

# **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 22 février 2011**

Madame,  
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie électronique – Edition 2006 – 24<sup>ème</sup> mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2006/24 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 2006/24 – Publication 22-02-2011**





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 2006/24**

**Pages à remplacer :**

- Annexes 6.1, 6.7, 16.1, 16.3, 16.15, 16.18, 16.20, 17.1, 17.2 ;
- ET 10 Z 14 ;
- ET 20 Z 10 ;
- ET 30 Z 4 S 4, Z 13 ;
- ET 40 Z 4 S 3, S 3BIS ;
- ET 50 Z 13, S 2, Z 22.



### 1. **Numéros de groupement**, Annexes 16.1, 16.3, 16.15, 16.18, 16.20, ET 10 Z 14.

Les numéros « tiers payant – groupement de dispensateurs » sont déplacés vers la rubrique « établissements de soins ».

La série existante pour les numéros de groupement (940, 941, 942) est élargie jusqu'au 946.

**Date d'application** : Date de publication de la mise à jour.

### 2. **Pathologie cardiaque C**

L'art.35 de la nomenclature prévoit que :

*La prestation 685355-685366 n'est remboursée que dans les hôpitaux disposant d'un programme de soins « pathologie cardiaque » C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) tel que fixé par l'autorité ayant la Santé publique dans ses compétences.*

La date de création de la prestation susmentionnée et de la règle d'application est 1/5/2007. A ce moment-là, un numéro d'agrément pour le programme de soins pathologie cardiaque C a été prévu (« numéro de l'hôpital + 123 ») dans l'annexe 16.19.

Par omission, aucun hôpital n'a, toutefois, reçu un tel numéro d'agrément de l'INAMI.

Entretemps, ce fut rectifié : les hôpitaux concernés ont reçu leur numéro d'agrément par courrier et une circulaire OA a été publiée.

**Date d'application** : Le numéro d'agrément « numéro de l'hôpital + 123 » doit seulement être mentionné comme lieu de prestation à partir de la date de prestation 1/2/2011 pour la prestation susmentionnée.

### 3. **Délivrance de médicaments à un patient hospitalisé dans un autre hôpital**, Annexes 17.1, 17.2, ET 40 Z 4 S 3BIS.

Dans l'annexe 17, la situation exceptionnelle qui suit, est ajoutée:

l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation) et l'hôpital de prestation est un hôpital psychiatrique ou chronique (hors système de forfaitarisation).

*Dans ce cas, l'hôpital de prestation facture 100 % de la base de remboursement à l'hôpital de séjour. L'hôpital de séjour facturera 25 % de la base de remboursement à l'OA.*

Dans l'ET 40 Z 4 S 3 BIS, il est précisé que, dans ce cas exceptionnel, les pseudo-codes 0756022 jusqu'à 0756302 doivent être utilisés par l'hôpital aigu de séjour A pour la facturation à 25 % à l'OA des médicaments délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B.

**Date d'application** : Date de publication de la mise à jour.

#### **4. Forfait manipulation d'un cathéter à chambre, ET 20 Z 10, ET 30 Z 4 S 4, Z 13, ET 50 Z 13, S 2.**

Suite au 11<sup>ème</sup> avenant à la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, un nouveau forfait « manipulation d'un cathéter à chambre » a été ajouté.

Un nouveau pseudo-code 768375-768386 a été ajouté dans l'ET 30 Z 4 S 4 et les instructions de facturation concernant le type de facture et le code service ont été complétées.

Pour ce nouveau forfait, une prestation relative doit être mentionnée dans la zone 17-18 de l'ET 30 (voir point 10).

La prestation relative est :

- Soit le pseudo-code 768950-768961 dans le cas d'un acte d'imagerie médicale, repris à l'article 17 et 17ter (radiologie), 17bis et 17 quater (Echographie) ou à l'article 18 (médecine nucléaire) de la nomenclature, nécessitant l'injection d'un produit de contraste ou radio-isotopique par voie intraveineuse.
- Soit le pseudo-code 768972-768983 dans le cas d'un prélèvement sanguin en vue d'analyses biologiques repris à l'art. 3 §1er ou 18§2, 24§1, 24 bis, 33 ou 33bis de la nomenclature.

**Date d'application** : Prestations à partir du 1/2/2011 (sous réserve de publication de l'avenant).

#### **5. Mucoclear, ET 40 Z 4 S 3.**

Un AR modifiant la liste des dispositifs médicaux remboursables est en préparation. Il concerne l'ajout d'un nouveau dispositif médical Mucoclear (Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique destiné au traitement de la mucoviscidose).

Un nouveau pseudo-code 753454-753465 a été ajouté dans l'ET 40 Z 4 S 3.

La tarification suit les règles de la catégorie de remboursement B.

**Date d'application** : le premier jour du mois suivant l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour suivant la publication de l'AR au Moniteur Belge (sous réserve de publication).

#### **6. Concentrateur d'oxygène, ET 40 Z 4 S 3.**

Suite à l'AR du 16/01/2011 (MB 28/1/2011) modifiant la liste jointe à l'AR du 24 octobre 2002 (AR concernant les moyens diagnostiques), les forfaits concernant le concentrateur d'oxygène Kröber sont aussi remboursables en cas de délivrance par un pharmacien hospitalier à des patients qui séjournent dans une MRPA-MRS-MSP-IHP.

Dans l'ET 40 Z 4 S 3, un nouveau pseudo-code ambulatoire 0757470 a été ajouté sous le point 12a (honoraires et forfaits).

**Date d'application** : prestations à partir du 1/3/2011.

## 7. Nouvelle nomenclature soins infirmiers : facturation rétroactive des nouvelles prestations

Dans le point 4 de la mise à jour 2006/23, des instructions ont été publiées pour la facturation rétroactive des nouvelles prestations prévues dans l'AR du 19/01/2011 (MB 07/02/2011).

Sur insistance des (fournisseurs de logiciels des) praticiens de l'art infirmier, il est autorisé que les prestations exécutées jusqu'y compris le 30/06/2011, soient encore enregistrées sur les fichiers de facturation rétroactive séparés, comme prévu dans la possibilité 1.

Ces fichiers séparés peuvent être introduits jusque fin 2011.

Les prestations exécutées à partir du 1/7/2011 doivent obligatoirement être facturées via le circuit normal.

**Date d'application** : Date de publication de la mise à jour.

## 8. Implants avec listes limitatives et avec un remboursement par cm<sup>2</sup>, ET 50 Z 22.

Les listes limitatives du tissu synthétique de dure-mère (683410-684421), du tissu dure-mère d'origine animal (720414 – 720425) et du tissu synthétique carcinome du larynx (687934 – 687945) et les électrodes épilepsie (698714-698725, 698736-698740, 698751-698762, 698773-698784, 698795-698806, 698854-698865), contiennent des prestations avec un remboursement par cm<sup>2</sup> ou par point de contact.

Dans l'ET 50 Z 22, le nombre de fois que le produit, tel que décrit dans la liste, est utilisé, doit être mentionné.

Les instructions de facturation ont été adaptées dans ce sens.

### Exemple:

Le produit avec le code d'identification 118001000074 (voir liste du tissu synthétique de dure-mère) est utilisé 1 fois. Il s'agit d'un produit de 4,5 cm<sup>2</sup>.

Le nombre d'unités en zone 22 est égal à 1.

