

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/2009

Bruxelles, le 26 mai 2009

Madame,
Monsieur,

Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie électronique – Edition 2006 – 10^{ème} mise à jour.

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2006/10 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**



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 2006/10

Pages à remplacer :

- Annexe 16.25;
- ET 30 Z 4 S 9 à S 21 inclus;
- ET 40 Z 4 S 3, Z 22, Z 27, Z 30-31, Z 40-41 S 1;
- ET 50 Z 4 S 23, S 24, S 27, S 30, Z 17-18, Z 24-25.

Pages à enlever :

- Annexes 5.2.1 à 5.2.35 inclus;
- ET 30 Z 4 S 22, S 23, S 24, S 25.

1. Code qualification laboratoire, annexe 16.25.

Un nouveau code qualification a été ajouté pour les laboratoires d'anatomopathologie.

2. Codes erreur

Les annexes 5.2.1 à 5.2.35 inclus sont supprimés de la brochure.

Dorénavant, les codes erreur seront seulement publiés dans le fichier Excel séparé.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/10.

3. Pseudo-codes conventions de rééducation fonctionnelle, ET 30 Z 4 S 9 à S 21 inclus.

Les pages concernant les conventions de rééducation fonctionnelle ont été revues :

- Les pseudo-codes qui sont supprimés depuis plus de 2 ans ont été enlevés du document.
- Les forfaits de rattrapage étaient éparpillés partout et ont été maintenant rassemblés sous 1 point. Un certain nombre de nouveaux pseudo-codes pour les forfaits de rattrapage ont également été ajoutés.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/10.

4. Interventions dans le cadre des trajets de soins, ET 40 Z 4 S 3, Z 22, Z 27, Z 30-31, Z 40-41 S 1, ET 50 Z 4 S 23, S 24, S 27, S 30.

4.1 Soins infirmiers à domicile (6^e avenant à la Convention Praticiens de l'art infirmier – O.A.)

Une intervention de l'assurance est accordée pour les prestations spécifiques en matière d'éducation à l'autogestion du patient diabétique qui sont effectuées par des praticiens de l'art infirmier à domicile dans le cadre des trajets de soins.

Il s'agit des 3 prestations suivantes :

- L'éducation de départ et la mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques (pseudo-code 423813)
- Le suivi du patient traité à l'insuline ou aux incrétinomimétiques (pseudo-code 423835)
- Le supplément d'éducation en cas de situations problématiques (pseudo-code 423850)

L'honoraire pour chacune de ces prestations s'élève à 20 euros (remboursement complet par l'assurance maladie, donc pas d'intervention personnelle).

Les prestations peuvent uniquement être attestées par les infirmières qui ont reçu un numéro d'enregistrement spécifique de l'INAMI. Une série de nouveaux codes compétence seront créés.

Les prestations doivent toujours être prescrites.

Les 3 prestations concernées sont complètement indépendantes de la nomenclature (elles tombent en dehors du cadre des forfaits, ne sont pas comptabilisées pour le calcul du plafond journalier, n'occasionnent aucune prestation de base ou d'indemnité pour déplacement rural). Ces prestations peuvent donc exister de manière autonome, c'est-à-dire sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

Si d'autres prestations infirmières (de l'art.8 de la nomenclature) sont aussi effectuées durant une même journée de soins, les prestations concernant le trajet de soins (423813, 423835 ou 423850) doivent toujours être mentionnées comme dernier enregistrement de la journée de soins concernée.

Les zones « date prescription » et « prescripteur » doivent toujours être complétées.
La zone « intervention personnelle » est toujours égale à zéro.

4.2 Officines hospitalières (16^e et 17^e avenant à la Convention Pharmaciens – O.A.)

Généralités

Une série d'interventions sont prévues pour la délivrance du matériel dans le cadre du trajet de soins « diabète » et du programme « éducation et autogestion » d'une part (tigettes, lancettes et glucomètres) et d'autre part, dans le cadre du trajet de soins « insuffisance rénale chronique » (tensiomètre).

Ces interventions valent dans le cas d'une délivrance dans une officine publique (circuit Pharmanet OT-OA), mais également en cas de délivrance par une officine hospitalière à un patient qui séjourne dans une maison de repos.

Trajet de soins « diabète »

2 interventions forfaitaires ont été prévues :

- intervention de 83,83 EUR, composée de 8,48 EUR d'honoraire pour le pharmacien et de 75,35 EUR pour un paquet contenant 3 conditionnements de 50 tigettes et un conditionnement de 100 lancettes (par semestre)
- intervention de 28 EUR, composée de 5,83 EUR d'honoraire pour le pharmacien et de 22,17 EUR pour un glucomètre (par 3 ans)

Programme « éducation et autogestion » (hors trajet de soins)

2 interventions forfaitaires ont été prévues :

- intervention de 61,67 EUR, composée de 8,48 EUR d'honoraire pour le pharmacien et de 53,19 EUR pour un paquet contenant 2 conditionnements de 50 tigettes et un conditionnement de 100 lancettes (par an)
- intervention de 28 EUR, composée de 5,83 EUR d'honoraire pour le pharmacien et de 22,17 EUR pour un glucomètre (par 3 ans)

Trajet de soins « insuffisance rénale chronique »

Une intervention maximale de 75 EUR, composée de 15 EUR d'honoraire pour le pharmacien et de 60 EUR maximum pour un tensiomètre, est prévue.

Les interventions sont toujours composées de 2 parties: d'une part un honoraire pour le pharmacien et d'autre part une intervention dans le coût du matériel.

Dans le cadre du trajet de soins « diabète » et du programme « éducation et autogestion », il s'agit d'interventions forfaitaires.

Aucunes listes reprenant les produits qui rentrent en ligne de compte ne seront publiées.
Aucune intervention personnelle, ni supplément ne peuvent être comptés au patient.

Dans le cadre du trajet de soins « insuffisance rénale chronique », en revanche, il s’agit d’une intervention maximale.

Une liste, reprenant les codes CNK et les prix (coût du matériel) des tensiomètres qui rentrent en ligne de compte pour le remboursement, sera publiée sur le site Web de l’INAMI.

L’intervention maximale dans le coût du matériel s’élève à 60 EUR.

Si le prix du tensiomètre est inférieur à 60 EUR, l’intervention dans le coût du matériel est limitée au prix effectif.

Si le prix est supérieur à 60 EUR, le patient paye alors un supplément.

Instructions de facturation “Diabète”

4 nouveaux pseudo-codes catégorie ont été créés dans l’ET 40 Z 4.

8 nouveaux pseudo-codes CNK ont été créés dans l’ET 40 Z 40-41.

Les tigettes et les lancettes ne sont pas facturées par conditionnement, mais bien par paquet.

Chaque délivrance d’un paquet de tigettes et de lancettes ou d’un glucomètre 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.

Les honoraires sont facturés sous des pseudo-codes CNK.

Le coût du matériel pour les tigettes et les lancettes et pour le glucomètre est également facturé sous un pseudo-code CNK.

