

I N A M I

Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

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

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Correspondant: Annelies DEGRAEVE
Attaché

Tél.: 02/739.78.45

E-mail: Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be

Nos références: 1804/CH/ADG/2017

Bruxelles, le 1^{er} mars 2017.

Madame,
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie
électronique – Edition 2013 – 31^e mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2013/31 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 2013/31 – Publication 1-3-2017**



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

Service des soins de santé

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

MISE A JOUR 2013/31

Pages à remplacer :

- ET 20 Z 10;
- ET 30 Z 4 S 4, Z 13;
- ET 50 Z 13, Z 13 S 2.

Hôpital de jour oncologique, ET 20 Z 10, ET 30 Z 4 S 4, Z 13, ET 50 Z 13, Z 13 S 2.

Suite au 5^e avenant à la Convention Hôpitaux-OA le maxiforfait ne peut être facturé que pour la situation a) anesthésie.

Les situations b) et c) du maxiforfait sont remplacées par 5 nouveaux forfaits oncologie. Ceux-ci ont été repris dans le même paragraphe que le maxiforfait (art. 4, §4). Cela signifie que toutes les règles dans les autres paragraphes de l'art. 4, relatives au §4 sont également valables pour les nouveaux forfaits oncologie (p. ex. les règles concernant la facturation pour des patients hospitalisés, les règles de cumul, ...).

Toutes les règles de la nomenclature valables pour le maxiforfait sont également valables pour le "maxiforfait monothérapie" et le "maxiforfait combithérapie" (p. ex. surveillance, biologie clinique, permanence, ...).

Une série de nouveaux pseudo-codes est créée.

Pour le forfait soins de base oncologiques le pseudo-code service 720 est utilisé, pour les autres forfaits le pseudo-code service 730.

	Pseudo-code	Tarif	Code service	Consultation permise	Surveillance et honoraires forfaitaires permis	Nombre max.
Soins de base oncologiques	767852-767863	47,33	720	oui	non	1x/mois
Maxiforfait monothérapie	767874-767885	120	730	non	oui	1x/jour
Maxiforfait combithérapie	767896-767900	161	730	non	oui	1x/jour
Maxiforfait monothérapie + pédiatrie mono	767911-767922	155,09	730	non	oui	1x/jour
Maxiforfait combithérapie + pédiatrie combi	767933-767944	262,91	730	non	oui	1x/jour

La feuille "opmerkingen-remarques 6" de la liste "prestation relative" est également adaptée: pour le pseudo-code 761235-761246 (maxi-forfait), seule la prestation relative 761331-761342 (anesthésie) est encore possible, les pseudo-codes prestation relative 761353-761364 et 761095-761106 sont supprimés.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/3/2017.

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

Ce code fait la distinction entre les différents types de factures établies selon la qualification du patient et selon le genre de traitement.

Le décompte d'un patient doit nécessairement être divisé en fonction des différents types de facture à utiliser.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 24)	1	Facture individuelle hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour, salle de plâtre, dialyse rénale et journée d'entretien forfaitaire comme prévue dans l'art. 4 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs pour patients hospitalisés.
	3	Facture individuelle pour patients ambulants <u>et</u> autres types que ceux prévus aux codes 4, 5, 6 et 9.
	4	Facture individuelle maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques ou maisons de repos pour personnes âgées ou initiatives d'habitations protégées.
	5	Revalidation interne.
	6	Revalidation externe.
(☞ 24,31)	9	Facture individuelle hôpital chirurgical de jour, forfait - salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou dialyse rénale pour patients ambulants, forfait manipulation cathéter à chambre, journée d'entretien forfaitaire service A dans les hôpitaux psychiatriques ou forfaits postcure de rééducation.

Facture individuelle : une facture est établie par patient, en d'autres termes, un enregistrement de type 20 par patient. Une facture individuelle peut comporter plusieurs attestations de soins, dès lors, toutes les attestations concernent un seul patient.

Dialyse rénale

- (☞ 24) La dialyse à domicile ou dans un centre (jusqu'au 31/7/2016 inclus : pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761526, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; à partir du 1/8/2016 : pseudo-codes repris dans la convention) peut être facturée avec le type de facture 9 à condition que le code service (ET 30 Z 13) est égal à 750. Si le code service est égal à 990, le type de facture doit être égal à 3.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
3) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques</i>		0750002
3 bis) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pendant la période de nutrition parentérale au domicile du patient</i>	0750175	
3 ter) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pour les patients qui séjournent dans les MSP</i>	0751811	
4) <i>Frais de déplacements pour prématurés</i>		0773581
4 bis) <i>Frais de transport pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique.(art. 4 § 4 Convention Psy-OA)</i>		0761946
<i>au départ d'un service isolé Sp ou G (art. 5 bis Convention Hôp-OA)</i>		0761961
5) <i>Honoraires forfaitaires de biologie clinique payable par journée d'hospitalisation</i>		0592001
6) <i>Hôpital militaire de Neder-Over-Heembeek</i>		
a) <i>Prix - tout - compris par journée d'hospitalisation dans le service pour des bénéficiaires atteints de graves brûlures</i>		0760524
b) <i>Prix de journée d'entretien pour traitement par oxygéno-thérapie hyperbare</i>		0760642
c) <i>Forfait « hôpital de jour »</i>	0760653	0760664
7) <i>Journée d'entretien forfaitaire</i>		
a) <i>Utilisation de la salle de plâtre</i>	0761036	0761040
(☞ 8,31) <i>Soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait)</i>	0761213 (*)	-
<i>Maxiforfait</i>	0761235	0761246
(☞31) <i>Forfait soins de base oncologiques</i>	0767852	0767863
(☞31) <i>Maxiforfait monothérapie</i>	0767874	0767885
(☞31) <i>Maxiforfait combithérapie</i>	0767896	0767900
(☞31) <i>Maxiforfait monothérapie + pédiatrie mono</i>	0767911	0767922
(☞31) <i>Maxiforfait combithérapie + pédiatrie combi</i>	0767933	0767944
<i>Forfait groupe 1</i>	0768176	0768180
<i>Forfait groupe 2</i>	0768191	0768202
<i>Forfait groupe 3</i>	0768213	0768224
<i>Forfait groupe 4</i>	0768235	0768246
<i>Forfait groupe 5</i>	0768250	0768261
<i>Forfait groupe 6</i>	0768272	0768283
<i>Forfait groupe 7</i>	0768294	0768305
<i>Forfait 1 douleur chronique</i>	0768316	0768320
<i>Forfait 2 douleur chronique</i>	0768331	0768342
<i>Forfait 3 douleur chronique</i>	0768353	0768364
<i>Forfait manipulation cathéter à chambre</i>	0768375	0768386
b) <i>Service A : prix de la journée d'entretien en application de l'art. 2, §4 de la convention nationale (50% du prix total de la journée d'entretien)</i>	0761073	-
c) <i>Journée d'entretien forfaitaire de dialyse rénale</i>	0761272 (**)	0761283 (**)

