

INAMI

Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

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

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Correspondant: Annelies DEGRAEVE

Attaché

Tél.: 02/739.78.45

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

Nos références: 1804/CH/ADG/2008

Bruxelles, le 23 juin 2008

Madame,
Monsieur,

Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie électronique – Edition 2006 – 7^{ème} mise à jour.

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2006/7 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**



Service des soins de santé

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

MISE A JOUR 2006/7

Pages à remplacer :

- Pages 4 et 12
- Annexes 1, 1.1, 2A, 3, 4, 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.5, 5.2.7, 5.2.11, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.27, 5.2.28, 5.2.29, 5.2.30, 5.2.35, 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, 7, 12.2, 12.3, 12.4, 14.1, 14.2, 15.2, 15.3, 15.4, 16.18, 16.19, 16.20, 16.21, 16.24;
- ET 20 Z 38-39, Z 49-50-51;
- ET 30 Z 4, Z 4 S 4, S 6, S 9, S 11, S 12, S 14, S 15, Z 6, Z 11, Z 19, Z 22, Z 30-31, Z 33, Z 33 S 1;
- ET 40 Z 4 S 4, Z 13, Z 22, Z 23, Z 24-25, Z 30-31, Z 33, Z 37;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 2, S 4, S 5, S 5 BIS, S 14, S 15, S 20, S 33, Z 5, Z 6, Z 11, Z 13, Z 13 S 1, Z 14, Z 15, Z 15 S 1, Z 16, Z 22, Z 27, Z 30-31, Z 33, Z 33 S 1.

Pages à ajouter :

- Annexes 5.2.18bis, 5.2.21bis;
- ET 10 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41, Z 43a, Z 49-50-51-52;
- ET 30 Z 4 S 12 BIS, S 12 TER;
- ET 90 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41, Z 43a, Z 49-50-51-52;

Pages à supprimer :

- ET 50 Z 4 S 33.



1. **Spécifications techniques, pages 4, 12, annexes 3, 4**

Utilisation des disquettes

Dés qu'il sera possible de facturer via MyCarenet, il ne sera plus permis d'enregistrer les fichiers de facturation sur disquette.

A partir du 1^{er} juillet 2008 les disquettes multi-volumes ne pourront plus être utilisées.

Renvoi des supports de facturation aux tiers

Le support est seulement renvoyé aux tiers dans le cas d'un envoi refusé (conséquence d'erreurs bloquantes ou d'un pourcentage d'erreurs trop élevé).

Date d'application : 1 juillet 2008.

Un fichier de facturation par support

Désormais, un support ne peut contenir qu'un seul fichier de facturation.

Date d'application : 1 juillet 2008.

2. **Données de contact, annexes 1, 1.1., ET 50 Z 4 S 33**

Les adresses de l'U.N.M.N, de l'U.N.M.L et de la M.L.O.Z ont été modifiées.

Les personnes de contact pour l'U.N.M.N, la M.L.O.Z et la C.A.A.M.I ont été adaptées.

L'ET 50 Z 4 S 33 a été supprimé.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

3. **Codes erreurs, annexes 5.2.2, 5.2.5, 5.2.7, 5.2.13, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.27**

Les codes erreurs suivants ont été ajoutés :

- B 101424 : Numéro de tiers différent de celui du bordereau d'expédition
- B 102220 : Année facturée différente de celle du bordereau d'expédition
- B 102320 : Mois facturé différent de celui du bordereau d'expédition
- B 201011 : Type de facture incompatible avec la mutualité de destination
- F 202720 : CT1-CT2 incompatible avec l'engagement de paiement
- R 301943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
- R 301944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
- R 401943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
- R 401944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
- R 500426 : Soins dentaires préventifs à tarifer différemment car pas de contact l'année précédente.
- R 501943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
- R 501944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
- R 502011 : Date de prescription absente et numéro de prescripteur présent
- R 502012 : Date de prescription présente et numéro de prescripteur absent (ou norme prescripteur = 3)

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7

4. Règles d'arrondis pour les médicaments, annexes 14.1 et 14.2

Une précision a été apportée concernant le calcul du pourcentage du ticket modérateur : le pourcentage est calculé sur le montant non-arrondi de la base de remboursement multipliée par le nombre d'unités.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7

5. Codes qualifications, annexes 16.19, 16.20, 16.21 et 16.24

Un certain nombre de numéros d'agrèments pour les banques de tissus ont été ajoutés.

Les codes-qualifications pour les laboratoires de biologie clinique ont été actualisés.

Des nouveaux groupes de prestations et des nouveaux codes qualifications ont été ajoutés concernant la biologie moléculaire.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

6. Facturation de l'alimentation parentérale, annexes 15.2, 15.3, 15.4, ET 50 Z 15 S 1

Les exemples en annexe 15 ont été corrigés :

- Dans les annexes 15.2 et 15.3, le pseudo-code 0750934 dans l'ET 40 Z 4 a été remplacé par 0750912.
- Dans l'annexe 15.4, le pseudo-code 0750724 dans l'ET 40 Z 4 a été remplacé par 0756022 et le montant dans l'ET 40 Z 19 a été corrigé (selon les règles de forfaitarisation des médicaments pour les patients hospitalisés).

Dans l'ET 50 Z 15 S 1, les pseudo-codes 0751354, 0751376, 0751391 et 0751413 ont été ajoutés.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

7. Nouvelle structure des numéros de compte dans le cadre du SEPA, annexe 2A, annexes 5.2.2, 5.2.3, 5.2.35, annexes 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, annexe 7 ; ET 10 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41, Z 43a, Z 49-50-51-52, ET 30 Z 11, ET 50 Z 11 ; ET 90 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41, Z 43a, Z 49-50-51-52.

Dans le cadre du projet-SEPA, l'IBAN (*International Bank Account Number*) et le BIC (*Bank Identifier Code*) du compte financier doivent être mentionnés sur la facture à partir du 1/1/2009.

L'IBAN comprend au maximum 34 positions alphanumériques et a une longueur fixe pour chaque pays (pour la Belgique : 16 caractères). Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national.

Le BIC comprend au maximum 11 positions alphanumériques et désigne la banque du bénéficiaire.

Dans le dessin d'enregistrement du fichier de facturation, 4 nouvelles zones sont prévues pour ces nouveaux numéros de comptes.

Ces zones doivent obligatoirement être complétées à partir du mois facturé janvier 2009.

De plus, les "anciens" numéros de comptes (12 positions numériques) doivent encore provisoirement être mentionnés (jusqu'à plus ample information) dans les zones prévues à cet effet (ET 10 et ET 90 Z5-6a et Z 8a).

Les codes erreurs ont été adaptés et complétés en conséquence.

Date d'application : Mois facturé janvier 2009.

8. Références mutualités, annexe 7, ET 20 Z 38-39, Z 49-51.

Dans la mise à jour 2006/6 les zones 38-39 et 49-51 de l'enregistrement de type 20 ont été définies comme étant de type alphanumérique.

Selon la règle générale de l'annexe 7, les zones alphanumériques doivent être remplies par des blancs si elles ne sont pas utilisées.

Le libellé des zones 38-39 et 49-51 de l'enregistrement de type 20 a été adapté en conséquence.

Date d'application : Mois facturé janvier 2008

(Voir Circ Hôp 2008/4 du 29/1/2008 et Circ O.A. 2008/56 du 30/1/2008)

9. Pseudo-code journée d'entretien ou forfait, ET 30 Z 4, Z 4 S 6, S 9, S 11, S 12, S 12 BIS, S 12 TER, S 14, S 15.

Dans l'ET 30 Z 4, il est précisé que les enregistrements « montant par jour » et « intervention personnelle » doivent toujours rester ensemble, même dans le cas d'une note de crédit, d'une facture de correction ou d'une réintroduction.

Les pseudo-codes pour les centres médicaux pédiatriques ont été supprimés.

Dans l'ET 30 Z 4 S 9, 2 pseudo-codes ont été ajoutés pour l'oxygène gazeux médicinal dans le cadre de la convention-type sur l'oxygénothérapie de longue durée à domicile.

Les pseudo-codes qui concernent les anciennes conventions ventilations ont été supprimés et remplacés par de nouveaux codes pour les conventions SAOAS, SOH et AVD.

Dans l'ET 30 Z 4 S 14 et S 15, les codes supprimés en 2004 et 2005 sont enlevés.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

10. Frais de transport, ET 30 Z 4 S 4, Z 22.

Un nouveau pseudo-code sera ajouté pour les frais de transport pour dialyse ou chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique.

Dans la zone 22, il est précisé que pour ces frais de transport de même que pour les frais de déplacement pour prématurés, le nombre de kilomètres doit être mentionné.

Date d'application : Prestations à partir du 1^{er} juillet 2008 (sous réserve de publication de l'avenant à la convention entre les hôpitaux, les services psychiatriques et les organismes assureurs concernés).

11. Forfaits mensuels, trimestriels, et annuels dans le cadre de la rééducation fonctionnelle, annexe 5.2.11, ET 30 Z 6, Z 19.

- Date de fin postérieure à la date actuelle et/ou le mois facturé.

Un forfait peut être facturé dès que toutes les conditions de remboursement de la convention sont remplies.

Certains forfaits de rééducation peuvent donc être facturés avant la fin de la période à laquelle ils se rapportent.

C'est pourquoi, une exception est prévue dans les codes erreurs R 300610 et R 300647 pour certaines conventions de rééducation :

- conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale (7.76.0xx.xx)
- les centres de référence pour les maladies métaboliques (7.89.0xx.xx)
- les centres de référence de la mucoviscidose (7.89.1xx.xx)
- les centres de référence pour les maladies neuromusculaires (7.89.2xx.xx)
- les centres de référence en spina bifida (7.89.55x.xx)

Les conventions-type suivantes ne peuvent pas être facturées avant la fin de la période à laquelle elles se rapportent :

- convention pour l'autogestion du diabète sucré (7.86.0xx.xx ou 7.86.1xx.xx)
- convention pour l'autogestion du diabète sucré chez les enfants (7.86.7xx.xx)

- Modification de tarif durant la période à laquelle le forfait se rapporte.

En cas d'une modification de tarif durant la période à laquelle le forfait se rapporte, le tarif appliqué doit correspondre à une date dans cette période, sauf si une autre règle est explicitement prévue dans la convention de rééducation concernée.

Si la convention ne prévoit aucune règle spécifique à ce sujet, l'établissement peut appliquer le tarif le plus favorable.

Jusqu'à présent, la convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs est la seule qui prévoit explicitement que le forfait facturé doit correspondre au tarif applicable à la date de la première intervention de l'équipe pour un patient donné.

Date d'application : Mois facturé juillet 2008 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0200807).

12. Dialyse – frais d'eau, d'électricité et de téléphone, annexe 5.2.14, ET 30 Z 30-31

Les frais d'eau, d'électricité et de téléphone qui doivent être payés par le centre de dialyse au patient (voir art.3, §2, a) de l'AR du 23 juin 2003), doivent être mentionnés en négatif dans la zone « supplément » (Z 30-31).

Le code erreur R 303012 a été modifié.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2008.

13. MAF - Facturation à 100 %, annexes 5.2.14, 5.2.28, ET 30 Z 33, Z 33 S 1, ET 40 Z 33, ET 50 Z 33, Z 33 S 1.

Les instructions (publiées dans la mise à jour 2006/5) ont été affinées.

Une valeur 4 a été ajoutée dans l'ET 30 et l'ET 50 Z 33.

Les exemples de l'ET 30 et l'ET 50 Z 33 S 1 ont été complétés.

Un certain nombre de prestations tombent en dehors du champ d'application du MAF (voir Circ Hôp 2008/7 du 18/3/2008) :

- Journée d'entretien à partir du 366^e jour d'admission dans un hôpital psychiatrique (voir pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 S 2, point d) et e))
- radio-isotopes (voir pseudo-codes dans l'ET 50 Z 4 S 10 en S 11)

Ces prestations ne peuvent jamais être facturées à 100 % dans le cadre du MAF et ne peuvent jamais être signalées avec les valeurs 3 ou 4 dans la zone 33.

Les prestations et services non-remboursables (par ex : supplément de chambre, frais divers,...) tombent de toute manière en dehors du champ d'application du MAF et ne peuvent, par conséquent, jamais être indiqués par les valeurs 3 ou 4.

Dans l'enregistrement 40, aucunes valeurs 3 ou 4 ne sont prévues dans la zone 33, car le ticket modérateur ne peut jamais être facturé dans l'ET 40 (cf. le ticket modérateur forfaitaire de 0,62 EUR par jour qui est facturé dans l'ET 30) pour les patients hospitalisés (domaine d'application du MAF à 100%).

Les codes erreurs R 303311 et R 503311 ont été ajoutés et les codes erreurs R 303310, R 303320, R 303321, R 503310, R 503320, R 503321 ont été modifiés.

Des questions et réponses pratiques à ce sujet sont publiées sur le site web de l'INAMI (Dispensateurs de soins – Hôpitaux – Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique – Commission Informatique – notes).

Date d'application : Année MAF 2008

(voir Circ Hôp 2008/10 du 3/4/2008 et Circ O.A. 2008/148 du 2/4/2008)

14. L'enregistrement de détail des préparations magistrales, annexes 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18, 5.2.18 bis, 5.2.19, 5.2.19 bis, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.21 bis, ET 40 Z 4 S 4, Z 22, Z 23, Z 37

L'enregistrement de détail est obligatoire pour les prestations à partir du 1/9/2008.

Une série d'améliorations et de précisions ont été apportées.

- Dans toutes les zones "restantes" des enregistrements de détail (à l'exception des zones 2, 4, 19, 22, 23, 27, 37, 40-41 et 99), les valeurs de l'enregistrement de facturation sont reprises.
P.ex. la date de délivrance doit être identique dans tous les enregistrements du bloc.
Sur toutes ces zones « restantes » (3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25, 28, 30-31, 32, 33, 34-35, 36, 38, 39, 42-45, 47, 48, 49, 50, 51 et 52), un code erreur R 40xx17 est prévu.
- En cas de facturation d'une préparation magistrale, la zone 37 (forme galénique) doit toujours être remplie. La valeur "000 = données non communiquées" est supprimée.
- Zones 22 (quantité) et 23 (unité)
La valeur "00 = données non communiquées" est supprimée.
L'unité "%" est supprimée. La quantité doit toujours être convertie en mg, ml,...
Une unité supplémentaire est prévue: microlitre.

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).

- “Pseudo-enregistrement de détail”

Si, pour l'une ou l'autre raison, il n'est vraiment pas possible d'établir un enregistrement de détail, un « pseudo-enregistrement de détail » doit être communiqué.

Dans cet enregistrement, le pseudo-code CNK 0589002 est mentionné dans la Z 40-41.

Dans la zone 23, une unité arbitraire est choisie. La quantité dans la zone 22 est mise à 1.

Par après, l'INAMI vérifiera dans les statistiques si cette possibilité n'a pas été utilisée à tort, c'est-à-dire que le pourcentage de “pseudo-enregistrements de détail” n'est pas trop élevé.

Date d'application : Prestations à partir du 1/9/2008.

15. Produits pharmaceutiques non-remboursables, ET 40 Z 13, Z 24-25, Z 30-31.

Les pseudo-codes pour les produits pharmaceutiques non-remboursables sont ajoutés dans les libellés des zones 13, 24-25 et 30-31.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

16. Marge de sécurité des implants, ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 5 BIS, S 15, S 20, Z 13, Z 27, Z 30-31.

La marge de sécurité des implants sera intégrée dans le MAF.

Cela signifie que le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité (tel que défini à l'article 35, §4 et l'article 35bis, §4 de la nomenclature) est, dans le cadre du MAF, assimilé à une intervention personnelle.

Pour les prestations à partir du 1/7/2008, la marge de sécurité doit être facturée de la même façon que la marge de délivrance : via un enregistrement distinct, en mentionnant le code-nomenclature de l'implant comme prestation relative et le montant dans la zone 27.

Un nouveau pseudo-code est donc créé pour la marge de sécurité

L'enregistrement avec la marge de sécurité doit se trouver avant l'enregistrement avec la marge de délivrance.

METHODE ACTUELLE

(Pseudo-) code nomenclature Z 4	Prestation relative Z 17-18	Intervention AMI Z 19	Intervention personnelle Z 27	Supplément Z 30-31
Code nomenclature de l'implant	0	Montant intervention AMI	Eventuel ticket modérateur réglementaire	Montant marge de sécurité
Pseudo-code marge de délivrance	Code-nomenclature de l'implant	0	Montant marge de délivrance	0

NOUVELLE METHODE A PARTIR DU 1/7/2008

(Pseudo-) code nomenclature Z 4	Prestation relative Z 17-18	Intervention AMI Z 19	Intervention personnelle Z 27	Supplément Z 30-31
Code nomenclature de l'implant	0	Montant intervention AMI	Eventuel ticket modérateur réglementaire	0
Pseudo-code marge de sécurité	Code nomenclature de l'implant	0	Montant marge de sécurité	0
Pseudo-code marge de délivrance	Code nomenclature de l'implant	0	Montant marge de délivrance	0

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2008

17. (Pseudo-) code nomenclature, ET 50 Z 4 S 2, S 4, S 5, S 14.

Des pseudo-codes sont ajoutés pour les prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.51.

Date d'application : Date d'entrée en vigueur des conventions concernées.

Les pseudo-codes pour les neurostimulateurs en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures sont supprimés. Ils ont été remplacés par des codes nomenclature de l'art. 35, §1, E, catégorie 1. Ces codes nomenclature ont été ajoutés dans les codes erreurs R 504311 et R 504312.

Date d'application : Prestations à partir du 1/11/2007

Les pseudo-codes 0740272-0740283 (art 35 bis catégorie 3) et 0693910-0693921 (art. 35, catégorie 5) sont ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 5 et dans les codes erreurs R 504311 et R 504312.

Date d'application : Prestations à partir respectivement du 1/1/2008 et du 1/4/2008.

Dans l'ET 50 Z 4 S 14 un pseudo-code est ajouté pour les autres produits ou services non remboursables qui sont pris en charge par les pays étrangers dans le cadre des conventions internationales sur les accidents de travail.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2008.

18. Précisions des instructions de facturation concernant les défibrillateurs cardiaques implantables, ET 50 Z 4 S 5 BIS.

Dans la mise à jour 2006/5, une série de nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés pour la facturation des défibrillateurs cardiaques. Ces pseudo-codes sont d'application à partir du 1/7/2007.

Comme auparavant, ces prestations se réfèrent toujours à une convention de rééducation fonctionnelle. Elles doivent donc être facturées sous les types de factures 5 ou 6 (ET 20 Z 10).

Les mutualités chrétiennes et socialistes traitent ces conventions de rééducation fonctionnelle au niveau national. Les documents de facturation papiers doivent donc être envoyés aux Unions Nationales. (Voir p. 14 et ET 20 Z 18).

Date d'application : Prestations à partir du 1^{er} juillet 2007.

19. Maisons médicales – facturation du dossier médical global et du passeport diabétique, annexes 12.2, 12.3, 12.4, ET 50 Z 5, Z 6, Z 15.

Dans le cas d'une facturation de prestations 0102771 (DMG) et 0102852 (pass-diabète), la date de la première prestation effectuée (Z5) = date de la dernière prestation effectuée (Z 6) = AAAA0101.

Dans la Z 15, le numéro d'identification de la maison médicale doit être mentionné.

Pour rappel :

Le code 0102852 (passeport diabétique) doit toujours être précédé par le code 0102771 (DMG).

Voir à ce propos le code erreur R 500411 (publié dans la mise à jour 2006/6).

L'annexe 12 est actualisée.

Date d'application : Prestations à partir du 1 janvier 2008

(Voir lettre aux maisons médicales et CIRC OA 2008/94 du 22 février 2008).

20. Table de codification des services hospitaliers, ET 50 Z 13 S 1.

Le code service 360 (K2) (hospitalisation de nuit en service K) est aussi possible dans un hôpital général.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7

21. Honoraires de permanence – lieu de prestation – code-service – prestataire – norme prestataire et prestation relative, ET 50 Z 13, Z 15, Z 16.

Lieu de prestation

Comme prévu dans la mise à jour 2006/6, le lieu de prestation pour les prestations 590181 et 590310 doit être égal au “numéro de l'hôpital + 131”.

Pour les prestations 590203 et 590332, aucun agrément spécifique ne doit être communiqué (puisque aucun numéro d'agrément n'est prévu pour les fonctions agréées de soins intensifs). Pour ces codes, le lieu de prestation est donc égal au “numéro de l'hôpital + 000”.

Code service

Pour les prestations 590310 et 590332, le pseudo-code service du maxiforfait (730) ou du forfait d'hospitalisation de jour (840) ou le code service de l'hôpital de jour chirurgical (320) doit être rempli dans l'ET 50 Z 13.

Pour les prestations 590181 et 590203, le service d'admission doit être mentionné dans l'ET 50 Z 13 (ou si le service d'admission ne donne pas droit au forfait, il y a lieu de mentionner le 1^{er} service aigu après transfert, qui donne droit au forfait).

Prestataire et norme dispensateur

Pour tous les codes nomenclature susmentionnés:

- le numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde, doit être rempli comme dispensateur dans l'ET 50 Z 15
- la norme 9 doit être remplie dans l'ET 50 Z 16

Date d'application : Prestations à partir du 1/12/2007

(Voir Circ Hôp 2008/4 du 29/1/2008 et Circ O.A. 2008/56 du 30/1/2008).

Prestation relative

Pour les prestations 590310 et 590332, une prestation relative doit être remplie.

Quelle prestation relative doit être mentionnée?

- En cas d'attestation d'honoraires de permanence suite à un maxiforfait: pseudo-code « prestation relative » du maxiforfait (0761331, 0761353 ou 0761095)
- En cas d'attestation d'honoraires de permanence suite à un montant « hôpital de jour chirurgical »: prestation qui a donné lieu à l'attestation du montant « hôpital de jour chirurgical » (= prestation de la liste A de l'hôpital de jour chirurgical)
- En cas d'attestation d'honoraires de permanence suite à un forfait d'hospitalisation de jour: prestation qui a donné lieu à l'attestation de ce forfait d'hospitalisation de jour et qui est reprise dans la liste limitative de la Circ. Hôp 2008/5

Les prestations 590310 et 590332 ont été ajoutées à la liste “prestation relative” sur le site de l'INAMI (voir rubrique Dispensateurs de Soins – Information Générale – Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique).

Date d'application : Prestations à partir du 1/4/2008

(Voir Circ Hôp 2008/10 du 3/4/2008 et Circ OA 2008/148 du 2/4/2008).

22. Agrément pathologie cardiaque E, annexe 16.18, ET 50 Z 14.

L'agrément 124 reçoit la signification "E+B3" et un numéro d'agrément complémentaire 125 est créé pour "E sans B3".

Lors de la facturation des prestations 697631/642 et 589551/562, un numéro d'agrément 124 est exigé.

Pour les prestations 697572/583, 697594/605, 697616/620, 697653/664, 589492/503, 589514/525 et 589536/540, un agrément 124 ou 125 est exigé.

Date d'application : Prestations à partir du 1/5/2008 (voir Circ Hôp 2008/12 du 24/4/2008).

23. Nombre d'unités, ET 50 Z 22.

Il est précisé que le nombre d'unité peut être plus grand que 1 pour les frais divers dans les hôpitaux.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

Cependant, pour divers établissements, il est difficile de réaliser un seul envoi mensuel de factures papier. S'il y a accord entre l'organisme assureur et l'établissement concerné, un envoi du fichier de facturation peut correspondre à plusieurs envois de factures papier à une mutualité déterminée. A chaque envoi de factures papier, est joint un état récapitulatif mentionnant le sous-total de l'envoi ou des envois précédents qui relèvent du même fichier de facturation.

Etablissements psychiatriques

Le règlement du 29 décembre 1986 relatif au système du tiers payant, prévoit une facturation trimestrielle pour les établissements psychiatriques.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit être également établi trimestriellement.

Toutes les factures papier relatives à la psychiatrie doivent être en principe transmises au siège national de l'organisme assureur, sauf avis contraire de ce dernier.

2. Processus de facturation.

2.A. En cas de facturation par support magnétique.

2.A.1. Généralités.

L'établissement transmet chaque mois un fichier de facturation à l'organisme assureur concerné au niveau national (voir les adresses à l'annexe 1), ainsi qu'un bordereau d'envoi (voir annexe 2 A) en triple exemplaire
Sur ce support, il y a lieu d'indiquer au minimum les données de l'annexe 4 sur une face externe.

2.A.2. Validité et acceptabilité des supports magnétiques.

A la réception d'un fichier de facturation par un organisme assureur, on effectue un premier contrôle relatif à l'acceptabilité du fichier de facturation.

Le contenu du fichier de facturation doit correspondre au contenu des factures papier.

L'annexe 5.1 donne les grandes lignes de la codification des erreurs et les principes des contrôles qu'appliquent tous les organismes assureurs.

Cinq situations peuvent se produire :

- 1) le fichier de facturation est illisible pour raisons techniques;
 - 2) le fichier de facturation ne comporte aucune erreur. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté;
 - 3) le fichier de facturation comporte une erreur qui est de nature à bloquer le système. La liste des erreurs bloquantes est communiquée en annexe 5.2. Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. L'établissement reçoit en sus, dans la mesure du possible, une liste des rejets résultant du contrôle de l'ensemble des enregistrements du fichier de facturation;
 - 4) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui sont de nature à bloquer le système mais l'ensemble des erreurs excède le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur attend alors une nouvelle version du fichier concerné. Le seuil d'acceptabilité est défini en annexe 5.1.;
 - 5) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui soient de nature à bloquer le système et l'ensemble des erreurs n'excède pas le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté.
- (☞ 7) C'est uniquement dans le cas d'un envoi refusé dû à une erreur bloquante ou à un taux d'erreur trop élevé que l'organisme assureur renvoie au tiers, au plus tard 2 semaines après réception du dernier envoi (soit celui du fichier de facturation, soit celui des factures papier), le support électronique en même temps que le bordereau et une liste de contrôle. Le tiers facturant doit communiquer à l'organisme assureur une adresse à laquelle toute correspondance relative à cette facturation devra être envoyée. Cette adresse peut être différente de celle où est situé cet établissement.

Les organismes assureurs doivent s'assurer que les supports magnétiques renvoyés ne sont pas endommagés.

La communication par l'organisme assureur de l'acceptation ou du refus d'un fichier de facturation peut se faire d'une des manières suivantes :

- 1° Un exemplaire du bordereau d'accompagnement doit toujours être retourné à l'expéditeur avec mention du visa de l'organisme assureur et la date du traitement informatique en cas d'acceptation; ou la mention "refusé" avec la motivation si le fichier de facturation est refusé.
- 2° Le bordereau susmentionné doit être accompagné d'une liste de contrôles (annexe 5.3) avec mention du pourcentage d'erreur.
- 3° Dans des cas exceptionnels (par exemple d'illisibilité du support), la liste de contrôles peut être remplacée par une lettre d'accompagnement.

Ces documents (ou l'épreuve de ces documents s'il a été fait usage du système CareNet) peuvent être utilisés afin de satisfaire aux exigences des Services du Ministre de la Santé publique, des réviseurs d'entreprises, etc... et doivent dès lors être conservés par l'établissement.

Planning de l'instauration de l'échange des données de facturation

Remarque :

Il est important de signaler que chaque hôpital pourra échanger des données de facturation par le truchement de CareNet, en observant le planning décrit ci-dessous, même si l'hôpital concerné ne se sert pas encore des messages relatifs à l'administration de l'hôpital.

L'instauration du transfert des données de facturation prévoit deux phases.

La phase 1 consiste en l'envoi, par l'établissement de soins, d'un fichier de facturation à destination de l'organisme assureur concerné.

Par le truchement d'un premier contrôle de validité rigoureux, cette phase donne lieu :

- soit à une réception globale du fichier de facturation (une réception ne signifie pas une acceptation) par le fichier 931000;
- soit à une communication d'erreurs constatées au niveau du premier contrôle du détail de la facture par le fichier 920098 ;
- soit à une communication de toutes les erreurs bloquantes ou celles dont le nombre excède 5 % par le fichier 920099 ;
- soit à un rejet total qui résulte d'erreurs constatées au niveau des enregistrements de synthèse (par le fichier 920999).

Période de mise en production :

1er semestre 2004 (février), en fonction du résultat des tests qui seront effectués entre les 3 hôpitaux pilote et l'ensemble des organismes assureurs.

La phase 2 implique, pour l'organisme assureur, le transfert de toutes les informations qui découlent des contrôles définitifs effectués sur les données détaillées des factures.

Le fichier prévu est :

- le fichier 920900 : communication des montants acceptés et des rejets constatés.

Période de mise en production :

La mise en production dépend des possibilités dont dispose chaque organisme assureur.

Certains organismes assureurs ont annoncé la mise en production de cette deuxième phase à partir de la réception d'une facturation via CareNet, d'autres ultérieurement.

3. Spécifications techniques relatives à la transmission du fichier de facturation par support magnétique

3.1. Support magnétique : disquette ou CD-Rom.

- (☞ 7) La présence d'une étiquette externe (ou CD-label) est **obligatoire** (voir modèle en annexe 4). Dans le cas d'un CD-Rom, cette information peut éventuellement être inscrite directement sur le CD au marqueur indélébile.

Des dérogations sur les normes généralement admises décrites ci-dessous peuvent éventuellement être accordées avec l'assentiment de tous les organismes assureurs.

- (☞ 7) **Attention** : Dés qu'il sera possible de facturer via MyCarenet, l'utilisation des disquettes ne sera plus permise.

3.1.1. Les normes suivantes sont d'application pour les disquettes :

Seules les disquettes de type 3 1/2 inch (720KB ou 1,4 MB) sont encore acceptées.

Ces disquettes doivent correspondre aux normes suivantes :

- 3 1/2 inch, double densité, IBM-compatible, soft-sectored, MS/DOS, ASCII, maximum 1,4 Megabyte.
- 9 secteurs par piste
- enregistrement séquentiel de 350 caractères sans signe particulier entre chaque enregistrement
- nom = 8 caractères, point, extension 3 caractères
- pos 1 - 3 = numéro de l'union nationale (100, 200, 300, 400, 500, 600, 900).
- pos 4 - 6 = numéro d'envoi (tel qu'imprimé sur la facture récapitulative).
- pos 7 - 8 = usage libre 0 0.
- pos 9 = usage libre point.
- pos 10 - 12 = lorsque 1 fichier est reproduit sur 1 disquette = 000
lorsque 1 fichier est reproduit sur plusieurs disquettes =
 - première disquette = 001
 - deuxième disquette = 900.

- (☞ 7) Les multi-volumes 3 1/2 inch ne sont plus acceptés à partir du 1^{er} juillet 2008.

- (☞ 7) **3.1.2. Les normes suivantes sont d'application pour le CD-Rom :**

Format : 5.25 pouce

Capacité : 650 / 700 Mb

Protocole : ISO 9660 updatable - multisession

File system : MS-DOS (utilisable sous DOS, OS/2, WINDOWS).

Dénomination : 8 caractères, point, extension 3 caractères

- pos 1 - 3 = numéro de l'union nationale (100, 200, 300, 400, 500, 600, 900)
- pos 4 - 6 = numéro d'envoi (tel qu'imprimé sur la facture récapitulative)
- pos 7 - 8 = usage libre (valeur par défaut = 00)
- pos 9 = point
- pos 10 - 12 = 000

Contenu : ASCII

Remarque : 1 fichier de facturation par CD-Rom

les CD-Roms sont de type "non réinscriptible"

3.2. Dessin d'un support magnétique

Veuillez trouver à l'annexe 3 tous les dessins de supports magnétiques possibles.

