service dans lequel le nouveau-né séjourne doit être mentionné comme code service.

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

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

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

* Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

(☞ 9) 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591076, 0591091, 0591113, 0591135, honoraires forfaitaires par prescription pour biologie clinique ambulatoire (AR 24/9/1992) : code 990 ou pseudo-code service dans le cas où les honoraires forfaitaires sont portés en compte pour des prestations effectuées durant une journée d'entretien forfaitaire.

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

(☞ 9) 0590181, 0590203, 0591080, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : service d'admission. Si le service d'admission ne donne pas droit au forfait, il y a lieu de mentionner le 1er service aigu après transfert, qui donne droit au forfait.

* Pour les prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné (sauf pour les prestations non remboursées par l'assurance maladie pour lesquelles le code service = 000)

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

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

(☞ 4) * Pour les prestations R30-R60, les défibrillateurs cardiaques implantables et l'honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique (supprimé à partir du 1/7/2013), le code service 770 doit toujours être utilisé.

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

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

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

(☞ 8) (*) Mini-forfait plus facturable à partir du 1/1/2014, mais le pseudo-code 761213 reçoit le libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse » et est mentionné sur la facture avec zones montant égales à zéro.

- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque T avec l'agrément d'un programme de soins pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et transplantation cœur-poumon) = numéro de l'hôpital + 122.
- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque C avec l'agrément d'un programme de soins pathologie cardiaque C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) = numéro de l'hôpital + 123.
- prestations pour lesquelles un agrément path. cardiaque E +B3 est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124
- prestations pour lesquelles seul un agrément path. cardiaque E est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124 ou numéro de l'hôpital + 125
- prestations pour lesquelles un agrément path. cardiaque P est nécessaire = numéro de l'hôpital + 126
- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse = numéro de l'hôpital + 110.

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

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

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

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

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

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

- (☞ 16)
- s'il s'agit de radio-isotopes 699215-699226 (jusqu'au 31/5/2015 inclus) ou 746476-746480, 746896 jusqu'à 747541 inclus, 747574-747585, 747611-747622, 747655-747666, 747751-747762, 747795 jusqu'à 747821 inclus (à partir du 1/6/2015) utilisés pour effectuer une tomographie à positrons 442971 – 442982 = numéro de l'hôpital + 112.
 - s'il s'agit de prestations pour lesquelles un agrément «soins urgents spécialisés» est nécessaire (codes nomenclature 0590181, 0590225, 0590310, 0590435, 0590446, 0590472 et art. 25, §3bis de la nomenclature) = numéro de l'hôpital + 131.
 - s'il s'agit d'honoraires pour assistance médicale pendant un transport avec accompagnement médical (codes nomenclature 0590435, 0590446, 0590472), alors le numéro d'identification de la fonction reconnue de soins urgents spécialisés du médecin accompagnant doit être mentionné.
 - pour les prestations 212015 et 214012, l'agrément «soins urgents spécialisés» (numéro de l'hôpital + 131) ou «premier accueil des urgences» (numéro de l'hôpital + 130) doit être mentionné.

* Le numéro d'identification du centre de dialyse rénale

- s'il s'agit de prestations concernant la dialyse rénale;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes pour ce secteur;
sauf : 1. la prestation 0470503 effectuée par un spécialiste en médecine interne, chirurgie, anesthésiologie ou pédiatrie dans une unité de soins intensifs;
- 2. les prestations 0470400 et 0470422 pour autant qu'elles soient effectuées dans un hôpital qui ne dispose pas d'un centre de dialyse agréé;
- 3. honoraires supplémentaires pour prestations urgentes 0470466, 0470503, 0470400 ou 0470422.

* Le numéro d'identification du centre de rééducation

- s'il s'agit de prestations effectuées pour des patients qui suivent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur ;
- s'il s'agit de prestations de logopédie dispensées dans les locaux d'un établissement avec une convention ORL ou PSY (convention C.R.A. actuelle) (711395, 712390, etc...) (*) ou dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle (711373, 712375, etc...).

(☞ 4, 6, 7) (*) supprimé à partir du 1/9/2013.

- 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 ;
 - s'il s'agit des conventions art. 56 (0751472, 0751833, 0751855, 0751870 ou 0751892)
 - s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour la rééducation cardiaque;
- s'il s'agit de prestations de rééducation pour patients cardiaques (0771201, 0771212, 0771223).
- * Le numéro d'identification de la maison médicale
- s'il s'agit de prestations effectuées dans une maison médicale.
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques ;
- s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
- (☞ 13) * En cas de facturation du stimulateur du nerf vague (jusqu'au 30/11/2014 inclus : 684810-0684821, 684832-0684843 ; à partir du 1/12/2014 : 170892 à 171080 inclus) et des électrodes pour localisation préopératoire des cibles en cas de
- (☞ 10) l'épilepsie réfractaire (jusqu'au 30/6/2014 inclus : 698714 à 698865 inclus ; à partir du 1/7/2014: 152773 à 152924
- (☞ 14) inclus) et des neurostimulateurs DBS en cas d'épilepsie réfractaire (171496 à 171824 inclus), le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire doit être mentionné dans cette zone.
- * 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.
- * Endoprothèses (aussi bien le matériel 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
- * 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.
- (☞ 3) * En cas de facturation de la prestation 691950-691961(**), 704616-704620, 704631-704642 ou 704653-704664, le numéro d'agrément du centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire» (numéro de l'hôpital + 154) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 9) * En cas de facturation de la prestation 680153-680164, 680175-680186 ou 680993-681004, le numéro d'agrément du centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique» (numéro de l'hôpital + 162) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 8) * 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 (à partir du 1/7/2014: prestations 158992-159003, 159014-159025,
- (☞ 16) 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660 de l'AR du 25/6/2014), le numéro d'agrément du centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » (numéro de l'hôpital + 156) doit être mentionné dans cette zone.
- * En cas de facturation de la prestation 703496-703500, le numéro d'agrément du centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (numéro de l'hôpital + 157) doit être mentionné dans cette zone.
- * En cas de facturation des prestations 697933 à 697966 et 703511 à 703625 , le numéro d'agrément du centre« neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif (TOC) » (numéro de l'hôpital + 158) doit être mentionné dans cette zone.
- (*) 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, pas pour l'acte médical (art.14).
- (☞ 3) (***) Supprimé à partir du 1/7/2013.