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

## 9. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
588910	588921	Il s'agit d'un code (art.32 §4) qui a été oublié dans la version précédente de la liste		

## 10. Liste « prestation relative ».

### ➤ Anesthésie – Précision

La règle interprétative 04 de l'art.12 de la nomenclature stipule qu'il n'est pas toujours possible de mentionner une prestation relative lors de la facturation des codes nomenclature 201191 à 201224 inclus. Dans ce cas, le pseudo-code 767012-767023 doit être mentionné comme prestation relative.

Dans la colonne « Remarques » de la liste, il est précisé ce qui suit: « *Si pas de prestation facturable donnant lieu à l'anesthésie, prestation relative = 767012-767023* ».

**Date d'application**: mois facturé mars 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201103)

➤ **Forfait manipulation d'un cathéter à chambre (voir point 4 ci-dessus)**

Les pseudo-codes prestation relative à mentionner lors de la facturation du forfait 768375-768386 ont été repris dans une nouvelle feuille « opmerkingen - Remarques 8 » de la liste « Prestation relative ».

<b>Codes ajoutés</b>				
<b>De</b>	<b>à</b>	<b>A.R.</b>	<b>M.B.</b>	<b>Date d'application</b>
201375	201386	25/01/2011	14/02/2011	1/4/2011
736455	736820	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011
768375	768386	Pseudo-code		1/2/2011
<b>Codes supprimés</b>				
730833	730866	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011
731813	731846	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011
732432	732443	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011

**11. Liste « implants »**

Aucune modification.

**12. 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.

**13. Correction, Annexes 6.1, 6.7.**

Une erreur s'est glissée dans le contenu des annexes 6.1 et 6.7. Les zones 20 et 21 des enregistrements 10 et 90 sont bien de type numérique et pas alphanumérique.

## Annexe 6

TYPE D'ENREGISTREMENT			10	20	30	40	50	80	90
ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	DEBUT D'ENVOI	DEBUT DE FACTURE	JOURNEES D'ENTRETIEN	PRODUITS PHARMACEUT.	PRESTATIONS OU FOURNITURES	FIN DE FACTURE	FIN D'ENVOI
1	2 N	1-2	ENREGIST. DE TYPE 10	ENREGIST. DE TYPE 20	ENREGIST. DE TYPE 30	ENREGIST. DE TYPE 40	ENREGIST. DE TYPE 50	ENREGIST. DE TYPE 80	ENREGIST. DE TYPE 90
2	6 N	3-8	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.	N° ORDRE ENREGIST.
3	1 N	9-9	CODE INDICE	AUTORISATION T.P.	NORME JOURN. ENTRET.	NORME PRESTATION	NORME PREST (%)	0	0
4	7 N	10-16	VERSION FICHIER	HEURE ADMISSION	PSEUDO-CODE JOUR. ENT. FORF.	UDO-CODE CAT. MEDICAMB	PSEUDO-CODE NOMENCL.	HEURE D'ADMISSION	0
5	8 N	17-24	N° COMPTE FINANCIER A	DATE D'ADMISSION	DATE 1er JOUR FACTURE	DATE 1er JOUR FACTURE	DATE 1er PREST. EFFECT.	DATE D'ADMISSION	N° COMPTE FINANCIER A
6 a	4 N	25-28		DATE DE	DATE DERNIER JOUR	DATE DERNIER JOUR	DATE DERNIERE	DATE DE	
6 b	4 N	29-32	0	SORTIE	FACTURE	FACTURE	PRESTATION EFFECTUEE	SORTIE	0
7	3 N	33-35	NUMERO DE L'ENVOI	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION	NUMERO D'ENVOI
8 a	12 N	36-47	N° COMPTE FINANCIER B	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	IDENTIFICATION	N° CPTÉ FINANCIER B
8 b	1 N	48-48	0	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	DU BENEFICIAIRE	0
9	1 N	49-49	CODE S.F.P.	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	SEXE BENEFICIAIRE	0
10	1 N	50-50	CODE FICHIER DE DECOMPTE	TYPE FACTURE	ACCOUCHEMENT	ACCOUCHEMENT	ACCOUCHEMENT	TYPE FACTURE	0
11	1 N	51-51	0	TYPE FACTURATION	REF. N° CPTÉ FINANCIER	REF. N° CPTÉ FINANCIER	REF. N° CPTÉ FINANCIER	0	0
12	1 N	52-52	0	0	0	0	NUIT, W.E. OU JOUR FERIE	0	0
13	3 N	53-55	CONTENU FACTURATION	SERVICE 721 bis	CODE SERVICE	CODE SERVICE	CODE SERVICE	SERVICE 721 bis	0
14	12 N	56-67	N° TIERS PAYANT	N° ETS. QUI FACTURE	LIEU DE PRESTATION	LIEU DE PRESTATION	LIEU DE PRESTATION	N° ETS. QUI FACTURE	N° TIERS PAYANT
15	12 N	68-79	N° ACCREDITATION CIN	N° ETS. DE SEJOUR	IDENT. CONV./ETS. SEJOUR	IDENT. CONV./ETS. SEJOUR	IDENT. DISPENSATEUR	SIGNE + MONT. CPTÉ FINANCIER B	SIGNE + MONT. TOTAL CPTÉ FIN. B
16	1 N	80-80	0	CODE LEVEE DELAI PRESCR	0	MEDICAMENTS GRATUITS	NORME DISPENSATEUR	0	0
17	4 N	81-84	0	CAUSES TRAITEMENT	PRESTATION	PRESTATION	PRESTATION	CAUSES TRAITEMENT	0
18	3 N	85-87	0	N° MUTUALITE DESTINATION	RELATIVE	RELATIVE	RELATIVE	N° MUTUALITE DESTINATION	0
19	12 N	88-99	0	N° ADMISSION	SIGNE + MONTANT O.A.	SIGNE + MONTANT O.A.	SIGNE + MONTANT O.A.	SIGNE + MONT. CPTÉ FINANCIER A	SIGNE + MONT. TOTAL CPTÉ FIN. A
20	7 N	100-106	0	DATE DE L'ACCORD	0	R DATE DE LA	DATE DE LA	DATE DE LA FACTURE	0
21	1 N	107-107	0	TRAITEMENT	0	PRESCRIPTION	PRESCRIPTION	0	0
22	5 N	108-112	ANNEE FACTUREE	HEURE DE SORTIE	SIGNE + Nb. JOURS OU FORF	SIGNE + NOMBRE D'UNITES	SIGNE + NOMBRE D'UNITES	HEURE DE SORTIE	ANNEE FACTUREE
23	2 N	113-114	MOIS FACTURE	0	0	F UNITE	NOMBRE DE COUPES	0	MOIS FACTURE
24	5 N	115-119	0	N° DE FACTURE	SIGNE + ORDRE DE GRANDEUR	IDENTIFICATION DU	IDENTIFICATION DU	N° DE FACTURE	0
25	7 N	120-126	DATE DE	INDIVIDUELLE	FRAIS DE SEJOUR	PRESCRIPTEUR	PRESCRIPTEUR	INDIVIDUELLE	0
26	1 N	127-127	DATE CREATION	APPLICAT. FRANCH. SOC.	0	0	NORME PRESCRIPT	0	0
27	10 N	128-137	0	C.T.1 + C.T.2	SIGNE + INTERV PERS PAT	SIGNE + INTERV PERS PAT	SIGNE + INTERV PERS PAT	SIGNE + INTERV PERS PAT	0
28	25 A	138-162	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT	REF. ETABLISSEMENT
29	2 N	163-164	0	NUMERO DE	0	0	DENT TRAITEE	0	0
30	2 N	165-166	0	FACTURE	SIGNE + MONTANT	SIGNE + MONTANT	SIGNE + MONTANT	SIGNE + MONTANT	0
31	8 N	167-174		PRECEDENTE	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	SUPPLEMENT	
32	1 N	175-175	BIC - COMPTE FINANCIER A	FLAG IDENTIF. BENEF.	EXCEP. TIERS PAYANT	EXCEP. TIERS PAYANT	EXCEP. TIERS PAYANT	FLAG IDENTIF. BENEF.	BIC - COMPTE FINANCIER A
33	1 N	176-176		0	CODE FACT. I.P. ou SUPPL.	CODE FACT. I.P. ou SUPPL.	CODE FACT. I.P. ou SUPPL.	0	
34	1 N	177-177		NUMERO DE	0	CODE EXCEPTION	MEMBRE TRAITE	0	
35	1 N	178-178	0	L'ENVOI	0	PROPHYLAXIE	PRESTATAIRE CONVENT.	0	0
36	1 N	179-179		PRECEDENT	0	FLAG DCI	HEURE	0	
37	3 N	180-182		N° MUT. FACT. PRECED.	0	F FORME GALENIQUE	DE PRESTATION	0	
38	12 N	183-194	IBAN - COMPTE FINANCIER A	REFERENCE MUTUALITE	0	N° OFFICE DE TARIFICATION	IDENT. ADMINIST. SANG	SIGNE + ACOMPTE CPTÉ FIN.	IBAN - COMPTE FINANCIER A
39	10 N	195-204		N° COMPTE FINANCIER A	0	SIGNE + INT. PERS. PAT. THEOR	N° ATTESTATION	0	
40	2 N	205-206		0	0	NUMERO DU	D'ADMINISTRATION	0	
41	6 N	207-212		ANNEE - MOIS FACT. PREC.	0	PRODUIT	NUMERO BON DE	0	
42	6 N	213-218	0		0		DELIVRANCE OU SAC	0	0
43 a	11 N	219-229	BIC - COMPTE FINANCIER B		0		CODE IMPLANT	0	BIC - COMPTE FINANCIER B
43 b	1 N	230-230	0	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS	0	LIBELLE DU PRODUIT		0	0
44	4 N	231-234	0		0		LIBELLE	0	0
45	26 N	235-260	0		0		DU PRODUIT	0	0
46	1 N	261-261	0	0	0	0	NORME PLAFOND	0	0
47	8 N	262-269	0	0	DATE ACCORD PRESTATION	DATE ACCORD PRESTATION	DATE ACCORD PRESTATION	0	0
48	1 N	270-270	0	0	TRANSPLANTATION	TRANSPLANTATION	TRANSPLANTATION	0	0
49	12 N	271-282		REFERENCE MUTUALITE	0	NUMERO PHARMACIEN	R IDENT. AIDE SOIGNANT	0	
50	4 N	283 - 286	IBAN - COMPTE FINANCIER B	NUMERO DE COMPTE	0	F ANNEE DE NAISSANCE	0	0	IBAN - COMPTE FINANCIER B
51	6 N	287 - 292		FINANCIER B	0	SITE HOSPITALIER	SITE HOSPITALIER	0	
52	12 N	293-304		0	IDENTIF. ASSOCIATION BASSIN DE SOINS	IDENTIF. ASSOCIATION BASSIN DE SOINS	IDENTIF. ASSOCIATION BASSIN DE SOINS	0	
53	8 N	305-312	0	DATE DEBUT ASSURABILITE	0	0	0	0	0
54	8 N	313-320	0	DATE FIN ASSURABILITE	0	0	0	0	0
55	8 N	321-328	0	DATE COMMUNIC. INFO	0	0	CODE NOTIFICATION IMPLANT	0	0
56	4 N	329-332	0	MAF ANNEE EN COURS	0	0	0	0	0
57	4 N	333-336	0	MAF ANNEE EN COURS - 1	0	0	0	0	0
58	4 N	337-340	0	MAF ANNEE EN COURS - 2	0	0	0	0	0
59	6 N	341-346	0	0	0	0	0	0	0
98	2 N	347-348	0	0	0	0	0	C.C. DE LA FACTURE	C.C. DE L'ENVOI
99	2 N	349-350	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST	C.C. ENREGIST