Le tableau ci-dessous reprend les pseudo-codes CNK et les pseudo-codes catégorie correspondants :

Pseudo-CNK	Dénomination	Inter-vention	Pseudo-code Z4
07104664	Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes - honoraires	8,48	0757352
07104680	Trajet de soins diabète – glucomètre - honoraires	5,83	0757374
07104656	Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes – le coût du matériel	75,35	0757352
07104672	Trajet de soins diabète – glucomètre – le coût du matériel	22,17	0757374
07105372	Programme “éducation et autogestion” – tigettes et lancettes - honoraires	8,48	0757396
07105398	Programme “éducation et autogestion” – glucomètre - honoraires	5,83	0757411
07104698	Programme “éducation et autogestion” – tigettes et lancettes – le coût du matériel	53,19	0757396
07105380	Programme “éducation et autogestion” – glucomètre – le coût du matériel	22,17	0757411

Instructions de facturation “Insuffisance rénale chronique”

Dans l’ET 40 Z 4, un nouveau pseudo-code catégorie est créé.

Un nouveau pseudo-code CNK est créé dans l’ET 40 Z 40-41.

Chaque délivrance 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.

L’honoraire est facturé sous un pseudo-code CNK.

Le coût du matériel est facturé sous les codes CNK spécifiques de la liste publiée sur le site de l’INAMI.

Lorsque le prix du tensiomètre est plus élevé que l'intervention maximale de 60 EUR, alors le supplément à charge du patient est mentionné dans la zone 30-31 de l'enregistrement dans lequel le coût du matériel est facturé.

4.3 Consultations

L'art. 9 de l'AR relatif aux trajets de soins (AR du 21/1/2009, MB 6/2/2009) prévoit que les bénéficiaires d'un trajet de soins ne sont pas redevables d'une intervention personnelle pour certaines consultations.

Lorsque ces consultations peuvent être facturées en tiers payant selon la réglementation à ce sujet (voir les exceptions à l'interdiction du régime tiers payant dans l'AR du 10/10/1986), alors l'honoraire total est mentionné dans la zone 19 et la zone 27 est égale à zéro.

Date d'application: Prestations à partir du 1/6/2009 pour l'“Insuffisance rénale chronique”
1/9/2009 pour le“Diabète”.

5. Listes “prescripteurs” et “prestation relative”, ET 50 Z 17-18, Z 24-25

Les listes “prestation relative” et “prescripteur” (Fichiers Excel) ont été uniformisées. Donc, elles contiennent maintenant les mêmes Lay-out et colonnes.

Les remarques les plus importantes sont reprises dans des feuilles de données séparées.

Les modifications de ces listes seront, désormais, reprises dans l'introduction de chaque mise à jour (voir ci-dessous).

Les instructions qui étaient encore mentionnées dans l'ET 50 Z17-18 et dans l'ET 50 Z 24-25, ont été intégrées dans les fichiers Excel.

Liste “prestation relative”

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
304931	304964	20/3/2009	16/4/2009	1/5/2009
374931	374964	20/3/2009	16/4/2009	1/5/2009
683550	683561	30/3/2009	20/4/2009	1/6/2009
691876	691880	19/3/2009	8/4/2009	1/6/2009
715470	715584	26/4/2009	12/5/2009	1/7/2009
720532	720845	2/4/2009	20/4/2009	1/6/2009
734134	734204	12/2/2009	27/2/2009	1/4/2009 (*)
734592	734592	12/2/2009	27/2/2009	1/4/2009 (*)

(*) La mention d'une prestation relative n'est obligatoire que pour les prestations à partir du 1/6/2009.

La prestation relative est égale à :

- En cas de révision : 293451-293462
- En cas de primo-implantation : nouveau pseudo-code 768935-768946

Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
695133	695144	2/04/2009	20/4/2009	1/6/2009
695214	695225	2/04/2009	20/4/2009	1/6/2009
730494	730542	2/04/2009	20/4/2009	1/6/2009

Liste “prescripteur”

Code ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
423813	423850	Pseudo-codes		01/06/2009

Date d'application: Date d'application des prestations concernées

(☞ 9) 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11m exécuté par les laboratoires d'anatomo – pathologie	235
(☞ 9) 11b 11f 11g 11h 11j exécuté par les laboratoires d'anatomo – pathologie	236
(☞ 9) 11b 11g exécuté par les laboratoires d'anatomo – pathologie	237
(☞ 9) 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11m 11n exécuté par les laboratoires d'anatomo – pathologie	238
(☞ 10) 11b 11c 11d 11f 11g 11j exécuté par les laboratoires d'anatomo – pathologie	239

5. Rééducation fonctionnelle

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

6. Maisons médicales

La maison médicale travaille avec une équipe de :

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
16) <i>Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions types</i>		
- Oxygénothérapie à domicile au moyen d'un concentrateur d'oxygène	0772516	
- Oxygénothérapie à domicile par oxygène liquide	0772531	
(☞ 7) Oxygène gazeux médicinal (prévu dans §207 de la liste de l'A.R. 21/12/2001)	0775176	
(☞ 7) Oxygène gazeux médicinal (pas prévu dans §207 de la liste de l'A.R. 21/12/2001)	0775191	
- Surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile des nourrissons menacés de mort subite		
- surveillance respiratoire	0772833	
(☞) - surveillance cardio-respiratoire	0775250	
(☞) - surveillance cardio-respiratoire	0775272	
(☞ 6)- Autopsie après le décès inopiné et médicalement inexplicable d'un enfant de moins de 18 mois		
- Transport de l'enfant décédé en vue d'une autopsie	0775316	0775320
- Autopsie réalisée par un médecin anatomopathologiste selon un protocole standard	0775294	0775305
- Soutien psychologique des parents et de la famille	0775331	0775342
(☞ 8) - Insuline continue, thérapie d'infusion à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable	0772450	0772461
(☞ 8) - Autogestion de patients atteints de diabète sucré		
- Groupe 1	0773231 (*)	
- Groupe 1A	0770033	
- Groupe 1B	0770055	
- Groupe 2	0773253	
- Groupe 3A (avec DMG)	0771573	
- Groupe 3A (sans DMG)	0773592	
- Groupe 3B	0771595	
- Renvoi vers une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne	0770070	
- Convention diabète enfants		
- Autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	0773113	
- Programme pour "les patients très intensifs" et assimilés – enfants et adolescents	0774115	
- Programme pour diabétiques * 3 administrations d'insuline par jour * 4 courbes journalières de glycémie par semaine et assimilés – enfants et adolescents	0774130	
- Programme pour diabétiques * 2 administrations d'insuline par jour * 2 courbes journalières de glycémie par semaine et assimilés – enfants et adolescents	0774152	
(☞ 6) - Programme pour enfants et adolescents diabétiques traités à l'aide d'une pompe à insuline	0775456	
(☞ 6) - Programme pour insulinothérapie par perfusion pour diabétiques	0775471	
(☞ 6) - Frais de déplacement pour l'information et l'accompagnement dans le milieu de vie du bénéficiaire	0775493	
(☞ 8)- Convention cliniques curatives du pied diabétique		
- Consultation interdisciplinaire ambulatoire de la clinique du pied	0773393	
- Séance de soutien	0773496	
- Mucoviscidose :		
- Exécution du programme de rééducation fonctionnelle	0775913	0775924
- Réunion avec le médecin de famille ou le pédiatre de famille	0775935	0775946
- Maladies neuromusculaires : exécution du programme de rééducation fonctionnelle	0775950	0775961