Liste des adresses des centres de calcul**auxquels les supports magnétiques doivent être envoyés.**

<u>Organismes assureurs</u>	<u>Mutualités à grouper</u>	<u>Adresses des centres de calcul</u>
A.N.M.C. Chrétiennes	Toutes les mutualités	Alliance Nationale des Mutualités Service Statistiques - Exploitation - Traitements des supports magnétiques AEROPOLIS Chaussée de HAECHT, 579 - boîte 49 1031 BRUXELLES
(☞ 7) U.N.M.N.	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Neutres Cellule supports magnétiques Chaussée de Charleroi, 147 1060 BRUXELLES
U.N.M.S.	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Socialistes Rue Saint-Jean, 32 1000 BRUXELLES
(☞ 7) U.N.M.L.	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Libérales Rue de Livourne, 19 1050 BRUXELLES
(☞ 7) M.L.O.Z.	Toutes les mutualités	Union Nationale des Mutualités Libres Service Support et Logistique Allée de la Minerva, 2 1150 BRUXELLES
C.A.A.M.I. Invalidité	Tous les offices régionaux	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie- Rue du Trône, 30 1000 BRUXELLES
S.N.C.B. Holding (☞ 3)	Tous les centres régionaux médicaux	Caisse des Soins de Santé de la S.N.C.B.- Section 72 Rue de France, 85 1060 BRUXELLES

Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.

<u>O.A.</u> <u>Nom</u>	<u>Numéro Tél.</u>	<u>Numéro Fax</u>	<u>Compétence</u>
<u>A.N.M.C.</u>			
M. ROSE Ph.	02/246.43.74	02/243.20.95	Analyse et problèmes généraux
Mme THOMAS A-M.	02/246.40.55	02/243.20.71	Infirmières
Mme. PLATTIAU E.	02/246.45.02	02/243.20.71	Hôpitaux + laboratoires
(☞ 6) E-mail adresse : facturation.b2b.sds@mc.be			
(☞ 7) <u>U.N.M.N.</u>			
Mme DEDESSUS LES MOUSTIER D.	02/535.73.43	02/537.33.69	Analyse et problèmes généraux
M. WAEGEMANS Alain	02/300.11.01	02/537.33.69	Traitement des supports
(☞ 1) <u>U.N.M.S.</u>			
Mme DUCHENE	02/515.04.21	02/515.17.42	
Mme DECRICK	02/515.04.20	02/515.17.42	
(☞ 6) <u>U.N.M.L.</u>			
Mme. PATERNOTTE (NL) prestataires	02/542.86.38	Résultats et questions tarification	
Mme. MAGNET (FR) prestataires	02/542.86.37	Résultats et questions tarification	
Mme. SENABRE	02/542.86.36	Analyse et problèmes généraux	
(☞ 7) <u>M.L.O.Z.</u>			
02/778.95.55			
Vous suivez les instructions demandées et vous êtes dirigé vers la bonne personne de contact. Accessible tous les jours ouvrables entre 9h et 12h et entre 14h et 16h.			
Numéro de fax : 02/778.94.06			
Adresses E-mail :			
- Operprodlog@mloz.be			
Pour vos questions concernant les factures papier et les fichiers électroniques.			
- Opercontfac@mloz.be			
Pour vos questions concernant la tarification, le paiement et le remboursement de votre envoi.			
(☞ 7) <u>C.A.A.M.I.</u>			
M Christophe PATTE (NL)	02/229.35.45	02/504.66.99	
M Marcos MARGOS (FR)	02/229.35.48	02/504.66.99	
Mme. Laurence DAUGINET (FR)	02/229.35.69	02/504.66.99	
(☞ 3) <u>C.S.S. de la S.N.C.B.-Holding</u>			
M. VERSCHAETE	02/525.35.56	02/525.35.61	

BORDEREAU D'EXPEDITION POUR SUPPORTS MAGNETIQUES

- Mode de facturation : (1)
- 1) 1 fichier - 1 compte bancaire
 - 2) 1 fichier - 2 comptes bancaires (Ets, Conseil médical)
 - 3) 2 fichiers avec 1 cpte bancaire chacun (Ets & Conseil médical)
 - 4) 2 fichiers : 1 avec 2 cptes bancaires et 1 avec 1 cpte bancaire (qui doit être identique au second cpte du fichier correspondant)

Identification établissement :

Dénomination :
 Adresse :
 Code postal - Commune :
 N° d'agrégation :
 N° compte de l'Ets. :
 (☞ 7) IBAN de l'Ets. :
 (☞ 7) BIC de l'Ets. :
 N° compte Conseil méd :
 (☞ 7) IBAN du Conseil méd :
 (☞ 7) BIC du Conseil méd :

Identification Conseil médical (2) :

Dénomination :
 Adresse :
 Code postal - Commune :
 N° I.N.A.M.I. :
 N° compte du Conseil méd :
 (☞ 7) IBAN du Conseil méd :
 (☞ 7) BIC du Conseil méd :

Identification organisme assureur :

Dénomination :
 Adresse :
 Code postal - Commune :

Facturation AMBULANT - HOSPITALISE - MIXTE (1)

Version fichier (zone 4) : ...
 N° envoi (zone 7) : ...
 Identification supports magnétiques : N° ...
 Année et mois facturés (zones 22-23) : .../...
 Date de création (zone 25-26) :
 Responsable : Nom - Prénom : ...

N° mutualité	Nombre d'enregistrements (a)	N° de contrôle par mutualité (b)	Montants à charge de l'O.A.		
			cpte Ets. (c)	cpte Cons méd. (d)	Total (e)

000
 001
 002
 .
 .
 099

Totaux Somme des nombres
 repris ci-dessus + 2

Visa établissement (hospitalier) :

Date :
 Nom :
 Fonction :
 Signature

Visa Conseil médical :

Date :
 Nom :
 Fonction :
 Signature

Réservé à l'organisme assureur :

Date de réception :
 Nom :
 Signature

(1) Biffer la mention inutile.
 (2) A mentionner si nécessaire

Calcul du numéro de contrôle par mutualité (colonne (b))

- Les valeurs des zones 4 des types d'enregistrement 30, 40 et 50 de toutes les factures individuelles destinées à la fédération en question sont additionnées. A cette somme on ajoute encore la somme des valeurs des zones 17-18 et des zones 40-41 des types d'enregistrement 40 des mêmes factures. Le modulo 97 est appliqué sur ce résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97).
- Sur la ligne "Totaux", on indiquera le numéro de contrôle de l'envoi (cf. type d'enregistrement 90 zone 98).

Directives concernant l'utilisation du bordereau d'expédition

- Dans le cas du système de facturation 1) il y a lieu de compléter les colonnes (a), (b) et (e), la colonne (c) étant facultative; seul le visa de l'établissement (hospitalier) est apposé.
- Dans le cas du système de facturation 2) il y a lieu de compléter les colonnes (a), (b), (c), (d) et (e); le visa du Conseil médical doit être apposé en regard du visa de l'établissement (hospitalier).
- Dans le cas du système de facturation 3) il y a lieu de compléter toutes les colonnes. Dans ce cas, le bordereau d'expédition peut être composé de deux volets; une première partie où les colonnes (a), (b) et (c) sont complétées, et une deuxième partie où les colonnes (a), (b) et (d) sont complétées. Avant expédition, il faut cependant fixer ensemble les deux volets, et sur chacun doivent figurer les visas des deux parties (établissement (hospitalier) & Conseil médical).
- Dans le cas du système de facturation 4) il y a lieu de compléter toutes les colonnes. Dans ce cas, le bordereau d'expédition doit être composé de deux volets; une première partie où les colonnes (a), (b), (c) et (d) sont complétées, et une deuxième partie où les colonnes (a), (b) et (d) sont complétées. Avant expédition, il faut cependant fixer ensemble les deux volets, et sur chacun doivent figurer les visas des deux parties (établissement (hospitalier) & Conseil médical).

Ordre séquentiel

Lorsque les données de facturation sont transmises sur deux fichiers séparés (c'est-à-dire les systèmes de facturation 3 et 4) les deux fichiers doivent être établis selon un ordre séquentiel identique.

L'ordre séquentiel imposé est le suivant :

- année et mois facturés;
- numéro tiers payant;
- numéro matricule établissement;
- numéro mutualité de destination dans un ordre croissant;
- pour les patients hospitalisés, le numéro d'admission dans un ordre croissant;
- ou pour les patients ambulants, le numéro de la facture individuelle dans un ordre croissant.

N.B. : La mention de la colonne (b) est seulement obligatoire pour les établissements hospitaliers candidats à la suppression de la facture papier, à partir du début de la phase du test.

Dessin support magnétique.

A partir du 1^{er} juillet 2008, un support magnétique ne peut plus contenir qu'un seul fichier de facturation logique (envoi).

Un envoi forme un fichier logique qui commence par un ET 10 et finit par un ET 90.

Un bordereau d'envoi est exigé par envoi (en triple exemplaires).

1 fichier physique avec 1 fichier logique.

La zone 1 de l'enregistrement de type 10 du fichier logique se trouve dans les deux premières positions du fichier physique.

Les enregistrements sont inscrits consécutivement sans signe séparateur distinct (comme par ex. "CR").

La zone 99 de l'enregistrement de type 90 du fichier logique se trouve dans les deux dernières positions du fichier physique.

ET 10	ET 20	ET 30	ET 30	ET 30	...	ET 80	...	ET 90
		ET 40	ET 40	ET 40	...			
		ET 50	ET 50	ET 50	...			
		Ensemble des E.T. 30/40/50 dans 1 bloc 20-80 = facture						
	1 bloc avec les E.T. 20-30/40/50-80 par facture							

Étiquette externe

A	B	C	D	E	F	G
XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX	XXX	XXX	XXXXXXX	XXX	XXX

L'étiquette

Cette étiquette peut être lue comme suit :

A : X X X X X X X : La version du fichier

B : X X X X X X X X X X X X : Le numéro du tiers payant (ET 10 Z 14).

(☞ 7) C : X X X : Le numéro de l'envoi (ET 10 Z 7).

D : X X X : Le numéro de l'organisme assureur (100, 200, 300, 400, 500, 600 ou 900).

E : X X X X X X : Les quatre premières positions donnent l'année : 1998, 1999, 2000, 2001, ... (ET 10 Z 22) et les deux suivantes donnent le mois : 01 ... 12 (ET 10 Z 23).

F : X X X : Le numéro d'ordre de la bande magnétique.

(000 : dans le cas où le fichier se trouve sur un seul support magnétique

ou

001, 002, ... : dans le cas où le fichier se trouve sur plusieurs supports magnétiques, les différents supports successifs doivent être numérotés)

(☞ 7) Pour les disquettes, cette valeur est toujours égale à 000 (Multi-volumes plus autorisés)

(☞ 7) G : X X X : Valeur standard = 001 (un seul fichier de facturation par support).

CODES D'ERREURS

Les codes d'erreurs ne sont applicables que lorsqu'une réglementation de base existe.

Enregistrement de type 10

- B 100101 : Type d'enregistrement non numérique
- B 100103 : Type d'enregistrement non autorisé
- B 100110 : Enregistrement de type 10 et numéro d'ordre de l'enregistrement ≠ de 000001
- B 100111 : Enregistrement de type 10 non suivi par un enregistrement de type 20
- B 100201 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique
- B 100203 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non autorisé
- (☞ 4) ~~B 100212 : Numéro d'ordre de l'enregistrement différent de 000001 et ET 10. **B 100110**~~
- B 100301 : Code indice non numérique
- B 100303 : Code indice non autorisé
- B 100310 : Code indice = 0 et compte financier B présent (zone 8a)
- B 100311 : Code indice = 1 et compte financier B absent (zone 8a)
- B 100312 : Code indice = 1 et numéro de tiers payant différent de 0710XXXCC000 ou de 0720XXXCC000
- (☞ 7) B 100320 : Code indice invraisemblable vis-à-vis des données sur le bordereau d'expédition
- B 100401 : Version fichier non numérique
- B 100403 : Version fichier non autorisée
- (☞ 7) B 100420 : Version fichier différente de celle du bordereau d'expédition
- B 100501 : Numéro de compte financier A non numérique
- B 100502 : Numéro de compte financier A avec check-digit erroné
- B 100503 : Numéro de compte financier A non autorisé
- B 100520 : Numéro de compte financier A inconnu dans le fichier « TIERS » de l'O.A.
- B 100601 : Contenu zone 6b différent de zéro
- B 100701 : Numéro de l'envoi non numérique
- B 100703 : Numéro de l'envoi non autorisé (zéro)
- (☞ 7) B 100720 : Numéro de l'envoi différent de celui du bordereau d'expédition
- B 100721 : Double numéro par tiers payant dans une même année
- (☞) B 100722 : Envoi pour lequel les factures papier sont absentes
- (☞ 6) B 100723 : Plus de deux fichiers de facturation par mois et pas de dérogation (ET 10 Z 13 = 000).
- B 100801 : Numéro de compte financier B non numérique
- B 100802 : Numéro de compte financier B avec check-digit erroné
- B 100803 : Numéro de compte financier B non autorisé
- B 100809 : Contenu zone 8b différent de zéro
- (☞ 4) ~~B 100810 : Numéro de compte financier B présent et code indice (zone 3) = 0. **B 100310**~~
- (☞ 4) ~~B 100811 : Numéro de compte financier B absent et code indice = 1. **B 100311**~~
- B 100812 : Numéro de compte financier B présent et numéro de tiers payant différent de 0710XXXCC000 ou 0720XXXCC000
- B 100820 : Numéro de compte financier B inconnu dans le fichier « TIERS » de l'O.A.
- B 100901 : Code « S.F.P. » non numérique
- B 100903 : Code « S.F.P. » non autorisé
- (☞) B 100912 : Code « S.F.P. » = 3 et numéro de tiers payant différent de 0710XXXCC000 ou 0720XXXCC000.
- B 100920 : Code « S.F.P. » incompatible avec l'autorisation C.I.N.

- B 101001 : Code fichier de décompte non numérique
 B 101003 : Code fichier de décompte non autorisé
 (☞) B 101101 : Contenu zone différent de zéro
 B 101201 : Contenu zone différent de zéro
 (☞ 5) B 101301 : Contenu facturation non numérique
 (☞ 5) B 101303 : Contenu facturation non autorisé
 B 101401 : Numéro Tiers Payant non numérique
 B 101402 : Numéro Tiers Payant avec check-digit erroné
 B 101403 : Numéro Tiers Payant non autorisé
 B 101404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
 (☞ 4) ~~B 101411 : Numéro Tiers Payant différent de 0710XXXCC000 ou 0720XXXCC000 et numéro compte financier B présent. B 100812~~
 (☞ 4) ~~B 101412 : Numéro Tiers Payant différent de 0710XXXCC000 ou 0720XXXCC000 et code indice = 1. B 100312~~
 (☞ 0, 4) ~~B 101413 : Numéro Tiers Payant différent de 0710XXXCC000 ou 0720XXXCC000 et code S.F.P. = 3. B 100912~~
 B 101420 : Numéro Tiers Payant inconnu dans le fichier de l'O.A.
 B 101421 : Numéro de compte financier A inconnu pour ce tiers
 B 101422 : Numéro de compte financier B inconnu pour ce tiers
 B 101423 : Tiers non autorisé à effectuer le tiers payant
 (☞ 7) B 101424 : Numéro Tiers Payant différent de celui du bordereau d'expédition
 B 101501 : Contenu zone différent de zéro
 B 101601 : Contenu zone différent de zéro
 B 101701 : Contenu zone différent de zéro
 B 101801 : Contenu zone différent de zéro
 B 101901 : Contenu zone différent de zéro
 B 102001 : Contenu zone différent de zéro
 B 102101 : Contenu zone différent de zéro
 B 102201 : Année facturée non numérique
 B 102203 : Année facturée non autorisée
 B 102204 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
 B 102210 : Année facturée postérieure à la date actuelle, excepté pour les maisons médicales
 B 102211 : Année facturée postérieure à la date de création (zone 25-26), excepté pour les maisons médicales
 (☞ 7) B 102220 : Année facturée différente de celle du bordereau d'expédition
 B 102301 : Mois facturé non numérique
 B 102303 : Mois facturé non autorisé
 B 102310 : Année-Mois facturés postérieurs à la date actuelle, excepté pour les maisons médicales
 B 102311 : Année-Mois facturés postérieurs à la date de création (zone 25-26), excepté pour les maisons médicales
 (☞ 7) B 102320 : Mois facturé différent de celui du bordereau d'expédition
 B 102401 : Contenu zone différent de zéro
 B 102501 : Date de création non numérique
 B 102503 : Date de création non autorisée
 B 102510 : Date de création postérieure à la date actuelle
 (☞ 4) ~~B 102511 : Année-Mois de création antérieurs à année mois facturés (zones 22-23), excepté pour les maisons médicales. B 102311~~
 B 102701 : Contenu zone différent de zéro
 B 102901 : Contenu zone différent de zéro
 B 103001 : Contenu zone différent de zéro
 (☞ 7) B 103110 : BIC compte financier A absent et ET 10 Z 22-33 ≥ 0200901
 (☞ 7) B 103114 : Code-pays (positions 5 et 6) BIC compte financier A différent du code-pays (position 1 et 2) IBAN compte financier A

- B 103501 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 7) B 103602 : IBAN compte financier A avec check-digit erroné (positions 3 et 4)
- (☞ 7) B 103604 : IBAN compte financier A ne commence pas par le code-pays (2 lettres)
- (☞ 7) B 103610 : IBAN compte financier A absent et ET 10 Z 22-33 \geq 0200901
- B 104201 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 7) B 104310 : BIC compte financier B absent alors que le code indice de l'ET 10 Z 3 = 1 et ET 10 Z 22-33 \geq 0200901
- (☞ 7) B 104314 : Code-pays (positions 5 et 6) BIC compte financier B différent du code-pays (position 1 et 2) IBAN compte financier B
- B 104401 : Contenu zone différent de zéro
- B 104501 : Contenu zone différent de zéro
- B 104601 : Contenu zone différent de zéro
- B 104701 : Contenu zone différent de zéro
- B 104801 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 7) B 104902 : IBAN compte financier B avec check-digit erroné (positions 3 et 4)
- (☞ 7) B 104904 : IBAN compte financier B ne commence pas par le code-pays (2 lettres)
- (☞ 7) B 104910 : IBAN compte financier B absent alors que le code indice de l'ET 10 Z 3 = 1 et ET 10 Z 22-33 \geq 0200901
- (☞ 4) B 105301 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105401 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105501 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105601 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105701 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105801 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 105901 : Contenu zone différent de zéro
- B 109801 : Contenu zone différent de zéro
- B 109902 : Chiffre de contrôle de l'enregistrement erroné

Enregistrement de type 20

- B 200101 : Type d'enregistrement non numérique
- B 200103 : Type d'enregistrement non autorisé
- B 200110 : Enregistrement de type 20 non précédé par un ET 10 ou 80
- B 200111 : Enregistrement de type 20 non suivi par un ET 30, 40 ou 50
- R 200119 : Enregistrement rejeté suite à une erreur dans un autre enregistrement faisant partie du bloc
- F 200130 : Facture refusée – voir motif du refus dans courrier séparé
- B 200201 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique
- B 200203 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non autorisé
- B 200210 : Numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1
- B 200301 : Autorisation tiers payant non numérique
- F 200303 : Autorisation tiers payant non autorisée
- B 200401 : Heure d'admission non numérique
- F 200403 : Heure d'admission non autorisée
- B 200404 : Trois premiers chiffres de la zone différents de zéro
- F 200410 : Heure d'admission absente et type de facture (ET 20 Z 10) = 1 (et il ne s'agit pas d'un patient hospitalisé qui séjourne ailleurs), 4 ou 5 (et il s'agit d'un forfait séjour/rééducation)
- F 200411 : Heure d'admission présente et type de facture (ET 20 Z 10) = 3, 6 ou 9
- F 200412 : Heure d'admission présente alors que date d'admission absente
- F 200420 : Heure d'admission différente de celle mentionnée sur le document d'admission
- B 200501 : Date d'admission non numérique
- F 200503 : Date d'admission non autorisée
- F 200510 : Date d'admission absente et type de facture (ET 20 Z 10) = 1, 4 (et forfait séjour) ou 5 (et forfait rééducation)
- F 200511 : Date d'admission présente et type de facture (ET 20 Z 10) = 3, 6 ou 9
- F 200520 : Date d'admission différente de celle du document d'admission ou admission inconnue à cette date
- (☞ 5) F 200521 : En cas de rééducation, date de début de l'accord précède de plus de 30 jours la date de demande de l'accord
- (☞) F 200522 : Admission refusée par le Médecin-conseil pour des raisons médicales
- B 200601 : Date de sortie non numérique
- F 200603 : Date de sortie non autorisée
- F 200610 : Date de sortie antérieure à la date d'admission (ET 20 Z 5)
- F 200611 : Date de sortie présente et type de facture = 3, 6 ou 9
- (☞ 4) ~~F 200613 : Date de sortie incompatible avec la norme journée (ET 30 Z 3). R 300316~~
- (☞ 4) ~~F 200614 : Date de sortie présente et heure de sortie absente. F 202210~~
- (☞ 4) ~~F 200615 : Date de sortie absente et heure de sortie présente. F 202212~~
- F 200620 : Date de sortie ≠ de celle du document de sortie ou sortie inconnue à cette date
- F 200621 : En cas de rééducation, date de sortie antérieure à la date d'accord
- B 200701 : Numéro mutualité d'affiliation non numérique
- F 200703 : Numéro mutualité d'affiliation non autorisé
- F 200710 : N°mutualité d'affiliation incompatible avec n° mutualité de destination (ET 20 Z 18) et cela ne concerne pas les factures destinées aux unions nationales. Ce code erreur n'est pas d'application pour les unions nationales 2, 4 et 5.
- (☞) F 200711 : N°mutualité d'affiliation incompatible avec n° mutualité de destination (ET 20 Z 18) mais cela concerne les factures destinées aux unions nationales.
- F 200742 : Bénéficiaire non connu à la mutualité d'affiliation
- (☞ 4) B 200801 : Numéro d'identification du bénéficiaire non numérique
- F 200802 : Numéro d'identification du bénéficiaire avec check-digit erroné
- F 200803 : Numéro d'identification du bénéficiaire non autorisé
- F 200810 : Numéro d'identification du bénéficiaire absent

- F 200812 : Numéro d'identification du bénéficiaire varie dans les différents enregistrements de cette facture (ET 30, 40, 50 ou 80)
- F 200813 : Numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'inscription à la sécurité sociale et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 1.
- F 200814 : Numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'affiliation à l'OA et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 0.
- F 200820 : Bénéficiaire non connu dans le fichier de l'O.A.
- (☞ 4) ~~F 200821 : Bénéficiaire non connu avec le code sexe mentionné dans l'ET 20 Z 9. F 200921~~
- F 200822 : Bénéficiaire non affilié à la maison médicale à la date du forfait facturé
- E 200840 : Bénéficiaire non en règle (G.R. et/ou P.R.) pour la période facturée
- E 200841 : Bénéficiaire non en règle (P.R.) pour la période facturée
- (☞ 4) ~~F 200842 : Bénéficiaire n'est pas connu à la mutualité d'affiliation (ET 20 Z 7). F 200742~~
- F 200844 : Numéro d'identification du bénéficiaire incompatible avec la facture récapitulative
- E 200861 : Bénéficiaire sanctionné
- B 200901 : Code sexe bénéficiaire non numérique
- F 200903 : Code sexe bénéficiaire non autorisé
- F 200921 : Code sexe bénéficiaire inconnu pour ce bénéficiaire (ET 20 Z 8)
- B 201001 : Type de facture non numérique
- F 201003 : Type de facture non autorisé
- (☞ 4) ~~F 201010 : Type de facture = 1 (et il ne s'agit pas d'un patient hospitalisé qui séjourne ailleurs), 4 (et forfait séjour) ou 5 (et forfait rééducation) et heure d'admission absente. F 200410~~
- (☞ 4) ~~F 201011 : Type de facture = 1, 4 (et forfait séjour) ou 5 (et forfait rééducation) et date d'admission absente. F 200510~~
- (☞ 7) B 201011 : Type de facture incompatible avec la mutualité de destination
- (☞ 4) ~~F 201012 : Type de facture = 3 et heure d'admission présente. F 200411~~
- (☞ 4) ~~F 201013 : Type de facture = 3 et date d'admission présente. F 200511~~
- (☞ 4) ~~F 201014 : Type de facture = 1, 4 (et forfait séjour), 5 (et forfait rééducation) ou 6 et ET 20 Z15=0. F 201510.~~
- (☞ 4) ~~F 201015 : Type de facture = 3 ou 9 et ET 20 Z 15 ≠ 0. F 201511~~
- (☞ 4) ~~F 201018 : Type de facture = 1 et numéro de l'établissement qui facture (ET 20 Z 14) est différent du numéro de l'établissement de séjour (ET 20 Z 15) et il y a des enregistrements avec des journées d'entretien. F 201410~~
- (☞) F 201019 : ~~Type de facture ≠ 1 ou 9 et code "S.F.P." (ET 10 Z 9) = 3 *~~
- F 201020 : Type de facture incompatible avec le dossier administratif de l'O.A.
- B 201101 : Type de facturation non numérique
- F 201103 : Type de facturation non autorisé
- B 201201 : Contenu zone différent de zéro
- B 201301 : Service mentionné sur le document 721 bis, non numérique
- F 201303 : Service mentionné sur le document 721 bis, non autorisé
- B 201304 : Dernier chiffre de la zone différent de zéro
- F 201311 : Service mentionné sur le document 721 bis, incompatible avec la mutualité de destination (ET 20 Z 18)
- F 201312 : Service mentionné sur le document 721 bis, incompatible avec le type de facture
- F 201320 : Service mentionné sur le document 721 bis, n'existe pas pour l'établissement dont le numéro est repris dans l'ET 20 Z 15
- F 201321 : Service différent de celui mentionné sur le document 721 bis
- B 201401 : Numéro de l'établissement qui facture non numérique
- F 201402 : Numéro de l'établissement qui facture avec check-digit erroné
- F 201403 : Numéro de l'établissement qui facture non autorisé
- B 201404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- F 201410 : Type de facture = 1 et n° établissement qui facture ≠ du n° établissement de séjour (ET 20 Z 15) et il y a des E.T. avec des journées d'entretien

* supprimé pour les factures à partir du 1^{er} juillet 2005.

- (☞ 4) ~~F 201411 : Type de facture = 1 et les 9^{èmes} positions du numéro de l'établissement qui facture sont différentes de celles mentionnées dans l'ET 30 Z 14. R 301412~~
- F 201413 : Numéro de l'établissement qui facture incompatible avec la mutualité de destination
- F 201420 : Numéro de l'établissement qui facture inconnu dans le fichier de l'O.A.
- F 201441 : Numéro de l'établissement qui facture incompatible avec le type de facture
- B 201501 : Numéro de l'établissement de séjour non numérique
- F 201502 : Numéro de l'établissement de séjour avec check-digit erroné
- F 201503 : Numéro de l'établissement de séjour non autorisé
- B 201504 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- F 201510 : Numéro de l'établissement de séjour absent alors que le type de facture (ET 20 Z 10) = 1, 4, 5 ou 6
- F 201511 : Numéro de l'établissement de séjour présent alors que le type de facture (ET 20 Z 10) = 3 ou 9
- F 201520 : Numéro de l'établissement de séjour inconnu dans le fichier de l'O.A.
- F 201521 : Numéro de l'établissement de séjour incompatible avec le document d'admission
- F 201541 : Numéro de l'établissement de séjour incompatible avec le type de facture
- B 201601 : Code levée délai de prescription non numérique
- F 201603 : Code levée délai de prescription non autorisé
- F 201620 : Lettre recommandée non reçue à la mutualité
- B 201701 : Causes du traitement non numériques
- F 201703 : Causes du traitement non autorisées
- B 201704 : Deux premiers chiffres de la zone différents de zéro
- F 201721 : Causes du traitement incompatibles avec celles mentionnées sur le document d'admission
- B 201801 : Numéro de mutualité de destination non numérique
- B 201803 : Numéro de mutualité de destination non autorisé
- F 201810 : Numéro de mutualité de destination incompatible avec la mutualité d'affiliation. Ce code erreur n'est pas d'application pour les unions nationales 2, 4 et 5
- B 201812 : Numéro de mutualité de destination inférieur au numéro mutualité précédent
- B 201901 : Numéro d'admission non numérique
- F 201903 : Numéro d'admission non autorisé
- F 201910 : Numéro d'admission absent et type de facture = 1 et zone 14 = zone 15
- B 202001 : Date de l'accord traitement de rééducation non numérique
- F 202003 : Date de l'accord traitement de rééducation non autorisée
- F 202010 : Date de l'accord traitement de rééducation absente et type de facture = 5 ou 6
- F 202011 : Date de l'accord traitement de rééducation présente et type de facture = 1, 3, 4 ou 9
- (☞ 4) S 202020 : Accord inconnu ou date d'accord incorrecte
- B 202201 : Heure de sortie non numérique
- F 202203 : Heure de sortie non autorisée
- B 202204 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- F 202210 : Heure de sortie absente alors que date de sortie présente
- F 202211 : Heure de sortie présente et type de facture = 3, 6 ou 9
- F 202212 : Heure de sortie présente alors que date de sortie absente
- F 202221 : Heure de sortie différente de celle mentionnée sur le document de sortie
- B 202301 : Contenu zone différent de zéro
- B 202401 : Numéro de facture individuelle non numérique
- B 202403 : Numéro de facture individuelle non autorisé

- B 202420 : Le numéro de facture individuelle doit être unique
 F 202421 : La facture papier fait défaut dans l'envoi
 F 202430 : Facture renvoyée à la demande de l'établissement
 F 202431 : Facture à charge d'une assurance «accident du travail»
 F 202432 : Facture à charge d'une assurance privée
 F 202433 : Facture avec données d'identification du patient supposées erronées
 F 202434 : Facture à ne pas réintroduire car traitée manuellement par la mutualité
 B 202601 : Application de la franchise sociale non numérique
 F 202603 : Application de la franchise sociale non autorisée
 B 202701 : CT1-CT2 non numérique
 F 202703 : CT1-CT2 non autorisé
 B 202704 : Quatre premiers chiffres de la zone différents de zéro
 F 202710 : Combinaison CT1-CT2 non autorisée
 (☞ 7) F 202720 : CT1-CT2 incompatible avec l'engagement de paiement
 E 202760 : CT1-CT2 correspond aux données de référence carte d'identité sociale mais pas au CT1-CT2 du fichier de l'O.A.
 (☞) E 202761 : CT1-CT2 correspond aux codes de la carte SIS mais pas à ceux du fichier des membres – Diminution de droit.
 (☞) E 202762 : CT1-CT2 correspond aux codes de la carte SIS mais pas à ceux du fichier des membres – Augmentation de droit.
 F 202903 : Numéro de facture précédente non autorisé
 F 202910 : Numéro de facture précédente absent et l'ET 20 Z 11 ≠ 0
 F 202911 : Numéro de facture précédente présent et type de facturation ≠ 1, 2, 3 ou 4
 F 202920 : Numéro de facture précédente inconnu dans le fichier de l'O.A.
 F 202921 : Numéro de facture précédente incompatible avec le numéro d'envoi précédent (ET 20 Z 34-35-36) et année et mois précédents facturés (ET 20 Z 41)
 F 202924 : Numéro de facture précédente incompatible avec la mutualité de destination précédente
 B 203201 : Flag identification bénéficiaire non numérique
 F 203203 : Flag identification bénéficiaire non autorisé (≠ 0 ou 1)
 (☞) S 203210 : Flag identification bénéficiaire (= 0) plus autorisé, sauf les nouveau-nés et Conventions internationales et ET 10 Z 22-23 ≤ 0200607.
 (☞) F 203210 : Flag identification bénéficiaire (= 0) plus autorisé, sauf les nouveau-nés et Conventions internationales et ET 10 Z 22-23 > 0200607.
 B 203301 : Contenu zone différent de zéro
 B 203401 : Numéro d'envoi précédent non numérique
 F 203403 : Numéro d'envoi précédent non autorisé
 F 203410 : Numéro d'envoi précédent absent et l'ET 20 Z 11 ≠ 0
 F 203411 : Numéro d'envoi précédent présent et type de facturation ≠ 1, 2, 3 ou 4
 F 203420 : Numéro d'envoi précédent inconnu dans le fichier de l'O.A.
 F 203424 : Numéro d'envoi précédent incompatible avec la mutualité de destination précédente
 B 203701 : Numéro mutualité de facturation précédente non numérique
 F 203703 : Numéro mutualité de facturation précédente non autorisée
 F 203710 : Numéro mutualité de facturation absent et l'ET 20 Z 11 ≠ 0
 F 203711 : Numéro mutualité de facturation présent et type de facturation ≠ 1, 2, 3 ou 4
 (☞ 6) B 203801 : Référence mutualité numéro de compte financier A non numérique *
 F 203803 : Référence mutualité numéro de compte financier A non autorisée
 F 203810 : Référence mutualité numéro de compte financier A absente et type de facturation = 1
 F 203811 : Référence mutualité numéro de compte financier A présente et type de facturation ≠ 1
 F 203820 : Référence mutualité numéro de compte financier A inconnue dans le fichier de l'O.A.
 F 203821 : Référence mutualité numéro de compte financier A incompatible avec le numéro d'envoi précédent et année et mois précédents facturés (ET 20 Z 41)
 F 203822 : Référence mutualité numéro de compte financier A incompatible avec le numéro de facture précédente
 F 203824 : Référence mutualité numéro de compte financier A incompatible avec la mutualité de destination précédente

(☞ 6) * supprimé à partir du mois facturé janvier 2008.