## Annexe 6.1

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 10
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	NOMBRE NUMEROS COMPTES FINANCIERS (CODE INDICE)
4	7 N	10 - 16	VERSION FICHER
5	8 N	17 - 24	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
6 a	4 N	25 - 28	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
6 b	4 N	29 - 32	RESERVE
7	3 N	33 - 35	NUMERO DE L'ENVOI
8 a	12 N	36 - 47	NUMERO COMPTE FINANCIER B
8 b	1 N	48 - 48	RESERVE
9	1 N	49 - 49	CODE SUPPRESSION FACTURE PAPIER
10	1 N	50 - 50	CODE FICHER DE DECOMPTE
11	1 N	51 - 51	RESERVE
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	CONTENU DE LA FACTURATION
14	12 N	56 - 67	NUMERO TIERS PAYANT
15	12 N	68 - 79	NUMERO D'ACCREDITATION CIN
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	RESERVE
18	3 N	85 - 87	RESERVE
19	12 N	88 - 99	RESERVE
20	7 N	100 - 106	RESERVE
21	1 N	107 - 107	RESERVE
22	5 N	108 - 112	ANNEE FACTUREE
23	2 N	113 - 114	MOIS FACTURE
24	5 N	115 - 119	RESERVE
25	7 N	120 - 126	DATE DE CREATION (PARTIE 1) AAAAMMJ
26	1 N	127 - 127	DATE DE CREATION (PARTIE 2) J
27	10 N	128 - 137	RESERVE
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	2 N	165 - 166	RESERVE
31	8 A	167 - 174	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
32	1 A	175 - 175	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
33	1 A	176 - 176	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
34	1 A	177 - 177	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 A	179 - 179	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
37	3 A	180 - 182	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
38	12 A	183 - 194	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
39	10 A	195 - 204	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
40	2 A	205 - 206	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 5)
41	6 A	207 - 212	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 6)
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 A	219 - 229	BIC - COMPTE FINANCIER B
43 b	1 N	230 - 230	RESERVE
44	4 N	231 - 234	RESERVE
45	26 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)
50	4 A	283 - 286	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)
51	6 A	287-292	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)
52	12 A	293-304	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 4)
53	8N	305-312	RESERVE
54	8N	313-320	RESERVE
55	8N	321-328	RESERVE
56	4N	329-332	RESERVE
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	RESERVE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