(☞ 8) (*) Pour les prestations réalisées jusqu'au 30 septembre 2008 inclus, ce pseudo-code peut encore être utilisé pour les patients du groupe 1A et du groupe 1B

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
- Troubles respiratoires chroniques graves:		
- Prestation réalisée par un(e) kinésithérapeute, un(e) ergothérapeute et/ou un(e) assistant(e) ou infirmier(ère) social(e) se déroulant au domicile du bénéficiaire en vue d'une adaptation de ce domicile en fonction de ses performances physiques (art. 11, § 1, 2ème alinéa)	0777512	0777523
- Prestation individuelle, exécutée par au moins 2 intervenants d'une discipline différente, avec une durée d'au moins deux heures qui peut être étalée au cours d'une journée (art. 12, § 1)	0777534	0777545
- Chaque prestation de rééducation avec une durée d'au moins 2 heures au cours de laquelle, pour toute sa durée, le nombre de bénéficiaires est égal au nombre de thérapeutes intervenant effectivement (art. 12, § 2)	0777556	077756
- Des prestations de minimum 2 heures, destinées exclusivement à l'éducation de bénéficiaires et de leurs familles adressées, simultanément, à un groupe de bénéficiaires plus nombreux que 5 (art.12, § 3)	0777571	0777582
- Honoraire pour la collaboration du médecin généraliste ou spécialiste assurant le traitement d'entretien (art.13, §4)	0777593	0777604
- Epilepsie réfractaire		
- Module d'évaluation pré-chirurgicale avec étude vidéo-E.E.G. non-invasive	0777711	0777722
- Module d'évaluation pré-chirurgicale complémentaire avec étude vidéo-E.E.G. invasive	0777733	0777744
- Module de rééducation fonctionnelle après chirurgie épileptique ou après implantation d'un stimulateur du nerf vague	0777755	0777766
- WADA test	0777770	0777781
- Discussions inter-équipes multidisciplinaires	0777792	0777803
(☞ 1) - Rédaction de rapports de fonctionnement multidisciplinaires dans le cadre de la nomenclature des aides à la mobilité :		
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les conventions 950	0770276	0770280
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement pour les conventions 950	0770291	0770302
- Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les services de physiothérapie	0770313	0770324
(☞ 3) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement, pour les services de physiothérapie	0770335	0770346
(☞ 3) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires hospitalisés ou les bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation, pour les autres conventions	0770350	0770361
(☞ 3) - Rapport de fonctionnement pour les bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement, pour les autres conventions	0770372	0770383

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Ambulant****VENTILATION ASSISTEE CONTINUE A DOMICILE****Trachéotomie**

Sans oxygène

percussion intra-pulmonaire	0778094 (*)
sans percussion intra-pulmonaire	0778116 (*)

Méthode non-invasive

Sans oxygène

percussion intra-pulmonaire	0778212 (*)
sans percussion intra-pulmonaire	0778234 (*)

VENTILATION ASSISTEE DISCONTINUE A DOMICILE**Trachéotomie**

Sans oxygène

percussion intra-pulmonaire	0778330 (*)
sans percussion intra-pulmonaire	0778352 (*)

Méthode non-invasive

Sans oxygène

percussion intra-pulmonaire	0778455 (*)
sans percussion intra-pulmonaire	0778470 (*)

Pression positive continue à deux niveaux

Sans oxygène

percussion intra-pulmonaire	0778573 (*)
sans percussion intra-pulmonaire	0778595 (*)

VENTILATION ASSISTEE NOCTURNE**Trachéotomie**

Sans oxygène

percussion intra-pulmonaire	0778691 (*)
sans percussion intra-pulmonaire	0778713 (*)

Méthode non-invasive

Sans oxygène

percussion intra-pulmonaire	0778816 (*)
sans percussion intra-pulmonaire	0778831 (*)

Pression positive continue à deux niveaux

Sans oxygène

percussion intra-pulmonaire	0778934 (*)
sans percussion intra-pulmonaire	0778956 (*)

Pression négative périthoracique

Sans oxygène

percussion intra-pulmonaire	0779052 (*)
sans percussion intra-pulmonaire	0779074 (*)

PERCUSSION INTRAPULMONAIRE

0779111 (*)

(☞ 7) (*) supprimés à partir du 1/1/2008

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

CONVENTION – SAOS**Ambulant****Gehosp**

Pression positive continue par voie nasale pendant la nuit

0779096

0779100

CONVENTION - SOH

Convention SOH				Pseudo-codes		
				Ambulant	Hospitalisé	
La prestation normale remboursable dans le cadre de la convention SOH est l'assistance ventilatoire (A.V.) nocturne par pression positive à 2 niveaux pour patients SOH				788012	788023	
Autres traitements d'assistance ventilatoire, uniquement remboursables pour les patients déjà traités par cette méthode par le même établissement avant le 1/1/2008 et ce dans le cadre de la convention en vigueur à l'époque (mesure transitoire destinée à disparaître)						
A.V. continue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788034	788045	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788056	788060	
	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788071	788082		
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788093	788104		
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788115	788126	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788130	788141	
sans percussion intra-pulmonaire		assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788152	788163		
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788174	788185		
A.V. discontinue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788196	788200	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788211	788222	
	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788233	788244		
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788255	788266		
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788270	788281	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788292	788303	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788314	788325	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788336	788340	
	pression positive à 2 niveaux (enfants < 5ans)	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788351	788362	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788373	788384	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788395	788406	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788410	788421	
A.V. nocturne	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788432	788443	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788454	788465	
	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788476	788480		
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788491	788502		
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788513	788524	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788535	788546	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788550	788561	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788572	788583	
	pression positive à 2 niveaux	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788594	788605	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788616	788620	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788631	788642	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788653	788664	
	pression négative périthoracique	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788675	788686	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788690	788701	
	percussion intra-pulmonaire			assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788712	788723
				sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788734	788745

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**CONVENTION - AVD**

Convention AVD				Pseudo-codes	
				Ambulant	Hospitalisé
A.V. continue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789014	789025
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789036	789040
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789051	789062
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789073	789084
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789095	789106
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789110	789121
			assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789132	789143
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789154	789165
A.V. discontinue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789176	789180
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789191	789202
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789213	789224
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789235	789246
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789250	789261
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789272	789283
			assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789294	789305
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789316	789320
	pression positive à 2 niveaux (enfants < 5ans)	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789331	789342
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789353	789364
			assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789375	789386
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789390	789401
A.V. nocturne	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789412	789423
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789434	789445
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789456	789460
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789471	789482
	méthode non invasive	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789493	789504
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789515	789526
			assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789530	789541
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789552	789563
	pression positive à 2 niveaux	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789574	789585
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789596	789600
			assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789611	789622
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789633	789644
	pression négative périthoracique	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789655	789666
				sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789670
			assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	789692	789703
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	789714	789725
percussion intra-pulmonaire				789736	789740
Assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive				789736	789740