	B 204001	: Contenu zone différent de zéro
	B 204101	: Année et mois précédents facturés non numériques
	F 204103	: Année et mois précédents facturés non autorisés
	F 204110	: Année et mois précédents facturés postérieurs à la date actuelle
	F 204111	: Année et mois précédents facturés postérieurs à l'année et mois facturés (ET 10 Z 22-23)
	F 204112	: Année et mois précédents facturés absents et l'ET 20 Z 11 ≠ 0
	F 204113	: Année et mois précédents facturés présents et type de facturation ≠ 1, 2, 3 ou 4
	F 204120	: Année et mois précédents facturés inconnus dans le fichier de l'O.A.
	F 204203	: Données de référence carte d'identité sociale non autorisées
	F 204220	: Données certificat carte d'identité sociale inconnues dans le fichier de l'O.A.
	F 204221	: Données numéro de carte d'identité sociale inconnues dans le fichier de l'O.A.
	F 204222	: Données numéro version carte d'identité sociale inconnues dans le fichier de l'O.A.
	F 204223	: Données de référence carte d'identité sociale périmées et la période de tolérance est expirée
	F 204224	: Les 4 dernières positions de la zone sont différentes de 1000, alors qu'il y a utilisation d'une attestation remplaçant la carte d'identité sociale
	S 204231	: Format erroné
	S 204234	: Données carte SIS périmées
(☞)	E 204321	: Usage erroné de la carte SIS
	S 204330	: Pas de référence carte SIS
	S 204331	: Format erroné
	S 204332	: Numéro de carte + numéro version inconnus dans le fichier de l'OA
	F 204333	: Données carte SIS incompatibles avec le numéro d'identification mentionné dans la zone 8
	S 204335	: Date de prestation incompatible avec la (les) période(s) d'assurabilité de la carte SIS
	S 204336	: CT1/CT2 incompatible avec ceux de la carte SIS
	S 204431	: Format erroné
	S 204531	: Format erroné
	S 204532	: Code attestation de remplacement incompatible avec le certificat de lecture
	B 204601	: Contenu zone différent de zéro
	B 204701	: Contenu zone différent de zéro
	B 204801	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 6)	B 204901	: Référence mutualité numéro de compte financier B non numérique *
	F 204903	: Référence mutualité numéro de compte financier B non autorisée
	F 204910	: Référence mutualité numéro de compte fin. B absente et type de facturation = 1
	F 204911	: Référence mutualité numéro de compte fin. B présente et type de facturation ≠ 1
	F 204920	: Référence mutualité numéro de compte fin. B inconnue dans le fichier de l'O.A.
	F 204921	: Référence mutualité numéro de compte financier B incompatible avec le numéro d'envoi précédent et année et mois précédents facturés (ET 20 Z 41)
	F 204922	: Référence mutualité numéro de compte financier B incompatible avec le numéro de la facture précédente
	F 204924	: Référence mutualité numéro de compte financier B incompatible avec la mutualité de destination précédente
	B 205201	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 6)	B 205301	: Date début période assurabilité non numérique
(☞ 6)	F 205303	: Date début période assurabilité non autorisée
(☞ 6)	B 205401	: Date fin période assurabilité non numérique
(☞ 6)	F 205403	: Date fin période assurabilité non autorisée
(☞ 6)	B 205501	: Date communication information non numérique
(☞ 6)	F 205503	: Date communication non autorisée
(☞ 6)	B 205601	: MAF année en cours non numérique
(☞ 6)	F 205603	: MAF année en cours non autorisée
(☞ 6)	B 205701	: MAF année en cours – 1 non numérique
(☞ 6)	F 205703	: MAF année en cours – 1 non autorisée
(☞ 6)	B 205801	: MAF année en cours – 2 non numérique
(☞ 6)	F 205803	: MAF année en cours – 2 non autorisée
(☞ 6)	B 205901	: Contenu zone différent de zéro
	B 209801	: Contenu zone différent de zéro
	B 209902	: Chiffre de contrôle de l'enregistrement erroné

(☞ 6)* supprimé à partir du mois facturé janvier 2008.

- R 300550 : Séjour en M.R. ou M.R.S. non reconnu
 B 300601 : Date dernier jour facturé non numérique
 R 300603 : Date dernier jour facturé non autorisée
 (☞ 7) R 300610 : Date dernier jour facturé postérieure à la date actuelle, à l'exception de certains forfaits de rééducation qui peuvent être facturés avant la fin de la période à laquelle ils se rapportent.
 R 300611 : Date dernier jour facturé antérieure à la date d'admission (ET 20 Z 5)
 R 300612 : Date dernier jour facturé antérieure à la date premier jour facturé
 R 300613 : Date dernier jour facturé postérieure à la date de sortie (ET 20 Z 6)
 (☞ 4) ~~R 300614 : Date dernier jour facturé incompatible avec la norme journée d'entretien et la date de sortie (ET 20 Z 6). R 300312 et R 300313~~
 R 300615 : Date dernier jour facturé différente de la date premier jour facturé et il s'agit d'un forfait par admission
 (☞ 4) ~~R 300620 : (Pseudo-)code nomenclature inconnu à la date dernier jour facturé. R 300420~~
 R 300622 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernier jour facturé ≠ du CT1-CT2 dans le fichier de l'O.A.
 R 300623 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernier jour facturé ≠ du CT1-CT2 mentionné sur les documents d'hospitalisation
 E 300624 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernier jour facturé ≠ du CT1-CT2 mentionné dans le fichier de l'O.A. ou sur les documents d'hospitalisation et pas d'influence sur la facturation
 R 300640 : Bénéficiaire non en règle à la date dernier jour facturé
 R 300641 : Hospitalisation inconnue (pas de 721 bis)
 R 300642 : Hospitalisation non reconnue (pas de 723)
 R 300643 : Fin d'hospitalisation absente (pas de 727)
 R 300644 : Déjà remboursé (double facturation)
 R 300645 : Bénéficiaire hospitalisé à la date dernier jour facturé (prestations ambulatoires)
 R 300646 : Période de péremption échue
 (☞ 7) R 300647 : Date dernier jour facturé postérieure au mois facturé (ET 10 Z 23), à l'exception de certains forfaits de rééducation qui peuvent être facturés avant la fin de la période à laquelle ils se rapportent.
 R 300648 : Date dernier jour facturé incompatible avec la période de l'accord médecin conseil
 R 300650 : Séjour en M.R. ou M.R.S. non reconnu
 (☞ 4) ~~R 300655 : Incompatibilité entre la période facturée et le nombre de jours. R 302240~~
 B 300701 : Numéro mutualité d'affiliation non numérique
 R 300703 : Numéro mutualité d'affiliation non autorisé
 (☞ 4) ~~R 300710 : Numéro mutualité d'affiliation incompatible avec le numéro de la mutualité de destination (ET 20 Z 18). R 300712 et F 201810~~
 R 300712 : Numéro mutualité d'affiliation différent de l'ET 20 Z 7. Ce code erreur ne s'applique pas aux unions nationales 2, 4 et 5.
 (☞ 4) R 300742 : Bénéficiaire non connu à la mutualité d'affiliation (ET 20 Z 7)
 (☞ 4) B 300801 : Numéro d'identification du bénéficiaire non numérique.
 R 300802 : Numéro d'identification du bénéficiaire avec check-digit erroné
 R 300803 : Numéro d'identification du bénéficiaire non autorisé
 R 300810 : Numéro d'identification du bénéficiaire absent
 F 300812 : Numéro d'identification du bénéficiaire différent de celui de l'ET 20 Z 8
 R 300813 : Numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'inscription à la sécurité sociale et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 1.
 R 300814 : Numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'affiliation à l'OA et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 0.
 R 300820 : Bénéficiaire inconnu dans le fichier de l'O.A.
 (☞ 4) ~~R 300821 : Bénéficiaire inconnu avec le code sexe mentionné dans l'ET 30 Z 9. R 300921~~
 E 300840 : Bénéficiaire non en règle (G.R. et/ou P.R.) pour la période facturée
 E 300841 : Bénéficiaire non en règle (P.R.) pour la période facturée
 (☞ 4) ~~R 300842 : Bénéficiaire inconnu à la mutualité d'affiliation (ET 30 Z 7). R 300742~~
 R 300843 : Bénéficiaire non en règle et la carte d'identité sociale n'est pas valable
 E 300861 : Bénéficiaire sanctionné

- B 300901 : Code sexe bénéficiaire non numérique
- R 300903 : Code sexe bénéficiaire non autorisé
- R 300912 : Code sexe bénéficiaire différent de celui de l'ET 20 Z 9
- R 300921 : Code sexe inconnu pour ce bénéficiaire (ET 30 Z 8)
- R 300942 : Code sexe bénéficiaire incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature (ET 30 Z 4)
- B 301001 : Code accouchement non numérique
- R 301003 : Code accouchement non autorisé
- R 301010 : Code accouchement incompatible avec le code service
- R 301011 : Code accouchement incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
- B 301101 : Référence numéro de compte financier non numérique
- B 301103 : Référence numéro de compte financier non autorisé
- B 301110 : Référence numéro de compte financier est inexact en comparaison avec le code indice de l'ET 10 Z 3
- B 301201 : Contenu zone différent de zéro
- B 301301 : Code service non numérique
- R 301303 : Code service non autorisé
- B 301304 : Dernier chiffre de la zone différent de zéro
- (~~4~~) R 301310 : ~~Code service incompatible avec le code accouchement (ET 30 Z 10).~~ **R 301010**
- R 301311 : Code service incompatible avec la mutualité de destination (ET 20 Z 18)
- R 301312 : Code service incompatible avec le type de facture
- R 301320 : Code service n'existe pas pour l'établissement dont le numéro est repris dans l'ET 20 Z 15
- R 301321 : Code service incompatible avec dossier administratif (doc 721 bis, 723 et 727)
- R 301349 : Code service incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
- B 301401 : Lieu de prestation non numérique
- R 301402 : Lieu de prestation avec check-digit erroné
- R 301403 : Lieu de prestation non autorisé
- B 301404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- R 301411 : Lieu de prestation différent du numéro dans l'ET 20 Z 15, type de facture = 1 et il ne s'agit pas de journées d'entretien forfaitaires avec code hospitalisé
- R 301412 : Les 9 premières positions du lieu de prestation sont différentes de celles mentionnées dans l'ET 20 Z 14 (uniquement valable s'il s'agit d'un enregistrement avec des journées d'entretien)
- R 301420 : Lieu de prestation inconnu dans le fichier de l'O.A.
- R 301440 : Lieu de prestation incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
- R 301441 : Lieu de prestation incompatible avec le code service
- B 301501 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour non numérique
- R 301502 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour avec check-digit erroné
- R 301503 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour non autorisé
- B 301504 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- R 301510 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour incompatible avec le type de facture
- R 301520 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour inconnu dans le fichier de l'O.A.

- R 301540 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour incompatible avec le (pseudo-) code nomenclature
- B 301601 : Contenu zone différent de zéro
- B 301701 : Prestation relative non numérique
- R 301702 : Prestation relative avec check-digit erroné
- R 301703 : Prestation relative non autorisée
- B 301704 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- R 301720 : Prestation relative inconnue
- R 301740 : Prestation relative absente
- R 301741 : Il s'agit d'un forfait de rééducation et la prestation relative ne correspond pas au tarif utilisé
- (☞ 4) S 301746 : Code prestation relative exprimant une situation où un accord médecin-conseil est requis et cette condition n'est pas remplie ou une justification manque.
- R 301748 : Prestation relative refusée par le médecin-conseil
- R 301753 : Prestation relative incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
- B 301901 : Montant intervention de l'assurance non numérique
- R 301903 : Montant intervention de l'assurance non autorisé
- B 301905 : Première position du montant différente de + ou –
- B 301906 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- R 301910 : Signe montant intervention personnelle = signe montant dans l'ET 30 précédent qui renseigne les journées
- R 301940 : Montant intervention de l'assurance erroné.
- (☞ 7) R 301943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
- (☞ 7) R 301944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
- (☞ 6) R 301946 : Montant intervention personnelle interdit avec ET 30 Z 33 = 3.
- B 302001 : Contenu zone différent de zéro
- B 302101 : Contenu zone différent de zéro
- B 302201 : Nombre de jours ou forfaits non numérique
- R 302203 : Nombre de jours ou forfaits non autorisé
- B 302205 : Première position de la zone différente de + ou –
- B 302206 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- R 302210 : Nombre de jours ou forfaits est différent du nombre mentionné dans l'enregistrement avec les interventions personnelles
- R 302212 : Signe nombre de jours ou forfaits incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 30 Z 19)
- R 302240 : Nombre de jours ou forfaits incompatible avec période facturée (ET 30 Z5 et Z6)
- R 302241 : Nombre de jours ou forfaits doit être égal à 1
- R 302255 : Nombre maximum de prestations dépassé pendant la période facturée
- B 302301 : Contenu zone différent de zéro
- B 302401 : Montant indicatif non numérique
- R 302403 : Montant indicatif non autorisé
- B 302405 : Première position du montant différente de + ou –
- B 302406 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- R 302412 : Signe montant indicatif incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 30 Z 19)
- R 302413 : Montant indicatif égal à 0 et pseudo-code montant par jour (ET 30 Z 4) = 0768025, 0768051, 0768062, 0768106, 0768121, 0768143, 0768165, 0793041, 0793063, 0793100, 0793122, 0793166, 0793181, 0793225, 0793240, 0793262 ou 0793284
- R 302440 : Montant indicatif erroné
- B 302601 : Contenu zone différent de zéro
- B 302701 : Intervention personnelle patient non numérique
- R 302703 : Intervention personnelle patient non autorisée
- B 302705 : Première position du montant différente de + ou –
- B 302706 : Partie numérique de la zone contient un montant signé

- R 302711 : Le signe de cette zone est identique à celui de la zone 19 et il s'agit d'une quote-part personnelle
- R 302712 : Signe intervention personnelle patient incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 30 Z 19)
- S 302740 : Montant intervention personnelle réglementaire patient trop bas ou nul et ET 30 Z 33 \neq 1
- R 302741 : Montant intervention personnelle incorrect
- R 302742 : Montant intervention personnelle patient trop élevé
- S 302744 : Montant intervention personnelle patient correct et ET 30 Z 33 = 1
- (☞ 6) R 302746 : Montant intervention personnelle patient interdit avec ET 30 Z 33 = 3
- B 302901 : Contenu zone différent de zéro
- B 303001 : Montant supplément non numérique
- R 303003 : Montant supplément non autorisé
- B 303005 : Première position du montant différente de + ou -
- B 303006 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
- (☞ 7) R 303012 : Signe montant supplément incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 30 Z 19) de l'enregistrement de(s) journée(s) ou forfait(s) correspondant(s), excepté pour les conventions d'oxygénothérapie et de dialyse
- S 303040 : Montant supplément erroné
- S 303041 : Montant supplément doit être mentionné pour la prestation indiquée dans la zone 4
- S 303042 : Montant supplément est supérieur au maximum autorisé
- B 303201 : Exception tiers payant non numérique
- R 303203 : Exception tiers payant non autorisée
- R 303221 : Il s'agit d'une exception à l'interdiction du règlement tiers payant mais l'attestation n'est pas fournie avec la facture papier
- R 303240 : La mention de l'exception à l'interdiction du règlement tiers payant ne correspond pas aux modalités des circulaires O.A. 393/17, 18 et 29.
- (☞ 6) B 303301 : Code facturation non numérique
- (☞ 6) R 303303 : Code facturation non autorisé
- (☞ 7) R 303310 : Code facturation = 3 ou 4 et type de facture (ET 20 Z 10) \neq 1
- (☞ 7) R 303311 : Code facturation = 3 ou 4 et prestation non concernée par le MAF
- (☞ 7) R 303320 : Code facturation = 3 ou 4 et pas de communication, par l'OA, « plafond MAF atteint »
- (☞ 7) R 303321 : Code facturation \neq 3 ou 4 et communication, par l'OA, « plafond MAF atteint »
- B 303401 : Contenu zone différent de zéro
- B 303501 : Contenu zone différent de zéro
- B 303601 : Contenu zone différent de zéro
- B 303701 : Contenu zone différent de zéro
- B 303801 : Contenu zone différent de zéro
- B 303901 : Contenu zone différent de zéro
- B 304001 : Contenu zone différent de zéro
- B 304101 : Contenu zone différent de zéro
- B 304201 : Contenu zone différent de zéro
- B 304301 : Contenu zone différent de zéro
- B 304401 : Contenu zone différent de zéro
- B 304501 : Contenu zone différent de zéro
- B 304601 : Contenu zone différent de zéro
- B 304701 : Date de l'accord prestation non numérique
- R 304703 : Date de l'accord prestation non autorisée
- R 304712 : Date de l'accord prestation différente de la date mentionnée dans l'ET 20 Z 20-21
- R 304720 : Date de l'accord prestation inconnue dans le fichier de l'O.A.
- B 304801 : Code transplantation non numérique
- R 304803 : Code transplantation non autorisé
- B 304901 : Contenu zone différent de zéro

- B 305001 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 4) B 305101 : Site hospitalier non numérique
- (☞ 4) R 305103 : Site hospitalier non autorisé
- (☞ 4) B 305104 : 2 premiers chiffres de la zone différents de zéro
- (☞ 4) R 305111 : Site hospitalier absent et ET 30 Z 52 ≠ 0
- (☞ 4) R 305120 : Site hospitalier inconnu dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 305201 : Identification association bassin de soins non numérique
- (☞ 4) R 305202 : Identification association bassin de soins avec check-digit erroné
- (☞ 4) R 305203 : Identification association bassin de soins non autorisée
- (☞ 4) B 305204 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- (☞ 4) R 305220 : Identification association bassin de soins inconnue dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 305301 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305401 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305501 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305601 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305701 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305801 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 305901 : Contenu zone différent de zéro
- B 309801 : Contenu zone différent de zéro
- B 309902 : Chiffre de contrôle de l'enregistrement erroné

Enregistrement de type 40

- B 400101 : Type d'enregistrement non numérique
- B 400103 : Type d'enregistrement non autorisé
- B 400110 : Enregistrement de type 40 non précédé par un enregistrement de type 20, 30 ou 40
- B 400111 : Enregistrement de type 40 non suivi par un enregistrement de type 40, 50 ou 80
- (☞ 4) ~~R 400114 : Type d'enregistrement incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature. R 400414~~
- R 400119 : Enregistrement rejeté suite à une erreur dans un autre enregistrement faisant partie du bloc
- R 400130 : Produit refusé – voir motif du refus dans courrier séparé
- B 400201 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique
- B 400203 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non autorisé
- B 400210 : Numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1
- B 400301 : Norme prestation non numérique
- R 400303 : Norme prestation non autorisée
- (☞ 7) R 400317 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et la norme prestation est différente de la norme prestation dans les autres enregistrements du bloc.
- R 400343 : Norme prestation incompatible avec le pseudo-code catégorie médicament (ET 40 Z 4)
- R 400354 : Norme prestation incompatible avec montant de l'intervention de l'assurance (ET 40 Z 19)
- B 400401 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait non numérique
- R 400402 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait avec check-digit erroné
- R 400403 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait non autorisé
- B 400404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- R 400410 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait incompatible avec le type de facture
- R 400414 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait incompatible avec le type d'enregistrement
- (☞ 4) R 400417 : Facturation d'une préparation magistrale remboursable pas suivie d'enregistrement(s) de détail.
- (☞ 3) R 400418 : L'enregistrement de détail non précédé par un pseudo-code préparation magistrale ou par un autre enregistrement de détail.
- (☞ 4) R 400420 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait non valable à la date mentionnée dans l'ET 40 Z 5 et/ou ET 40 Z 6.
- R 400423 : Produit déjà facturé
- R 400430 : Produit refusé à la demande de l'établissement
- R 400434 : Produit à ne pas réintroduire car traité manuellement par la mutualité
- R 400441 : Pseudo-code catégorie médicament incompatible avec la qualité du bénéficiaire
- (☞ 1, 4) R 400453 : ~~Pseudo-code catégorie médicament incompatible avec le code produit (ET 40 Z 40-41) ou code forfait prophylaxie (pour séjours débutant avant le 01/07/2006) incompatible avec la prestation relative (ET 40 Z 17-18). R 401753~~
- R 400456 : Pseudo-code catégorie médicament incompatible avec la cause du traitement
- (☞ 1) R 400459 : Pseudo-code catégorie médicament incompatible avec le code forfait
- B 400501 : Date premier jour facturé non numérique
- R 400503 : Date premier jour facturé non autorisée
- R 400510 : Date premier jour facturé postérieure à la date actuelle
- R 400511 : Date premier jour facturé antérieure à la date d'admission (ET 20 Z 5)
- (☞ 4) ~~R 400512 : Date premier jour facturé postérieure à la date dernier jour facturé (ET 40 Z 6). R 400612~~
- R 400513 : Date premier jour facturé postérieure à la date de sortie (ET 20 Z 6)
- (☞ 1) R 400514 : Date premier jour facturé différent date admission (ET 20 Z 5) pour code forfait par admission
- (☞ 7) R 400517 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et la date premier jour facturé est différente de la date premier jour facturé dans les autres enregistrements du bloc.
- (☞ 4) ~~R 400520 : Pseudo-code catégorie médicament ou code forfait inconnu à la date premier jour facturé. R 400420~~
- R 400522 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date premier jour facturé ≠ CT1-CT2 dans le fichier de l'O.A.
- R 400523 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date premier jour facturé ≠ CT1-CT2 mentionné sur les documents d'hospitalisation
- E 400524 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date premier jour facturé ≠ CT1-CT2 mentionné dans le fichier de l'O.A. ou sur les documents d'hospitalisation et pas d'influence sur la facturation
- (☞) R 400525 : Date de prestation en dehors de la période d'engagement de paiement.

- R 400540 : Bénéficiaire non en règle à la date premier jour facturé
- R 400541 : Hospitalisation inconnue (pas de 721 bis)
- R 400542 : Hospitalisation non reconnue (pas de 723)
- R 400543 : Fin d'hospitalisation absente (pas de 727)
- R 400544 : Déjà remboursé (double facturation)
- R 400545 : Bénéficiaire hospitalisé à la date premier jour facturé (prestations ambulatoires)
- R 400546 : Période de péremption échue
- R 400547 : Date premier jour facturé postérieure au mois facturé (ET 10 Z 23)
- R 400548 : Date premier jour facturé incompatible avec la période de l'accord médecin conseil
- (☞) R 400549 : Patient décédé avant la date de délivrance.
- (☞ 6) E 400551 : Date premier jour facturé \geq 1/1/2008 et CT2 = 900 ou 901
- B 400601 : Date dernier jour facturé non numérique
- R 400603 : Date dernier jour facturé non autorisée
- R 400610 : Date dernier jour facturé postérieure à la date actuelle
- R 400611 : Date dernier jour facturé antérieure à la date d'admission (ET 20 Z 5)
- R 400612 : Date dernier jour facturé antérieure à la date premier jour facturé
- R 400613 : Date dernier jour facturé postérieure à la date de sortie (ET 20 Z 6)
- (☞ 1) R 400614 : Date dernier jour facturé différent date admission (ET 20 Z 5) pour code forfait par admission
- (☞ 7) R 400617 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et la date dernier jour facturé est différente de la date dernier jour facturé dans les autres enregistrements du bloc.
- (☞ 4) ~~R 400620 : Pseudo code catégorie médicament ou code forfait inconnu à la date dernier jour facturé.~~
R 400420
- R 400622 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernier jour facturé \neq du CT1-CT2 dans le fichier de l'O.A.
- R 400623 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernier jour facturé \neq du CT1-CT2 mentionné sur les documents d'hospitalisation
- E 400624 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernier jour facturé \neq du CT1-CT2 mentionné dans le fichier de l'O.A. ou sur les documents d'hospitalisation et pas d'influence sur la facturation
- R 400640 : Bénéficiaire non en règle à la date dernier jour facturé
- R 400641 : Hospitalisation inconnue (pas de 721 bis)
- R 400642 : Hospitalisation non reconnue (pas de 723)
- R 400643 : Fin d'hospitalisation absente (pas de 727)
- R 400644 : Déjà remboursé (double facturation)
- R 400645 : Bénéficiaire hospitalisé à la date dernier jour facturé (prestations ambulatoires)
- R 400646 : Période de péremption échue
- R 400647 : Date dernier jour facturé postérieure au mois facturé (ET 10 Z 23)
- R 400648 : Date dernier jour facturé incompatible avec la période de l'accord médecin conseil
- (☞ 1) R 400651 : Période de prestation incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature (antibioprophylaxie (pour séjours débutant avant le 01/07/2006))
- B 400701 : Numéro mutualité d'affiliation non numérique
- R 400703 : Numéro mutualité d'affiliation non autorisé
- (☞ 4) ~~R 400710 : Numéro mutualité d'affiliation incompatible avec numéro mutualité de destination (ET 20 Z 18). R 400712 et F 201810~~
- R 400712 : Numéro mutualité d'affiliation différent de l'ET 20 Z 7. Ce code erreur ne s'applique pas aux unions nationales 2, 4 et 5
- (☞ 7) R 400717 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le numéro mutualité d'affiliation est différent du numéro mutualité d'affiliation dans les autres enregistrements du bloc.
- (☞ 4) R 400742 : Bénéficiaire non connu à la mutualité d'affiliation.
- (☞ 4) B 400801 : Numéro d'identification du bénéficiaire non numérique.
- R 400802 : Numéro d'identification du bénéficiaire avec check-digit erroné
- R 400803 : Numéro d'identification du bénéficiaire non autorisé

Annexe 5.2.18

- R 400810 : Numéro d'identification du bénéficiaire absent
- F 400812 : Numéro d'identification du bénéficiaire différent de celui de l'ET 20 Z 8
- R 400813 : Numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'inscription à la sécurité sociale et ET 20 et 80 Z 32≠ 1.
- R 400814 : Numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'affiliation à l'OA et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 0.
- (☞ 7) R 400817 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le numéro d'identification du bénéficiaire est différent du numéro d'identification du bénéficiaire dans les autres enregistrements du bloc.
- R 400820 : Bénéficiaire inconnu dans le fichier de l'O.A.
- (☞ 4) ~~R 400821 : Bénéficiaire inconnu avec le code sexe mentionné dans l'ET 40 Z 9. R 400921~~
- E 400840 : Bénéficiaire non en règle (G.R. et/ou P.R.) pour la période facturée
- E 400841 : Bénéficiaire non en règle (P.R.) pour la période facturée
- (☞ 4) ~~R 400842 : Bénéficiaire inconnu à la mutualité d'affiliation (ET 40 Z 7). R 400742~~
- R 400843 : Bénéficiaire non en règle et la carte d'identité sociale n'est pas valable
- E 400861 : Bénéficiaire sanctionné
- B 400901 : Code sexe bénéficiaire non numérique
- R 400903 : Code sexe bénéficiaire non autorisé
- R 400912 : Code sexe bénéficiaire différent de celui de l'ET 20 Z 9
- (☞ 7) R 400917 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code sexe est différent du code sexe dans les autres enregistrements du bloc.
- R 400921 : Code sexe inconnu pour ce bénéficiaire (ET 40 Z 8)
- (☞ 4) ~~R 400942 : Code sexe bénéficiaire incompatible avec le code produit (ET 40 Z 40-41). R 404042~~
- B 401001 : Code accouchement non numérique
- R 401003 : Code accouchement non autorisé
- R 401010 : Code accouchement incompatible avec le code service
- (☞ 7) R 401017 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code accouchement est différent du code accouchement dans les autres enregistrements du bloc.
- B 401101 : Référence numéro de compte financier non numérique
- B 401103 : Référence numéro de compte financier non autorisée
- B 401110 : Référence numéro de compte financier inexact en comparaison avec le code indice de l'ET 10 Z 3
- (☞ 7) R 401117 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et la référence numéro compte financier est différent de la référence numéro compte financier dans les autres enregistrements du bloc.
- B 401201 : Contenu zone différent de zéro
- B 401301 : Code service non numérique
- R 401303 : Code service non autorisé
- B 401304 : Dernier chiffre de la zone différent de zéro
- (☞ 4) ~~R 401310 : Code service incompatible avec le code accouchement (ET 40 Z 10). R 401010~~
- R 401311 : Code service incompatible avec la mutualité de destination (ET 20 Z 18)
- R 401312 : Code service incompatible avec le type de facture
- (☞ 7) R 401317 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code service est différent du code service dans les autres enregistrements du bloc.
- R 401320 : Code service n'existe pas pour l'établissement dont le numéro est repris dans l'ET 20 Z 15
- R 401321 : Code service incompatible avec le dossier adm. (doc 721 bis, 723 et 727)
- (☞) R 401349 : Code service incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature.
- B 401401 : Lieu de prestation non numérique
- R 401402 : Lieu de prestation avec check-digit erroné
- R 401403 : Lieu de prestation non autorisé
- B 401404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- R 401412 : Lieu de prestation différent du numéro dans l'ET 20 Z 14
- (☞ 4) R 401413 : Lieu de prestation différent du numéro dans l'ET 10 Z 14
- (☞ 7) R 401417 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le lieu de prestation est différent du lieu de prestation dans les autres enregistrements du bloc.

Annexe 5.2.18 bis

- R 401420 : Lieu de prestation inconnu dans le fichier de l'O.A.
- R 401440 : Lieu de prestation incompatible avec le pseudo-code nomenclature
- B 401501 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour non numérique
- R 401502 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour avec check-digit erroné
- R 401503 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour non autorisé
- B 401504 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- R 401510 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour incompatible avec le type de facture
- (☞ 7) R 401517 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le numéro d'identification convention/établissement de séjour est différent du numéro d'identification convention/établissement de séjour dans les autres enregistrements du bloc.