## Annexe 6.6

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 80
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	RESERVE
4	7 N	10 - 16	HEURE D'ADMISSION
5	8 N	17 - 24	DATE D'ADMISSION
6 a	4 N	25 - 28	DATE DE SORTIE (PARTIE 1)
6 b	4 N	29 - 32	DATE DE SORTIE (PARTIE 2)
7	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION
8 a	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)
8 b	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)
9	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE
10	1 N	50 - 50	TYPE FACTURE
11	1 N	51 - 51	RESERVE
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	SERVICE 721 bis
14	12 N	56 - 67	NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE
15	1 A + 11 N	68 - 79	SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER B
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	CAUSES DU TRAITEMENT
18	3 N	85 - 87	NUMERO MUTUALITE DE DESTINATION
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER A
20	7 N	100 - 106	DATE DE LA FACTURE (PARTIE 1)
21	1 N	107 - 107	DATE DE LA FACTURE (PARTIE 2)
22	5 N	108 - 112	HEURE DE SORTIE
23	2 N	113 - 114	RESERVE
24	5 N	115 - 119	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 1)
25	7 N	120 - 126	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 2)
26	1 N	127 - 127	RESERVE
27	1 A + 9 N	128 - 137	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	1 A + 1 N	165 - 166	SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 1)
31	8 N	167 - 174	MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 2)
32	1 N	175 - 175	FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE
33	1 N	176 - 176	RESERVE
34	1 N	177 - 177	RESERVE
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 N	179 - 179	RESERVE
37	3 N	180 - 182	RESERVE
38	1 A + 11 N	183 - 194	SIGNE + ACOMPTE NUMERO COMPTE FINANCIER A
39	10 N	195 - 204	RESERVE
40	2 N	205 - 206	RESERVE
41	6 N	207 - 212	RESERVE
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 N	219 - 229	RESERVE
43 b	1 N	230-230	RESERVE
44	4 N	231 - 234	RESERVE
45	26 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 N	271 - 282	RESERVE
50	4 N	283 - 286	RESERVE
51	6N	287-292	RESERVE
52	12N	293-304	RESERVE
53	8N	305-312	RESERVE
54	8N	313-320	RESERVE
55	8N	321-328	RESERVE
56	4N	329-332	RESERVE
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	CHIFFRES DE CONTROLE DE LA FACTURE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

## Annexe 6.7

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 90
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	RESERVE
4	7 N	10 - 16	RESERVE
5	8 N	17 - 24	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
6 a	4 N	25 - 28	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
6 b	4 N	29 - 32	RESERVE
7	3 N	33 - 35	NUMERO D'ENVOI
8 a	12 N	36 - 47	NUMERO COMPTE FINANCIER B
8 b	1 N	48 - 48	RESERVE
9	1 N	49 - 49	RESERVE
10	1 N	50 - 50	RESERVE
11	1 N	51 - 51	RESERVE
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	RESERVE
14	12 N	56 - 67	NUMERO TIERS PAYANT
15	1 A + 11 N	68 - 79	SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER B
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	RESERVE
18	3 N	85 - 87	RESERVE
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER A
20	7 N	100 - 106	RESERVE
21	1 N	107 - 107	RESERVE
22	5 N	108 - 112	ANNEE FACTUREE
23	2 N	113 - 114	MOIS FACTURE
24	5 N	115 - 119	RESERVE
25	7 N	120 - 126	RESERVE
26	1 N	127 - 127	RESERVE
27	10 N	128 - 137	RESERVE
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	RESERVE
30	2 N	165 - 166	RESERVE
31	8 A	167 - 174	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
32	1 A	175 - 175	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
33	1 A	176 - 176	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
34	1 A	177 - 177	BIC - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
35	1 N	178 - 178	RESERVE
36	1 A	179 - 179	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
37	3 A	180 - 182	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
38	12 A	183 - 194	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 3)
39	10 A	195 - 204	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 4)
40	2 A	205 - 206	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 5)
41	6 A	207 - 212	IBAN - COMPTE FINANCIER A (PARTIE 6)
42	6 N	213 - 218	RESERVE
43 a	11 A	219 - 229	BIC - COMPTE FINANCIER B
43 b	1 N	230 - 230	RESERVE
44	4 N	231 - 234	RESERVE
45	26 N	235 - 260	RESERVE
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)
50	4 A	283 - 286	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)
51	6 A	287-292	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)
52	12 A	293-304	IBAN - COMPTE FINANCIER B (PARTIE 4)
53	8N	305-312	RESERVE
54	8N	313-320	RESERVE
55	8N	321-328	RESERVE
56	4N	329-332	RESERVE
57	4N	333-336	RESERVE
58	4N	337-340	RESERVE
59	6N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENVOI
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

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.**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Positions dans la zone
0												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Positions dans n°identification
	Profession		Numéro d'ordre				Check-digit		Qualification			

**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
(☞ 16)	64	bandagistes
	65	ergothérapeutes
	66	opticiens
	67	audiciens
	68	pharmaciens-biologistes
(☞ 11)	69	fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.
(☞ 4,6,16,24)	80 à 94	personnel soignant et aides soignants
	95 à 97	infirmières MR
(☞ 6)	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.

2) Pharmaciens.

Numéro attribué par l'INAMI.

3) Praticiens de l'art dentaire.

2ème et 3ème chiffres : les deux derniers chiffres de l'année au cours de laquelle a été obtenu le diplôme permettant l'exercice de l'art dentaire;

4ème, 5ème et 6ème chiffres : le numéro d'ordre dans l'année visée, attribué par l'INAMI.

4) Accoucheuses.

Un numéro d'ordre allant de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.

5) Praticiens de l'art infirmier

Un numéro d'ordre allant de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.

6) Kinésithérapeutes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999, attribué par l'INAMI.

7) Diététiciens.

Un numéro d'ordre de 0001 et 9999, attribué par l'INAMI.

8) Podologues.

Un numéro d'ordre de 0001 et 9999, attribué par l'INAMI.

9) Logopèdes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

10) Orthoptistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

11) Orthopédistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

12) Bandagistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

13) Dispensateurs délivrant des implants et prothèses et des appareillages divers.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

(☞ 16) 14) Ergothérapeutes

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

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.

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

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

(☞ 6) 19) 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).

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

(☞ 6) Voir liste officielle des codes compétence publiée sur le site de l'INAMI sous la rubrique « Dispensateurs de soins – Information générale – Codes compétence ».

Cette page a été supprimée et remplacée par la liste officielle des codes compétence des médecins, publiée sur le site de l'INAMI.

(6) b) Aides soignants

Une différence est faite entre les aides-soignants qui disposent déjà d'un numéro INAMI comme personnel soignant et les aides-soignants qui ne disposent pas d'un tel numéro.

A. Les aides-soignants qui disposent déjà d'un numéro d'identification comme personnel soignant :

Néerlandophones :	Francophones :	Germanophones :
111 → 143 ou 151 ou 161	211 → 241 ou 251 ou 261	313 → 343 ou 353 ou 363
112 → 172 ou 152 ou 162	212 → 242 ou 252 ou 262	314 → 344 ou 354 ou 364
114 → 144 ou 154 ou 164	214 → 244 ou 254 ou 264	316 → 346 ou 356 ou 366
115 → 145 ou 155 ou 165	215 → 245 ou 255 ou 265	318 → 348 ou 358 ou 368
116 → 146 ou 156 ou 166	216 → 246 ou 256 ou 266	330 → 341 ou 351 ou 361
117 → 147 ou 157 ou 167	217 → 247 ou 257 ou 267	340 → 342 ou 352 ou 362
118 → 148 ou 158 ou 168	218 → 248 ou 258 ou 268	
130 → 170 ou 150 ou 160	220 → 249 ou 259 ou 269	
141 → 149 ou 159 ou 169	230 → 243 ou 253 ou 263	
	240 → 270 ou 250 ou 260	

Pour chaque groupe linguistique, la première colonne mentionne le code de compétence comme personnel soignant. La deuxième colonne (2<sup>ème</sup> chiffre = 4 ou 7) concerne la situation en cas d'un enregistrement définitif par le SPF Santé publique. La troisième colonne (2<sup>ème</sup> chiffre = 5) concerne la situation en cas d'un enregistrement provisoire par le SPF Santé publique et la dernière colonne (2<sup>ème</sup> chiffre = 6) concerne la situation où le prestataire n'a pas encore été enregistré comme aide-soignant par le SPF Santé publique mais dispose de la confirmation de la réception de la demande d'enregistrement par le SPF précité.