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
- Conventions de rééducation médico-psycho-sociale spécialisées :		
- forfait de base	0772494	0772505
- forfait complémentaire	0774174	0774185
- Maladie métabolique		
- première séance de rééducation	0775832	0775843
- deuxième séance de rééducation	0775854	-
- présence médecin généraliste / pédiatre	0775876	0775880
- Accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée		
- premier forfait accompagnement grossesse non désirée	0775132	
- second forfait accompagnement grossesse non désirée	0775154	
- Rééducation fonctionnelle pour bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle (969)		
- Bilan initial	0771234	0771245
- Bilan intérimaire	0771256	0771260
- Séance in	0771271	0771282
- Séance out	0771293	0771304
- Séance de groupe	0771315	0771326
- Centres de références IMOC		
- Prestation art. 7, 1)	0783510	0783521
- Prestation art. 7, 2)	0783532	0783543
- Prestation art. 7, 3)	0783554	0783565
- Prestation art. 13, § 4, 1er alinéa	0783576	0783580
- Prestation art. 13, § 4, 2ème alinéa	0783591	0783602
- Spina Bifida - centres de références		
- Prestation art.12bis, §2, 1): forfait annuel pour un bénéficiaire < 3 ans	0783650	0783661
- Prestation art.12bis, §2, 2): forfait annuel pour un bénéficiaire de 3-18 ans	0783672	0783683
- Prestation art.12bis, §2, 3): forfait annuel pour un bénéficiaire de 19 ans ou plus	0783694	0783705
- Prestation art.13, § 4, 1 ^{er} alinéa: participation du médecin traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe	0783716	0783720
- Prestation art. 13, § 4, 2 ^{ème} alinéa: participation du kinésithérapeute traitant à la réunion multidisciplinaire de l'équipe	0783731	0783742
- Centres de références pour les troubles du spectre autistique		
- module de diagnostic (8 heures)	0783613	0783624
- séance de coordination	0783635	0783646
- Centres de références multidisciplinaires de la douleur chronique		
- examen algologique multidisciplinaire	0783370	0783381
- séance de traitement	0783392	0783403
- honoraires de participation médecin généraliste	0783414	0783425
- honoraires de participation médecin spécialiste	0783436	0783440

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Libellé****Ambulant Hospitalisé***17) Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions spécifiques***Facturation normale**

Rééducation professionnelle	0772015	0772026
Rééducation motrice	0772030	0772041
Rééducation psychosociale	0772052	0772063
Alcooliques et toxicomanes	0772074	0772085
Psychotiques	0772096	0772100
Troubles précoces de l'interaction parents/enfants	0773371	0773382
Epileptiques	0772133	0772144
Malentendants	0772192	0772203
Rééducation enfants/adolescents ayant des troubles neurologiques	0775213	0775224
Paralysés cérébraux	0772295	0772306
Rééducation pour enfants maltraités	-	0772402
Rééducation pour des patients mucoviscidose	0772413	0772424
Refacturation de rééducation	0774012	0774023
(€ 3) Enfants atteints de maladies chroniques		
- journée de rééducation ambulatoire non-intensive	0776893	-
- journée de rééducation interne non-intensive	-	0776926
- journée de rééducation ambulatoire intensive	0776930	-
- journée de rééducation interne intensive	-	0776963
(€ 3) Zeepreventorium – Asthmacentrum – De Haan – Journée de rééducation	0777291	0777302
(€ 4) ASBL “La Porte Ouverte” – Blicquy – Journée de rééducation	-	0777685
Syndrome de fatigue chronique		
- programme de rééducation de bilan complet	0777836	0777840
- programme de rééducation de bilan incomplet	0777851	0777862
- forfait mensuel programme de rééducation interdisciplinaire spécifique	0777873	0777884
- rétribution médecin généraliste	0777954	0777965
- rétribution membres de l'équipe	0777976	0777980

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

Rééducation professionnelle	0775596	0775600
Rééducation motrice	0775611	0775622
Rééducation psychosociale	0775633	0775644
Programmes de rééducation fonctionnelle pour alcooliques		
(€ 3) et toxicomanes	0775515	0775526
Programmes de rééducation fonctionnelle pour psychotiques	0775530	0775541
Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents/enfants	0776451	0776462
Programmes de rééducation fonctionnelle pour épileptiques	0775552	0775563
Programmes de rééducation fonctionnelle pour malentendants	0775670	0775681
Programmes de rééducation fonctionnelle pour paralysés cérébraux	0775574	0775585
Programmes de rééducation fonctionnelle pour enfants maltraités	-	0775740
Programmes de rééducation fonctionnelle pour mucoviscidose	0775751	0775762
(€ 3) Zeepreventorium – Asthmacentrum – De Haan – Journée de rééducation	0777313	0777324
(€ 4) ASBL “La Porte Ouverte” – Blicquy – Journée de rééducation	-	0777700
Syndrome de fatigue chronique		
- programme de rééducation de bilan complet	0777895	0777906
- programme de rééducation de bilan incomplet	0777910	0777921
- forfait mensuel programme de rééducation interdisciplinaire spécifique	0777932	0777943

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Type de centre****Pseudo-numéro de code
de la nomenclature****Ambulant****Hospitalisé**Rééducation fonctionnelle de personnes présentant
des troubles de l'ouïe et du langage (953)

Séances jusqu'à la capacité normale de facturation

- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782692	0782703
- 1,5 forfaits	0782714	0782725
- 1 forfait	0782736	0782740
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782751	0782762
- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782773	0782784
- 1,75 forfaits	0782795	0782806
- 1,66 forfaits	0782810	0782821
- 1,50 forfaits	0782832	0782843
- 1,33 forfaits	0782854	0782865
- 1,25 forfaits	0782876	0782880
- 1 forfait	0782891	0782902
- 0,75 forfait	0782913	0782924
- 0,66 forfait	0782935	0782946
- 0,50 forfait	0782950	0782961
- 0,33 forfait	0782972	0782983
- 0,25 forfait	0782994	0783005
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0783016	0783020

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Type de centre****Pseudo-numéro de code
de la nomenclature****Ambulant****Hospitalisé**

Séances au-delà de la capacité normale de facturation, jusqu'à la capacité maximale de facturation

- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0783031	0783042
- 1,5 forfaits	0783053	0783064
- 1 forfait	0783075	0783086
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0783090	0783101
- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0783112	0783123
- 1,75 forfaits	0783134	0783145
- 1,66 forfaits	0783156	0783160
- 1,50 forfaits	0783171	0783182
- 1,33 forfaits	0783193	0783204
- 1,25 forfaits	0783215	0783226
- 1 forfait	0783230	0783241
- 0,75 forfait	0783252	0783263
- 0,66 forfait	0783274	0783285
- 0,50 forfait	0783296	0783300
- 0,33 forfait	0783311	0783322
- 0,25 forfait	0783333	0783344
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0783355	0783366

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Type de centre****Pseudo-numéro de code
de la nomenclature****Ambulant Hospitalisé**Rééducation fonctionnelle des handicapés psychiques

Séances jusqu'à la capacité normale de facturation

- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782014	0782025
- 1,5 forfaits	0782036	0782040
- 1 forfait	0782051	0782062
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782073	0782084

- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782095	0782106
- 1,75 forfaits	0782110	0782121
- 1,66 forfaits	0782132	0782143
- 1,50 forfaits	0782154	0782165
- 1,33 forfaits	0782176	0782180
- 1,25 forfaits	0782191	0782202
- 1 forfait	0782213	0782224
- 0,75 forfait	0782235	0782246
- 0,66 forfait	0782250	0782261
- 0,50 forfait	0782272	0782283
- 0,33 forfait	0782294	0782305
- 0,25 forfait	0782316	0782320
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782331	0782342

Séances au-delà de la capacité normale de facturation, jusqu'à la capacité maximale de facturation

- Séances individuelles faisant partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782353	0782364
- 1,5 forfaits	0782375	0782386
- 1 forfait	0782390	0782401
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782412	0782423

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Type de centre	Pseudo-numéro de code de la nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
- Séances individuelles ne faisant pas partie d'un bilan initial		
- 2 forfaits	0782434	0782445
- 1,75 forfaits	0782456	0782460
- 1,66 forfaits	0782471	0782482
- 1,50 forfaits	0782493	0782504
- 1,33 forfaits	0782515	0782526
- 1,25 forfaits	0782530	0782541
- 1 forfait	0782552	0782563
- 0,75 forfait	0782574	0782585
- 0,66 forfait	0782596	0782600
- 0,50 forfait	0782611	0782622
- 0,33 forfait	0782633	0782644
- 0,25 forfait	0782655	0782666
- 1 forfait pour 1 bénéficiaire n'ayant pas encore atteint son 4ème anniversaire : 1 thérapeute 30' face au bénéficiaire et simultanément 30' face à la famille, ou 2 thérapeutes simultanément 30' face au bénéficiaire	0782670	0782681

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Type de centre****Pseudo-numéro de code
de la nomenclature****Ambulant Hospitalisé**(☞ 10) Conventions de rééducation : forfaits de rattrapage

Etablissement de rééducation professionnelle (7.70)	0784114	0784125
Etablissement de rééducation motrice (7.71)	0784136	0784140
Etablissements de rééducation psycho-sociale pour adultes (7.72)	0783893	0783904
Etablissements de rééducation pour toxicomanes (7.73)	0783915	0783926
Etablissements de rééducation pour enfants et adolescents présentant des troubles mentaux graves (7.74)	0784151	0784162
Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents-enfants (7.745)	0784173	0784184
Etablissements de rééducation pour enfants présentant une pathologie médico-psycho-sociale grave (7.75)	0784195	0784206
Etablissements de rééducation pour enfants atteints d'affections respiratoires (7.765)	-	0777280
Centres de rééducation pédiatrique (7.766)	0777335	0777346
Etablissements de rééducation pour malentendants (7.79)	0784210	0784221
Etablissements de rééducation pour paralysés cérébraux (7.84)	0784232	0784243
Neuropsychiatrie infantile (7.845)	0784254	0784265
Centres de référence pour SFC (7.894)	0784276	0784280
Etablissements de rééducation psychique pour enfants (9.65)	0783871	0783882
Etablissements de réadaptation de l'ouïe et de la parole (9.53)	0783930	0783941
Équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs	0784092	-
Centres de référence pour patients atteints de mucoviscidose (789.1)	0784033	0784044
Centres de réf. pour patients atteints de maladies neuromusculaires (789.2)	0784055	0784066
Conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale spécialisées	0784011	0784022
Centres de référence Spina Bifida	0784070	0784081
Centres de références pour les troubles du spectre autistique	0785514	-

18) *Conventions Comité de l'Assurance*

Sclérose en plaques (SEP)	0764551	0764562
Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	0764573	0764584
Huntington	0764595	0764606

RUBRIQUE : DATE PREMIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE**LIBELLE :**

La date du premier jour facturé est mentionnée dans cet enregistrement.

(☞ 8) (1^{er} jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

(☞ 8) Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité à laquelle le patient était affilié à la date mentionnée dans cette zone.

Les codes prestation 0762156 et 0762171 (postcure de rééducation à titre expérimental; art. 3, § 2 de la Convention Nationale) doivent être enregistrés jour par jour.

Lorsqu'il s'agit d'un forfait par admission, la date d'admission doit être mentionnée dans cette zone.

(☞ 6) Dans le cas d'une admission dans un service Sp, aucun forfait par admission ne peut être pris en compte. Dans le cas d'un transfert d'un service Sp vers un service autre que Sp, un (premier) forfait par admission peut encore être imputé à la date du transfert (voir art.3 de la Convention Hôpitaux – Organismes Assureurs).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Contrôle : date valide

Si plusieurs enregistrements avec des frais de séjour se suivent (donc uniquement en cas de facturation des journées d'entretien ou remboursements journaliers forfaitaires), par ex. en cas de changement du tarif de remboursement, de chambre ou de service, la date de début de la deuxième période doit être égale à la date suivant la date de fin de la première période.

De cette règle, il peut être dérogé dans le cas de journées d'entretien pour les nouveaux-nés séjournant dans le service NIC (N) 270 ou dans le service N* (n) 190.

Exemple : nouveaux-nés	jour 1	:	naissance
	jours 2 et 3	:	vers service 270 NIC établir 721 facturation journée d'entretien 0768025
	jours 4 et 5 et 6	:	retour auprès de la mère pas de journée d'entretien
	jour 7	:	retour de la mère à la maison, enfant vers 190N* facturation journée d'entretien 0790020

En cas de changement de service, il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu avant 12 heures ou la date suivant la date de changement de service si le transfert a lieu à partir de 12 heures.

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
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	-
12a. Honoraires et forfaits oxygène	0755952	-
(☞ 4,6) Honoraires et forfaits méthadone	0755974	-
(☞ 10) 12b. <u>Trajets de soins</u>		
Trajet de soins diabète – tiges et lancettes	0757352	
Trajet de soins diabète – glucomètre	0757374	
Programme ‘éducation et autogestion’ – tiges et lancettes	0757396	
Programme ‘éducation et autogestion’ – glucomètre	0757411	
Trajet de soins ‘insuffisance rénale chronique’ – tensiomètre	0757433	

Remarque : Chaque délivrance d'un paquet de tiges/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
• médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans l'hôpital même:		
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.