- R 401520 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour inconnu dans le fichier de l'O.A.
R 401540 : Numéro d'identification convention/établissement de séjour incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
- (☞ 4) B 401601 : Médicaments gratuits non numérique
(☞ 4) R 401603 : Médicaments gratuits non autorisé
(☞ 4) R 401612 : Médicaments gratuits = 1 et une des zones montant (ET 40 Z 19, Z 27 ou Z 30-31) ≠ 0
(☞ 7) R 401617 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et code médicament gratuit différent du code médicament gratuit des autres enregistrements du bloc
- B 401701 : Prestation relative non numérique
R 401702 : Prestation relative avec check-digit erroné
R 401703 : Prestation relative non autorisée
B 401704 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
(☞ 7) R 401717 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et prestation relative différente de zéro
R 401720 : Prestation relative inconnue dans le fichier de l'O.A.
R 401721 : Prestation relative non facturée
R 401740 : Prestation relative absente
R 401742 : Prestation relative incompatible avec le code sexe du bénéficiaire
R 401743 : Prestation relative incompatible avec l'âge du bénéficiaire
(☞ 1) R 401753 : Prestation relative incompatible avec le pseudo-code catégorie médicament ou la prestation relative incompatible avec le code forfait prophylaxie (pour séjours débutant avant le 01/07/2006).
- B 401901 : Montant intervention de l'assurance non numérique
R 401903 : Montant intervention de l'assurance non autorisé
B 401905 : Première position du montant différente de + ou -
B 401906 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
(☞ 3) R 401913 : Montant de l'intervention de l'assurance ≠ 0 et ET 40 Z 4 = 0750212.
R 401940 : Montant intervention de l'assurance erroné.
R 401942 : Montant tarifé incompatible avec le pseudo-code catégorie médicament ou le code forfait
(☞ 7) R 401943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
(☞ 7) R 401944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
- B 402001 : Date de prescription non numérique
R 402003 : Date de prescription non autorisée
(☞ 7) R 402017 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et date de prescription différente de la date de prescription des autres enregistrements du bloc
- B 402201 : Nombre d'unités non numérique
R 402203 : Nombre d'unités non autorisé
B 402205 : Première position de la zone différente de + ou -
B 402206 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
R 402212 : Signe nombre d'unités incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 40 Z 19)
R 402241 : Nombre d'unités doit être égal à 1
R 402255 : Nombre maximum de prestations dépassé pendant la période facturée
B 402301 : Unité non numérique
R 402303 : Unité non autorisée
R 402353 : Unité incompatible avec le pseudo-code catégorie
B 402401 : Numéro d'identification du prescripteur non numérique
R 402402 : Numéro d'identification du prescripteur avec check-digit erroné
R 402403 : Numéro d'identification du prescripteur non autorisé
B 402404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
(☞ 7) R 402417 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et numéro d'identification du prescripteur différent du numéro d'identification du prescripteur des autres enregistrements du bloc
- R 402420 : Numéro d'identification du prescripteur inconnu dans le fichier de l'O.A.
R 402421 : Numéro d'identification du prescripteur clôturé ou sanctionné à la date de prescription
R 402422 : Code qualification inconnu pour ce prescripteur à la date de prescription
R 402440 : Prescripteur non habilité à la date de prescription
(☞ 7) R 402441 : Zone = 0 et il s'agit des médicaments délivrés à des patients non hospitalisés, à l'exception des codes 0751015, 0750116, 0960293, 0961015, 0960374 ou 0960396
B 402601 : Contenu zone différent de zéro

- B 402701 : Montant intervention personnelle non numérique
R 402703 : Montant intervention personnelle non autorisé
B 402705 : Première position du montant différente de + ou -
B 402706 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
R 402712 : Signe de l'intervention personnelle incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 40 Z 19)
- (☞ 3) R 402713 : Quote-part personnelle $\neq 0$ et ET 40 Z 4 = 0750212.
S 402740 : Montant intervention personnelle réglementaire égal à zéro et ET 40 Z 33 $\neq 1$
R 402741 : Montant intervention personnelle incorrect
R 402742 : Montant de l'intervention personnelle trop élevé
S 402744 : Montant intervention personnelle correct et ET 40 Z 33 = 1
B 402901 : Contenu zone différent de zéro
B 403001 : Montant supplément non numérique
R 403003 : Montant supplément non autorisé
B 403005 : Première position du montant différente de + ou -
B 403006 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
R 403012 : Signe du montant supplément est incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 40 Z 19)
- (☞ 7) R 403017 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le montant supplément est différent de zéro.
S 403040 : Montant supplément erroné
S 403042 : Montant supplément est supérieur au maximum autorisé
B 403201 : Exception tiers payant non numérique
R 403203 : Exception tiers payant non autorisée
- (☞ 7) R 403217 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et l'exception tiers payant est différente de l'exception tiers payant dans les autres enregistrements du bloc.
R 403221 : Il s'agit d'une exception à l'interdiction du règlement tiers payant mais l'attestation n'est pas fournie avec la facture papier
R 403240 : La mention de l'exception à l'interdiction du règlement tiers payant fait défaut
- (☞ 6) B 403301 : Code facturation non numérique
(☞ 6) R 403303 : Code facturation non autorisé
(☞ 7) R 403317 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code facturation est différent du code facturation dans les autres enregistrements du bloc.
- (☞ 1) B 403401 : Code exception prophylaxie (pour séjours débutant avant le 01/07/2006) non numérique
(☞ 1) R 403403 : Code exception prophylaxie (pour séjours débutant avant le 01/07/2006) non autorisé
(☞ 7) R 403417 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code exception prophylaxie est différent du code exception prophylaxie dans les autres enregistrements du bloc.
- B 403601 : Flag DCI non numérique
R 403603 : Flag DCI non autorisé
- (☞ 7) R 403617 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le flag DCI est différent du flag DCI dans les autres enregistrements du bloc.
- B 403701 : Code forme galénique non numérique
R 403703 : Code forme galénique non autorisé
R 403753 : Code forme galénique incompatible avec le pseudo-code catégorie
B 403801 : Numéro de l'office de tarification non numérique
R 403802 : Numéro de l'office de tarification avec check-digit erroné
R 403803 : Numéro de l'office de tarification non autorisé
B 403804 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- (☞ 7) R 403817 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le numéro de l'office de tarification est différent du numéro de l'office de tarification dans les autres enregistrements du bloc.
R 403840 : Numéro de l'office de tarification absent
B 403901 : Montant intervention personnelle théorique patient non numérique
R 403903 : Montant intervention personnelle théorique patient non autorisé
B 403905 : Première position du montant différente de + ou -
B 403906 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
R 403912 : Signe de l'intervention personnelle théorique patient incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 40 Z 19)
- (☞ 7) R 403917 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et l'intervention personnelle théorique est différente de zéro.
R 403940 : Montant intervention personnelle théorique patient erroné

- B 404001 : Numéro d'identification du produit non numérique
R 404002 : Numéro d'identification du produit avec check-digit erroné
R 404003 : Numéro d'identification du produit non autorisé
B 404004 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
(☞ 4) ~~R 404010 : Numéro d'identification du produit = 07799992, 07799984 ou 07799976 et zone 42-43-44-45 absente. R 404210~~
(☞ 4) ~~S 404011 : Numéro d'identification du produit ≠ 07799992, 07799984 ou 07799976 et zone 42-43-44-45 présente. S 404211~~
R 404020 : Numéro d'identification du produit inconnu dans le fichier de l'O.A.
(☞ 1) R 404040 : Numéro d'identification du produit absent et il ne s'agit pas de préparations magistrales délivrées aux patients ambulants, ni de forfaits
R 404042 : Numéro d'identification du produit incompatible avec le code sexe du bénéficiaire
R 404043 : Numéro d'identification du produit incompatible avec l'âge du bénéficiaire
R 404046 : Numéro d'identification du produit pour lequel un accord médical est requis et cet accord fait défaut
R 404047 : Numéro d'identification du produit non remboursable (le délai de renouvellement n'est pas atteint)
R 404048 : Numéro d'identification du produit incompatible avec l'accord médical délivré
(☞ 4) ~~R 404053 : Numéro d'identification du produit incompatible avec le (pseudo-)code catégorie médicament. R 400453~~
R 404055 : Quantité maximum dépassée pendant la période facturée
R 404056 : Numéro d'identification du produit incompatible avec la cause du traitement
R 404210 : Libellé du produit absent et numéro d'identification du produit = 07799992, 07799984 ou 07799976
S 404211 : Libellé du produit présent et numéro d'identification du produit ≠ 07799992, 07799984 ou 07799976
(☞ 7) R 404217 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le libellé du produit est rempli.
B 404601 : Contenu zone différent de zéro
B 404701 : Date de l'accord prestation non numérique
R 404703 : Date de l'accord prestation non autorisée
(☞ 1) R 404711 : Date de l'accord prestation = 0 pour "médicament accord médecin conseil" alors que ET 40 Z 39 ≠ 0
(☞ 7) R 404717 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et la date de l'accord prestation est différente de la date de l'accord prestation dans les autres enregistrements du bloc.
R 404720 : Date de l'accord prestation inconnue dans le fichier de l'O.A.
B 404801 : Code transplantation non numérique
R 404803 : Code transplantation non autorisé
(☞ 7) R 404817 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le code transplantation est différent du code transplantation dans les autres enregistrements du bloc.
B 404901 : Numéro du pharmacien titulaire non numérique
R 404902 : Numéro du pharmacien titulaire avec check-digit erroné
R 404903 : Numéro du pharmacien titulaire non autorisé
B 404904 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
(☞ 7) R 404917 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le numéro du pharmacien titulaire est différent du numéro du pharmacien titulaire dans les autres enregistrements du bloc.
R 404920 : Numéro du pharmacien titulaire inconnu dans le fichier de l'O.A.
B 405001 : Année de naissance non numérique
R 405003 : Année de naissance non autorisée
R 405010 : Année de naissance postérieure à la date actuelle
(☞ 7) R 405017 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et l'année de naissance est différente de l'année de naissance dans les autres enregistrements du bloc.

Annexe 5.2.21 bis

- (☞ 4) B 405101 : Site hospitalier non numérique
- (☞ 4) R 405103 : Site hospitalier non autorisé
- (☞ 4) B 405104 : 2 premiers chiffres de la zone différents de zéro
- (☞ 4) R 405111 : Site hospitalier absent et ET 40 Z 52 ≠ 0
- (☞ 7) R 405117 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et le site hospitalier est différent du site hospitalier dans les autres enregistrements du bloc.
- (☞ 4) R 405120 : Site hospitalier inconnu dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 405201 : Identification association bassin de soins non numérique
- (☞ 4) R 405202 : Identification association bassin de soins avec check-digit erroné
- (☞ 4) R 405203 : Identification association bassin de soins non autorisée
- (☞ 4) B 405204 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- (☞ 7) R 405217 : Enregistrement de détail d'une préparation magistrale et l'identification association bassin de soins est différente de l'identification association bassin de soins dans les autres enregistrements du bloc.
- (☞ 4) R 405220 : Identification association bassin de soins inconnue dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 405301 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405401 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405501 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405601 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405701 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405801 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 405901 : Contenu zone différent de zéro
- B 409801 : Contenu zone différent de zéro
- B 409902 : Chiffre de contrôle de l'enregistrement erroné

Enregistrement de type 50

- B 500101 : Type d'enregistrement non numérique
 B 500103 : Type d'enregistrement non autorisé
 B 500110 : Enregistrement de type 50 non précédé par un enregistrement de type 20, 30, 40 ou 50
 B 500111 : Enregistrement de type 50 non suivi par un enregistrement de type 50 ou 80
 (☞ 4) ~~R 500114 : Type d'enregistrement incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature. **R 500414**~~
 R 500119 : Enregistrement rejeté suite à une erreur dans un autre enregistrement faisant partie du bloc
 R 500130 : Prestation refusée – voir motif du refus dans courrier séparé
 B 500201 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique
 B 500203 : Numéro d'ordre de l'enregistrement non autorisé
 B 500210 : Numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1
 B 500301 : Norme prestation non numérique
 R 500303 : Norme prestation non autorisée
 (☞ 6) R 500317 : Norme implant = 0 dans un enregistrement non précédé d'un enregistrement avec norme 9
 R 500341 : Norme prestation incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
 R 500343 : Norme prestation = 1 ou 2 incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
 R 500344 : Norme prestation = 9 et montant dans la zone 19 et/ou zone 27 ≠ 0
 R 500347 : Norme prestation = 6 et montant dans la zone 27 ≠ 0
 R 500348 : Norme prestation = 7 et montant dans la zone 19 ≠ 0
 B 500401 : (Pseudo-)code nomenclature non numérique
 R 500402 : (Pseudo-)code nomenclature avec check-digit erroné
 R 500403 : (Pseudo-)code nomenclature non autorisé
 B 500404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
 R 500410 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec le type de facture
 (☞ 4) ~~R 500411 : (Pseudo-)code nomenclature correspond à du « sang » et les zones 38, 39 40 et 41 42 sont absentes. **R 503811 et R 503911 et R 504111**~~
 (☞ 6) R 500411 : Code passeport diabétique (0102852) non précédé du code DMG (0102771) pour une maison médicale
 (☞ 4) ~~R 500412 : (Pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à du « sang » et les zones 38, 39 40 et 41 42 sont présentes. **R 503812 et R 503912 et R 504112**~~
 (☞ 7) R 500413 : Ordre des prestations incorrect
 R 500414 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec le type d'enregistrement
 (☞ 4) ~~R 500415 : (Pseudo-)code nomenclature correspond à un test fonctionnel ou à un radio-isotope et la zone 44 45 est absente. **R 504411**~~
 (☞ 4) ~~R 500416 : (Pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à un test fonctionnel ou à un radio-isotope et la zone 44 45 est présente. **R 504412**~~
 R 500417 : Honoraire forfaitaire pour dispensateur de soins infirmiers et enregistrement précédent n'est pas de type 50 avec la norme 9
 R 500418 : Enregistrement de type 50 avec honoraires forfaitaires pour soins infirmiers incompatible avec l'enregistrement statistique précédent
 (☞ 4) ~~R 500419 : (Pseudo-)code nomenclature est 682393 682404, 682415 682426, 682430 682441, 682452-682463, 682474 682485, 682496 682500, 682511 682522, 682754 682765, 682776 682780, 683071 683082, 683093 683104, 683115 683126, 683130 683141, 683152 683163, 683410 683421, 683690 683701, 683712 683723, 684154 684165, 684530 684541, 684714 684725, 684736 684740, 684810 684821, 684832 684843, 685333 685344, 685554 685565, 685591 685602, 685694 685705, 686232 686243, 686254 686265, 686276 686280, 686814 686825, 686836 686840, 686851 686862, 686873 686884, 687050 687061, 687072 687083, 687094 687105, 687116 687120, 687131 687142, 687153 687164, 687175 687186, 687190 687201, 687735 687746, 687750 687761, 687875 687886, 687934 687945, 688251 688262, 688273 688284, 688295 688306, 688310 688321, 688332 688343, 688354 688365, 688376 688380, 688391 688402, 688516 688520, 688531 688542, 688553 688564, 688575 688586, 688590 688601, 688612 688623, 688634 688645, 688656 688660, 688671 688682, 688693 688704, 688715 688726, 688730 688741, 688752 688763, 688774 688785, 688796 688800, 688811 688822, 688833 688844, 688855 688866, 688870 688881, 688892 688903, 688914 688925, 688936 688940, 688951 688962, 688973 688984, 689415 689426, 689430 689441, 689931 689942, 689953 689964, 689975 689986 et la zone 43 est absente. **R 504311**~~
 (☞ 4) R 500420 : (Pseudo-)code nomenclature non valable à la date mentionnée dans l'ET 50 Z 5 et/ou ET 50 Z 6.
 R 500421 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec la mutualité de destination
 R 500423 : Prestation déjà facturée

- (☞ 6) R 500424 : Prestation de soins infirmiers incompatible avec un séjour en MRS ou MRPA
 (☞ 6) R 500425 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec le numéro de l'établissement qui facture (ET 20 Z 14).
- (☞ 7) R 500426 : Soins dentaires préventifs tarifés différemment car pas de contacts l'année précédente
 R 500430 : Prestation refusée à la demande de l'établissement
 R 500431 : Tiers-payant interdit pour cette prestation
 R 500434 : Prestation à ne pas réintroduire car traitée manuellement par la fédération
 R 500435 : Prestation chirurgicale dans le même champ opératoire qu'une autre prestation chirurgicale
- (☞) R 500436 * : Plusieurs prestations chirurgicales : seule la prestation principale est facturable à 100%.
 (☞) R 500437 : Document réglementaire exigé pour avis au Médecin-conseil fait défaut ou éronnement complété.
- (☞ 6) R 500440 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec le code implant (ET 50 Z 43)
 (☞ 4) ~~R 500440 : (Pseudo-)code nomenclature non autorisé pour ce lieu de prestation (ET 50 Z 14). R 501440~~
 R 500441 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec la qualité du bénéficiaire
 (☞ 4) ~~R 500442 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec le code sexe du bénéficiaire. R 500942~~
 R 500443 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec l'âge du bénéficiaire
 R 500444 : Prestation non cumulable avec une autre prestation effectuée le même jour
 R 500445 : Prestation non cumulable avec une autre prestation effectuée pendant la même période
 R 500446 : Prestation pour laquelle un accord médical est requis et cet accord fait défaut
 R 500447 : Prestation non remboursable (le délai de renouvellement n'est pas atteint)
 R 500448 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec la décision du médecin-conseil
- (☞ 4) ~~R 500449 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec le code service. R 501349~~
 R 500450 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec l'affiliation du bénéficiaire dans une maison médicale
 R 500451 : (Pseudo-)code nomenclature forfait par prescription biologie clinique ambulatoire non accompagné de prestations
 E 500452 : Première prestation facturée n'est pas la première prestation de base
- (☞ 4) ~~R 500453 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec la prestation relative. R 501753~~
 R 500454 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec le taux de remboursement
- (☞ 4) ~~R 500455 : Nombre maximum de prestations dépassé pendant la période facturée. R 502255~~
 R 500456 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec la cause du traitement
 R 500457 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec la durée d'hospitalisation
 R 500458 : Soins infirmiers à domicile, forfaits et pseudo-codes :
 - nombre de 1^{ères} prestations de base < nombre de forfaits ou
 - nombre de 2^{èmes} prestations de base < nombre de forfaits C ou
 - forfait sans toilette
- R 500459 : (Pseudo-)code nomenclature incompatible avec les prestations de base pour soins infirmiers mentionnées
- (☞) R 500463 * : Prestation non accompagnée de la prestation maître
 B 500501 : Date première prestation effectuée non numérique
 R 500503 : Date première prestation effectuée non autorisée
 R 500510 : Date première prestation effectuée postérieure à la date actuelle, excepté pour les maisons médicales (différence = maximum 1 mois)
- R 500511 : Date première prestation effectuée antérieure à la date d'admission (E.T. 20 Z 5)
 (☞ 4) ~~R 500512 : Date première prestation effectuée postérieure à la date dernière prestation effectuée (E.T. 50 Z 6). R 500612~~
 R 500513 : Date première prestation effectuée postérieure à la date de sortie (E.T. 20 Z 6)
 R 500514 : Date première prestation effectuée différente de la date d'admission ou transfert en service aigu
 R 500517 : Pour les honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, la date première prestation effectuée est différente des autres dates première prestation effectuée faisant partie du bloc
- (☞ 4) ~~R 500520 : (Pseudo-)code nomenclature inconnu à la date première prestation effectuée. R 500420~~
 R 500522 : CT1-CT2 (E.T. 20 Z 27) à la date de la première prestation effectuée ≠ du CT1-CT2 dans le fichier de l'O.A.
 R 500523 : CT1-CT2 (E.T. 20 Z 27) à la date de la première prestation effectuée ≠ du CT1-CT2 mentionné sur les documents d'hospitalisation
 E 500524 : CT1-CT2 (E.T. 20 Z 27) à la date de la première prestation effectuée ≠ du CT1-CT2 mentionné dans le fichier de l'O.A ou sur les documents d'hospitalisation et pas d'influence sur la facturation

* ces codes erreur ne sont pas pris en compte pour le calcul du pourcentage d'erreur

- (☞) R 500525 : Date de prestation en dehors de la période d'engagement de paiement.
- R 500540 : Bénéficiaire non en règle à la date première prestation effectuée
- R 500541 : Hospitalisation inconnue (pas de 721 bis)
- R 500542 : Hospitalisation non reconnue (pas de 723)
- R 500543 : Fin d'hospitalisation absente (pas de 727)
- R 500544 : Déjà remboursé (double facturation)
- R 500545 : Bénéficiaire hospitalisé à la date première prestation effectuée (prestations ambulatoires)
- R 500546 : Période de péremption échue
- R 500547 : Date première prestation effectuée postérieure au mois facturé (ET 10 Z 23)
- R 500548 : Date première prestation effectuée incompatible avec la période de l'accord médecin-conseil
- (☞) R 500549 : Patient décédé avant la date de prestation.
- (☞ 6) E 500551 : Date première prestation effectuée \geq 1/1/2008 et CT2 = 900 ou 901
- (☞ 6) R 500552 : Date première prestation incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature (jour férié/week-end)
- B 500601 : Date dernière prestation effectuée non numérique
- R 500603 : Date dernière prestation effectuée non autorisée
- R 500610 : Date dernière prestation effectuée postérieure à la date actuelle, excepté pour les maisons médicales (différence = maximum 1 mois)
- R 500611 : Date dernière prestation effectuée antérieure à la date d'admission (ET 20 Z 5)
- R 500612 : Date dernière prestation effectuée antérieure à la date première prestation effectuée
- R 500613 : Date dernière prestation effectuée postérieure à la date de sortie (ET 20 Z 6) (pas d'application en cas de prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie, de médecine nucléaire in vitro et d'exams génétiques ou si pseudo-code nomenclature 0960046)
- R 500614 : Date dernière prestation effectuée différente de la date d'admission ou transfert en service aigu
- R 500617 : Pour les honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, la date dernière prestation effectuée est différente des autres dates dernière prestation effectuée faisant partie du bloc
- (☞ 4) ~~R 500620 : (Pseudo-)code nomenclature inconnu à la date dernière prestation effectuée. R 500420~~
- R 500622 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernière prestation effectuée \neq du CT1-CT2 dans le fichier de l'O.A.
- R 500623 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernière prestation effectuée \neq du CT1-CT2 mentionné sur les documents d'hospitalisation
- E 500624 : CT1-CT2 (ET 20 Z 27) à la date dernière prestation effectuée \neq du CT1-CT2 mentionné dans le fichier de l'O.A. ou sur les documents d'hospitalisation et pas d'influence sur la facturation
- R 500640 : Bénéficiaire non en règle à la date dernière prestation effectuée
- R 500641 : Hospitalisation inconnue (pas de 721 bis)
- R 500642 : Hospitalisation non reconnue (pas de 723)
- R 500643 : Fin d'hospitalisation absente (pas de 727)
- R 500644 : Déjà remboursé (double facturation)
- R 500645 : Bénéficiaire hospitalisé à la date dernière prestation effectuée (prestations ambulatoires) (pas d'application en cas de prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie, de médecine nucléaire in vitro et d'exams génétiques)
- R 500646 : Période de péremption échue
- R 500647 : Date dernière prestation effectuée postérieure au mois facturé (ET 10 Z 23)
- R 500648 : Date dernière prestation effectuée incompatible avec la période de l'accord médecin conseil
- (☞ 4) R 500649 : Patient décédé avant la date de prestation
- (☞ 4) ~~R 500655 : Incompatibilité entre la période facturée et le nombre de prestations. R 502240~~
- B 500701 : Numéro mutualité d'affiliation non numérique
- R 500703 : Numéro mutualité d'affiliation non autorisé
- (☞ 4) ~~R 500710 : Numéro mutualité d'affiliation incompatible avec numéro mutualité de destination (ET 20 Z 18). R 500712 et F 201810~~
- R 500712 : Numéro mutualité d'affiliation différent de l'ET 20 Z 7. Ce code erreur ne s'applique pas aux unions nationales 2, 4 et 5

- B 501901 : Montant intervention de l'assurance non numérique
 R 501903 : Montant intervention de l'assurance non autorisé
 B 501905 : Première position du montant différente de + ou -
 B 501906 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
 R 501940 : Montant intervention de l'assurance erroné.
 R 501942 : Somme des montants intervention de l'assurance dépasse le plafond
 (☞ 7) R 501943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
 (☞ 7) R 501944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
 (☞ 6) R 501946 : Montant intervention personnelle interdit avec ET 50 Z 33 = 3
 B 502001 : Date de prescription non numérique
 R 502003 : Date de prescription non autorisée
 R 502004 : Date de prescription fait défaut alors qu'elle est indispensable
 R 502010 : Date de prescription antérieure à la date d'admission
 (☞ 7) R 502011 : Date de prescription absente et numéro de prescripteur présent
 (☞ 7) R 502012 : Date de prescription présente et numéro de prescripteur absent (ou norme prescripteur = 3)
 R 502013 : Date de prescription postérieure à la date de sortie
 R 502020 : Date de prescription inconnue dans le fichier de l'O.A.
 R 502021 : Date de prescription différente de la date sur le 703ter dans le fichier de l'O.A.
 R 502022 : La prescription fait défaut
 R 502041 : Hospitalisation inconnue à la date de prescription
 R 502045 : Bénéficiaire hospitalisé à la date de prescription (prestations ambulatoires)
 (☞ 4) R 502049 : Patient décédé avant la date de prescription
 B 502201 : Nombre d'unités non numérique
 R 502203 : Nombre d'unités non autorisé
 B 502205 : Première position de la zone différente de + ou -
 B 502206 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
 R 502212 : Signe nombre d'unités incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 50 Z 19)
 (☞ 4) R 502240 : Nombre d'unités incompatible avec la période facturée (ET 50 Z 5 et Z 6)
 R 502241 : Nombre d'unités doit être égal à 1
 R 502255 : Nombre d'unités maximum de prestation dépassé pendant la période facturée
 B 502301 : Nombre de coupes non numérique
 R 502303 : Nombre de coupes non autorisé
 B 502401 : Numéro d'identification du prescripteur non numérique
 R 502402 : Numéro d'identification du prescripteur avec check-digit erroné
 R 502403 : Numéro d'identification du prescripteur non autorisé
 B 502404 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
 R 502405 : Numéro d'identification du prescripteur fait défaut, bien qu'il soit indispensable
 R 502420 : Numéro d'identification du prescripteur inconnu dans le fichier de l'O.A.
 R 502421 : Numéro d'identification du prescripteur clôturé ou sanctionné à la date de prescription
 R 502422 : Code qualification inconnu pour ce prescripteur à la date de prescription
 R 502440 : Prescripteur non habilité à la date de prescription
 (☞ 4) ~~R 502441 : Prescripteur incompatible avec la norme prescripteur. R 502641~~
 B 502601 : Norme prescripteur non numérique
 R 502603 : Norme prescripteur non autorisée
 (☞ 4) R 502641 : Norme prescripteur incompatible avec le numéro du prescripteur (zone 24) et/ou du dispensateur (zone 15)
 B 502701 : Montant intervention personnelle patient non numérique
 R 502703 : Montant intervention personnelle patient non autorisé
 B 502705 : Première position du montant différente de + ou -
 B 502706 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
 R 502712 : Signe intervention personnelle patient incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 50 Z 19)

- S 502740 : Montant de l'intervention personnelle réglementaire patient trop bas ou nul et ET 50 Z 33 \neq 1
R 502741 : Montant de l'intervention personnelle incorrect
R 502742 : Montant de l'intervention personnelle patient trop élevé
S 502744 : Montant de l'intervention personnelle patient correct et ET 50 Z 33 = 1
(☞ 6) E 502745 : Montant de la contribution forfaitaire soins d'urgence incorrect (prestations avant le 1/7/2007)
(☞ 6) R 502746 : Montant intervention personnelle patient interdit avec ET 50 Z 33 = 3
B 502901 : Code dent traitée non numérique
R 502903 : Code dent traitée non autorisé
R 502940 : Code dent traitée absent
R 502953 : Code dent traitée incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
B 503001 : Montant supplément non numérique
R 503003 : Montant supplément non autorisé
B 503005 : Première position du montant différente de + ou -
B 503006 : Partie numérique de la zone contient un montant signé
R 503012 : Signe montant supplément incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance (ET 50 Z 19)
(☞ 1) S 503040 : Montant supplément erroné
(☞ 1) S 503041 : Montant supplément doit être mentionné pour la prestation reprise en zone 4
(☞ 1) S 503042 : Montant supplément est supérieur au maximum autorisé
R 503044 : Montant supplément \neq 0 et le montant patient devrait figurer dans la zone intervention personnelle (R 50 Z 27)
B 503201 : Exception tiers payant non numérique
R 503203 : Exception tiers payant non autorisée
R 503221 : Il s'agit d'une exception à l'interdiction du règlement tiers payant mais l'attestation n'est pas fournie avec la facture papier
R 503240 : La mention de l'exception à l'interdiction du règlement tiers payant fait défaut
(☞ 6) B 503301 : Code facturation non numérique
(☞ 6) R 503303 : Code facturation non autorisé
(☞ 7) R 503310 : Code facturation = 3 ou 4 et type de facture (ET 20 Z 10) \neq 1
(☞ 7) R 503311 : Code facturation = 3 ou 4 et prestation non concernée par le MAF
(☞ 7) R 503320 : Code facturation = 3 ou 4 et pas de communication, par l'OA, « plafond MAF atteint »
(☞ 7) R 503321 : Code facturation \neq 3 ou 4 et communication, par l'OA, « plafond MAF atteint »
B 503401 : Code membre traité non numérique
R 503403 : Code membre traité non autorisé
R 503411 : Code membre traité absent et il s'agit de prestations d'ophtalmologie ou de radiographies du système ostéo-articulaire
B 503501 : Code prestataire conventionné non numérique
R 503503 : Code prestataire conventionné non autorisé
R 503520 : Code prestataire conventionné inconnu dans le fichier de l'O.A.
B 503601 : Heure de prestation non numérique
R 503603 : Heure de prestation non autorisée
B 503801 : Numéro d'identification administrateur du sang non numérique
R 503802 : Numéro d'identification administrateur du sang avec check-digit erroné
R 503803 : Numéro d'identification administrateur du sang non autorisé
B 503804 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
R 503811 : Numéro d'identification administrateur du sang absent et (pseudo-)code nomenclature correspond à du "sang"
R 503812 : Numéro d'identification administrateur du sang présent et (pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à du "sang"
R 503820 : Numéro d'identification administrateur du sang inconnu dans le fichier de l'O.A.
R 503821 : Numéro d'identification administrateur du sang clôturé ou sanctionné
R 503822 : Code qualification inconnu pour l'administrateur du sang à la date de prestation

- R 503840 : L'administrateur du sang est inapte
 B 503901 : Numéro d'attestation d'administration non numérique
 R 503903 : Numéro d'attestation d'administration non autorisé
 R 503911 : Numéro d'attestation d'administration absent et (pseudo-)code nomenclature correspond à du "sang"
 R 503912 : Numéro d'attestation d'administration présent et (pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à du "sang"
 R 504111 : Numéro bon de délivrance ou sac absent et (pseudo-)code nomenclature correspond à du "sang"
 R 504112 : Numéro bon de délivrance ou sac présent et (pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à du "sang"
 B 504301 : Code implant non numérique
 R 504302 : Code implant avec check-digit erroné
 R 504303 : Code implant non autorisé
 (☞ 7) R 504311 : Code implant absent et (pseudo-)code nomenclature est 682393-682404, 682415-682426, 682430-682441, 682452-682463, 682474-682485, 682496-682500, 682511-682522, 682754-682765, 682776-682780, 683071-683082, 683093-683104, 683115-683126, 683130-683141, 683152-683163, 638174-683185, 683196-683200, 683410-683421, 683432-683443, 683454-683465, 683476-683480, 683491-683502, 683513-683524, 683535-683546, 683690-683701, 684154-684165, 684530-684541, 684714-684725, 684736-684740, 684810-684821, 684832-684843, 685333-685344, 685554-685565, 685591-685602, 685694-685705, 686232-686243, 686254-686265, 686276-686280, 686453-686464, 686792-686803, 686814-686825, 686836-686840, 686851-686862, 686873-686884, 687050-687061, 687072-687083, 687094-687105, 687116-687120, 687131-687142, 687153-687164, 687175-687186, 687190-687201, 687735-687746, 687750-687761, 687875-687886, 687934-687945, 688251-688262, 688273-688284, 688295-688306, 688310-688321, 688332-688343, 688354-688365, 688376-688380, 688391-688402, 688516-688520, 688531-688542, 688553-688564, 688575-688586, 688590-688601, 688612-688623, 688634-688645, 688656-688660, 688671-688682, 688693-688704, 688715-688726, 688730-688741, 688752-688763, 688774-688785, 688796-688800, 688811-688822, 688833-688844, 688855-688866, 688870-688881, 688892-688903, 688914-688925, 688936-688940, 688951-688962, 688973-688984, 689415-689426, 689430-689441, 689754-689765, 689776-689780, 689931-689942, 689953-689964, 689975-689986, 691633-691644, 691655-691666, 691670-691681, 693910-693921, 695074-695085, 695096-695100, 695111-695122, 695133-695144, 695155-695166, 695170-695181, 695192-695203, 695214-695225, 695236-695240, 695251-695262, 695273-695284, 695295-695306, 695310-695321, 695332-695343, 695354-695365, 695376-695380, 695391-695402, 695413-695424, 695435-695446, 695450-695461, 697675-697686, 697690-697701, 697712-697723, 697734-697745, 697756-697760, 697771-697782, 697793-697804, 697815-697826, 698552-698563, 698574-698585, 698596-698600, 698611-698622, 698633-698644, 698655-698666, 698670-698681, 698692-698703, 740272-740283.