(☞ 8,31) (*) Zones montant égales à zéro.

(☞24) (**) Supprimé à partir du 1/8/2016.

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

Voir table de codification des enregistrement de type 50 zone 13.

- (☞ 5) Il s'agit du code service où séjourne le patient à 12h (midi) à la date mentionnée dans la zone 5 ou (☞5,31) le pseudo-code service en cas d'utilisation de la salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulant), journée forfaitaire psychiatrie, revalidation (interne ou externe), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou autres prestations ambulatoires.

Dans le cas de journées d'entretien forfaitaires et d'une hospitalisation chirurgicale de jour pour des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné.

S'il s'agit de prestations ambulatoires (autres que celles citées ci-dessus), alors le pseudo-code service 990 doit être mentionné.

Lorsque l'enregistrement concerne des suppléments pour le type de chambre, forfait pharmaceutique (750002), jours de congé non-payés ou jours d'absence à visée thérapeutique, cette zone est mise à zéro.

Forfaits pharmaceutiques 750175 et 751811 : code service 990.

- (☞ 5) Montant par admission (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): service d'admission ou 1er service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.

Frais de déplacement prématurés : code service 270.

Journée d'entretien en service N* (n): code service 190.

Unité de traitement de grands brûlés : code service 290.

- (☞24) Dialyse rénale à domicile ou dans un centre (jusqu'au 31/7/2016 inclus : pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; à partir du 1/8/2016 : pseudo-codes repris dans la convention): code service 750 ou 990 selon le type de facture mentionné dans l'ET 20 Z 10.

Journées d'entretien forfaitaires dans le service A (0761073) et forfait de postcure de

- (☞ 4) rééducation (0762974): code service 760.

Hôpital chirurgical de jour avec codes ambulants : code service 320.

Journée d'entretien camp de vacances collectif (793321 , 793343 et 793365) : code service du service où le patient séjournait avant son départ en camp de vacances collectif.

Hôpital militaire (0760524, 0760642, 0760653 et 0760664) : code service = 000

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

(☞ 5,31) Il s'agit du code service du service dans lequel le patient séjourne à la date mentionnée dans la zone 5 ou du pseudo-code service en cas d'utilisation de salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, dialyse rénale dans un hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3, forfait manipulation cathéter à chambre ou autres prestations ambulatoires.

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

- (☞ 6) Cette règle est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/1/2014 inclus.
- (☞ 2) S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examens génétiques (aussi bien l'honoraire forfaitaire par prescription que les prestations techniques), il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service du (pseudo-)service où le patient séjournait à la date reprise dans les zones 5 et 6.
- (☞ 5) S'il s'agit de prestations effectuées pour un nouveau-né alors que la mère séjourne dans l'hôpital (valeur 2, 3, 4 ou 5 dans la zone 10 des ET 40 et 50), le service dans lequel le nouveau-né séjourne doit être mentionné comme code service.

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

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

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

* Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- (☞ 27) * Pour les pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623 (Projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté »), cette zone est égale à zéro.

TABLE DE CODIFICATION DES PSEUDO-CODES SERVICES

Liste des services pour patients traités dans une section de l'hospitalisation de jour et pour patients ambulants		
Codes I.N.A.M.I.	Type Hôpital	Libellé
002	Gén.	Prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement
710	Gén.	Salle de plâtre
(☞8,31) 720 (*)	Gén.	Soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait) + forfait soins de base oncologiques
(☞31) 730	Gén.	Maxiforfait + maxiforfait oncologie
750	Gén.	Dialyse rénale
760	Psy.	Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation
770		Rééducation
840	Gén.	Forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 + forfait douleur chronique 1, 2, 3 + forfait manipulation cathéter à chambre
990	Gén./Psy.	Autres patients ambulants ou dialyse rénale ambulatoire

CODIFICATION POUR LE SERVICE Sp

Pseudo-code I.N.A.M.I.	Code comptable Santé publique	Index R.C.M./R.I.M.	Libellé
			Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinée à des patients atteints ...
610	310	S1	d'affections cardio-pulmonaires
620	312	S2	d'affections locomotrices
630	311	S3	d'affections neurologiques
640	314	S4	d'affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
650	313	S5	de polyopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
660	315	S6	d'affections psychogériatriques

(☞8,31) (*) Ce pseudo-code service est utilisé dans toutes les situations qui donnaient lieu à la facturation du mini-forfait avant le 1/1/2014 (soins urgents et perfusion intraveineuse) et pour le forfait soins de base oncologiques.