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE D'UNITES

LIBELLE :

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).

- Dans cette zone, le nombre d'unités délivrées doit être mentionné; cela correspond au nombre de fois que le tarif unitaire est porté en compte.

- En cas de forfait, le contenu de cette zone doit toujours être égal à 1.

(☞ 1) En cas de matériels et produits de soins pour les soins à domicile de bénéficiaires souffrant de mucoviscidose (point 4 de l'ET 40 Z 40-41 S 1), cette zone est égale à 1.

- Pour les médicaments délivrés par les officines hospitalières aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., voir unité à côté des codes indiqués par "*" dans l'A.R. du 21/12/2001.

- S'il s'agit de la spécialité Inomax, le nombre d'unités mentionné dans cette zone est exprimé en heures.

S'il s'agit de préparations magistrales (zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116), alors le nombre de modules est indiqué dans cette zone.

S'il s'agit d'une molécule d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750212), alors on mentionne dans

(☞ 3) cette zone la quantité totale du produit indiqué dans la zone 40-41, exprimée dans l'unité la plus appropriée selon le code mentionné dans la zone 23 et arrondie à 4 chiffres significatifs.

(☞ 7) Lorsque la quantité, exprimée dans l'unité la plus petite possible, est plus petite que 1, alors on arrondit vers le haut (donc quantité = 1).

(☞ 3) Si la zone 4 = 0755952, alors on mentionne dans cette zone la quantité totale délivrée, exprimée dans l'unité indiquée dans le libellé du code CNK concerné (voir fichier de référence oxygène).

(☞ 4) Si la zone 4 = 0755974, alors on mentionne dans cette zone le nombre de jours de traitement.

(☞ 10) Si la zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 ou 0757433, la zone est égale à 1.

RUBRIQUE : UNITE

LIBELLE :

(☞ 8) L'utilisation de cette zone est obligatoire à partir du 1/1/2009.

Dans cette zone, on indique au moyen d'un code, l'unité dans laquelle la quantité renseignée dans la zone 22, est exprimée.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 4 = 0750212.

(☞ 7) Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 113

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
	01	ml
	02	mg
	03	microgramme
	04	goutte
	05	1000 unités
	06	centimètre carré
	07	litre
	08	pièces
(☞ 7)	09	pour cent (%)
	10	gramme
(☞ 3)	11	10.000 unités
(☞ 3)	12	100.000 unités
(☞ 7)	13	microlitre

RUBRIQUE : IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

LIBELLE :

Cette zone doit être complétée s'il s'agit de médicaments délivrés aux bénéficiaires non hospitalisés.

(☞ 9) Pour les 3 pseudo-codes 0757293, 0757315 et 0757330, le prescripteur (médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique) doit être mentionné.

Cette zone est égale à zéro s'il s'agit de médicaments ou de produits délivrés aux bénéficiaires

(☞ 1) hospitalisés (ET 40 Z 4 = pseudo-code du point 1, point 6 *, point 8, point 10 ou point 13 ou pseudo-

(☞ 7) code 0961026 ou 0960304**, 0960385 ou 0960400).

Toutefois, si l'identification du prescripteur est complétée, aucune erreur ne pourra être portée en compte.

Cette zone est également égale à zéro lorsqu'il s'agit de médicaments non remboursables, préparations magistrales ou produits délivrés sans prescription aux patients ambulants (ET 40 Z 4 = 0751015,

(☞ 7) 0750116, 0960293** ou, 0961015, 0960374 ou 0960396).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

* Ces pseudo-codes sont supprimés pour les séjours à partir du 1/7/2006

(☞ 7)** supprimés pour les prestations à partir du 1/4/2008

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT

LIBELLE :

Dans cette zone, la quote-part personnelle réelle et réglementaire effectivement imputée doit être mentionnée.

Cette zone ne doit être utilisée que pour les patients non hospitalisés, les patients d'un hôpital chirurgical de jour, les patients pour lesquels un forfait par jour peut être porté en compte et les patients qui séjournent dans les MRS, MRPA ou IHP.

- (☞ 4) Lorsque l'intervention personnelle réglementaire n'est que partiellement portée en compte, le montant effectivement porté en compte (peut même être égal à zéro) doit être mentionné dans cette zone et la valeur 1 doit être reprise dans la zone 33.
- (☞ 4) L'intervention personnelle réglementaire (ou la partie effectivement portée en compte) doit également être mentionnée dans cette zone lorsqu'elle est (directement) prise en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 128

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 40 zone 19.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

Voir article 2. 1° et 2° a) de l'A.R. du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire maladie et invalidité.

Si la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072 ou 0750094, alors l'intervention personnelle de la préparation magistrale est indiquée dans cette zone.

Si la zone 4 = 0750212, alors cette zone est égale à zéro.

- (☞ 4) Si la zone 4 = 0755974, alors cette zone est égale à zéro.
- (☞) Pour les médicaments délivrés en ambulatoire aux patients qui séjournent en MSP et les spécialités pharmaceutiques qui ont été utilisées dans une solution pour alimentation parentérale, la zone 27 est égale à zéro. Dans la zone 39, l'intervention personnelle théorique est mentionnée.
- (☞ 10) Si la zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 ou 0757433, la zone est égale à zéro.

RUBRIQUE : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 28.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

LIBELLE :

(☞ 4) Dans cette zone, on mentionne les montants portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée, hors cadre de l'assurance maladie obligatoire. Il ne s'agit donc pas de médicaments non remboursables délivrés aux patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques (voir ET 40 Z 39).

Il s'agit • des spécialités non remboursables délivrées aux patients qui séjournent dans un hôpital général : 0750820;

(☞ 8) • des médicaments non forfaitarisés non remboursables délivrés à des patients qui séjournent dans un hôpital aigu : 0756626 ;

• des spécialités non remboursables délivrées aux patients non-hospitalisés : 0751015;

• des préparations magistrales non remboursables délivrées aux patients non-hospitalisés : 0750116;

• des délivrances autres que les spécialités de médicaments, non remboursables par l'assurance maladie obligatoire : 0960293*, 0960304*;

(☞ 7) • Les produits parapharmaceutiques non remboursables : 0960374-0960385, 0960396-0960400.

(☞ 2) • des médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et avec information au médecin-conseil : 0757245;

Remarque : Si aucune information n'est communiquée au médecin-conseil (0757260) au plus tard au moment de la facturation (voir A.R. du 7 mai 1991), les médicaments ne peuvent pas être imputés au patient et cette zone est égale à zéro.

(☞ 6) • pansements actifs non remboursables : 0757271 ;

(☞ 10) • supplément éventuel en cas de délivrance d'un tensiomètre dans le cadre du trajet de soins « insuffisance rénale chronique » : 0757433.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 165

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 40 zone 19.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

(☞ 7)* supprimés pour les prestations à partir du 1/4/2008

3. Préparations magistrales.

Si la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116, alors le contenu de cette zone est égal à zéro.

Si la zone 4 = 0750212, alors le code CNK est renseigné dans cette zone.