- (☞ 7) R 504312 : Code implant présent et (pseudo-)code nomenclature ≠ un des (pseudo-) codes-nomenclature énumérés dans le code-erreur R 504311.
- R 504320 : Code implant inconnu dans le fichier de l'O.A.
- R 504411 : Libellé du produit absent et le (pseudo-)code nomenclature correspond à un test fonctionnel, à un radio-isotope ou à un code 0960XXX
- (☞ 4) R 504412 : Libellé du produit présent et le (pseudo-)code nomenclature ne correspond pas à un test fonctionnel, à un radio-isotope ou à un code 0960XXX.
- B 504601 : Norme plafond non numérique
- R 504603 : Norme plafond non autorisée
- R 504640 : Norme plafond = 8 pour une série de prestations pour patients hospitalisés et il s'agit de prestations ambulatoires
- R 504641 : Norme plafond incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature
- R 504642 : Norme plafond = 7 non précédée par un enregistrement de type 50 avec norme plafond = 8
- R 504643 : Norme plafond incompatible avec le numéro de la prestation
- R 504645 : Norme plafond = 7 et montant O.A. égal au tarif officiel
- R 504646 : Norme plafond = 8 et montant O.A. inférieur au tarif officiel
- B 504701 : Date de l'accord prestation non numérique
- R 504703 : Date de l'accord prestation non autorisée
- R 504720 : Date de l'accord prestation inconnue dans le fichier de l'O.A.
- B 504801 : Code transplantation non numérique
- R 504803 : Code transplantation non autorisé
- B 504901 : Contenu zone différent de zéro
- B 505001 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 4) B 505101 : Site hospitalier non numérique
- (☞ 4) R 505103 : Site hospitalier non autorisé
- (☞ 4) B 505104 : 2 premiers chiffres de la zone différents de zéro
- (☞ 4) R 505111 : Site hospitalier absent et ET 50 Z 52 ≠ 0
- (☞ 4) R 505120 : Site hospitalier inconnu dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 505201 : Identification association bassin de soins non numérique
- (☞ 4) R 505202 : Identification association bassin de soins avec check-digit erroné
- (☞ 4) R 505203 : Identification association bassin de soins non autorisée
- (☞ 4) B 505204 : Premier chiffre de la zone différent de zéro
- (☞ 4) R 505220 : Identification association bassin de soins inconnue dans le fichier de l'OA
- (☞ 4) B 505301 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505401 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505501 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505601 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505701 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505801 : Contenu zone différent de zéro
- (☞ 6) B 505901 : Contenu zone différent de zéro
- B 509801 : Contenu zone différent de zéro
- B 509902 : Chiffre de contrôle de l'enregistrement erroné

	B 901901	: Montant compte financier A non numérique
	B 901903	: Montant compte financier A non autorisé
	B 901905	: Première position du montant différente de + ou -
	B 901906	: Partie numérique de la zone contient un montant signé
	B 901910	: Montant compte financier A différent du total de tous les enregistrements de type 80
	B 901920	: Montant compte financier A différent du montant A sur le bordereau d'expédition
	B 902001	: Contenu zone différent de zéro
	B 902101	: Contenu zone différent de zéro
	B 902201	: Année facturée non numérique
	B 902203	: Année facturée non autorisée
	B 902204	: Premier chiffre de la zone différent de zéro
	B 902212	: Contenu différent de celui de l'ET 10 Z 22
	B 902301	: Mois facturé non numérique
	B 902303	: Mois facturé non autorisé
	B 902312	: Contenu différent de celui de l'ET 10 Z 23
	B 902401	: Contenu zone différent de zéro
	B 902501	: Contenu zone différent de zéro
	B 902601	: Contenu zone différent de zéro
	B 902701	: Contenu zone différent de zéro
	B 902901	: Contenu zone différent de zéro
	B 903001	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 7)	B 903112	: Contenu zone différent de l'ET 10 Z 31-32-33-34
	B 903501	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 7)	B 903612	: Contenu zone différent de l'ET 10 Z 36-37-38-39-40-41
	B 904201	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 7)	B 904312	: Contenu zone différent de l'ET 10 Z 43a
	B 904401	: Contenu zone différent de zéro
	B 904501	: Contenu zone différent de zéro
	B 904601	: Contenu zone différent de zéro
	B 904701	: Contenu zone différent de zéro
	B 904801	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 7)	B 904912	: Contenu zone différent de l'ET 10 Z 49-50-51-52
(☞ 4)	B 905301	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 6)	B 905401	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 6)	B 905501	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 6)	B 905601	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 6)	B 905701	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 6)	B 905801	: Contenu zone différent de zéro
(☞ 6)	B 905901	: Contenu zone différent de zéro
	B 909802	: Chiffre de contrôle de l'envoi erroné
	B 909902	: Chiffre de contrôle de l'enregistrement erroné

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. MEDICAM.	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° C.PTE 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° C.PTE FINANCIER	REF. N° C.PTE FINANCIER	REF. N° C.PTE 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	0	N° ETS. DE SEJOUR	IDENT. CONV./ETS. SEJOUR	IDENT. CONV./ETS. SEJOUR	IDENT. DISPENSATEUR	SIGNE + MONT. C.PTE FINANCIER B	SIGNE + MONT. TOTAL C.PTE 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. C.PTE FINANCIER A	SIGNE + MONT. TOTAL C.PTE FIN. A
20	7 N	100-106	0	DATE DE L'ACCORD	0	R DATE DE LA	DATE DE LA	0	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 TRAITEE	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 C.PTE 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	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS	0		CODE IMPLANT	0	BIC - COMPTE FINANCIER B
43 b	1 N	230-230	0		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	0	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	RESERVE
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 A	100 - 106	RESERVE
21	1 A	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 A	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 6.2

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 20
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	AUTORISATION TIERS PAYANT
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	TYPE DE FACTURATION
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	12 N	68 - 79	ETABLISSEMENT DE SEJOUR
16	1 N	80 - 80	CODE LEVEE DELAI DE PRESCRIPTION
17	4 N	81 - 84	CAUSES DU TRAITEMENT
18	3 N	85 - 87	NUMERO MUTUALITE DE DESTINATION
19	12 N	88 - 99	NUMERO D'ADMISSION
20	7 N	100 - 106	DATE ACCORD TRAITEMENT (PARTIE 1)
21	1 N	107 - 107	DATE ACCORD TRAITEMENT (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	APPLICATION FRANCHISE SOCIALE
27	10 N	128 - 137	CT 1 + CT 2
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT
29	2 N	163 - 164	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 1)
30	2 N	165 - 166	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 2)
31	8 N	167 - 174	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 3)
32	1 N	175 - 175	FLAG IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE
33	1 N	176 - 176	RESERVE
34	1 N	177 - 177	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 1)
35	1 N	178 - 178	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 2)
36	1 N	179 - 179	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 3)
37	3 N	180 - 182	NUMERO MUTUALITE FACTURATION PRECEDENTE
38	12 A	183 - 194	REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)
39	10 A	195 - 204	REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)
40	2 N	205 - 206	RESERVE
41	6 N	207 - 212	ANNEE ET MOIS DE FACTURATION PRECEDENTE
42	6 A	213 - 218	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 1)
43 a	11 A	219 - 229	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 2)
43 b	1 A	230-230	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 3)
44	4 A	231 - 234	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 4)
45	26 A	235 - 260	DONNEES DE REFERENCE RESEAU OU CARTE SIS (PARTIE 5)
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	RESERVE
48	1 N	270 - 270	RESERVE
49	12 A	271 - 282	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)
50	4 A	283 - 286	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)
51	6 A	287-292	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)
52	12 N	293-304	RESERVE
53	8 N	305-312	DATE DEBUT ASSURABILITE
54	8 N	313-320	DATE FIN ASSURABILITE
55	8 N	321-328	DATE COMMUNICATION INFORMATION
56	4 N	329-332	MAF ANNEE EN COURS
57	4 N	333-336	MAF ANNEE EN COURS - 1
58	4 N	337-340	MAF ANNEE EN COURS - 2
59	6 N	341-346	RESERVE
98	2 N	347 - 348	RESERVE
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

Annexe 6.3

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 30
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	NORME JOURNEE D'ENTRETIEN
4	7 N	10 - 16	PSEUDO-CODE JOURNEE D'ENTRETIEN ET FORFAIT
5	8 N	17 - 24	DATE PREMIER JOUR FACTURE
6 a	4 N	25 - 28	DATE DERNIER JOUR FACTURE (PARTIE 1)
6 b	4 N	29 - 32	DATE DERNIER JOUR FACTURE (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	ACCOUCHEMENT
11	1 N	51 - 51	REFERENCE NUMERO DE COMPTE FINANCIER
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	CODE SERVICE
14	12 N	56 - 67	LIEU DE PRESTATION
15	12 N	68 - 79	IDENTIFICATION CONVENTION/ETABLISSEMENT DE SEJOUR
16	1 N	80 - 80	RESERVE
17	4 N	81 - 84	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 1)
18	3 N	85 - 87	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE
20	7 N	100 - 106	RESERVE
21	1 N	107 - 107	RESERVE
22	1 A + 4 N	108 - 112	SIGNE + NOMBRE DE JOURS OU FORFAITS
23	2 N	113 - 114	RESERVE
24	1 A + 4 N	115 - 119	SIGNE + MONTANT INDICATIF ORDRE DE GRANDEUR FRAIS DE SEJOUR (PARTIE 1)
25	7 N	120 - 126	MONTANT INDICATIF ORDRE DE GRANDEUR FRAIS DE SEJOUR (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	EXCEPTION TIERS PAYANT
33	1 N	176 - 176	CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT
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	12 N	183 - 194	RESERVE
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	DATE ACCORD PRESTATION
48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATION
49	12 N	271 - 282	RESERVE
50	4 N	283 - 286	RESERVE
51	6N	287-292	SITE HOSPITALIER
52	12N	293-304	IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS
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 6.4

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 40
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	NORME PRESTATION
4	7 N	10 - 16	PSEUDO-CODES CATEGORIE MEDICAMENT
5	8 N	17 - 24	DATE PREMIER JOUR FACTURE
6 a	4 N	25 - 28	DATE DERNIER JOUR FACTURE (PARTIE 1)
6 b	4 N	29 - 32	DATE DERNIER JOUR FACTURE (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	ACCOUCHEMENT
11	1 N	51 - 51	REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER
12	1 N	52 - 52	RESERVE
13	3 N	53 - 55	CODE SERVICE
14	12 N	56 - 67	LIEU DE PRESTATION
15	12 N	68 - 79	IDENTIFICATION CONVENTION/ETABLISSEMENT DE SEJOUR
16	1 N	80 - 80	MEDICAMENTS GRATUITS
17	4 N	81 - 84	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 1)
18	3 N	85 - 87	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE
20	7 N	100 - 106	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 1)
21	1 N	107 - 107	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	SIGNE + NOMBRE D'UNITES
23	2 N	113 - 114	UNITE
24	5 N	115 - 119	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 1)
25	7 N	120 - 126	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (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	EXCEPTION TIERS PAYANT
33	1 N	176 - 176	CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT
34	1 N	177 - 177	CODE EXCEPTION PROPHYLAXIE (PARTIE 1)
35	1 N	178 - 178	CODE EXCEPTION PROPHYLAXIE (PARTIE 2)
36	1 N	179 - 179	FLAG DCI
37	3 N	180 - 182	FORME GALENIQUE
38	12 N	183 - 194	NUMERO OFFICE DE TARIFICATION
39	1 A + 9 N	195 - 204	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT THEORIQUE
40	2 N	205 - 206	NUMERO DU PRODUIT (PARTIE 1)
41	6 N	207 - 212	NUMERO DU PRODUIT (PARTIE 2)
42	6 A	213 - 218	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 1)
43 a	11 A	219 - 229	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 2)
43 b	1 A	230-230	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 3)
44	4 A	231 - 234	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 4)
45	26 A	235 - 260	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 5)
46	1 N	261 - 261	RESERVE
47	8 N	262 - 269	DATE ACCORD PRESTATION
48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATION
49	12 N	271 - 282	NUMERO DU PHARMACIEN TITULAIRE
50	4 N	283 - 286	ANNEE DE NAISSANCE
51	6N	287-292	SITE HOSPITALIER
52	12N	293-304	IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS
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 6.5

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 50
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT
3	1 N	9 - 9	NORME PRESTATION (POURCENTAGE)
4	7 N	10 - 16	CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE
5	8 N	17 - 24	DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE
6 a	4 N	25 - 28	DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE (PARTIE 1)
6 b	4 N	29 - 32	DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE (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	ACCOUCHEMENT
11	1 N	51 - 51	REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER
12	1 N	52 - 52	NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE
13	3 N	53 - 55	CODE SERVICE
14	12 N	56 - 67	LIEU DE PRESTATION
15	12 N	68 - 79	IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR
16	1 N	80 - 80	NORME DISPENSATEUR
17	4 N	81 - 84	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 1)
18	3 N	85 - 87	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE
20	7 N	100 - 106	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 1)
21	1 N	107 - 107	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	SIGNE + NOMBRE D'UNITES
23	2 N	113 - 114	NOMBRE DE COUPES
24	5 N	115 - 119	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 1)
25	7 N	120 - 126	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 2)
26	1 N	127 - 127	NORME PRESCRIPTEUR
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	DENT TRAITEE
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	EXCEPTION TIERS PAYANT
33	1 N	176 - 176	CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT
34	1 N	177 - 177	MEMBRE TRAITE
35	1 N	178 - 178	PRESTATAIRE CONVENTIONNE
36	1 N	179 - 179	HEURE DE PRESTATION (PARTIE 1)
37	3 N	180 - 182	HEURE DE PRESTATION (PARTIE 2)
38	12 N	183 - 194	IDENTIFICATION ADMINISTRATEUR DU SANG
39	10 N	195 - 204	NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION (PARTIE 1)
40	2 N	205 - 206	NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION (PARTIE 2)
41	6 A	207 - 212	NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC (PARTIE 1)
42	6 A	213 - 218	NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC (PARTIE 2)
43 a	11 N	219 - 229	CODE IMPLANT (PARTIE 1)
43 b	1 N	230-230	CODE IMPLANT (PARTIE 2)
44	4 A	231 - 234	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 1)
45	26 A	235 - 260	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 2)
46	1 N	261 - 261	NORME PLAFOND
47	8 N	262 - 269	DATE ACCORD PRESTATION
48	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATION
49	12 N	271 - 282	IDENTIFICATION DE L'AIDE SOIGNANT (ZONE RESERVEE)
50	4 N	283 - 286	RESERVE
51	6N	287-292	SITE HOSPITALIER
52	12N	293-304	IDENTIFICATION ASSOCIATION BASSIN DE SOINS
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	RESERVE
21	1 N	107 - 107	RESERVE
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 A	100 - 106	RESERVE
21	1 A	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 A	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

LIBELLE DES ZONES**Généralités****1. Date.**

La date est codifiée numériquement en 8 positions dans l'ordre suivant :

AAAA MM JJ

AAAA : le numéro de l'année

MM : le numéro du mois dans l'année

JJ : le numéro du jour dans le mois

2. Description des zones.**a. En général.**

Lorsque la valeur à introduire dans une zone numérique est plus petite que la zone réceptrice, la valeur est alignée à droite de la zone réceptrice et les positions non utilisées sont remplies de zéros.

Lorsqu'une zone alphanumérique n'est pas complète, le contenu est aligné à gauche et les positions non utilisées sont remplies de blanc.

Les zones numériques non définies doivent être remplies par des zéros et les zones alphanumériques non définies doivent être remplies par des blancs.

De ce principe général, il y a dérogation dans les situations mentionnées sous les points b., c., d. et e. ci-dessous.

- (☞ 7) Toutes les zones sont considérées comme numériques à l'exception de la zone 8a-8b des enregistrements de type 20 jusque et y compris 80, zone 28 de tous les enregistrements, zone 42 jusque et y compris zone 45 des enregistrements de type 20 et 40, zones 38-39 et zones 49-51 de l'enregistrement de type 20, les zones 41-42 et 44-45 de l'enregistrement de type 50 et les zones 31-32-33-34, 36-37-38-39-40-41, 43a et 49-50-51-52 des enregistrements de type 10 et 90.

Dans les zones alphanumériques tous les caractères sont en principe autorisés; cependant l'emploi de "(", "%" et autres caractères rares sont à éviter dans la mesure du possible.

b. Zones montant.

Nous attirons votre attention sur le fait que les zones « supplément » et « intervention personnelle » doivent être remplies correctement. Voir aussi l'annexe 9

ET 30 Z 19, Z 27, Z 30-31

ET 40 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39

ET 50 Z 19, Z 27, Z 30-31

ET 80 Z 15, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 38

ET 90 Z 15, Z 19

Dans toutes les zones montant, la première position à gauche est alphanumérique et réservée pour le signe algébrique + ou -.

Les deux premières positions à droite sont considérées comme décimales.

Le montant ne peut dès lors plus contenir de signe dans la dernière position.

c. Zones avec nombre ou quantité.

ET 30 Z 22
ET 40 Z 22
ET 50 Z 22

Dans toutes ces zones, la première position à gauche est alphanumérique et réservée pour le signe algébrique + ou -.

Le nombre ou la quantité ne peut dès lors plus contenir de signe dans la dernière position.

Dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones (partout + ou partout -); excepté lorsqu'il s'agit d'un enregistrement de type 30 avec interventions personnelles ou s'il s'agit d'un enregistrement de type 50 avec la prestation 0700000 (quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales).

Si un montant ou un nombre est égal à zéro, il faut alors indiquer que le signe algébrique est égal à celui des autres zones des enregistrements comportant un signe.

d. Zones avec une position de réserve.

Les zones utilisées pour la mention d'une prestation ou d'un produit (Z 4, Z 17-18 et Z 40-41), d'un code service (Z 13), d'un numéro d'identification d'une institution ou d'un prestataire de soins (Z 14, Z 15, Z 24-25 et Z 38) ont été étendues d'une position de réserve; de manière à prévoir une éventuelle recodification.

La position de réserve doit être complétée par un zéro, qui se trouve dans la première position à gauche pour les zones 4, 14, 15, 17-18, 24-25, 38 et 40-41 et dans la première position à droite pour la zone 13.

Aucune recodification n'est encore prévue à ce jour.

e. Zone avec les données de référence carte SIS.

Dans cette zone, alphanumériquement définie, les positions non utilisées (3 au total) sont alignées à droite et remplies de zéros, ceci constitue une exception aux principes généraux (voir point a).

Si cette zone n'est pas remplie, elle doit alors être complètement remplie de zéro.

DELIVRANCE DES DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE PAR LES MAISONS MEDICALES

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION	
1	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 10	Toujours 10
2	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT	Séquentiel à partir de 1
3	1 N	9 - 9	NOMBRE NUMEROS COMPTES FINANCIERS (CODE INDICE)	Zéro
4	7 N	10 - 16	VERSION FICHIER	0001999 (9991999 pour un test)
5	8 N	17 - 24	NUMERO COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)	Compte bancaire de la maison médicale
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	Séquentiel, unique par année, <0
8 a	12 N	36 - 47	NUMERO COMPTE FINANCIER B	Zéro
8 b	1 N	48 - 48	RESERVE	
9	1 N	49 - 49	CODE SUPPRESSION FACTURE PAPIER	Pas de demande = 1
10	1 N	50 - 50	CODE FICHIER DE DECOMPTE	
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	N° agréation INAMI de la maison médicale
15	12 N	68 - 79	RESERVE	
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 DE FACTURATION	Année de facturation 0AAAA
23	2 N	113 - 114	MOIS DE FACTURATION	Mois de facturation MM
24	5 N	115 - 119	RESERVE	
25	7 N	120 - 126	DATE DE CREATION (PARTIE 1) AAAAMMJ	Date de création du fichier de facturation
26	1 N	127 - 127	DATE DE CREATION (PARTIE 2) J	AAAAMMJJ
27	10 N	128 - 137	RESERVE	
28	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT	Réservé pour l'établissement qui facture
29	2 N	163 - 164	RESERVE	
30	2 N	165 - 166	RESERVE	
31	8 N	167 - 174	RESERVE	
32	1 N	175 - 175	RESERVE	
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	12 N	183 - 194	RESERVE	
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	12 N	219 - 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	6 N	287 - 292	RESERVE	
52	54 N	293 - 346	RESERVE	
98	2 N	347 - 348	RESERVE	
99	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Annexe 12.2

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION	
	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 20	Toujours 20
	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT	Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10
(☞ 7)	1 N	9 - 9	AUTORISATION TIERS PAYANT	0 (pas d'application)
	7 N	10 - 16	HEURE D'ADMISSION	Zéro
	8 N	17 - 24	DATE D'ADMISSION	Zéro
	4 N	25 - 28	DATE DE SORTIE (PARTIE 1)	Zéro
	4 N	29 - 32	DATE DE SORTIE (PARTIE 2)	
	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION	Mutualité d'affiliation du patient
(☞ 7)	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)	NISS du patient
	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)	
	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE	M = 1, F = 2
	1 N	50 - 50	TYPE FACTURE	Fact. individuelle pour patients ambulants = 3
	1 N	51 - 51	TYPE DE FACTURATION	= 0 sauf si refacturation
	1 N	52 - 52	RESERVE	
	3 N	53 - 55	SERVICE 721 bis	Zéro
	12 N	56 - 67	NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE	N° agrégation INAMI de la maison médicale
	12 N	68 - 79	ETABLISSEMENT DE SEJOUR	Zéro
	1 N	80 - 80	CODE LEVEE DELAI DE PRESCRIPTION	= 0 (sauf exception)
	4 N	81 - 84	CAUSES DU TRAITEMENT	
	3 N	85 - 87	NUMERO MUTUALITE DE DESTINATION	Mutualité affiliation
	12 N	88 - 99	NUMERO D'ADMISSION	Zéro
	7 N	100 - 106	DATE ACCORD TRAITEMENT (PARTIE 1)	Date d'inscription au forfait
	1 N	107 - 107	DATE ACCORD TRAITEMENT (PARTIE 2)	AAAAMJJ
	5 N	108 - 112	HEURE DE SORTIE	Zéro
	2 N	113 - 114	RESERVE	
	5 N	115 - 119	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 1)	Numéro de la facture
	7 N	120 - 126	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 2)	
	1 N	127 - 127	APPLICATION FRANCHISE SOCIALE	
	10 N	128 - 137	CT 1 + CT 2	Codes titulaires du patient
	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT	Réservé pour l'établissement qui facture
	2 N	163 - 164	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 1)	Uniquement en cas de refacturation
	2 N	165 - 166	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 2)	Sinon = 0
	8 N	167 - 174	NUMERO DE FACTURE PRECEDENTE (PARTIE 3)	
	1 N	175 - 175	RESERVE	
	1 N	176 - 176	RESERVE	
	1 N	177 - 177	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 1)	Uniquement en cas de refacturation
	1 N	178 - 178	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 2)	Sinon = 0
	1 N	179 - 179	NUMERO ENVOI PRECEDENT (PARTIE 3)	
	3 N	180 - 182	NUMERO MUTUALITE FACTURATION PRECEDENTE	Uniquement en cas de refacturation, sinon = 0
	12 N	183 - 194	REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A (PARTIE 1)	Uniquement en cas de refacturation
	10 N	195 - 204	REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A (PARTIE 2)	Sinon = 0
	2 N	205 - 206	RESERVE	
	6 N	207 - 212	ANNEE ET MOIS DE FACTURATION PRECEDENTE	Uniquement en cas de refacturation, sinon = 0
(☞ 7)	6 A	213 - 218	DONNEES DE REFERENCE SIS (A DEFINIR) (PARTIE 1)	=0 car pas d'application
	12 A	219 - 230	DONNEES DE REFERENCE SIS (A DEFINIR) (PARTIE 2)	
	4 A	231 - 234	DONNEES DE REFERENCE SIS (A DEFINIR) (PARTIE 3)	
	26 A	235 - 260	DONNEES DE REFERENCE SIS (A DEFINIR) (PARTIE 4)	
	1 N	261 - 261	RESERVE	
	8 N	262 - 269	RESERVE	
	1 N	270 - 270	RESERVE	
	12 N	271 - 282	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 1)	Zéro
	4 N	283 - 286	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 2)	
	6 N	287 - 292	REFERENCE MUTUALITE NUMERO COMPTE FINANCIER B (PARTIE 3)	
	54 N	293 - 346	RESERVE	
	2 N	347 - 348	RESERVE	
	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Annexe 12.3

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION	
	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 50	Toujours 50
	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT	Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10
	1 N	9 - 9	NORME PRESTATION (POURCENTAGE)	Zéro
(☞ 7)	7 N	10 - 16	CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	M = 0109616; K = 0509611; I = 0409614; DMG = 0102771; pidiab = 0102852
(☞ 7)	8 N	17 - 24	DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE	voir zone
(☞ 7)	4 N	25 - 28	DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE (PARTIE 1)	voir zone
	4 N	29 - 32	DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE (PARTIE 2)	AAAAMMJJ
	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION	Mutualité d'affiliation du patient
(☞ 7)	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)	NISS du patient
	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)	
	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE	M = 1, F = 2
	1 N	50 - 50	ACCOUCHEMENT	Zéro
	1 N	51 - 51	REFERENCE NUMERO DE COMPTE FINANCIER	Zéro
	1 N	52 - 52	NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE	
	3 N	53 - 55	CODE SERVICE	990
	12 N	56 - 67	LIEU DE PRESTATION	N° agrégation INAMI de la maison médicale
(☞ 7)	12 N	68 - 79	IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR	voir zone
	1 N	80 - 80	NORME DISPENSATEUR	
	4 N	81 - 84	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 1)	
	3 N	85 - 87	PRESTATION RELATIVE (PARTIE 2)	
	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE	Montant intervention O.A. pour la prestation
	7 N	100 - 106	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 1)	
	1 N	107 - 107	DATE PRESCRIPTION (PARTIE 2)	
	1 A + 4 N	108 - 112	SIGNE + NOMBRE D'UNITES	+0001
	2 N	113 - 114	NOMBRE DE COUPES	
	5 N	115 - 119	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 1)	
	7 N	120 - 126	IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR (PARTIE 2)	
	1 N	127 - 127	NORME PRESCRIPTEUR	
	1 A + 9 N	128 - 137	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT	+000000000
	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT	Réservé pour l'établissement qui facture
	2 N	163 - 164	DENT TRAITEE	
	1 A + 1 N	165 - 166	SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 1)	+000000000
	8 N	167 - 174	MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 2)	
	1 N	175 - 175	EXCEPTION TIERS PAYANT	
	1 N	176 - 176	CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE	
	1 N	177 - 177	MEMBRE TRAITE	
	1 N	178 - 178	PRESTATAIRE CONVENTIONNE	
	1 N	179 - 179	HEURE DE PRESTATION (PARTIE 1)	
	3 N	180 - 182	HEURE DE PRESTATION (PARTIE 2)	
	12 N	183 - 194	IDENTIFICATION ADMINISTRATEUR DU SANG	
	10 N	195 - 204	NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION (PARTIE 1)	
	2 N	205 - 206	NUMERO DE L'ATTESTATION D'ADMINISTRATION (PARTIE 2)	
	6 A	207 - 212	NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC (PARTIE 1)	
	6 A	213 - 218	NUMERO BON DE DELIVRANCE OU SAC (PARTIE 2)	
	12 N	219 - 230	CODE IMPLANT	
	4 A	231 - 234	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 1)	
	26 A	235 - 260	LIBELLE DU PRODUIT (PARTIE 2)	
	1 N	261 - 261	NORME PLAFOND	
	8 N	262 - 269	DATE ACCORD PRESTATION	
	1 N	270 - 270	TRANSPLANTATION	
	12 N	271 - 282	RESERVE	
	4 N	283 - 286	RESERVE	
	6 N	287 - 292	RESERVE	
	54 N	293 - 346	RESERVE	
	2 N	347 - 348	RESERVE	
	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Annexe 12.4

ZONE	LONGUEUR	POSITIONS	SIGNIFICATION	
	2 N	1 - 2	ENREGISTREMENT DE TYPE 80	Toujours 80
	6 N	3 - 8	NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT	Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10
	1 N	9 - 9	RESERVE	
	7 N	10 - 16	HEURE D'ADMISSION	Zéro
	8 N	17 - 24	DATE D'ADMISSION	Zéro
	4 N	25 - 28	DATE DE SORTIE (PARTIE 1)	Zéro
	4 N	29 - 32	DATE DE SORTIE (PARTIE 2)	
	3 N	33 - 35	NUMERO MUTUALITE D'AFFILIATION	Mutualité d'affiliation du patient
(☞ 7)	12 A	36 - 47	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 1)	NISS du patient
	1 A	48 - 48	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE (PARTIE 2)	
	1 N	49 - 49	SEXE BENEFICIAIRE	M = 1, F = 2
	1 N	50 - 50	TYPE FACTURE	Fact. individuelle pour patients ambulants = 3
	1 N	51 - 51	RESERVE	
	1 N	52 - 52	RESERVE	
(☞ 7)	3 N	53 - 55	SERVICE 721 bis	Zéro
	12 N	56 - 67	NUMERO DE L'ETABLISSEMENT QUI FACTURE	N° agréation INAMI de la maison médicale
	1 A + 11 N	68 - 79	SIGNE + MONTANT DE COMPTE FINANCIER B	Zéro
	1 N	80 - 80	RESERVE	
	4 N	81 - 84	CAUSES DU TRAITEMENT	
	3 N	85 - 87	NUMERO MUTUALITE DE DESTINATION	Mutualité affiliation
	1 A + 11 N	88 - 99	SIGNE + MONTANT DE COMPTE FINANCIER A	Montant total de la facture pour ce patient
	7 N	100 - 106	RESERVE	
	1 N	107 - 107	RESERVE	
	5 N	108 - 112	HEURE DE SORTIE	Zéro
	2 N	113 - 114	RESERVE	
	5 N	115 - 119	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 1)	Numéro de la facture
	7 N	120 - 126	NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE (PARTIE 2)	
	1 N	127 - 127	RESERVE	
	1 A + 9 N	128 - 137	SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT	+000000000
	25 A	138 - 162	REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT	Réservé pour l'établissement qui facture
	2 N	163 - 164	RESERVE	
	1 A + 1 N	165 - 166	SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 1)	+000000000
	8 N	167 - 174	MONTANT SUPPLEMENT (PARTIE 2)	
	1 N	175 - 175	RESERVE	
	1 N	176 - 176	RESERVE	
	1 N	177 - 177	RESERVE	
	1 N	178 - 178	RESERVE	
	1 N	179 - 179	RESERVE	
	3 N	180 - 182	RESERVE	
	1 A + 11 N	183 - 194	SIGNE + ACOMPTE NUMERO COMPTE FINANCIER A	
	10 N	195 - 204	RESERVE	
	2 N	205 - 206	RESERVE	
	6 N	207 - 212	RESERVE	
	6 N	213 - 218	RESERVE	
	12 N	219 - 230	RESERVE	
	4 N	231 - 234	RESERVE	
	26 N	235 - 260	RESERVE	
	1 N	261 - 261	RESERVE	
	8 N	262 - 269	RESERVE	
	1 N	270 - 270	RESERVE	
	12 N	271 - 282	RESERVE	
	4 N	283 - 286	RESERVE	
	6 N	287 - 292	RESERVE	
	54 N	293 - 346	RESERVE	
	2 N	347 - 348	CHIFFRES DE CONTROLE DE LA FACTURE	Chiffres de contrôle de la facture (20-50-80)
	2 N	349 - 350	CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

Règles d'arrondis pour les médicaments.

Les règles générales suivantes sont formulées :

1. En cas de forfaitarisation (facturation à 25%) (uniquement pour les patients hospitalisés)

Base de remboursement x nombre d'unités:

A

Intervention de l'AMI:

B = A * 0,25

B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

2. Hors forfaitarisation• **Ambulant**

Prix x nombre d'unités:

A

A' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Base de remboursement x nombre d'unités:

B

B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

A - B =

C

C' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.

(☞ 7) Pourcentage ticket modérateur:
(calculé sur B)

D

D' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.