B. Les aides-soignants qui ne disposent pas d'un numéro d'identification comme personnel soignant :

- enregistrement définitif par le SPF Santé publique : 440
- enregistrement provisoire par le SPF Santé publique : 450
- demande d'enregistrement par le SPF Santé publique : 460



	- Surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile pour nourrissons présentant des risques de mort subite	: 783
	- 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	
(21)	- 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)	
(21)	- 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	
	• entre 801 et 999 : cliniques du pied	
	- 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 499 : centres de référence pour patients souffrant de syndrome de fatigue	
	• 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	
(12)	• entre 701 et 999 : centres de référence en néphrologie pédiatrique	
	- 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
(21)	- 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. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour : 968
- entre 001 et 499 : Equipes multidisciplinaires d'accompagnement pour les soins palliatifs.
  - entre 500 et 999 : Centres palliatifs de jour.
12. Numéros Services intégrés soins à domicile (art. 23, 13°) : 947
- (19) 13. Numéros services ambulanciers agréés : 796
- (22) 14. Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : 759
- (24) 15. Numéros tiers payant – groupement de dispensateurs : 940 jusqu'au 946 inclus

B. Numéro d'ordre (du 4ème au 6ème 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 4ème au 6ème chiffre (voir plus haut).

Laboratoires : Les 4ème, 5ème et 6ème 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 4ème chiffre est "5".

- (19) Services ambulanciers agréés : Les 4ème, 5ème et 6ème chiffre constituent le numéro d'ordre de l'agrément (attribué par le SPF Santé Publique).
- (22) Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : Les 4ème, 5ème et 6ème 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 (7ème et 8ème chiffre du numéro d'identification)

Voir plus haut.

D. Code compétence (du 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre inclus du numéro d'identification)

1. Hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques

- l'hôpital lui-même, sans code de compétence : 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

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

## Forfaitarisation des médicaments en hôpital.

*Délivrance de médicaments aux patients hospitalisés pendant un examen ou une prestation spécifique dans un autre hôpital (aigu) (transfert temporaire de moins d'une journée).*

Dans le cas de délivrance de médicaments aux patients hospitalisés dans un autre hôpital, la facture à l'OA est établie par l'hôpital de délivrance.

Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation), l'hôpital de prestation facture à l'OA 25% de la base de remboursement. Le solde (75%) est facturé à l'hôpital aigu de séjour.

Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital psychiatrique ou chronique (qui n'entre pas dans le cadre de la forfaitarisation), l'hôpital de prestation facture à l'OA à 100%.

## 2 exemples

a) Un patient est hospitalisé dans un hôpital aigu A.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital aigu B (qui entre dans le système de forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Le patient est soigné dans l'hôpital B:

- Soit dans le cadre d'une journée d'entretien forfaitaire (art 4 de la Convention avec les hôpitaux) ou de l'hôpital chirurgical de jour
- Soit hors du cadre d'une journée d'entretien forfaitaire ou de l'hôpital chirurgical de jour (par exemple pour une prestation RX).

### Facturation:

L'hôpital aigu A facture à l'OA une fois (à savoir à la date d'admission dans cet hôpital) le forfait médicaments par admission (0756000), ainsi que les médicaments délivrés dans son propre hôpital comme suit:

- Médicaments forfaitarisés: facturation à 25% de la base de remboursement sous les nouveaux pseudo-codes 0756022 jusqu'à 0756302
- Médicaments non forfaitarisés: facturation selon les règles classiques de tarification sous les nouveaux pseudo-codes 0756324 jusqu'à 0756626

Les médicaments délivrés dans l'hôpital aigu B, sont facturés par l'hôpital aigu B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les nouveaux pseudo-codes 0756641 jusqu'à 0756921  
+ facturation à l'hôpital aigu A du 75% qui reste
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les nouveaux pseudo-codes 0756324 jusqu'à 0756626

b) Un patient est hospitalisé dans un hôpital psychiatrique A ou dans un hôpital uniquement agréé pour un service chronique (G, Sp) – c.à.d. dans un hôpital qui n'entre pas dans le cadre de la forfaitarisation des médicaments.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital aigu B (qui entre effectivement dans le système de la forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Le patient est soigné dans l'hôpital B:

- Soit dans le cadre d'une journée d'entretien forfaitaire (art 4 de la Convention avec les hôpitaux) ou de l'hôpital chirurgical de jour
- Soit hors du cadre d'une journée d'entretien forfaitaire ou de l'hôpital chirurgical de jour (par exemple pour une prestation RX).

Facturation:

L'hôpital psychiatrique ou chronique A facture les médicaments délivrés dans son propre hôpital selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes existants 0750724 jusqu'à 0750820, puisqu'il s'agit d'une facture d'un hôpital hors du cadre de la forfaitarisation.

Les médicaments délivrés dans l'hôpital aigu B, sont facturés par l'hôpital aigu B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 100% sous les nouveaux pseudo-codes 0756943 jusqu'à 0757223
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les nouveaux pseudo-codes 0756324 jusqu'à 0756626

(24) Cas exceptionnel :

*Délivrance de médicaments aux patients hospitalisés dans un hôpital aigu pendant un examen ou une prestation spécifique dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique (transfert temporaire de moins d'une journée).*

Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation), l'hôpital psychiatrique ou chronique de prestation facture 100 % de la base de remboursement à l'hôpital de séjour. L'hôpital aigu de séjour facture 25 % à l'OA.

Exemple

Un patient est hospitalisé dans un hôpital aigu A.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique B (qui n'entre pas dans le système de forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Facturation:

L'hôpital aigu A facture à l'OA une fois (à savoir à la date d'admission dans cet hôpital) le forfait médicaments par admission (0756000).

Il facture les médicaments délivrés dans son propre hôpital comme suit:

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes 0756022 jusqu'à 0756302
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes 0756324 jusqu'à 0756626

Il facture les médicaments forfaitarisés, délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B à l'OA à 25% de la base de remboursement sous les pseudo-codes 0756022 jusqu'à 0756302.

Les médicaments délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B, sont facturés par l'hôpital B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à 100 % de la base de remboursement à l'hôpital aigu de séjour A
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes 0756324 jusqu'à 0756626

---

**RUBRIQUE : NUMERO TIERS PAYANT**

---

**LIBELLE :**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56**

---

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

C'est le numéro de l'établissement ou du dispensateur auquel le paiement doit être effectué.

- \* s'il s'agit d'un dispensateur individuel, alors le numéro du tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. du dispensateur; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;
- \* s'il s'agit d'une institution qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I. (comme les établissements hospitaliers, maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées, laboratoires de biologie clinique agréés, maisons médicales, etc), alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I., la première position à gauche sera toujours égale à zéro, suivie par 8 chiffres significatifs identifiant l'établissement, les trois dernières positions indiquent le code qualification ou sont complétées par des zéros;
- \* s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins travaillant dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. de l'institution, dans lequel les 3 dernières positions sont complétées par "799"; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;
- \* s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins qui ne travaillent pas dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors le numéro tiers payant doit être attribué par le Service des soins de santé.

(☞ 20,24) Les quatre premières positions sont toujours "0940, 0941, 0942, 0943, 0944, 0945 ou 0946"

Les trois dernières positions rendent compte de la qualification des prestataires du groupe.