4. Matériels et produits de soins pour les soins à domicile de bénéficiaires souffrant de mucoviscidose

- diffuseurs pour perfusion préremplis délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100001
- diffuseurs pour perfusion vides délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100019
- location de pompe à perfusion aux ambulants dans les officines hospitalières	07100027
- réservoirs préremplis pour pompe à perfusion délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100035
- réservoirs vides pour pompe à perfusion délivrés aux ambulants dans les officines hospitalières	07100043
- forfait pour dispositifs médicaux au moyen desquels le bénéficiaire remplit éventuellement lui-même, à domicile, le diffuseur pour perfusion ou le réservoir pour pompe à perfusion – ambulants dans les officines hospitalières	07100050
- forfait pour dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins – ambulants dans les officines hospitalières	07100068
- honoraires de remplissage - ambulants dans les officines hospitalières	07100076

Dans l'ET 40 Z 4, ces pseudo-codes CNK doivent être regroupés sous le pseudo-code catégorie 0755392.

(€ 3) 5. Honoraires pour la livraison et l'installation de l'oxygène au domicile du bénéficiaire.

Voir liste des codes CNK et les montants sur le site de l'INAMI.

Dans l'ET 40 Z 4, ces pseudo-codes CNK doivent être regroupés sous le pseudo-code catégorie 0755952.

(€ 10) 6. Trajets de soins

Trajet de soins diabète – tiges et lancettes - coût du matériel	07104656
Trajet de soins diabète – tiges et lancettes - honoraire	07104664
Trajet de soins diabète – glucomètre - coût du matériel	07104672
Trajet de soins diabète – glucomètre - honoraire	07104680
Programme 'éducation et autogestion' – tiges et lancettes – coût du matériel	07104698
Programme 'éducation et autogestion' – tiges et lancettes – honoraire	07105372
Programme 'éducation et autogestion' – glucomètre – coût du matériel	07105380
Programme 'éducation et autogestion' – glucomètre – honoraire	07105398
Trajet de soins insuffisance rénale chronique – tensiomètre - honoraire	07105406

Sur le site de l'INAMI, une liste des tensiomètres qui entrent en ligne de compte pour le remboursement dans le cadre de ce trajet de soins sera publiée.

Le coût du matériel doit être facturé sous le code CNK spécifique repris dans la liste susmentionnée.

RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT

LIBELLE :

Si la zone 40-41 de l'enregistrement de type 40 contient le code 07799976, 07799984 ou 07799992, cette zone doit reprendre la description du produit concerné.

(⁶) Si la zone 4 de l'enregistrement de type 40 contient le pseudocode 0960374-0960385 ou 0960396-0960400, cette zone doit reprendre la description du produit concerné.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 48 A - 213

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

A. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, en cas de forfait (1) pour soins.

E.T.	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ZONE	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
1	TYPE D'ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50	50	50	50	50
3	NORME	9	9	9	9	9	9	9	9	9
4	(PSEUDO)NOMENCLATURE	0426635	pseudo-codé (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-codé (4) art. 8, §5bis, 5° d)	forfait (1)	soin technique spécifique+éventuel. 0424395,0424690,0424852, 0429015	voyage rural	Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète		
5	DATE DEBUT	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1		
15	PRESTATAIRE	04XXXXXC4XX (2)	04XXXXXC4XX (2)	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX		
17-18	PRESTATION RELATIVE	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1')	forfait (1) 3 (2)	0	0	0		
19	MONTANT O.A.	0	0	0	montant	montant	montant	montant		
20-21	DATE PRESCRIPTION	0	si exigé	0	date (6)	exigé (7)	0	exigé (8)		
22-23	NOMBRE	1	1	1	1	1	nombre = 1	1		
24-25	PRESCRIPTEUR	0	si exigé	0	si exigé (7)	montant	montant	exigé (8)		
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	0	0	0	montant	montant	montant	Montant (si nomenclature) ou zéro (si trajet de soins)		

(1) par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire A, B, C, PA, PB, PC ou PP.

(1') par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire PA, PB, PC ou PP.

(2) possible, pas nécessaire.

(3) le même que dans l'enregistrement avec le forfait.

(4) l'ordre des prestations effectuées pendant la journée doit être respecté.

(5) ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que des prestations de base ont été effectuées durant le jour de soins concerné. Chaque enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un nombre d'enregistrements comportant une prestation technique/des soins palliatifs effectués durant la prestation de base concernée. Dès lors, plusieurs blocs prestations peuvent se suivre : - de base

- soins techniques

- soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP)

- de base

- soins techniques

- soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP)

.....

(6) pour les forfaits A, B, C, PA, PB et PC : date demande forfait

(7) pour le forfait PP : date modèle 90 (notification soins palliatifs)

(8) excepté pour codes 0424395, 0424690 et 0424852 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques) et 429015 (consultation infirmière) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

(8) excepté pour codes 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

ATTENTION : excepté pour codes 0423231/334 (honoraire de suivi des diabétiques) qui est toujours liés à au moins une injection d'insuline, toutes les autres prestations de la nomenclature diabétique peuvent exister de manière totalement autonome, c.à d. sans usage des enregistrements des colonnes 1-6.

B. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, dans le cas où il n'y a pas de forfait dans les soins infirmiers.Ordre des enregistrements de type 50 pour 1 patient.

ET	jour	nomenclature	remarque
50	1	pseudo-code palliatif précédé de la norme «9» dans la zone 3 plusieurs pseudo-codes palliatifs possibles	si PN imputé et prestation art. 8, § 5bis, 5°, d)
50	1	honoraire supplémentaire PN	si patient palliatif 1 fois par jour
50	1	prestation de base	obligation
50	1	soins	obligation, lorsqu'il ne s'agit pas d'une prestation technique spécifique
50	1	soins	si exécutés
50	1	soins	si exécutés
		... max 6 enregistrements avec soins	
...			
...		plusieurs blocs de base + soins autorisés	
...			
(☞ 9)50	1	soins techniques spécifiques + éventuellement 0424395, 0424690, 0424852, 0429015	si exécutés
50	1	voyage rural plusieurs voyages ruraux possibles	si exécuté
(☞ 10) 50	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète	si exécutée
<u>ATTENTION :</u>			
		- excepté pour codes 0423231/334 (honoraire de suivi des diabétiques) qui est toujours liés à au moins une injection d'insuline, toutes les autres prestations de la nomenclature diabétique peuvent exister de manière totalement autonome, c.à d. sans seul autre enregistrement pour cette journée.	
(☞ 9)		- à partir du 1er juin 2004, les codes 0424395/690/852 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques) peuvent se présenter de manière autonome, c. à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.	
(☞ 10)		- à partir du 1 ^{er} février 2009, le code 429015 (consultation infirmière) peut se présenter de manière autonome, c.à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.	
(☞ 10)		- les prestations concernant le trajet de soins "diabète" peuvent exister de manière autonome c.à.d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.	

50	2	pseudo-code palliatif précédé	...
etc...			