Intervention personnelle (Z 27):

C' + D'

Intervention de l'AMI (Z 19):

B' - D'

- **Hospitalisé**

Base de remboursement x nombre d'unités: A
 A' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

(☞ 7) Pourcentage ticket modérateur (calculé sur A) B
 ou (un multiple de) 0,37 EUR B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.

Intervention personnelle théorique (Z 39): B'

Intervention de l'AMI (Z 19): A' – B'

(☞ 3) **Remarque:** La règle d'arrondi est appliquée sur 3 décimales, c'ad pour arrondir à 2 décimales, on tient compte que de la 3^{ème} décimale. Ceci est illustré dans le 1^{er} exemple de l'annexe 14.3, dans lequel le ticket modérateur de 0,325215 est arrondi à 0,32.

Particularités :

- Médicaments de catégorie D ne sont pas remboursables par l'assurance maladie et sont dès lors hors du champ d'application de cette règle.
L'intervention AMI est toujours égale à zéro ; le patient paie le coût total du produit.
- Médicaments de catégorie B :
 - Ticket modérateur limité à la base de remboursement (voir annexe 14.5 et 14.6)
 - Antibioprophylaxie (Intervention AMI limitée à 25%) (voir annexe 14.4) (uniquement applicable pour les séjours qui ont débuté avant le 1/7/2006)
- Médicaments de catégorie B et C : plafonds (voir annexe 14.6, 14.7 et 14.8)

Catégorie	bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance	autres bénéficiaires
B	7,00	10,40
B (ATC4)	10,40	15,70
B (grand conditionnement)	10,40	15,70
B (ATC4 – grand conditionnement)	15,70	23,50
C	10,40	17,40
C (ATC4)	15,70	26,10

Les pages suivantes présentent des exemples illustrant cette règle.

Usage doit être fait des prix et des plafonds ticket modérateur à la date de délivrance.

Facturation de la nutrition parentérale au domicile du patient

(€ 6) 1. Base réglementaire: AR du 20/7/2007 (MB du 14/8/2007)

Le forfait « nutrition parentérale au domicile du patient » couvre :

- spécialités pharmaceutiques intervenant dans la composition qui ne sont pas repris dans la nomenclature
- les coûts relatifs au matériel de préparation utilisé et à la préparation elle-même
- les coûts relatifs au matériel nécessaire à l'administration (à l'exclusion de la pompe et du pied à perfusion)

Aucun supplément ne peut être facturé au bénéficiaire.

(€ 6) Les spécialités pharmaceutiques remboursables incorporées dans la solution sont remboursées séparément dans les conditions fixées dans l'AR du 21 décembre 2001, étant entendu que les liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 sont remboursés à 100 % de la base de remboursement.

La quote-part du bénéficiaire est forfaitaire, soit 0,62 EUR par jour.

2. Traduction aux instructions de facturation

Forfait « nutrition parentérale au domicile du patient » : ET 50

- (€ 6) Z 4: pseudo-code 0754714 (prestations avant le 1/9/2007) ou 0751354, 0751376, 0751391, 0751413 (prestations à partir du 1/9/2007)
- Z 19: montant du forfait
- Z 27: zéro

Spécialités pharmaceutiques remboursables : ET 40

- Z 4: pseudo-code catégorie selon les règles normales
- Z 19: intervention AMI calculée selon les règles normales pour les patients ambulatoires
- Z 27: zéro (puisque l'I.P. est un montant forfaitaire de 0,62 EUR par jour qui est facturé dans l'ET 30)
- Z 39: intervention personnelle théorique

Intervention personnelle des spécialités pharmaceutiques remboursables: ET 30

- Z 4: pseudo-code 750175
- Z 19: zéro
- Z 27: montant forfaitaire par jour

3.2. Hospitalisé

Les forfaits « nutrition parentérale au domicile du patient » ne peuvent PAS être comptés.
 Les spécialités pharmaceutiques remboursables, utilisées dans la nutrition parentérale, sont prises en compte selon les règles normales pour les patients hospitalisés : intervention AMI normale, intervention personnelle = forfait pharmaceutique normal de 0,62 EUR par jour (pseudo-code 0750002)

Exemple :

Un patient hospitalisé reçoit de la nutrition parentérale pendant 3 journées (3 sacs).
 3 unités de la spécialité Aminoplasmal (B-184) sont utilisées dans la nutrition parentérale.

Calcul de l'intervention AMI de cette spécialité :

base de remboursement * nombre d'unités = 10,5900 * 3 = 31,7700

$$\begin{array}{rcl} \text{(☞ 7)} & 31,7700 * 0,25 & = & 7,9425 \\ & & \text{arrondi} & 7,94 \end{array}$$

intervention personnelle théorique = 0

$$\text{(☞ 7)} \text{ intervention AMI} = 7,94$$

(pour les liquides de perfusion délivrés aux bénéficiaires hospitalisés, l'intervention AMI est égale à la base de remboursement, voir art.95, §1 de l'AR du 21/12/2001)

ET		30	40
ZONE			
4	PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0750002	0756022
5	DATE DE DEBUT	20071001	20071001
6	DATE DE FIN	20071003	20071003
17-18	PRESTATION RELATIVE	0	0
19	MONTANT O.A.	0	7,94
22	NOMBRE	3	3
27	INTERVENTION PERSONNELLE	1,86	0
30-31	MONTANT SUPPLEMENT	0	0
39	INTERVENTION PERSONNELLE THEORIQUE		0
40-41	NUMERO PRODUIT	0	0723-049

- 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	
- Assistance respiratoire mécanique chronique à domicile	: 785
- Autogestion des patients diabétiques	
Thérapie d'injection d'insuline	
Autorégulation du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	: 786
• entre 001 et 499 : autogestion des patients diabétiques	
• entre 501 et 699 : thérapie d'injection d'insuline	
• entre 701 et 999 : autorégulation du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	
- Défibrillateurs cardiaques	: 787
- Maladies du métabolisme, mucoviscidose, maladies neuromusculaires, épilepsie réfractaire, syndrome de fatigue, IMOC, Spina Bifida, douleur chronique	: 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 999 : centres de référence de la douleur chronique	
- 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
- 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 multidisciplinaire 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

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

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

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

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

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

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

Voir plus haut.

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

1. 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 cathétérisation cardiaque pour la cardiologie interventionnelle	: 117
	- service cathétérisation pour examen invasif	: 119
	- 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

Agrément banques de tissus :

- agrément valves cardiaques	: 210
- agrément cornée	: 211
- agrément épiderme	: 212
- agrément système locomoteur	: 213
- agrément tête de fémur	: 214
- agrément osselets du tympan	: 215
- agrément vaisseaux	: 216
- agrément dents	: 217
- agrément cellules béta pancréatiques	: 218
- agrément kératinocytes	: 219
- agrément membrane amniotique	: 220
- agrément cellules-souche hématopoïétiques issues du sang périphérique ou de la moelle osseuse	: 221
(☞ 4) - agrément sang de cordon	: 222
(☞ 4) - agrément cellules-souche	: 223
(☞ 7) - agrément hépatocytes	: 224
(☞ 7) - agrément cellules-souches mésenchymateuses	: 225
(☞ 7) - agrément cellules dendritiques	: 226

(☞ 6) Agrément centres de dialyse :

- 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. MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ

Dans ces cas, le code de compétence = 000.

(☞ 4) 3. MRPA, MRS

- 1 ^{ère} 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 ^{ème} position (MRS – MRScoma)	
• Si pas MRS :	0
• Si MRS :	1
• Si MRS avec lits coma :	2
- 3 ^{ème} position	0

4. Laboratoires

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

Ces groupes sont décrits ci-après.

Groupe de prestations	Description
1	Chimie
2	Chimie : Hormonologie
3	Chimie : Toxicologie

	4	Chimie : Monitoring thérapeutique
	5	Microbiologie et microscopie
	5*	Exclusivement examen microscopique
	6	Sérologie infectieuse
	7	Hématologie
	8	Coagulation - Hémostase
	9	Immuno-hématologie et sérologie non infectieuse
	10	Médecine nucléaire in vitro
(7)	11a	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588431-588442
(7)	11b	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588453-588464
(7)	11c	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588475-588486
(7)	11d	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588490-588501
(7)	11e	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588512-588523
(7)	11f	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588534-588545
(7)	11g	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588556-588560
(7)	11h	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588571-588582
(7)	11i	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588593-588604
(7)	11j	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588770-588781
(7)	11k	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588792-588803
(7)	11l	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588851-588862
(7)	11m	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588814-588825
(7)	11n	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588836-588840

Liste des codes qualification :

Groupes nomenclature	Code qualification	Groupes nomenclature	Code qualification
1 3 4	001	7 8 9	014
7	002	1 3 4 7 8 9	015
1 3 4 7	003	6	016
8	004	1 3 4 6	017
1 3 4 8	005	6 7	018
7 8	006	1 3 4 6 7	019
1 3 4 7 8	007	6 8	020
9	008	1 3 4 6 8	021
1 3 4 9	009	6 7 8	022
7 9	010	1 3 4 6 7 8	023
1 3 4 7 9	011	6 9	024
8 9	012	1 3 4 6 9	025
1 3 4 8 9	013	6 7 9	026
1 3 4 6 7 9	027	2 8 9	076
6 8 9	028	1 2 3 4 8 9	077
1 3 4 6 8 9	029	2 7 8 9	078
6 7 8 9	030	1 2 3 4 7 8 9	079
1 3 4 6 7 8 9	031	2 6	080
5	032	1 2 3 4 6	081
1 3 4 5	033	2 6 7	082
5 7	034	1 2 3 4 6 7	083
1 3 4 5 7	035	2 6 8	084
5 8	036	1 2 3 4 6 8	085
1 3 4 5 8	037	2 6 7 8	086
5 7 8	038	1 2 3 4 6 7 8	087
1 3 4 5 7 8	039	2 6 9	088
5 9	040	1 2 3 4 6 9	089
1 3 4 5 9	041	2 6 7 9	090
5 7 9	042	1 2 3 4 6 7 9	091
1 3 4 5 7 9	043	2 6 8 9	092
5 8 9	044	1 2 3 4 6 8 9	093
1 3 4 5 8 9	045	2 6 7 8 9	094
5 7 8 9	046	1 2 3 4 6 7 8 9	095
1 3 4 5 7 8 9	047	2 5	096

5 6	048	1 2 3 4 5	097
1 3 4 5 6	049	2 5 7	098
5 6 7	050	1 2 3 4 5 7	099
1 3 4 5 6 7	051	2 5 8	100
5 6 8	052	1 2 3 4 5 8	101
1 3 4 5 6 8	053	2 5 7 8	102
5 6 7 8	054	1 2 3 4 5 7 8	103
1 3 4 5 6 7 8	055	2 5 9	104
5 6 9	056	1 2 3 4 5 9	105
1 3 4 5 6 9	057	2 5 7 9	106
5 6 7 9	058	1 2 3 4 5 7 9	107
1 3 4 5 6 7 9	059	2 5 8 9	108
5 6 8 9	060	1 2 3 4 5 8 9	109
1 3 4 5 6 8 9	061	2 5 7 8 9	110
5 6 7 8 9	062	1 2 3 4 5 7 8 9	111
1 3 4 5 6 7 8 9	063	2 5 6	112
2	064	1 2 3 4 5 6	113
1 2 3 4	065	2 5 6 7	114
2 7	066	1 2 3 4 5 6 7	115
1 2 3 4 7	067	2 5 6 8	116
2 8	068	1 2 3 4 5 6 8	117
1 2 3 4 8	069	2 5 6 7 8	118
2 7 8	070	1 2 3 4 5 6 7 8	119
1 2 3 4 7 8	071	2 5 6 9	120
2 9	072	1 2 3 4 5 6 9	121
1 2 3 4 9	073	2 5 6 7 9	122
2 7 9	074	1 2 3 4 5 6 7 9	123
1 2 3 4 7 9	075	2 5 6 8 9	124
1 2 3 4 5 6 8 9	125	5 8 9 10	300
2 5 6 7 8 9	126	1 3 4 5 8 9 10	301
1 2 3 4 5 6 7 8 9	127	5 7 8 9 10	302
(anatomopathologie)	128	1 3 4 5 7 8 9 10	303
(☞ 7) (hors d'usage)	145 – 255	5 6 10	304
10	256	1 3 4 5 6 10	305
1 3 4 10	257	5 6 7 10	306
7 10	258	1 3 4 5 6 7 10	307
1 3 4 7 10	259	5 6 8 10	308
8 10	260	1 3 4 5 6 8 10	309
1 3 4 8 10	261	5 6 7 8 10	310
7 8 10	262	1 3 4 5 6 7 8 10	311
1 3 4 7 8 10	263	5 6 9 10	312
9 10	264	1 3 4 5 6 9 10	313
1 3 4 9 10	265	5 6 7 9 10	314
7 9 10	266	1 3 4 5 6 7 9 10	315
1 3 4 7 9 10	267	5 6 8 9 10	316
8 9 10	268	1 3 4 5 6 8 9 10	317
1 3 4 8 9 10	269	5 6 7 8 9 10	318
7 8 9 10	270	1 3 4 5 6 7 8 9 10	319
1 3 4 7 8 9 10	271	2 10	320

6 10	272	1 2 3 4 10	321
1 3 4 6 10	273	2 7 10	322
6 7 10	274	1 2 3 4 7 10	323
1 3 4 6 7 10	275	2 8 10	324
6 8 10	276	1 2 3 4 8 10	325
1 3 4 6 8 10	277	2 7 8 10	326
6 7 8 10	278	1 2 3 4 7 8 10	327
1 3 4 6 7 8 10	279	2 9 10	328
6 9 10	280	1 2 3 4 9 10	329
1 3 4 6 9 10	281	2 7 9 10	330
6 7 9 10	282	1 2 3 4 7 9 10	331
1 3 4 6 7 9 10	283	2 8 9 10	332
6 8 9 10	284	1 2 3 4 8 9 10	333
1 3 4 6 8 9 10	285	2 7 8 9 10	334
6 7 8 9 10	286	1 2 3 4 7 8 9 10	335
1 3 4 6 7 8 9 10	287	2 6 10	336
5 10	288	1 2 3 4 6 10	337
1 3 4 5 10	289	2 6 7 10	338
5 7 10	290	1 2 3 4 6 7 10	339
1 3 4 5 7 10	291	2 6 8 10	340
5 8 10	292	1 2 3 4 6 8 10	341
1 3 4 5 8 10	293	2 6 7 8 10	342
5 7 8 10	294	1 2 3 4 6 7 8 10	343
1 3 4 5 7 8 10	295	2 6 9 10	344
5 9 10	296	1 2 3 4 6 9 10	345
1 3 4 5 9 10	297	2 6 7 9 10	346
5 7 9 10	298	1 2 3 4 6 7 9 10	347
1 3 4 5 7 9 10	299	2 6 8 9 10	348
1 2 3 4 6 8 9 10	349	5* 7 8	626
2 6 7 8 9 10	350	5* 7 9	627
1 2 3 4 6 7 8 9 10	351	5* 6 7	629
2 5 10	352	2 5* 7	630
1 2 3 4 5 10	353	2 5* 8	631
2 5 7 10	354	2 5* 9	638
1 2 3 4 5 7 10	355	5* 6 8	640
2 5 8 10	356	5* 8 9	643
1 2 3 4 5 8 10	357	5* 6 9	346
2 5 7 8 10	358	1 3 4 5* 7 8	700
1 2 3 4 5 7 8 10	359	1 3 4 5* 6 7	703*
2 5 9 10	360	1 2 3 4 5* 7	705
1 2 3 4 5 9 10	361	1 2 3 4 5* 6	707
2 5 7 9 10	362	1 2 3 4 5* 9	708
1 2 3 4 5 7 9 10	363	1 3 4 5* 7 9	711
2 5 8 9 10	364	1 2 3 4 5* 8	716
1 2 3 4 5 8 9 10	365	1 2 3 4 5* 8 9	719
2 5 7 8 9 10	366	5* 7 8 9	720
1 2 3 4 5 7 8 9 10	367	1 3 4 5* 8 9	721
2 5 6 10	368	1 2 3 4 5* 10	726
1 2 3 4 5 6 10	369	2 5* 6 7	727

2 5 6 7 10	370	1 3 4 5* 7 8 9	801
1 2 3 4 5 6 7 10	371	1 3 4 5* 6 7 8	802
2 5 6 8 10	372	1 2 3 4 5* 6 10	803
1 2 3 4 5 6 8 10	373	1 3 4 5* 7 9 10	804
2 5 6 7 8 10	374	1 3 4 5* 6 7 9	805
1 2 3 4 5 6 7 8 10	375	1 2 3 4 5* 6 7	808
2 5 6 9 10	376	1 2 3 4 5* 7 9	814
1 2 3 4 5 6 9 10	377	2 5* 7 8 9	815
2 5 6 7 9 10	378	1 2 3 4 5* 7 8	816
1 2 3 4 5 6 7 9 10	379	1	820
2 5 6 8 9 10	380	3	821
1 2 3 4 5 6 8 9 10	381	1 2	822
2 5 6 7 8 9 10	382	3 5*	823
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	383	1 5*	824
(hors d'usage)	384 – 512	1 7	825
5*	526	1 5	826
1 3 4 5*	534	3 6	828
5* 7	552	1 2 4	830
5* 8	560	1 5 7	831
5* 9	565	1 5 8	832
5* 6	570	1 5* 9	833
2 5*	577	1 5* 7	834
1 3 4 5* 7	602	1 7 9	835
1 3 4 5* 8	603	1 2 5 *	836
1 2 3 4 5*	609	1 5 6 9	838
1 3 4 5* 10	610	1 5 7 8	839
1 3 4 5* 9	614	1 5 6 7	840
1 3 4 5* 6	615	1 5* 6 7	841
1 5* 7 8	842	1 2 3 5 7 9 10	880
1 5* 7 9	843	1 2 4 5 6 7 8	882
1 2 7 9	844	1 2 4 5 6 7 9	883
1 6 7 9	845	1 2 5 6 7 8 9	884
1 2 5* 7	846	1 4 5 6 7 8 9	886
1 7 8 9	847	1 2 4 5 6 7 8 9	890
1 5 6 7 8	850	1 2 4 5* 7 8 9	892
1 3 5 6 7	851	1 2 4 5 6 7 8 10	893
1 5 7 8 9	852	1 2 5 6 7 8 9 10	895
1 2 6 9 10	853	1 2 4 5* 6 7 8 9	896
1 2 5* 7 8	855	1 2 4 5 6 7 8 9 10	898
1 2 5* 7 9	857	1 3 4 5* 6 7 8 9	900
1 2 5 6 9	858	1 2 3 4 5* 7 8 9	903
1 5 6 7 8 9	860	1 2 3 4 5* 6 7 8	905
1 2 4 5 7 8	861	1 2 3 4 5* 6 7 9	906
1 2 5 6 7 9	864	1 3 4 5* 7 8 9 10	910
1 2 5* 7 8 9	870	1 2 3 4 5* 7 9 10	927
1 2 5* 6 7 9	871	1 2 3 4 5* 6 7 8 9	942
1 2 3 7 9 10	875	1 2 3 4 5* 6 7 8 10	949
1 3 5 6 7 8 9	876	1 2 3 4 5* 7 8 9 10	952
2 4 5 6 7 8 9	879	1 2 3 4 5* 6 7 8 9 10	972

(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11m 11n	130
(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11n	131
(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i	132
(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11c 11d 11e 11h 11i	133
(☞ 7)	7 9 11k 11l	134
(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11e 11g 11h 11i	135
(☞ 7)	1 2 3 5 6 7 9 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11k 11l 11m 11n	136
(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11e 11h 11i 11n	137
(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11f 11g 11h 11i 11j 11k 11l 11m 11n	138
(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11b 11c 11e 11h 11i	139
(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11h 11i 11k 11l 11m 11n	140
(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11a 11b 11c 11d 11e 11h 11i	141
(☞ 7)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11h	142
(☞ 7)	1 2 5 6 7	143
(☞ 7)	9 11k 11l	144

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 : REFERENCE DE L'ETABLISSEMENT

LIBELLE :

Le contenu de cette zone est réservé pour l'établissement qui facture.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 25 A - 138

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir remarque générale relative à la description des zones (dernier alinéa du point 2.a. de l'annexe 7).

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Il s'agit du BIC du compte financier auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit se faire sur un seul compte financier, le BIC de ce compte doit toujours être repris dans cette zone.

Si le paiement se fait sur deux comptes financiers, il y a lieu de mentionner le BIC du premier compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 0 dans la zone 11 de l'enregistrement dans lequel ils figurent.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 167

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le BIC (*Bank Identifier Code*), désigne la banque du bénéficiaire.

Il est composé d'un code bancaire (4 caractères), d'un code-pays (2 lettres), d'un code de lieu (2 caractères) et peut être complété pour certaines banques d'un code d'agence (3 caractères).

S'il s'agit d'un compte belge, le BIC compte seulement 8 positions. Les 3 dernières positions sont remplies par des blancs.

La BNB publie la liste des codes (notamment les BIC) pour les banques établies en Belgique: www.bnb.be > Produits et services > Systèmes de paiement > Secrétariat des Protocoles > Codes d'identification des banques >>.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Il s'agit de l'IBAN du compte financier auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit se faire sur un seul compte financier, l'IBAN de ce compte doit toujours être repris dans cette zone.

Si le paiement se fait sur deux comptes financiers, il y a lieu de mentionner l'IBAN du premier compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 0 dans la zone 11 de l'enregistrement dans lequel ils figurent.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A – 179

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

L'IBAN (*International Bank Account Number*) comprend au maximum 34 positions alphanumériques. Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national (complété pour certains pays).

S'il s'agit d'un compte belge, l'IBAN compte seulement 16 positions. Les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.

Le format du numéro de compte IBAN est spécifié dans le standard ISO 13616-1 qui correspond au standard ECBS EBS 204.

IBAN check digits control

1. Si l'IBAN se présente sous un format visuel, barrez tous les caractères nonalphanumériques;
2. Déplacez les quatre premiers caractères vers l'extrême droite;
3. Convertissez les lettres en chiffres, A étant égal à 10, B à 11, ... et Z à 35;
4. Le modulo 97 (reste après la division par 97) doit être égal à 1.

Exemple de check digit control pour l'IBAN : BE62 5100 0754 7061

1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. Le modulo 97 (reste après division par 97) de 510007547061111462 par 97 = 1

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Il s'agit du BIC du compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire le BIC du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 219

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le BIC (*Bank Identifier Code*), désigne la banque du bénéficiaire.

Il est composé d'un code bancaire (4 caractères), d'un code-pays (2 lettres), d'un code de lieu (2 caractères) et peut être complété pour certaines banques d'un code d'agence (3 caractères).

S'il s'agit d'un compte belge, le BIC compte seulement 8 positions. Les 3 dernières positions sont remplies par des blancs.

La BNB publie la liste des codes (notamment les BIC) pour les banques établies en Belgique: www.bnb.be > Produits et services > Systèmes de paiement > Secrétariat des Protocoles > Codes d'identification des banques >>.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Il s'agit de l'IBAN de compte financier supplémentaire auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

Si le paiement doit être effectué sur deux comptes financiers, il y a lieu d'introduire l'IBAN du deuxième compte dans cette zone; les montants qui doivent y être transférés auront la référence 1 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Cette zone ne peut être utilisée que par l'établissement hospitalier.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 271

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

L'IBAN (*International Bank Account Number*) comprend au maximum 34 positions alphanumériques. Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national (complété pour certains pays).

S'il s'agit d'un compte belge, l'IBAN compte seulement 16 positions. Les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.

Le format du numéro de compte IBAN est spécifié dans le standard ISO 13616-1 qui correspond au standard ECBS EBS 204.

IBAN check digits control

1. Si l'IBAN se présente sous un format visuel, barrez tous les caractères nonalphanumériques;
2. Déplacez les quatre premiers caractères vers l'extrême droite;
3. Convertissez les lettres en chiffres, A étant égal à 10, B à 11, ... et Z à 35;
4. Le modulo 97 (reste après la division par 97) doit être égal à 1.

Exemple de check digit control pour l'IBAN : BE62 5100 0754 7061

1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. Le modulo 97 (reste après division par 97) de 510007547061111462 par 97 = 1

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le contenu de toutes les positions 1 jusque et y compris 348 est additionné. Le module 97 est appliqué sur le résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est inscrit dans cette zone.

Si le contenu d'une zone est alphanumérique, les valeurs numériques suivantes sont attribuées :

blanc	= 10
a = A	= 11
b = B	= 12
c = C	= 13
.	
.	
.	
z = Z	= 36
tous les autres signes	= 37

Les chiffres (également dans les zones alphanumériques) gardent toujours leurs valeurs numériques de 0 à 9.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE LA FACTURATION PRECEDENTE

LIBELLE :

Cette zone reprend le numéro de la mutualité à laquelle la facture précédente correspondante a été transmise.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 0.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 180

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

(☞ 6) Cette référence sera communiquée par l'organisme assureur en cas de rejet se rapportant au compte financier A.

Pour les établissements qui travaillent avec le fichier de décompte, la référence concernée se trouve dans la zone 109 des enregistrements de type 20, 30, 40, 50 ou 80 de ce fichier de décompte.

(☞ 7) Si la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 1, alors cette zone est remplie par des blancs.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 22 A - 183

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : REFERENCE MUTUALITE NUMERO DE COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

(☞ 6) Cette référence sera communiquée par l'organisme assureur en cas de rejet se rapportant au compte financier B.

Pour les établissements qui travaillent avec le fichier de décompte, la référence concernée se trouve dans la zone 110 des enregistrements de type 20, 30, 40, 50 ou 80 de ce fichier de décompte.

(☞ 7) Si la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 1, alors cette zone est remplie par des blancs.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 22 A - 271

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : DATE DEBUT PERIODE ASSURABILITE

LIBELLE :

Cette zone est facultative.

Elle ne peut provisoirement être remplie que par les hôpitaux dans le cadre de la garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via Carenet.

Si l'hôpital veut faire valoir une garantie de paiement, cette zone doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans la zone 325, 336, 347, 358 ou 369 du message Carenet 801900.

Cette zone est remplie si la position A de l'ET 20 Z 42-45 est égale à 2.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8N AAAAMMJJ - 305

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : NORME JOURNEES D'ENTRETIEN

LIBELLE :

Les organismes assureurs doivent communiquer à l'I.N.A.M.I. le nombre d'hospitalisations.

La valeur norme ne doit être mentionnée que lorsqu'il s'agit d'une facture d'hospitalisation (ET 20 Z 10 = 1) contenant au moins un enregistrement de type 30 avec des journées d'entretien.

Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à zéro.

L'hospitalisation chirurgicale de jour suit les mêmes règles de facturation que celles des mini, maxi-forfait et forfaits A, B, C et D.

Dès lors, pour l'hôpital chirurgical de jour, tant dans l'enregistrement du forfait par jour que dans celui du forfait par admission, la zone 3 (norme journées d'entretien) est égale à «zéro», et cela qu'il s'agisse de codes hospitalisés ou ambulants.

La norme 2 est réservée pour la facturation d'un séjour hospitalier classique, limitée à un enregistrement (ex. code prestation 0768025).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	S'il s'agit du premier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.
2	S'il s'agit d'un décompte unique des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.
9	S'il s'agit du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.
0	S'il ne s'agit pas du premier, du seul ou du dernier décompte des journées d'entretien de la période d'hospitalisation.

RUBRIQUE : PSEUDO-CODE JOURNEE D'ENTRETIEN ET FORFAIT

LIBELLE :

Ce code permet d'effectuer la comptabilité selon les rubriques prévues par l'I.N.A.M.I.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Remarque : Chaque enregistrement "intervention personnelle" doit être précédé par un enregistrement "journée d'entretien" et le nombre des deux enregistrements doit être identique.

(☞ 7) Ces enregistrements « montant par jour » et « intervention personnelle » doivent toujours rester ensemble, même dans le cas d'une note de crédit, d'une facture de correction ou d'une réintroduction.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Code
B. En cas de séjour dans un centre de rééducation fonctionnelle ou professionnelle	
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
C. En cas de certaines conventions avec les établissements de rééducation comme prévu dans l'arrêté royal du 29 avril 1996	
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) Remarque : 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.	
D. En cas de séjour en maison de soins psychiatriques	
Quote-part personnelle	
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, 3ème alinéa a, de l'A.R. du 20/08/80	0790731 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, 3ème alinéa b, de l'A.R. du 20/08/80	0790753 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, 3ème alinéa c, de l'A.R. du 20/08/80	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 (*) -
Remarque : 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)	
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, 3ème alinéa a, de l'A.R. du 20/08/80	0790856 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, 3ème alinéa b, de l'A.R. du 20/08/80	0790871 -
- pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, 3ème alinéa c, de l'A.R. du 20/08/80	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 (*) -
Remarque : 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.	