(☞ 20) Lors de la modification du numéro INAMI d'un(e) infirmier(ère) (ou de groupe) dans le courant d'un mois, le numéro I.N.A.M.I. (ou de groupe) à la date de création du fichier de facturation est mentionné dans cette zone.

La facturation ne peut pas être scindée.

Dans l'ET 50 Z 15, chaque prestation doit, bien, évidemment être accompagnée du n° INAMI correct à la date de prestation.

**RUBRIQUE : NUMERO D'ACCREDITATION CIN**

---

**LIBELLE :**

Le numéro d'accréditation est mentionné dans cette zone, comme décrit à l'art. 5, §4bis, 4° de la Convention entre les MRPA/MRS/CSJ et les organismes assureurs.  
Ce numéro est attribué par le Collège Intermutualiste National.

Cette zone doit seulement être complétée par les MRPA-MRS-CSJ.

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68**

---

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

**RUBRIQUE : SEXE BENEFICIAIRE**

---

**LIBELLE :**

Le sexe de la personne identifiée dans la zone 8 de l'enregistrement de type 20, est mentionné dans cette zone.

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 49**

---

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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
---------------	----------------------

1	Homme
---	-------

2	Femme
---	-------

**RUBRIQUE : TYPE DE FACTURE****LIBELLE :**

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.

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50****REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Facture individuelle hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour, salle de plâtre, journée d'entretien forfaitaire, 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.
9	Facture individuelle hôpital chirurgical de jour, forfait - salle de plâtre, mini- et maxiforfait,
(☞ 4,5)	forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou journées d'entretien
(☞ 24)	forfaitaire 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.

**(☞ 20) Dialyse rénale**

- la dialyse à domicile ou dans un centre (0761493, 0761456, 0761515, 0761526, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596) peut être facturée par le type 9 lorsque le code service mentionné = 750 (E.T. 30 Z 13). Si le code service renseigné = 990, le type de facture sera égal à 3;

**Rééducation :**

- les forfaits postcure de rééducation doivent être facturés par le type 9 avec le code service 760.
- Les prestations de rééducation effectuées dans un hôpital doivent être facturées via une facture individuelle (valeur 5 ou 6) séparément de celle faite pour l'hospitalisation.
- Pour les prestations de rééducation individuelle (ET 50 Z 4 S1 et S2), le type de facture doit être égal à 1 ou 3 selon qu'il s'agit des prestations effectuées à des patients hospitalisés ou ambulants.

- (☞ 4, 8,12) **Attention** : les prestations R30-R60 (voir ET 50 Z 4 S2), les défibrillateurs cardiaques implantés (voir ET 50 Z 4 S 5 BIS) et l'honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique (voir ET 50 Z 4 S 2) relèvent d'une convention de rééducation et doivent, dès lors, être facturés sous le type de facture 5 ou 6 et avec le code service 770.

**Praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales :**

- Pour les praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales, le type de facture sera toujours = 3.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<u>Libellé</u>	<u>Code</u>
<b>B. <u>En cas de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle</u></b>	
a) 1er jour	
TIP - descendants	0766625
TIP - chômeurs titulaires assimilés + PAC	0766640
TIP - autres	0766662
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0766684
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - autres	0766706
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0766721
b) A partir du 2e jour	
TIP - descendants	0766824
TIP - chômeurs titulaires assimilés + PAC	0766846
TIP - autres	0766861
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - descendants	0766883
VIPO + PNP + Comm. rel. 75 % - autres	0766905
TIP + VIPO + PNP + Comm. rel. 100 %	0766920
<b>C. <u>En cas de certaines conventions avec les établissements de rééducation comme prévu dans l'arrêté royal du 29 avril 1996</u></b>	
Tickets modérateurs en cas de facturation ordinaire	0765973
Tickets modérateurs en cas de dépassement de la capacité normale de facturation	0765995
(☞ 3) Tickets modérateurs en cas de ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale (nCPAP) durant le sommeil	0765951
(☞ 4) <b>Remarque :</b> Ces pseudo-codes peuvent uniquement être utilisés pour le ticket modérateur pour bénéficiaires sans régime préférentiel (CT 1 – CT 2 = XX0). Pour les bénéficiaires avec régime préférentiel (CT 1 – CT 2 = XXI), aucun enregistrement ticket modérateur ne peut être mentionné.	
<b>D. <u>En cas de séjour en maison de soins psychiatriques</u></b>	
Quote-part personnelle	
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790731 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790753 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790775 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790790 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790812 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790834 -
<b>Remarque :</b> pour les bénéficiaires qui sont dans le 2ème groupe dans l'ancien et le nouveau régime, le nouveau pseudo-code 0790812 doit être utilisé. Le régime de transition reste d'application tant que le séjour <u>sans interruption</u> est prolongé.	
Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel (diminuée de €6,20)	
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790856 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790871 -
(☞ 8) - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790893 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 a, de l'A.R. du 17/12/02	0790915 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 b, de l'A.R. du 17/12/02	0790930 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 c, de l'A.R. du 17/12/02	0790952 -
<b>Remarque :</b> pour les bénéficiaires qui sont dans le 2ème groupe dans l'ancien et le nouveau régime, le nouveau pseudo-code 0790930 doit être utilisé. Le régime de transition reste d'application tant que le séjour <u>sans interruption</u> est prolongé.	

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
(☞ 1) 3) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques</i>		0750002
(☞ 9) 3 bis) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pendant la période de nutrition parentérale au domicile du patient</i>	0750175	
(☞ 9) 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
(☞ 7) 4 bis) <i>Frais de transport pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique.(art. 4 § 4 Convention Psy-OA)</i>		0761946
(☞ 15) <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 oxygénothérapie hyperbare</i>		0760642
7) <i>Journée d'entretien forfaitaire</i>		
a) <i>Utilisation de la salle de plâtre</i>	0761036	0761040
Miniforfait	0761213	-
Maxiforfait	0761235	0761246
(☞ 4) Forfait groupe 1	0768176	0768180
(☞ 4) Forfait groupe 2	0768191	0768202
(☞ 4) Forfait groupe 3	0768213	0768224
(☞ 4) Forfait groupe 4	0768235	0768246
(☞ 4) Forfait groupe 5	0768250	0768261
(☞ 4) Forfait groupe 6	0768272	0768283
(☞ 4) Forfait groupe 7	0768294	0768305
(☞ 5) Forfait 1 douleur chronique	0768316	0768320
(☞ 5) Forfait 2 douleur chronique	0768331	0768342
(☞ 5) Forfait 3 douleur chronique	0768353	0768364
(☞ 24) Forfait manipulation cathéter à chambre	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

**RUBRIQUE : CODE SERVICE****LIBELLE :**

(Ministère de la Santé publique et de la famille). (voir A.R. du 28/01/1965 imposant à certains établissements hospitaliers un plan comptable uniforme) (M.B. 04/02/1965).

- \* Il s'agit du code service où séjourne le patient à la date mentionnée dans la zone 5 ou le pseudo-code
- (☞24) service en cas d'utilisation de la salle de plâtre, de mini- ou maxiforfait, forfait manipulation cathéter à chambre, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulant), journée forfaitaire psychiatrie,
- (☞ 4,5) 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.
- (☞22)\* 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.
- \* Pour les patients qui séjournent en MRS, MRPA, MSP ou IHP, le pseudo-code service 990 doit également être mentionné.

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53****REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Voir enregistrement de type 50 zone 13.