Honoraire forfaitaire (colonne 4).

Le forfait est toujours demandé par un praticien de l'art infirmier via le formulaire 703.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier de la première prestation de base
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1 ou 9
date prescription	:	date 703 (demande de forfait)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	<ul style="list-style-type: none"> si seules des prestations de base et des prestations techniques du groupe 1 ou groupe 7 ont été effectuées, alors 0 (norme prescripteur = 0) si des prestations techniques du groupe 2 jusque et y compris le groupe 6 ont été effectuées, alors l'un des prescripteurs de ces prestations doit être mentionné (norme prescripteur = 1 ou 9)
norme prescripteur	:	valeur 0, 1 ou 9

Prestation technique spécifique (colonne 5).

Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852 (visite infirmier relais soins de (☞ 9) plaie(s) spécifiques) et 0429015 (consultation infirmière) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée (☞ 9) Les codes 0424395/690/852 et 429015 sont aussi repris dans cette rubrique vu qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

Indemnité de déplacement rural (colonne 6).

Est liée à la visite à domicile (n'est pas prescrite).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 10) Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète (colonne 7).

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	valeur 1 ou 0

2ème possibilité : Traitement des autres cas.**Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs**Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

Soins palliatifs – honoraire supplémentaire PNManière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier de la première prestation de base
plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9
date prescription	:	date modèle 90 (notification soins palliatifs)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

Prestation de base (1ère, 2ème ou 3ème etc.).

Ne provient pas d'une prescription déterminée ni d'un prescripteur déterminé, puisqu'elle représente une visite à domicile comprenant 1 ou plusieurs prestations techniques provenant d'une ou plusieurs prescriptions et éventuellement de plusieurs ou même d'aucun prescripteur.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant : code PN, si facturé ou 0426613, si hospitalisation ou 0, dans les autres cas
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

Prestation technique.

Deux cas sont possibles :

* la prestation appartient au groupe 1 (soins d'hygiène).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant : code PN, si facturé ou 0426613, si hospitalisation ou 0, dans les autres cas
date prescription	:	date 703 (demande de toilette)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

* la prestation appartient au groupe 2 jusqu'au 6 inclus (prescription médicale exigée).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant : code PN, si facturé ou 0426613, si hospitalisation ou 0, dans les autres cas
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

Prestation technique spécifique.

Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852 (visite infirmier relais

(☞ 9)soins de plaie(s) spécifiques) et 0429015 (consultation infirmière) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

(☞ 9)Les codes 0424395/690/852 et 0429015 sont également repris dans cette rubrique, étant donné qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

ATTENTION :- à partir du 1er juin 2004, les codes 0424395/690/852 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques) peuvent se présenter de manière autonome, c. à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

(☞ 9) - à partir du 1 février 2009, le code 429015 (consultation infirmière) peut se présenter de manière autonome, c. à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1
norme prescripteur	:	toujours 1

Indemnité de déplacement rural.

Est liée à une visite à domicile (n'est pas prescrite).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

(☞ 10) Nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1 ou 0

remarque : l'ordre de suite des enregistrements correspond à l'enchaînement des prestations dans la journée (c.-à-d. 1ère prestation de base, suivie des prestations techniques complémentaires, 2ème prestation de base, suivie des prestations techniques complémentaires, etc).

(☞ 9) *Exception doit être faite pour les prestations techniques spécifiques (et similaires),*

(☞ 10) *l'indemnité de déplacement rural, la nomenclature soins diabétiques et le trajet de soins diabète qui, si effectuées, doivent être mentionnées comme dernier enregistrement de la journée de soins concernée et les soins palliatifs qui, si effectués, doivent être mentionnés comme premiers enregistrements de la journée de soins concernée.*

Soins infirmiers : prestations effectuées durant le week-end.

1. uniquement pour des raisons d'organisation

prestation de base semaine
nomenclature semaine - tarif semaine
plafond semaine

2. a) mixte 1 visite obligatoire

1 visite pour des raisons d'organisation

prestation de base week-end
nomenclature week-end - tarif week-end
prestation de base semaine
nomenclature semaine - tarif semaine
plafond week-end

b) mixte durant 1 visite obligatoire pour des raisons d'organisation

prestation de base week-end
nomenclature semaine + tarif semaine
nomenclature week-end + tarif week-end
plafond week-end

3. dans le forfait : il n'y a pas de distinction de pseudo-codes selon les prestations de semaine ou de we

RUBRIQUE : NORME DISPENSATEUR

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 80

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas de dispensateur communiqué dans la zone 15.
1	Prestation ou série de prestations pouvant être affectées au dispensateur unique qui l'a effectuée.
9	Prestation ou série de prestations ne pouvant pas être affectées à un dispensateur unique, car celle-ci a été effectuée collégalement par plusieurs dispensateurs.

Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176 : valeur 1 ou 9 selon que les prestations de la prescription sont effectuées par 1 ou plusieurs dispensateurs;

(☞ 7)de 0590166 à 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : toujours la valeur 9;

0591091, 0591113, 0591135, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0700000: toujours la valeur 1.

Contribution forfaitaire soins urgence :

Pseudo-code 0960256 : norme = zéro.

(☞ 5)Ce pseudo-code est supprimé à partir du 1/7/2007.

RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE

LIBELLE :

Cette zone doit toujours être complétée, conformément aux dispositions de la nomenclature des prestations de santé, lorsque le remboursement de la prestation mentionnée dans la zone 4 du même enregistrement dépend de l'exécution d'une autre prestation.

C'est cette dernière, justifiant la tarification retenue, qui doit être mentionnée comme prestation relative.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞ 6) Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).

(☞ 10) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

(☞ 10) **Cas particulier: zone remplie facultativement**

En cas de soins infirmiers, fournis aux bénéficiaires qui, pour une même journée cumulent la qualité d'hospitalisé et de patient ambulancier, et pour autant que le code PN n'ait pas encore été mentionné dans la zone, le prestataire peut mentionner le code 0426613 pour information pour les organismes assureurs.

RUBRIQUE : NOMBRE DE COUPES

LIBELLE :

A partir de la date de prestation 1/4/2003, le nombre de coupes ne doit plus être mentionné pour aucune prestation.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 113

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

LIBELLE :

- (☞ 6) Une liste limitative des prestations pour lesquelles un prescripteur doit être rempli, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
- (☞ 10) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- La règle d'obtention du numéro d'identification du prescripteur est identique à celle du numéro d'identification du dispensateur (cf. enregistrement de type 50 zone 15).
 - Ce numéro doit être mentionné si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 1, 4 ou 9.
 - Ce numéro doit être = 0 si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 0 ou 3.
- (☞ 10) Pseudo-numéros d'identification
- S'il s'agit d'un prescripteur étranger, le pseudo-code d'identification suivant doit être utilisé :
01.00000.07.999
 - Mammographie dans le cadre d'une enquête de population organisée par les autorités : si l'invitation des autorités a valeur de prescription : pseudo-prescripteur 01.00001.06.999