(*) applicable à partir du 01/01/2003.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant Hospitalisé	
(☞ 1) 3) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques</i>		0750002
(☞ 1) 3 bis) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pendant la période de nutrition parentérale au domicile du patient et pour les patients qui séjournent dans les maisons de soins psychiatriques</i>	0750175	
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.</i>		0761946
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>		
Miniforfait	0761036	0761040
Maxiforfait	0761213	-
Forfait A	0761235	0761246
Forfait B	0761132(*)	0761143 (*)
Forfait C	0761154(*)	0761165 (*)
Forfait D	0761176(*)	0761180 (*)
Forfait E	0761191(*)	0761202 (*)
(☞ 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
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

(☞ 4) (*) supprimé à partir du 1/7/2007

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambu.	Hospi.
10) A. <i>Maisons de repos et de soins</i>		
- forfait pour catégorie B dans la MRS (intervention complète)	0763033	-
- forfait pour catégorie C dans la MRS (intervention complète)	0763055	-
- forfait pour catégorie Cdem dans la MRS (intervention complète)	0763070	-
- forfait pour catégorie Cc dans la MRS (intervention complète)	0763092	-
- forfait pour catégorie B dans la MRS (intervention partielle)	0763114	-
- forfait pour catégorie C dans la MRS (intervention partielle)	0763136	-
- forfait pour catégorie Cdem dans la MRS (intervention partielle)	0763151	-
- forfait pour catégorie Cc dans la MRS (intervention partielle)	0763173	-
<i>B. Maisons de repos pour personnes âgées</i>		
- établissement non-agréé, enregistré	0764411	-
- forfait pour catégorie O dans la MRPA (intervention complète)	0763195	-
- forfait pour catégorie A dans la MRPA (intervention complète)	0763210	-
- forfait pour catégorie B dans la MRPA (intervention complète)	0763232	-
- forfait pour catégorie C dans la MRPA (intervention complète)	0763254	-
- forfait pour catégorie Cdem dans la MRPA (intervention complète)	0763276	-
- forfait pour catégorie O dans la MRPA (intervention partielle)	0763291	-
- forfait pour catégorie A dans la MRPA (intervention partielle)	0763313	-
- forfait pour catégorie B dans la MRPA (intervention partielle)	0763335	-
- forfait pour catégorie C dans la MRPA (intervention partielle)	0763350	-
- forfait pour catégorie Cdem dans la MRPA (intervention partielle)	0763372	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie O dans la MRPA (intervention complète) – court séjour	0763394	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie A dans la MRPA (intervention complète) - court séjour	0763416	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie B dans la MRPA (intervention complète) – court séjour	0763431	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie C dans la MRPA (intervention complète) – court séjour	0763453	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie Cdem dans la MRPA (intervention complète) – court séjour	0763475	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie O dans la MRPA (intervention partielle) – court séjour	0763490	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie A dans la MRPA (intervention partielle) – court séjour	0763512	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie B dans la MRPA (intervention partielle) – court séjour	0763534	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie C dans la MRPA (intervention partielle) - court séjour	0763556	-
(☞ 4) - forfait pour catégorie Cdem dans la MRPA (intervention partielle) – court séjour	0763571	-
<i>C. Centres de soins de jour</i>	0764514	-

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
11) <i>Initiatives d'habitations protégées</i>	0762576	-
(☞ 7) 12) <i>Frais de séjour dans les centres médicaux pédiatriques (*)</i> :		
- journée de prise en charge ambulatoire	0773430	-
- journée de prise en charge interne	-	0773463
- journée de prise en charge ambulatoire - dépassement de la facturation normale	0773474	-
- journée de prise en charge interne - dépassement de la facturation normale	-	0773500
- 1er jour de prise en charge interne :		
• qualité «personne à charge»+PAS de régime préférentiel	-	0767325
• autres	-	0767340
- à partir du 2ème jour de prise en charge interne :		
• qualité «personne à charge»+PAS de régime préférentiel	-	0767362
• autres	-	0767384
- prise en charge ambulatoire	0767395	-
13) <i>Maisons de soins psychiatriques</i>		
a) Montant total de séjour pour		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0762510	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0762532	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0762554	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0762591	-
b) Jours de congé non payés	0791512	-
c) Jours de congé payés individuels		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0791814	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0791836	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0791851	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0791873	-
(☞) d) Séjour dans des camps de vacances collectifs		
- patient psychiatrique, sans postcure revalidation	0791711	-
- patient psychiatrique, avec postcure revalidation	0791733	-
- patient handicapé mental, sans postcure revalidation	0791755	-
- patient handicapé mental, avec postcure revalidation	0791770	-

(☞ 7)(*) jusqu'au 30/06/2007

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 inexpliqué 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
- Convention diabète		
- Insuline continue, thérapie d'infusion à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable	0772450	
- Programme pour diabétiques très intensifs et pour patients y assimilés (art. 7, 1 de la convention)	0773231	
- Programme pour diabétiques avec au moins 3 administrations d'insuline par nycthémère et 4 courbes de glycémie par semaine et pour patients y assimilés (art. 7, 2 de la convention)	0773253	
(☞ 1) - Programme pour diabétiques avec au moins 2 administrations d'insuline par jour et 30 mesures de glycémie par mois et pour patients y assimilés (art. 7, 3 de la convention)	0773275 (*)	
(☞ 1) - Groupe 3a : programme pour les patients diabétiques de type 2 * 2 administrations d'insuline ou plus par nycthémère * 2 courbes journalières (4 mesures) de glycémie par semaine * 30 mesures de glycémie par mois	0771573 (**)	
(☞ 1) - Groupe 3a : forfait prévu pour les trois premiers mois d'un programme de rééducation pour un patient de groupe 3a qui est mis sous 2 injections d'insuline par nycthémère au cours d'une hospitalisation et qui n'a pas encore un dossier médical global au moment de son hospitalisation	0773592 (**)	
(☞ 1) - Groupe 3b : programme pour les patients diabétiques de type 1 et assimilés * 2 administrations d'insuline ou plus par nycthémère * 2 courbes journalières (4 mesures) de glycémie par semaine * 30 mesures de glycémie par mois	0771595 (**)	
- 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	

(*) Supprimé à partir de la date du début de la période de rééducation 01/01/2006

(**) A partir de la date du début de la période de rééducation 01/01/2006

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 9 BIS

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
(☞) - Consultation interdisciplinaire ambulatoire de la clinique du pied	0773393	
- 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
(☞ 4) - Forfait de rattrapage pour les conventions type de rééducation fonctionnelle conclues avec des centres de référence pour patients atteints de mucoviscidose (789.1)	0784033	0784044
(☞ 4) - Forfait de rattrapage pour les conventions type de rééducation fonctionnelle conclues avec des centres de référence pour patients atteints de maladies neuromusculaires (789.2)	0784055	0784066

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

Oxyconcentrateur	percussion intra-pulmonaire	0778013 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778035 (*)
Oxygène liquide	percussion intra-pulmonaire	0778050 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778072 (*)
Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778094 (**)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778116 (**)

Méthode non-invasive

Oxyconcentrateur	percussion intra-pulmonaire	0778131 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778153 (*)
Oxygène liquide	percussion intra-pulmonaire	0778175 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778190 (*)
Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778212 (**)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778234 (**)

VENTILATION ASSISTEE DISCONTINUE A DOMICILE**Trachéotomie**

Oxyconcentrateur	percussion intra-pulmonaire	0778256 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778271 (*)
Oxygène liquide	percussion intra-pulmonaire	0778293 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778315 (*)
Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778330 (**)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778352 (**)

Méthode non-invasive

Oxyconcentrateur	percussion intra-pulmonaire	0778374 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778396 (*)
Oxygène liquide	percussion intra-pulmonaire	0778411 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778433 (*)
Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778455 (**)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778470 (**)

Pression positive continue à deux niveaux

Oxyconcentrateur	percussion intra-pulmonaire	0778492 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778514 (*)
Oxygène liquide	percussion intra-pulmonaire	0778536 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778551 (*)
Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778573 (**)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778595 (**)

(☞ 6) (*) supprimés à partir du 1/4/2007

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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Ambulant****VENTILATION ASSISTEE NOCTURNE****Trachéotomie**

Oxyconcentrateur	percussion intra-pulmonaire	0778610 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778632 (*)
Oxygène liquide	percussion intra-pulmonaire	0778654 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778676 (*)
Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778691 (**)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778713 (**)

Méthode non-invasive

Oxyconcentrateur	percussion intra-pulmonaire	0778735 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778750 (*)
Oxygène liquide	percussion intra-pulmonaire	0778772 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778794 (*)
Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778816 (**)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778831 (**)

Pression positive continue à deux niveaux

Oxyconcentrateur	percussion intra-pulmonaire	0778853 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778875 (*)
Oxygène liquide	percussion intra-pulmonaire	0778890 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778912 (*)
Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0778934 (**)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778956 (**)

Pression négative périthoracique

Oxyconcentrateur	percussion intra-pulmonaire	0778971 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0778993 (*)
Oxygène liquide	percussion intra-pulmonaire	0779015 (*)
	sans percussion intra-pulmonaire	0779030 (*)
Sans oxygène	percussion intra-pulmonaire	0779052 (**)
	sans percussion intra-pulmonaire	0779074 (**)

PERCUSSION INTRAPULMONAIRE

0779111 (**)

(☞ 6) (*) supprimés à partir du 1/4/2007

(☞ 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	
		sans percussion intra-pulmonaire	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	
		sans percussion intra-pulmonaire	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	
		sans percussion intra-pulmonaire	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	
		sans percussion intra-pulmonaire	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	
		sans percussion intra-pulmonaire	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	789681	
percussion intra-pulmonaire				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
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
- Conventions de rééducation médico-psycho-sociale spécialisées - forfait complémentaire	0774174	0774185
(4) - Forfait de rattrapage pour les conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale spécialisées	0784011	0784022
- 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
(4) - Forfait de rattrapage pour les centres de référence Spina Bifida	0784070	0784081
- 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) <i>Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions spécifiques - INAMI</i>		
<u>Facturation normale</u>		
Rééducation professionnelle	0772015	0772026
Rééducation motrice	0772030	0772041
Rééducation psychosociale	0772052	0772063
Alcooliques et toxicomanes	0772074	0772085
(7) Etablissements de rééducation pour toxicomanes (7.73) – Forfait de rattrapage	0783915	0783926
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
(7) 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
(7) Zeepreventorium – Asthmacentrum – De Haan – Journée de rééducation	0777291	0777302
(7) Zeepreventorium – Asthmacentrum – De Haan – Forfait de rattrapage	0777335	0777346
(7) 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

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant Hospitalisé	
<u>Dépassement de la "capacité normale de facturation" (facturation d'un prix réduit)</u>		
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
Exécution du programme de rééducation fonctionnelle - maladies neuromusculaires	0775950	0775961
(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

(☞ 3)

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 16

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

18) *Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions spécifiques - EX-FNRSH*

Type de centre	Pseudo-code de la nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 3) Centres généraux (950)	0773614	0773625
(☞ 3)	0773636 (*)	0773640 (*)
	0773673	0773684
	0773695 (*)	0773706 (*)
	0773710 (*)	0773721 (*)
	0773732	0773743
	0773754	0773765
	0773776	0773780
	0773791	0773802
	0773813	0773824
	0773835 (*)	0773846 (*)
	0773850 (*)	0773861 (*)
	0773872	0773883
	0773894 (*)	0773905 (*)
<hr/>		
Revalidation fonctionnelle en raison d'une infirmité motrice cérébrale (951)	0774211 (*)	0774222 (*)
	0774233 (*)	0774244 (*)
	0774255 (*)	0774266 (*)
	0774270 (*)	0774281 (*)
	0774292 (*)	0774303 (*)
	0774314 (*)	0774325 (*)
	0774336 (*)	0774340 (*)
	0774351 (*)	0774362 (*)
- FC à partir de 1994	0776031 (*)	0776042 (*)
<hr/>		
Rééducation fonctionnelle des handicapés psychiques Catégorie IV (964)	0774653 (*)	0774664 (*)
	0774675 (*)	0774686 (*)
- FC à partir de 1994	0776090 (*)	0776101 (*)
<hr/>		
(☞ 3) Rééducation fonctionnelle en raison d'un handicap visuel (969)	0774712 (*)	0774723 (*)
	0774734 (*)	0774745 (*)
	0774756 (*)	0774760 (*)
	0774771 (*)	0774782 (*)
	0774793 (*)	0774804 (*)
	0774815 (*)	0774826 (*)
- FC à partir de 1994	0776134 (*)	0776145 (*)
<hr/>		
Soins palliatifs		
- montant forfaitaire unique	0774056	-
- montant forfaitaire réduit	0774071	-
- forfait de rattrapage 1998	0774093 (*)	-
(☞) - forfait de rattrapage pour les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs	0784092	-

(*) supprimé 31/12/2004.

RUBRIQUE : DATE DERNIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE

LIBELLE :

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

(☞ 3) (Dernier jour de la période en cas de forfait de rééducation lié à une période déterminée).

Remarque : Pendant une période faisant l'objet d'une facture (1 enregistrement de type 30), il ne peut être fait application que d'un seul prix pour la journée d'entretien ou intervention personnelle. Dans toute autre éventualité, il y a lieu de scinder cette période en 2 périodes ou plus.

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

La date de sortie doit être communiquée s'il y a une interruption effective du séjour. En cas de prolongement de l'accord, aucune date de sortie ne doit être mentionnée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : date valide

Si plusieurs enregistrements avec des frais de séjour se suivent, par ex. en cas de changement du tarif de remboursement, de chambre ou de service, la date de fin de la première période doit être égale à la date qui précède la date du début de la deuxième période.

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

(☞ 7) Cette date est toujours inférieure ou égale à la date actuelle et au mois facturé, sauf pour les forfaits de rééducation fonctionnelle suivants qui peuvent être facturés avant la fin de la période à laquelle ils se rapportent:

- conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale (7.76.0xx.xx)
- les centres de référence pour les maladies métaboliques (7.89.0xx.xx)
- les centres de référence de la mucoviscidose (7.89.1xx.xx)
- les centres de référence pour les maladies neuromusculaires (7.89.2xx.xx)
- les centres de référence en spina bifida (7.89.55x.xx)

Exemple de facturation d'un séjour hospitalier normal.

Admission 26/03/2003 à 11.00 heures dans le service 210
 Sortie 10/04/2003 à 10.00 heures dans le service 210
 Transfert 28/03/2003 à 02.19 heures dans le service 490
 Transfert 30/03/2003 à 10.57 heures dans le service 210
 Congé 01/04/2003 à 00.01 heures jusqu'au 03/04/2003 08.00 heures
 Retour 03/04/2003 à 08.00 heures dans le service 210
 Sortie 10/04/2003 à 10.00 heures dans le service 210

Séjour dans le service 210 = chambre à 2 lits

Séjour dans le service 490 = chambre commune

Forfait par admission	=	77,85 EUR
Forfait par jour	=	9,58 EUR
Prix 100%	=	199,68 EUR
IP 1er jour	=	39,34 EUR
IP jours suivants	=	12,07 EUR
Supplément chambre	=	18,95 EUR
Forfait bio clinique	=	15,07 EUR
Forfait médicaments	=	0,62 EUR

RUBRIQUE : ACCOUCHEMENT

LIBELLE :

En cas d'hospitalisation, cette rubrique informe s'il y a eu accouchement ou non, afin de pouvoir déterminer exactement les gros risques pour les travailleurs indépendants.

(☞ 6) (la distinction entre gros risques et petits risques est seulement pertinente pour les prestations avant le 1/1/2008).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement.

Si le code service 190 est mentionné dans la zone 13, la valeur "0" doit alors être mentionnée.

RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO DE COMPTE FINANCIER

LIBELLE :

Il y a lieu d'indiquer au moyen d'un code à quel compte financier le montant de la zone 19 doit être transféré.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 7) 0	Le montant dû doit être transféré au compte financier A (voir ET 10 Z 5-6a, Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).
(☞ 7) 1	Le montant dû doit être transféré au compte financier B (voir ET 10 Z 8a, Z 43a, Z 49-50-51-52).

Seuls les établissements hospitaliers peuvent utiliser la valeur 1.

Liste des pseudo-codes qui doivent éventuellement être repris dans cette zone :A. Concernant le mini ou maxi forfait

0761316	MINI	tout état nécessitant des soins urgents justifiant une admission dans un lit hospitalier;
0761434	MINI	tout état nécessitant une perfusion intraveineuse
0761331-342	MAXI	une prestation nécessitant une anesthésie générale effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie;

Remarque : Si cette prestation se trouve sur la liste nominative des maxiforfaits, ce pseudo-code ne peut être utilisé. La prestation reprise dans la liste nominative peut dès lors être mentionnée dans cette zone.

(☞ 4) A partir du 1/7/2007, cette remarque n'est plus pertinente (le maxiforfait ne peut plus être facturé suite à des prestations reprises sur une liste nominative)

(☞ 5) 0761353-364	MAXI (à partir du 01/04/98)	surveillance médicale et infirmière lors de l'administration de médicaments de la catégorie de remboursement A enregistrés sous les codes ATC L01 ou V03AF, si l'utilisation d'une perfusion intra-vasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable;
-------------------	-----------------------------	--

(☞ 6) 0761390-401	MAXI (jusqu'au 31/12/2007)	une perfusion intraveineuse dans le cadre d'un traitement chimiothérapeutique ambulatoire.
-------------------	----------------------------	--

Remarque : Le numéro de code 0761390-401 doit être utilisé au lieu du numéro de code 0761353-364 lorsqu'il s'agit d'un traitement chimiothérapeutique délivré aux indépendants, pour lequel les médicaments sont remboursables, en application de l'A.R. du 04/12/1990.

Les médicaments qui sont administrés au cours de ce traitement chimiothérapeutique doivent être facturés en même temps que le maxi-forfait.

(☞ 5) 0761913-924	MAXI (jusqu'au 31/5/2007)	lors de l'administration de Herceptin dans le cadre de la convention art. 56.
-------------------	---------------------------	---

Remarque : Le Herceptin même doit être facturé en même temps que le maxi-forfait, sous le pseudo-code des spécialités de la catégorie A, comme « médicament gratuit », c'est-à-dire: ET 40 Z 16 = 1 et toutes les zones montant (Z 19, Z 27, Z 30-31) égales à zéro.

(☞ 5) 0761095-106	MAXI (à partir du 01/04/04)	surveillance médicale et infirmière lors de l'administration de médicaments enregistrés sous les codes ATC L01 ou V03AF, mais pour lesquels aucun remboursement n'a encore été fixé, si l'utilisation d'une perfusion intra-vasculaire ou une instillation intra-cavitaire ou intra-vésicale est indispensable et qu'il est satisfait aux conditions cumulatives suivantes: <ul style="list-style-type: none"> o l'utilité thérapeutique pour l'indication enregistrée est prouvée o la médication est administrée en dehors d'un essai clinique
-------------------	-----------------------------	--

B. Concernant le type de chambre

Chambre commune	0761600
chambre à deux lits	0761622
chambre individuelle	0761644

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE

LIBELLE :

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

(☞ 5) Pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.

Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.

Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel

(☞ 7) Forfaits de rééducation fonctionnelle

S'il s'agit d'un remboursement forfaitaire, lié à une période déterminée (forfait par semaine, mois, trimestre ou année), le tarif appliqué doit correspondre à une date dans la période définie dans l'ET 30 Z 5 et Z 6.

L'établissement peut donc appliquer le tarif le plus favorable.

Exception : convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs (9.68.0xx.xx) (le tarif = le tarif applicable à la date de la 1^{ère} intervention de l'équipe).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88

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.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE DE JOURS FACTURES, DE JOURS DE CONGE OU FORFAITS

LIBELLE :

C'est le nombre de jours facturés, de congé ou le nombre de forfaits facturés (en cas de forfait de rééducation) qui est mentionné dans cet enregistrement.

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).

En cas de postcure de rééducation à titre expérimental (codes prestation 0762156 et 0762171; art. 3, § 2 de la Convention Nationale), le nombre d'heures doit être mentionné dans cette zone.

- (☞ 7) Dans le cas de frais de déplacements pour prématurés (0773581) ou de frais de transports pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique (0761946), le nombre de kilomètres doit être mentionné ici.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INDICATIF ORDRE DE GRANDEUR FRAIS DE SEJOUR

LIBELLE :

Cette zone n'est complétée que lorsque la zone 4 = 0768025, 0768051, 0768062, 0768106, 0768121, 0768143, 0768165 ou 0793041, 0793063, 0793100, 0793122, 0793166, 0793181, 0793225, 0793240, 0793262 ou 0793284.

Cette zone contient une donnée indicative, à savoir un montant qui renseigne l'ordre de grandeur des frais de séjour.

Ce montant est égal au prix de journée à 100% (repris dans l'art. 140 ter de la loi des hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987) multiplié par le nombre de jours mentionné dans la zone 22.

Le placement familial à domicile et les camps de vacances collectifs ne font pas partie du financement en douzièmes budgétaires.

La mention du prix de la journée à 100% à titre informatif n'est donc pas nécessaire.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 115

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.

Les deux positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

LIBELLE :

- (☞ 4) Dans cette zone, sont mentionnés les suppléments - dépassant les interventions personnelles réglementaires (voir zone 27) - portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.
- (☞ 7) Les montants à rembourser au patient dans le cadre des conventions pour oxygénothérapie ou dans le cadre de la dialyse à domicile doivent être mentionnés en négatifs dans cette zone.

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

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 19.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

Si la zone 4 mentionne le pseudo-code 0761611-0761622 ou 0761633-0761644, il y a lieu de reprendre dans cette zone le supplément concernant le type de chambre (voir art. 3, § 2, art. 4 bis, §2 de la Convention avec les établissements hospitaliers).

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT

LIBELLE :

La cause de l'exception à l'interdiction de l'application du régime tiers payant est mentionnée, au moyen d'un code, dans cette zone (voir A.R. du 10/10/1986).

Lorsque le contenu de cette zone est différent de zéro, l'exception doit être justifiée selon les modalités fixées dans la circulaire O.A. 2004/141 (393/38) du 27 mai 2004.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 4° (décès, coma)
2	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 5° (état d'urgence financière)
3	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 7° (revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence)
4	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 6° (VIPO tarif préférentiel)
5	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 9° (droit aux allocations familiales majorées)
6	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 8° (chômeurs longue durée)
0	Tous les autres cas

RUBRIQUE : CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT**LIBELLE :**

- (☞ 4) Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle, qui devrait être mentionnée dans la zone 27, ou le supplément, qui est normalement mentionné dans la zone 30-31, a été prise en charge, en tout ou en partie, par un autre tiers (prestataire/établissement même ou législation hors AMI).

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

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 4)	1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
(☞ 4)	2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
(☞ 5)	3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.(*)
(☞ 7)	4	Communication droit au MAF reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.(*)
(☞ 4)	0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

Pour les interventions personnelles réglementaires qui ne sont pas portées en compte par le prestataire, la valeur 0 est mentionnée dans la zone 27 et la zone 33 est égale à 1.

- (☞ 7) Attention : les valeurs 3 et 4 priment sur la valeur 1.

- (☞ 4) Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.
Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

- (☞ 7) (*) Les valeurs 3 et 4 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3 et 4 ne peuvent être utilisées dans le cas d'une facturation de l'intervention personnelle dans le prix de la journée d'hospitalisation à partir du 366^e jour d'admission dans un hôpital psychiatrique (voir pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 S 2, point d) et e)) et en cas de facturation de suppléments de chambre (pseudo-codes 0761622, 0761644).

ExempleFacturation normale

Z 4	Z 19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	Intervention AMI	Nombre	Montant 100%	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
768003	77,85	+1	0	0	+0	0 ou 4	Montant/admission
768025	9,58	+1	199,68	0	+0	0 ou 4	Montant/jour
766102	-40,08	+1	0	40,08	+0	0 ou 4	Intervention personnelle
750002	0	+1	0	0,62	+0	0 ou 4	TM forfaitaire médicaments
761622	+0	+1	+0	+0	+ 18,95	0	Supplément chambre
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	0 ou 4	Montant/jour Psy
766780	-312,57	+ 23	+0	+312,57	+0	0	IP (après 366 ^e jour)
750002	+0	+ 23	+0	+18,40	+0	0 ou 4	TM forfaitaire médicaments

Facturation à 100% (tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales ou dans le cadre de la réglementation MAF)

Z 4	Z 19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	Intervention AMI	Nombre	Montant 100%	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
768003	77,85	+1	0	0	+0	2 ou 3	Montant/admission
768025	9,58	+1	199,68	0	+0	2 ou 3	Montant/jour
766102	+0	+1	0	0	+0	2 ou 3	Intervention personnelle
750002	0,62	+1	0	0	+0	2 ou 3	TM forfaitaire médicaments
761622	+0	+1	+0	+0	+ 18,95	0	Supplément chambre
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	2 ou 3	Montant/jour Psy
766780	-312,57	+ 23	+0	+312,57	+0	0	IP (après 366 ^e jour)
750002	+18,40	+ 23	+0	+0	+0	2 ou 3	TM forfaitaire médicaments

Libellé	Numéro de code	
	Ambulant	Hospitalisé
• médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un <u>autre</u> hôpital <u>aigu</u> :		
catégorie SA	-	0756641
catégorie SAg	-	0756663
catégorie SAr	-	0756685
catégorie SB	-	0756700
catégorie SBg	-	0756722
catégorie SBr	-	0756744
catégorie SC	-	0756766
catégorie SCg	-	0756781
catégorie SCr	-	0756803
catégorie SCs	-	0756825
catégorie SCsg	-	0756840
catégorie SCsr	-	0756862
catégorie SCx	-	0756884
catégorie SCxg	-	0756906
catégorie SCxr	-	0756921
• médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans un <u>autre</u> hôpital <u>psychiatrique ou chronique</u> :		
categorie SA	-	0756943
categorie SAg	-	0756965
categorie SAr	-	0756980
categorie SB	-	0757002
categorie SBg	-	0757024
categorie SBr	-	0757046
categorie SC	-	0757061
categorie SCg	-	0757083
categorie SCr	-	0757105
categorie SCs	-	0757120
categorie SCsg	-	0757142
categorie SCsr	-	0757164
categorie SCx	-	0757186
categorie SCxg	-	0757201
categorie SCxr	-	0757223

Communication des codes CNK pour les préparations magistrales.

Si le contenu de la zone 4 est égal à 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116, alors la forme galénique doit être mentionnée dans la zone 37, le montant de l'intervention de l'assurance dans la zone 19, le nombre de modules dans la zone 22 et l'intervention personnelle dans la zone 27; l'unité dans la zone 23 et le code produit dans la zone 40-41 sont donc égaux à zéro.

Si le contenu de cette zone est égal 0750212 et par conséquent exige le détail d'une préparation magistrale, alors le contenu des zones 19, 27 et 37 est égal à zéro, la zone 22 indique la quantité totale du produit mentionné dans la zone 40-41, la zone 23 communique l'unité dans laquelle est exprimée la quantité (zone 22) et dans la zone 40-41 est renseigné le code CNK du produit concerné.

Dans les zones restantes, à l'exception de la zone 2 (numéro d'ordre de l'enregistrement) et de la zone 99 (chiffres de contrôle de l'enregistrement), les valeurs de l'enregistrement précédent avec le code catégorie de la préparation magistrale doivent être reprises.

- (☞ 4) Chaque facturation d'une préparation magistrale remboursable doit être suivie d'au moins un enregistrement de détail.

Par préparation magistrale, les principes actifs (voir Chapitres I à IV de l'annexe à l'AR du 12/10/2004 + fichier de référence sur le site INAMI, sous la rubrique « Médicaments » - « Préparations magistrales ») sont mentionnés dans les enregistrements avec la zone 4 = 0750315.

Le nombre d'enregistrements de détail qui suit un enregistrement de base d'une préparation magistrale n'est pas précisé à l'avance.

Lorsqu'il s'agit des spécialités incorporées dans une préparation magistrale, le(s) code(s) CNK de la (des) spécialité(s) concernée(s) doi(ven)t être mentionné(s) dans le(s) enregistrement(s) de détail de la préparation magistrale.

Lorsqu'il s'agit d'une préparation magistrale sans principe actif, le code CNK « générique » d'un excipient de pommade (0586784) doit être mentionné dans l'enregistrement de détail.

- (☞ 7) Si, pour l'une ou l'autre raison, il n'est vraiment pas possible d'établir un enregistrement de détail, un « pseudo enregistrement de détail » doit être communiqué.

Dans cet enregistrement, le pseudo-code CNK 0589002 est mentionné dans la Z 40-41. Dans la zone 23, une unité arbitraire est choisie. La quantité dans la zone 22 est mise à 1.

- (☞ 7) La mention des enregistrements de détail (0750212) est obligatoire à partir du 1/9/2008.

Pour des médicaments délivrés aux patients ambulants, les tickets modérateurs doivent être mentionnés dans leur totalité dans l'ER 40 Z 27 (signe + ticket modérateur patient), ET 40 Z 30-31 (signe + montant supplément) n'est pas utilisé, il faut indiquer dans l'ER 40 Z 33 (code facturation ticket modérateur) si le ticket modérateur est complètement ou partiellement pris à charge des tiers.

Pour des médicaments délivrés aux patients hospitalisés, les tickets modérateurs doivent être mentionnés dans l'ET 40 Z 39 (signe + tickets modérateurs théoriques).

RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 11.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 11.

RUBRIQUE : CODE SERVICE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 et 50 zone 13.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrements de type 30 et 50 zone 13.

- (☞ 7) En cas de délivrances par l'officine hospitalière de produits autres que les spécialités pharmaceutiques, non remboursables par l'assurance obligatoire (0960293* - 0960304*) ou de produits parapharmaceutiques non remboursables (0960374 - 0960385 ou 0960396 - 0960400), cette zone doit être mise à zéro.

- (☞ 4) En cas de forfait par admission pour les médicaments (0756000), le service d'admission doit être mentionné dans cette zone.

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

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.

RUBRIQUE : UNITE

LIBELLE :

(☞ 7) L'utilisation de cette zone est obligatoire à partir du 1/9/2008.

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.

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.

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;
 - 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.

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

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 32.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 30 zone 32.

RUBRIQUE : CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 33.

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

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞7)

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

Pour les interventions personnelles réglementaires qui ne sont pas portées en compte par le prestataire, la valeur 0 est mentionnée dans la zone 27 et la zone 33 est égale à 1.

Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée. Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

RUBRIQUE : FORME GALENIQUE PREPARATION MAGISTRALE**LIBELLE :**

(☞ 7) L'utilisation de cette zone est obligatoire à partir du 1/9/2008.

Cette zone n'est complétée que lorsque le contenu de la zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 ou 0750116.

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

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 180**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
01	gélules
02	cachets
08	suppo adultes
09	suppo enfants
10	ovules
11	rectioles
13	ampoules
15	poudres à diviser
20	solutions usage interne
21	solutions usage externe (usage chronique : 6 tickets modérateurs maximum)
22	solutions usage externe (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)
27	gouttes ophtalmiques
28	lotions ophtalmiques
30	pommades (usage chronique : 6 tickets modérateurs maximum)
31	pommades ophtalmiques
32	pommades (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)
40	mélanges de poudres ou de plantes
71	gélules enrobées
90	délivrances telles quelles (p.ex. oxygène)
(☞ 3) 91	préparations préfabriquées

(☞ 3) En cas d'imputation d'honoraires supplémentaires, la valeur est précédée de « 1 »

(☞ 7) Dans tous les autres cas la valeur est précédée de « 0 »

RUBRIQUE : NUMERO OFFICE DE TARIFICATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 183

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Dans cette zone est mentionné le numéro d'identification de l'office de tarification agréé de l'officine de l'hôpital qui a délivré les médicaments (voir A.R. 23 novembre 1995, M.B. 11 janvier 1996).

(☞ 3,7)

- Pour les prestations relatives au matériel utilisé en chirurgie cardiaque minimale invasive (0689754-0689765 et 0689776-0689780) et pour la prestation 0688472, la facturation se fait comme suit :
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (= enregistrement(s) statistique(s)) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
 - * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9.
 - * le(s) enregistrement(s) suivant(s) (= enregistrement(s) de facturation) :
 - soit la somme des prix des éléments est inférieure au remboursement : il y a 1 enregistrement (de facturation) ; celui-ci est indiqué par la norme 6 ; la zone 19 mentionne la somme des prix des différents éléments utilisés ; la zone 22 est toujours égale à "+0001" ; les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro ;
 - soit la somme des prix des éléments est égale ou supérieure au remboursement et est inférieure ou égale au prix plafond : 2 enregistrements de facturation sont établis :
 - le premier enregistrement (de facturation) est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant du remboursement prévu dans la nomenclature ; la zone 22 est toujours égale à "+0001" ; les zones 27 et 30-31 sont égales à zéro ; la zone 43 est égale à zéro ;
 - le deuxième enregistrement (de facturation) (marge de sécurité) est indiqué par la norme 0 ; la zone 19 est égale à zéro ; la zone 22 est toujours égale à "+0001" ; la zone 27 est égale à la différence entre la somme des prix des éléments utilisés et le remboursement ; la zone 30-31 est égale à zéro ; la zone 43 est égale à zéro.
 - * la marge de délivrance est attestable sous le pseudo-code existant 0685856-0685860.

Au cas où la somme des prix des éléments utilisés est supérieure au prix plafond, l'ensemble du matériel doit être attesté sous le pseudocode 0960234-0960245.

0 Toutes les autres situations ...

Mise en place des stents sur plusieurs jours.

§ 11ter de l'article 35 prévoit: " Elle [la prestation 687875-687886] ne peut être remboursée qu'une fois par hospitalisation."

Deux possibilités existent alors :

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

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

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

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

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

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

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

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

Le forfait peut être prise en compte plusieurs fois, puisqu'il s'agit de différentes hospitalisations. La facturation s'effectue selon les règles normales.