"Dans l'hypothèse où le jour d'entrée et le jour de sortie sont comptés ensemble pour une seule journée d'hospitalisation, et que les services d'entrée et de sortie sont différents, il y a lieu de comptabiliser cette journée :

- dans le service de sortie lorsque l'entrée a eu lieu dès 12 heures;
- dans le service d'entrée lorsque l'entrée a eu lieu avant 12 heures."

Lorsque l'enregistrement concerne des suppléments pour le type de chambre, prix-tout-compris par journée d'entretien à l'hôpital militaire, forfait pharmaceutique, jours de congé non-payés ou jours d'absence à visée thérapeutique, cette zone est mise à zéro.

- (☞21)Montant par admission (0768003, 0793203): 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.
- Dialyse rénale à domicile ou dans un centre (0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596) : code service 750 ou 990 selon le type de facture mentionné dans l'E.T. 20 Z 10.
- Journées d'entretien forfaitaires dans le service A (0761073) et forfaits de postcure de rééducation (0762134, 0762156, 0762171) : code service 760.
- Hôpital chirurgical de jour avec codes ambulants : code service 320.
- (☞21) 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.

Exemples de facturation de journées d'entretien (montant par admission et montant par jour).Exemple 1

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 23/09 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 2

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 11h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 3

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 8h; transfert vers un service C (210) le 22/09 à 15h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
7. Honoraires et forfaits mucoviscidose	0755392	-
8. Aliments diététiques à des fins médicales délivrés aux bénéficiaires hospitalisés :		
catégorie DA	-	0755521
catégorie DB	-	0755543
catégorie DC	-	0755565
catégorie DCs	-	0755580
catégorie DCx	-	0755602
9. Aliments diététiques à des fins médicales délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés :		
catégorie DA	0755613	-
catégorie DB	0755635	-
catégorie DC	0755650	-
catégorie DCs	0755672	-
catégorie DCx	0755694	-
10. Moyens diagnostiques et matériel de soins remboursables délivrés aux bénéficiaires hospitalisés :		
catégorie MA	-	0755720
catégorie MB	-	0755742
catégorie MC	-	0755764
catégorie MCs	-	0755786
catégorie MCx	-	0755801
(☞ 24) Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique	-	0753465
11. Moyens diagnostiques et matériel de soins remboursables délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés :		
catégorie MA	0755812	-
catégorie MB	0755834	-
catégorie MC	0755856	-
catégorie MCs	0755871	-
catégorie MCx	0755893	-
(☞ 4) pansements actifs non remboursables	0757271	-
(☞ 13) pompes à élastomère	0754390	-
(☞ 24) Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique	0753454	-
12a. <u>Honoraires et forfaits</u>		
(☞ 17) Honoraires et forfaits oxygène dans le cadre de la Convention Pharmaciens-OA : accessoires	0755952	-
(☞ 17) Honoraires et forfaits oxygène dans le cadre de la Convention Pharmaciens-OA : honoraires coordination et accompagnement	0757455	-
(☞ 24) Honoraires et forfaits oxygène dans le cadre des moyens diagnostiques (AR 16/1/2011, MB 28/1/2011)	0757470	-
(☞ 4,6) Honoraires et forfaits méthadone	0755974	-
(☞ 10) 12b. <u>Trajets de soins</u>		
Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes	0757352	
Trajet de soins diabète – glucomètre	0757374	
Programme 'éducation et autogestion' – tigettes et lancettes	0757396	
Programme 'éducation et autogestion' – glucomètre	0757411	
Trajet de soins 'insuffisance rénale chronique' – tensiomètre	0757433	

Remarque : Chaque délivrance d'un paquet de tigettes/lancettes ou d'un glucomètre ou d'un tensiomètre est facturée via 2 enregistrements séparés : un enregistrement avec le coût du matériel et un enregistrement avec l'honoraire.  
Ces 2 enregistrements ont le même pseudo-code catégorie (Z4) mais un (pseudo-)code CNK (Z40-41) différent.

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞2) 13. Spécialités délivrées aux bénéficiaires hospitalisés dans les hôpitaux aigus (*):		
• forfait par admission	-	0756000
(☞24) • médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans l'hôpital même (x):		
catégorie SA	-	0756022
catégorie SAg	-	0756044
catégorie SAR	-	0756066
catégorie SB	-	0756081
catégorie SBg	-	0756103
catégorie SBr	-	0756125
catégorie SC	-	0756140
catégorie SCg	-	0756162
catégorie SCr	-	0756184
catégorie SCs	-	0756206
catégorie SCsg	-	0756221
catégorie SCsr	-	0756243
catégorie SCx	-	0756265
catégorie SCxg	-	0756280
catégorie SCxr	-	0756302
• médicaments non forfaitarisés:		
catégorie SA	-	0756324
catégorie SAg	-	0756346
catégorie SAR	-	0756361
catégorie SB	-	0756383
catégorie SBg	-	0756405
catégorie SBr	-	0756420
catégorie SC	-	0756442
catégorie SCg	-	0756464
catégorie SCr	-	0756486
catégorie SCs	-	0756501
catégorie SCsg	-	0756523
catégorie SCsr	-	0756545
catégorie SCx	-	0756560
catégorie SCxg	-	0756582
catégorie SCxr	-	0756604
catégorie D	-	0756626
Médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et avec information au médecin-conseil (**)	-	0757245
Médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et sans information au médecin-conseil (***)	-	0757260
(*) La forfaitarisation ne concerne que:		
- Les hôpitaux généraux aigus (services psychiatriques dans les hôpitaux généraux inclus); donc pas pour les hôpitaux chroniques (services Sp ou G isolés) ou les hôpitaux psychiatriques.		
- Les patients hospitalisés, les hospitalisations classiques, donc pas pour les "hospitalisations de jour" (hôpital chirurgical de jour ou journées d'entretien forfaitaires)		
- Médicaments spécialités (donc pas pour les aliments diététiques ou moyens diagnostiques) des catégories de remboursement A, B, C, Cs, Cx, à l'exclusion de certains médicaments qui se présenteront sur une liste.		
(**) Ces médicaments peuvent être imputés au patient. Dans la zone 40-41, le code CNK doit être rempli. Le montant est mentionné dans la zone 30-31. Les zones 19 et 27 sont égales à zéro.		
(☞3) (***) Ces médicaments ne peuvent pas être imputés au patient. Dans la zone 40-41, le code CNK doit être rempli. Toutes les zones montant sont égales à zéro. Cela signifie qu'il s'agit des « médicaments gratuits ». La zone 16 doit donc être égale à 1.		
(☞24) (x) Ces pseudo-codes sont également utilisés dans le cas exceptionnel décrit dans l'annexe 17.2.		

---

**RUBRIQUE : NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE**

---

**LIBELLE :**

Cette rubrique indique que la prestation pour laquelle un supplément peut être perçu pour prestation technique urgente a été effectuée pendant la nuit, le week-end ou durant un jour férié.

Dans le cas de prestations de biologie clinique pour patients hospitalisés, la mention est facultative (à partir du 01/05/2000).

(☞) Dans le cas de prestations de biologie clinique ambulatoire, la mention est facultative (à partir du 01/07/2005).

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 52**

---

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

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Autres
1	Nuit
2	Week-end
3	Jour férié
4	Prestations exécutées entre 0 h et 8 h qui peuvent être prises en considération pour porter en compte les suppléments pour des prestations techniques urgentes
5	Prestations effectuées par un praticien de l'art infirmier, pour des raisons de convenance personnelle, durant le week-end ou un jour férié. Ces prestations doivent être attestées au tarif de la semaine. Le plafond d'intervention est le plafond de la "semaine" si toutes les prestations effectuées par un praticien de l'art infirmier durant le week-end ou un jour férié l'ont été pour des raisons de convenance personnelle. Dans le cas contraire, il faut prendre en considération le plafond applicable le week-end ou un jour férié.

Remarque : en cas d'honoraires forfaitaires par admission, la valeur est toujours égale à zéro.

**RUBRIQUE : CODE SERVICE****LIBELLE :**

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, mini-, ou maxiforfait, dialyse rénale dans un

- (☞ 4) hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe  
(☞ 5,24) 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 (ou pseudo-service) où le patient séjournait au moment de la prescription.

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

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53****REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Voir suites 1 et 2.

\* 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.

- (☞ 7)\* En cas de marge de délivrance ou de marge de sécurité des implants, cette zone doit être mise à zéro.

\* Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591091, 0591113, 0591135, de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176 : 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.

- (☞ 7,22) 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)

- (☞ 7) 0590181, 0590203, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, de 0590166 à 0590225, 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.

- (☞ 22)\* 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.

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

- (☞ 8, 12)\* 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, le code service 770 doit toujours être utilisé.

- (☞ 21)\* 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.

(8)

## TABLE DE CODIFICATION DES CODES SERVICES

Liste des services pour patients hospitalisés au sein des hôpitaux			
Codes I.N.A.M.I.	Indice Santé Publique	Type d'hôpital	Libellé
190	N* (n)	Gén.	Section des soins néonataux non-intensifs
200	B	Gén.	Service de traitement de la TBC
210	C	Gén.	Service de diagnostic et de traitement chirurgical
220	D	Gén.	Service de diagnostic et de traitement médical
230	E	Gén.	Service de pédiatrie
240	H	Gén.	Service d'hospitalisation simple
250	L	Gén.	Service des maladies contagieuses
260	M	Gén.	Service de maternité
270	NIC (N)	Gén.	Service de soins néonataux intensifs
290	-	Gén.	Unité de traitement de grands brûlés (créée le 01/01/94)
300	G (R)	Gén.	Service de gériatrie et revalidation
320			Hôpital chirurgical de jour
340	K	Gén./Psy.	Service de neuropsychiatrie infantile (jour et nuit)
350	K1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service K
360	K2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service K
370	A	Gén./Psy.	Service neuropsychiatrique (jour et nuit)
380	A1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service A
390	A2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service A
410	T	Gén./Psy.	Service psychiatrique (jour et nuit)
420	T1	Gén./Psy.	Hospitalisation de jour en service T
430	T2	Gén./Psy.	Hospitalisation de nuit en service T
440	Tf	Psy.	<u>Placement familial</u> Tf dans un hôpital (à partir du 01/04/2000)
450	Tp	Psy.	<u>Placement familial</u> Tp dans une famille (à partir du 01/04/2000)
480	IB	Psy.	Service de traitement intensif des patients psychiatriques
490	(i) ou I	Gén.	Fonction ou service de soins intensifs

## 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
(☞ 22) 002	Gén.	Prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement
710	Gén.	
720	Gén.	Salle de plâtre
730	Gén.	Mini-forfait
740	Gén.	Maxi-forfait
750	Gén.	Super-forfait (supprimé au 01/04/98)
		Dialyse rénale
760	Psy.	Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation
770		Rééducation
(☞ 5) 840 (☞ 24)	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

---

**RUBRIQUE : DATE PRESCRIPTION**

---

**LIBELLE :**

Lorsqu'il s'agit d'une prestation qui est effectuée sur prescription, il y a lieu d'indiquer la date de la prescription dans cette zone.

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 100**

---

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

Contrôle : validité de la date.

Honoraires forfaitaires pour soins infirmiers + enregistrements statistiques complémentaires :

Dans l'enregistrement d'honoraires forfaitaires, la date de la demande du forfait sur le document 703ter doit être mentionnée.

Dans les enregistrements statistiques, la date de la prescription doit être mentionnée, autant de fois que la nomenclature exige une prescription; s'il s'agit de soins d'hygiène, cette zone contient la date de la demande de toilette sur le document 703ter; s'il s'agit de prestations de base, cette zone est toujours égale à 0.

(☞ 5) Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes :

La date de la demande d'intervention est considérée comme la date de la prescription.

(☞ 6,18) Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

Cette zone est égale à zéro.

(☞ 12) Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

La date de la prescription doit être mentionnée dans cette zone.

(☞) Cette zone est égale à 0 si l'ET 50 Z 26 = 0 ou 3, à l'exception de certains soins infirmiers (voir tableaux repris dans l'ET 50 Z 4).

**RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE D'UNITES****LIBELLE :**

(☞ 6) Cette zone contient :

Le nombre de fois qu'une prestation a été dispensée à la date ou durant la période indiquée (date début – date fin).

OU

Le nombre de fournitures (p.ex. sang, isotopes, ...) qui ont été délivrées à la date ou durant la période indiquée (date début – date fin).

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108****REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Cette zone est remplie à partir de la droite.

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.

Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

(☞ 5) En cas de note de crédit, cette zone contient toujours une valeur négative (voir le point c de l'annexe 7 suite 1).

Nature des prestations pour lesquelles des séries de prestations peuvent se présenter.

Surveillance des bénéficiaires hospitalisés;

Kinésithérapie + frais de déplacement;

Réanimation;

Radio- et radiumthérapie;

Médecine nucléaire;

Rhumatologie et physiothérapie;

(☞ 6) ATTENTION : Pour les prestations à partir du 1/1/2008, les séries d'un seul traitement doivent être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation avec date de début = date de fin et nombre d'unités = 1), à l'exception des honoraires de surveillance (art. 25, §1), qui peuvent toujours être facturés en série.

Remarque : Voir remarque enregistrement de type 50 zone 5.

- pour les soins infirmiers et les maisons médicales, le nombre de prestations est toujours = 1;
- pour les bandes et autres matières plâtrées, il y a lieu d'indiquer le nombre d'unités;
- pour les isotopes, il y a lieu d'indiquer le nombre de fois que le tarif a été porté en compte;
- le sang et le plasma sanguin doivent être indiqués en unité délivrée;
- pour le lait maternel, la quantité est exprimée en ml;
- pour les honoraires forfaitaires, le nombre est toujours 1;
- pour les implants, le nombre d'implants identiques utilisés lors d'une intervention peut être facturé via un enregistrement;

(☞ 9) Attention : le nombre d'unités dans les enregistrements "marge de sécurité" et "marge de délivrance" doit être identique au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel les implants sont facturés.

(☞ 24) - pour les implants avec des listes limitatives et un remboursement par cm<sup>2</sup> (ou par point de contact), le nombre d'unités est égal au nombre de fois que le produit, tel que décrit dans la liste, est utilisé (donc, pas le nombre de cm<sup>2</sup> ou le nombre de points de contact).

- pour les frais de déplacement dans le cadre de prestations de rééducation, il faut mentionner le nombre de kilomètres parcourus à l'aller et au retour.

(☞ 7)- pour les frais divers en hôpital (voir ET 50 Z 4 S 14), le nombre d'unités peut être plus grand que 1.

(☞ 20)- transport urgent de malades (AR 26/4/2009): nombre de kilomètres (si pseudo-codes 784416 à 784464 inclus) ou nombre de paires d'électrodes utilisées (si pseudo-code 784475-784486).