Libellé	Nouveau code	
	Ambulant	Hospitalisé
1. Frais de déplacement des médecins		
a) Indemnités ordinaires pour spécialistes en pédiatrie	0109911	-
b) Supplément d'indemnité pour les médecins généralistes dans les régions rurales	0109955	-
c) Indemnité kilométrique pour les médecins spécialistes	0109970	-
2. Frais de déplacement des praticiens de l'art infirmier	0418913	-
(☞ 4)3. Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au typage de donneurs potentiels en vue de trouver un donneur compatible non apparenté, ainsi que dans les frais relatifs au prélèvement de ces cellules souches hématopoïétiques et à l'assurance du donneur non apparenté	0269872	0269883
Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au transport du donneur étranger de cellules souches hématopoïétiques	0269894	0269905
Art. 14, m) 3ème alinéa : transport d'organe prélevé à l'étranger	0269916	0269920
Art. 14, m) 4ème alinéa : typage de donneurs potentiels à l'étranger	0269931(**)	0269942(**)
Art. 14, m) 5ème alinéa : transport et assurance du donneur de moelle osseuse étranger	0269953(**)	0269964(**)
4. Les maisons médicales :		
- forfait médecins	0109616	-
- forfait kinésithérapeutes	0509611	-
- forfait praticiens de l'art infirmier	0409614	-
5. Rééducation professionnelle - Rééducation individuelle		
A) Rééducation professionnelle		
- Examen d'orientation professionnelle - éducation	0771013	0771024(*)
- Inscription à des cours et des examens	0771035	0771046(*)
- Séjour	0771050	0771061(*)
- Frais de déplacement	0771072	-
- Assurance	0771094	0771105(*)
- Matériel et équipement	0771116	0771120(*)
B) Fonds spécial de solidarité	0773194	0773205

(*) supprimé 31/12/2004

(**) supprimé à partir du 01/12/2006

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
C) Rééducation individuelle		
a) - Traitement orthoptique	0771536	0771540
(☞) - Séance individuelle de rééducation fonctionnelle par un orthoptiste, d'une durée de 60 minutes au minimum	0771551	0771562
b) Appareillage (article 151 + nomenclature)		
- Appareils à parler - type électronique	0771632	0771643
- Prothèse externe orbito-oculaire	0771654	0771665
- Lunettes télescopiques	0771713	0771724
- Pompes à perfusion	0771735	
- Accessoires pour l'ensemble	0771750	
- Prestations de rééducation fonctionnelle admises par le Collège des Médecins-Directeurs visées aux art. 27, 29 et 31 de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception de l'art. 29, § 12	0771772	0771783
c) Prestations de rééducation de patients cardiaques		
- Séance individuelle pluridisciplinaire d'une durée minimale de 30 minutes	-	0771201
- Séance collective pluridisciplinaire d'une durée minimale de 60 minutes	0771212	0771223
(☞) d) Prestations de diététique et de podologie		
- évaluation et/ou intervention diététique individuelle	0771131	-
- examen ou traitement podologique individuel	0771153	-
D) Frais de déplacement		
- Moyen de transport individuel	0771934	
- Moyen de transport en commun	0771956	
- Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers un centre de rééducation conventionné organisé par le centre de rééducation	0771971	0771982
- Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers un centre de rééducation conventionné, adapté à la voiture personnelle	0773150	
(☞ 4) Moyen de transport individualisé adapté au handicap (conventions « aides à la mobilité » (7.90)) :		
- Véhicule de l'établissement ou transporteur privé	0770394	0770405
- Véhicule adapté du bénéficiaire	0770416	0770420
(☞ 4) 5bis. Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776156	0776160
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776171	0776182
(☞ 7) Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.51		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776473	0776484
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776495	0776506

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 3

Pseudo-code nomenclature

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
6. a) Bains désinfectants pour brûlures :		
- Global	-	0754526
- Brûlure isolée sur un des quatre membres	-	0754541
b) Nutrition parentérale au domicile du patient	0754714 (**)	-
(☞4) - Poches « à la carte » adultes	0751354	-
(☞4) - Poches « à la carte » enfants	0751376	-
(☞4) - Pré-mélanges industriels	0751391	-
(☞4) - Poches « per dialytique »	0751413	-
c) Seringues d'insuline stériles	0754736	-
d) Alimentation entérale par sonde au domicile du patient		
- Enfants de moins de 2 ans, sans pompe	0754611 (**)	-
- Enfants de moins de 2 ans, avec pompe	0754633 (**)	-
- Autres bénéficiaires, administration d'un produit polymérique	0754655 (**)	-
- Autres bénéficiaires, administration d'un produit semi-élémentaire	0754670 (**)	-
(☞4) - l'administration d'un produit polymérique	0751251	-
(☞4) - l'administration d'un produit semi-élémentaire	0751273	-
(☞4) - l'utilisation du matériel sans pompe	0751295	-
(☞4) - l'utilisation du matériel avec pompe	0751310	-
(☞4) - l'utilisation de la pompe	0751332	-
(☞) e) Prothèse capillaire en cas de		
- calvitie suite à une radiothérapie et/ou chimiothérapie antimitotique	0755414	0755425
- pelade	0755436	0755440
- alopecie cicatricielle	0755451	0755462
7. Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales	-	0700000
8. a) Article 35, catégorie 5 :		
• Neurostimulateur et accessoires implantés pour le traitement de mouvements irréguliers :		
(☞) - électrode en cas de stimulation d'essai négative (système unilatéral)	0684471(*)	0684482(*)
(☞) - électrode en cas de stimulation d'essai négative (système bilatéral)	0684493(*)	0684504(*)
- pour le système unilatéral (Itrel)	0686313(*)	0686324(*)
- pour le système bilatéral (Itrel)	0686335(*)	0686346(*)
- pour le remplacement d'un IPG (Itrel)	0686372(*)	0686383(*)
- pour le remplacement de deux IPG (Itrel)	0686394(*)	0686405(*)
(☞) - Access Therapy Controller	0686475(*)	0686486(*)
(☞) - Access Review 7438	0686490(*)	0686501(*)
(☞) - pour le remplacement d'une électrode, par pièce	0686416(*)	0686420(*)
(☞) - pour le remplacement d'une extension, par pièce	0686431(*)	0686442(*)
(☞) - pour le remplacement d'un IPG (Kinetra)	0686733(*)	0686744(*)
(☞) - pour le remplacement d'un IPG (Solettra)	0686755(*)	0686766(*)
(☞) - pour le remplacement de deux IPG (Solettra)	0686770(*)	0686781(*)
- pour le système unilatéral (Kinetra)	0686895(*)	0686906(*)
- pour le système bilatéral (Kinetra)	0686910(*)	0686921(*)
- pour le système unilatéral (Solettra)	0686932(*)	0686943(*)
- pour le système bilatéral (Solettra)	0686954(*)	0686965(*)
(☞) - pour le système unilatéral (Solettra), avec access review 7438	0686976(*)	0686980(*)
(☞) - pour le système bilatéral (Solettra), avec access review 7438	0686991(*)	0687002(*)
(☞) - appareil de contrôle du patient en cas de remplacement d'un stimulateur Itrel	0684515(*)	0684526(*)

(☞ 4) (*) supprimés pour les prestations à partir du 1/3/2007.

(☞ 6) (**) supprimés pour les prestations à partir du 1/9/2007.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 4

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 4) - neurostimulateur implanté	0698552	0698563
(☞ 4) - neurostimulateur implanté – Remplacement	0698574	0698585
(☞ 4) - électrode implantée (par pièce)	0698596	0698600
(☞ 4) - électrode implantée – Remplacement (par pièce)	0698611	0698622
(☞ 4) - électrode en cas de stimulation d'essai négative (par pièce)	0698633	0698644
(☞ 4) - extension (par pièce)	0698655	0698666
(☞ 4) - extension – Remplacement (par pièce)	0698670	0698681
(☞ 4) - programmeur	0698692	0698703
• Matériel pour assistance ventriculaire utilisé en cas de "bridge - to - transplant"	0684714	0684725
• Stimulateur du nerf vague		
- Stimulateur	0684810	0684821
- Electrode et accessoires	0684832	0684843
• Neurostimulateur en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs		
- pour le neurostimulateur	0686232	0686243
- pour l'électrode	0686254	0686265
- pour l'extension	0686254	0686265
- pour l'électrode en cas de stimulation d'essai négative	0686276	0686280
- Neurostimulateur - Renouvellement en cas d'end of life	0688251	0688262
- Neurostimulateur - Renouvellement en cas d'infection	0688273	0688284
- Electrode et accessoires - Renouvellement en cas d'end of life	0688295	0688306
- Electrode et accessoires - Renouvellement en cas d'infection	0688310	0688321
(☞ 7) • Neurostimulateur en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures (*):		
(☞) - électrode en cas de stimulation d'essai négative	0686792	0686803
- pour le neurostimulateur	0686814	0686825
- pour l'électrode	0686836	0686840
- pour l'extension	0686851	0686862
- pour le programmeur	0686873	0686884
(☞) - neurostimulateur implanté – remplacement	0689931	0689942
(☞) - électrode implantée – remplacement	0689953	0689964
(☞) - extension – remplacement	0689975	0689986

(☞ 7) (*) Ces pseudo-codes sont supprimés à partir du 1/1/2007 et ont été remplacés par des codes nomenclatures de l'art35, §1, E, catégorie 1.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 5

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

Pseudo-code nomenclature
Ambulant Hospitalisé

Libellé

	c) Marge de délivrance des implants. Cette marge doit être facturée au même moment que les prestations correspondant à l'article 28, § 1er, à l'article 35 ou à l'article 35bis, § 1er ou les		
(☞ 5)	prestations relatives aux défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes telles que mentionnées au point d) ci-dessous		
	- pour les prestations de l'art. 28, § 1er,	0618715	0618726
	- pour les prestations des catégories 1, 2 et 5 de l'art. 35, et pour les défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes	0685812	0685823
	- pour les prestations des catégories 3 et 4 de l'art. 35	0685834	0685845
(☞ 7)	- pour les prestations de l'article 35bis, catégories 1, 2 et 3	0685856	0685860
	Le montant de la marge de délivrance est plafonné.		
(☞ 1)	Dans le cas où le plafond est d'application sur la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de nomenclature, il faut alors indiquer au moyen de la norme 8 ou 7 dans la zone 46 de l'E.T. 50, si le montant mentionné dans la zone 27 est le résultat du calcul exact sur le prix d'achat (zone 19 + zone 27 de l'E.T. 50 correspondant); ou la différence entre la valeur plafond et la somme des marges de délivrance mentionnées dans les E.T. 50 précédents indiqués avec la norme 8.		
(☞ 1)	L'enregistrement dans lequel le plafond est atteint et dans lequel le montant de la zone 27 est par conséquent plus petit que la marge de délivrance normale, est indiqué par la norme 7.		
	d) Renouvellement prématuré du stimulateur cardiaque	0684655	0684666
	e) - Défibrillateurs cardiaques implantables + accessoires		0686302(*)
(☞ 3)	- Défibrillateur de remplacement + accessoires	0687971(*)	0687982(*)
(☞ 5)	Défibrillateur cardiaque implantable	0691633	0691644
	Défibrillateur cardiaque implantable de remplacement	0691655	0691666
	Electrode 1 coil, shock only (SVC)	0691692	0691703
	Electrode 1 coil et sense/pace	0691714	0691725
	Electrode 2 coils et sense/pace	0691736	0691740
	Patch subcutané	0691751	0691762
	Electrode subcutanée	0691773	0691784
	Electrode de stimulateur, endocardiale unipolaire ou bipolaire ou myocardiale	0691795	0691806
	Electrode de stimulateur cardiaque single-pass (VDD)	0691810	0691821
	Electrodes de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie percutanée	0691832	0691843
	Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie épicaudique	0691854	0691865
	Supplément pour l'upgrading d'un défibrillateur cardiaque de resynchronisation	0691670	0691681
(☞ 7)	Ces prestations se réfèrent à une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous les types de factures 5 ou 6 (ET 20 Z10). L'ANMC et l'UNMS traitent cette convention de rééducation fonctionnelle au niveau national. Les documents de facturation papier doivent donc être envoyés aux Unions Nationales (voir p.14 et ET 20 Z 18).		
(☞ 7)	f) Marge de sécurité des implants (**)	0618730	0618741
	Pour les prestations à partir du 1/7/2008, le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité doit être facturé via un enregistrement distinct (analogue à la marge de délivrance). Le montant est repris dans la zone 27. Le (pseudo-)code nomenclature de l'implant est communiqué comme prestation relative.		
	Si aucune marge de sécurité n'est facturée, aucun enregistrement « marge de sécurité » n'est établi.		

9. Les honoraires forfaitaires pour soins infirmiers voir E.T. 50 Z 3 en regard de la norme "9".

(☞ 5) (*) supprimé à partir du 01/07/2007.

(☞ 7) (**) supplément mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité, tel que défini à l'article 35, §4 et l'article 35bis, §4 de la nomenclature.

Kinésithérapie

Les prestations de kinésithérapie effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés et dispensées à des bénéficiaires atteints d'une des affections visées à l'article 7, 3ème alinéa, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982 doivent être attestées, à partir du 1/5/1999, sous les codes prévus à l'article 7, § 1^{er}, 2^o, V de la nomenclature des prestations de santé,

à l'exception des cas où le bénéficiaire se trouve dans une des situations prévues :

à l'article 7, § 12 → utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1^{er}, 3^o

à l'article 7, § 13 → utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1^{er}, 4^o

de la nomenclature susmentionnée.

Fécondation in vitro

A partir du 1er juillet 2003, l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules sont enregistrées sous les pseudo-codes nomenclature suivants :

1 ^{er} cycle	0559812	0559823
2 ^{ème} cycle	0559834	0559845
3 ^{ème} cycle et suivants	0559856	0559860

Il s'agit uniquement de la mention du nombre de cas, toutes les zones "montant" sont égales à zéro.

(☞ 5) Suppléments pour produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I.Honoraires médical et paramédical

0960035	0960046	Prestations de laboratoires non remboursables
0960050	0960061	Prestations de soins <u>diagnostiques</u> non remboursables
0960072	0960083	Prestations de soins <u>thérapeutiques</u> non remboursables

(☞ 6) Produits pharmaceutiques et parapharmaceutiques et services paramédicaux

0960116 ^(*)	0960120 ^(*)	Produits et services paramédicaux
------------------------	------------------------	-----------------------------------

Implants non remboursables

0960234	0960245	Implants non remboursables
---------	---------	----------------------------

(☞ 6) Frais divers dans les hôpitaux

0960131 ^(*)	0960142 ^(*)	Téléphone
0960153 ^(*)	0960164 ^(*)	Télévision
0960175 ^(*)	0960186 ^(*)	Réfrigérateur
0960492	0960503	Confort de chambre
0960190	0960201	Frais personne accompagnante
0960212 ^(*)	0960223 ^(*)	Autres produits et services non médicaux
0960411	0960422	Nourriture et boissons
0960433	0960444	Produits d'hygiène
0960455	0960466	Autres produits/services fournis à la demande du patient
0960470	0960481	Frais d'ambulance

(☞ 5) Frais divers dans les initiatives d'Habitations Protégées

960315	frais de séjour tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour
960330	coûts éventuels surplus au frais de séjour tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour
960352	'autres' coûts surplus qui ne sont pas prévus dans la convention de séjour

(☞) Contribution forfaitaire des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence (art. 31 de la Loi du 27 avril 2005, MB du 20 mai 2005).

0960256	Forfait soins d'urgence
---------	-------------------------

(☞ 5) L'AR du 27 avril 2007 (MB du 5/6/2007) prévoit qu'à partir du 1/7/2007, il ne sera plus possible de percevoir une contribution forfaitaire sur la base de l'art.107quater de la loi sur les hôpitaux. Le pseudo-code 0960256 est donc supprimé.

(☞) Accidents de travail conventions internationales :

0961030	0961041	Biologie clinique non remboursable
0961052	0961063	Prestations de soins diagnostiques non remboursables
0961074	0961085	Prestations de soins thérapeutiques non remboursables
0961096	0961100	Déplacements non remboursables

(☞ 7) 0961214 0961225 Autres produits ou services non remboursables

Il s'agit des prestations originellement non remboursables qui sont prises en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la Z 19.

(☞ 6) (*) Supprimés pour les prestations à partir du 1/4/2008

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 15

Exemple en EUR d'une suite d'enregistrements relatifs aux implants.

Lentilles intra-oculaires : 682754/765 U 97
 Prix € 152,40 - marge de délivrance € 15,24

Remboursement € 100,18 - quote-part patient € 67,46
 Prestataire conventionné.

(☞ 7)

	ET 50	ET 50	ET 50	ET 50
Zone		Implant	Marge de sécurité	Marge de délivrance
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50
4	N°PSEUDO-CODE NOMENCLATURE	0682765	0618741	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20080301	20080301	20080301
6	DATE FIN PRESTATION	20080301	20080301	20080301
15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0	0682765	0682765
18				
19	MONTANT O.A.	+00000010018	+00000000000	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20080110	00000000	00000000
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001
23				
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXXX/CC/KKK	000000000000	000000000000
25				
(☞1) 27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000005222	+000001524
(☞1) 30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYYZZZZC	000000000000	000000000000

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

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 16

Exemple en EUR d'une suite d'enregistrements relatifs aux tuteurs coronaires.

Tuteur coronaire : 0687875-0687886 U1985
 Remboursement (forfait) : € 2050,16
 Marge de délivrance : € 148,74

Prestataire conventionné

- a) 2 tuteurs sont implantés :
 - 1 tuteur du type : 0XXXYYYYAAAAAC
 - 1 tuteur du type : 0XXXYYYYBBBBBC

E.T.	50	50	50	50	50
ZONE	PRESTATIONS				
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	9	0	0
4	N°PSEUDO-CODE	0687886	0687886	0687886	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	19980701	19980701	19980701	19980701
6	DATE FIN PRESTATION	19980701	19980701	19980701	19980701
15	PRESTATAIRE	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/300	06/XXXXXX/CC/ 300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1
17	PRESTATION RELATIVE	0589024	0589024	0589024	0687886
18					
19	MONTANT O.A.	+0000000000	+0000000000	+00000205016	+0000000000
20	DATE PRESCRIPTION	19980630	19980630	19980630	00000000
21					
22	NOMBRE DE	+0001	+0001	+0001	+0001
23	PRESTATIONS				
24	IDENTIFICATION DU	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	01/XXXXXX/CC/KKK	0000000000
25	PRESCRIPTEUR				
(☞ 1) 27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
(☞ 1) 30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYYAAAAAC	0XXXYYYYBBBBBC	0000000000000	000000000000

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

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

ET	50	50 (2 X)	50	50 (2 X)	50	50
ZONE	PRESTATIONS					
1	TYPE ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50
3	NORME PRESTATION	9	0	9	0	0
4	N° PSEUDO-CODE	0687886	0687886	0686464	0686464	0685823
5	DATE DEBUT PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
6	DATE FIN PRESTATION	20031201	20031201	20031201	20031201	20031201
15	PRESTATAIRE	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORME DISPENSATEUR	1	1	1	1	1
17	PRESTATION	0589024	0589024	0687886	0687886	0687886
18	RELATIVE					
19	MONTANT O.A.	+00000000000	+00000205016	+00000000000	+00000100000	+00000000000
20	DATE PRESCRIPTION	20031130	20031130	20031130	20031130	00000000
21						
22	NOMBRE DE PRESTATIONS	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001
23						
24	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
25						
(☞ 1) 27	QUOTE-PART PERSONNELLE	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
(☞ 1) 30-31	MONTANT SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	XXXYYYBBBBBC	00000000000	XXXYYYAAAAAC	00000000000	00000000000

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

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

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

3 éléments (canule artérielle) : 1 élément avec le code implant 0XXXXYYAAAAAC + 2 éléments avec le code implant 0YYYYZZAAAAAC

2 éléments (drainage veineux) : 1 élément avec le code implant 0XXXXYYBBBBBC + 1 élément avec le code implant 0XXXZZBBBBBC

canules artérielles							drainage veineux							
ET Zone	50 Prestations	enreg statistique 50	enreg statistique 50	enreg statistique 50	enreg de facturation 50	marge de sécurité 50	ou	enreg de facturation 50	enreg statistique 50	enreg statistique 50	enreg de facturation 50	marge de sécurité 50	ou	enreg de facturation 50
1	Type d'enregistrement	50	50	50	50	50		50	50	50	50	50		50
3	norme prestation	9	9	9	0	0		6	9	9	0	0		6
4	n° pseudo-code	689765	689765	689765	689765	618741		689765	689780	689780	689780	618741		689780
5	date début prestation	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201
6	Date fin prestation	20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201	20081201	20081201	20081201	20081201		20081201
15	prestataire	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300		06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300	06/XXXX/CC/300		06/XXXX/CC/300
16	norme dispensateur	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1
17-18	prestation relative	0	0	0	0	689765		0	0	0	0	689780		0
19	montant O.A.	0	0	0	remboursement	0		somme(prix)	0	0	remboursement	0		somme(prix)
20-21	date de prescription	20081010	20081010	20081010	20081010	0		20081010	20081010	20081010	20081010	0		20081010
22-23	nombre de prestations	+0001	+0001	+0001	+0001	+0001		+0001	+0001	+0001	+0001	+0001		+0001
24-25	identification du prescripteur	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	000000000000		01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	01/XXXX/CC/KKK	000000000000		01/XXXX/CC/KKK
27	intervention personnelle	0	0	0	0	somme(prix) - montant OA		0	0	0	0	somme(prix) - montant OA		0
30-31	montant supplément	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		0
43	code implant	0XXXXYYAAAAAC	0YYYYZZAAAAAC	0YYYYZZAAAAAC	000000000000	000000000000		000000000000	0XXXZZBBBBBC	0XXXZZBBBBBC	000000000000	000000000000		000000000000

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

RUBRIQUE : DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE**LIBELLE :**

Il s'agit de la date à laquelle la prestation a été effectuée, ou la date à laquelle une série de prestations a débuté.

- (☞ 6) Pour les prestations à partir du 1/1/2008, la facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 n'est plus possible que pour les honoraires de surveillance (art. 25, §1). Les autres séries de prestations doivent toujours être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation et date de début = date de fin et nombre d'unités = 1).

Pour les prestations de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et des examens génétiques, il faut reprendre dans cette zone la date de réception de la prescription.

Pour les soins de l'art infirmier, un enregistrement individuel par prestation doit être fait.

- (☞ 7) Pour les maisons médicales, le premier jour du mois facturé (AAAAMMJJ) doit être mentionné dans cette zone pour les codes 0109616, 0509611, 0409614.
Pour les codes 0102771 et 0102852, la date est égale à AAAA0101.

- (☞ 6) En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de début de période doit être transmise.

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

Contrôle : validité de la date.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176 : date de réception de la prescription

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : date de la prescription;

0591091, 0591113, 0591135 : date maxiforfait;

0591102, 0591124, 0591146, 0591603, de 0590166 à 0590225, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : date d'admission, ou date d'admission (transfert) dans le premier service aigu qui entre en compte pour la facturation du forfait;

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : date de prestation.

- (☞ 6) Intervention dans la délivrance de tissus d'origine humaine (A.R. du xxxxx).
Date d'utilisation comme greffe (= date de l'implantation).

- (☞ 6) Remarque :

Pour les prestations avant le 1/1/2008, la facturation de séries d'un seul traitement, via un seul enregistrement de type 50, n'est autorisée que si les O.A. peuvent reconstituer la date exacte des prestations individuelles. C.-à-d. que le nombre de prestations effectuées au cours de la période mentionnée (date début - date fin) doit être réparti de façon égale sur tous les jours de cette période.

Prestations pour lesquelles des séries de prestations peuvent se présenter : surveillance, kinésithérapie + frais de déplacement, réanimation, radio- et radiumthérapie, médecine nucléaire, rhumatologie et physiothérapie.

Exemple : 10 prestations effectuées au cours d'une période déterminée ; un maximum de 2 par jour est d'application.

Facturation	Date début	Date fin	Nombre	Résultat
1	19920301	19920310	+0010	accepté (1 par jour)
2	19920301	19920305	+0010	accepté (2 par jour)
3	19920301	19920302	+0010	refusé (5 par jour)
4	19920301	19920308	+0010	rejeté (non réparti de façon égale)
5	19920301	19920306	+0006	accepté (1 par jour)
	19920307	19920308	+0004	accepté (2 par jour)
6	19920310	19920331	+0010	rejeté (non réparti de façon égale)

RUBRIQUE : DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE

LIBELLE :

Il s'agit de la date à laquelle une série de prestations a pris fin.

- (☞ 6) Lorsqu'une série d'un seul traitement est facturée via un seul enregistrement de type 50, le prix unitaire de l'intervention ne peut pas avoir subi de modifications au cours de la période (date début – date fin). Si une modification est intervenue, le traitement doit faire l'objet de 2 ou de plusieurs enregistrements, c'est-à-dire un enregistrement par prix unitaire.

- (☞ 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.

S'il s'agit de prestations de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examen génétiques, il y a lieu d'indiquer dans cette zone la date du protocole.

- (☞ 7) Pour les maisons médicales, le dernier jour du mois facturé (AAAAMMJJ) doit être mentionné dans cette zone pour les codes 0109616, 0509611, 0409614.
Pour les codes 0102771 et 0102852, la date est égale à AAAA0101.

- (☞ 6) En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de fin de période doit être transmise.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : validité de la date.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

date fin = date début.

- (☞ 6) Intervention dans la délivrance de tissus d'origine humaine (A.R. du xxxx).

Date de signature de l'attestation concernant l'utilisation de tissus comme allogreffe.

Remarques : 1. Une date-fin doit toujours être mentionnée, même lorsqu'elle est égale à la date-début.

2. Voir également remarque enregistrement de type 50 zone 5.

Pour les soins infirmiers, la date de fin est toujours égale à celle du début.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

RUBRIQUE : ACCOUCHEMENT

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 30 zone 10.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas eu d'accouchement.
1	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour la mère.
2	Il y a eu accouchement et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le nouveau-né, alors que la mère séjourne dans l'hôpital.
3	Il y a eu accouchement et il s'agit d'une naissance multiple et cette (ces) prestation(s) a (ont) été effectuée(s) pour le(s) nouveau-né(s), alors que la mère séjourne dans l'hôpital.

Pour les praticiens de l'art infirmier, cette zone est toujours égale à zéro.

RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO COMPTE FINANCIER

LIBELLE :

Il y a lieu d'indiquer au moyen d'un code à quel compte financier doit être transféré le montant de la zone 19.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 7) 0	Le montant dû doit être transféré au compte financier A (voir ET 10 Z 5-6a, Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).
(☞ 7) 1	Le montant dû doit être transféré au compte financier B (voir ET 10 Z 8a, Z 43a, Z 49-50-51-52).

Seuls les établissements hospitaliers peuvent utiliser la valeur 1.

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 A, B, C et D^(*), forfait groupe (☞ 5) 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 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.

(☞ 6)* En cas de contribution forfaitaire pour soins d'urgence (supprimée pour les prestations à partir du 1/7/2007), cette zone est 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) 0590310 et 0590332 : pseudo-code service journée d'entretien forfaitaire ou code service 320

(☞ 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.

* Pour les prestations effectuées pendant une journée d'entretien forfaitaire (code hospitalisé), le code service est celui du séjour.

* 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.

(☞ 4) (*) les forfaits A, B, C et D sont supprimés à partir du 1/7/2007

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)
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
710	Gén.	Salle de plâtre
720	Gén.	Mini-forfait
730	Gén.	Maxi-forfait
740	Gén.	Super-forfait (supprimé au 01/04/98)
750	Gén.	Dialyse rénale
760	Psy.	Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation
770		Rééducation
800 ^(*)	Gén.	Forfait A
810 ^(*)	Gén.	Forfait B
820 ^(*)	Gén.	Forfait C
830 ^(*)	Gén.	Forfait D
(☞ 5) 840	Gén.	Forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 + forfait douleur chronique 1, 2, 3
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

(☞ 4) (*) supprimé à partir du 1/7/2007.

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION**LIBELLE :****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56****REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

- * Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour la biologie clinique ou le numéro d'identification pour la facturation et l'attestation de l'anatomopathologie ou le numéro d'un centre agréé de génétique humaine
- s'il s'agit de prestations de biologie clinique, médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie ou d'examens génétiques;
 - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
 - en cas d'honoraires forfaitaires pour prestations de biologie clinique ambulatoires;
 - s'il s'agit de prestations de biologie clinique pour lesquelles le remboursement ne dépend pas des conditions reprises dans l'article 63 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (voir AR du 31 janvier 1977, MB 4 février 1977), le numéro d'identification d'un laboratoire agréé pour la biologie clinique doit être mentionné, pour autant que ces prestations soient effectuées dans un laboratoire agréé;
 - si non, - le numéro d'identification du laboratoire de biologie clinique de l'hôpital doit être mentionné en cas de prestations effectuées dans un établissement de soins (dans les locaux ou non du laboratoire agréé) ;
 - le numéro d'identification de l'établissement de séjour doit être mentionné s'il s'agit d'un patient qui séjourne dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P.;
 - le numéro du centre de rééducation doit être mentionné s'il s'agit de patients qui subissent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
 - la zone doit être mise à zéro dans tous les autres cas.
- * Le numéro d'identification du service agréé conformément aux normes
- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service pour l'hémodialyse chronique = numéro de l'hôpital + 561;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service pédiatrique pour la dialyse chronique = numéro de l'hôpital + 562;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de dialyse à domicile = numéro de l'hôpital + 563;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de dialyse péritonéale ambulatoire = numéro de l'hôpital + 564;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service d'autodialyse collective = numéro de l'hôpital + 565 jusque et y compris 569;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de cathétérisme cardiaque pour cardiologie interventionnelle = numéro de l'hôpital + 117;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de cathétérisme cardiaque pour diagnostic invasif = numéro de l'hôpital + 119;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de radiothérapie = numéro de l'hôpital + 113;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B avec l'agrément B1 (diagnostique invasif), B2 (thérapie interventionnelle) et B3 (chirurgie cardiaque) = numéro de l'hôpital + 120;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B avec le seul agrément B1 (diagnostique invasif) = numéro de l'hôpital + 121;
 - (☞) - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque T avec l'agrément d'un programme de soins pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et transplantation cœur-poumon) = numéro de l'hôpital + 122.
 - (☞ 4) - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque C avec l'agrément d'un programme de soins pathologie cardiaque C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) = numéro de l'hôpital + 123.
 - (☞ 6) - prestations pour lesquelles un agrément path. cardiaque E est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124.
 - (☞ 7) - prestations pour lesquelles un agrément path. cardiaque E +B3 est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124
 - (☞ 7) - prestations pour lesquelles seul un agrément path. cardiaque E est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124 ou numéro de l'hôpital + 125

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 1

- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse = numéro de l'hôpital + 110.

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

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

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

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

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

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

- (☞ 5,6) - s'il s'agit de prestations pour lesquelles un agrément de « première prise en charge des urgences » est nécessaire (code nomenclature 0590166^(*)) = numéro de l'hôpital + 130.
- (☞ 5,6) - s'il s'agit de prestations pour lesquelles un agrément « soins urgents spécialisés » est nécessaire (codes nomenclature 0590181, 0590225, 0590310, 0590472 et art. 25, §3bis de la nomenclature) = numéro de l'hôpital + 131.

* Le numéro d'identification du centre de dialyse rénale

- s'il s'agit de prestations concernant la dialyse rénale;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes pour ce secteur;
sauf : 1. la prestation 0470466 pour autant qu'elle soit effectuée par un médecin, spécialiste de médecine interne, chirurgien, anesthésiste ou pédiatre qui est responsable d'un service de soins intensifs (jusqu'au 30/06/1999) ou la prestation 0470503 (à partir du 01/07/1999) effectuée par un spécialiste en médecine interne, chirurgie, anesthésiologie ou pédiatrie dans une unité de soins intensifs;
- 2. les prestations 0470400 et 0470422 pour autant qu'elles soient effectuées dans un hôpital qui ne dispose pas d'un centre de dialyse agréé;
- 3. honoraires supplémentaires pour prestations urgentes 0470466, 0470503, 0470400 ou 0470422.

* Le numéro d'identification du centre de rééducation

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

(☞ 6)* Le numéro d'identification de la banque de tissus qui a délivré les tissus

- s'il s'agit d'une intervention dans la délivrance de tissus d'origine humaine.

* Le numéro d'identification de la MRS, MRPA, MSP ou IHP

- s'il s'agit de prestations effectuées dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.

* Le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée;

- s'il s'agit de prestations effectuées sur le site de l'établissement hospitalier (tant pour les patients hospitalisés que pour les ambulants, également pour les patients séjournant dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP);
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la biologie clinique par admission ou par maxiforfait;
- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;

(☞ 6) (*) supprimé à partir du 1/12/2007

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 2

- s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
 - s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
 - s'il s'agit de suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI (codes 0960XXX) ;
 - s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile.
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour la rééducation cardiaque;
- s'il s'agit de prestations de rééducation pour patients cardiaques (0771201, 0771212, 0771223).
- * Le numéro d'identification de la maison médicale
- s'il s'agit de prestations effectuées dans une maison médicale.
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques ;
- (☞ 5) - s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
- * S'il s'agit de prestations liées à une prestation de base pour laquelle la mention d'un lieu spécifique de prestation est exigée, pour cette prestation, le lieu de prestation de la prestation de base doit alors être mentionné (ex. honoraires supplémentaires, suppléments d'accréditation, honoraires pour soins d'urgence,...).
- (☞) Si la prestation relative est complétée, le lieu de prestation doit alors correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui est mentionnée comme prestation relative. Par exemple matériel de consommation et des implants (art. 35 et 35bis).
- * S'il s'agit d'un déplacement d'un patient, le numéro d'identification de l'hôpital qui facture doit alors être mentionné dans cette zone.
- * S'il s'agit de prestations de fécondation in vitro (zone 4 = 0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860), le numéro d'identification du laboratoire de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone.
- (☞ 4) * S'il s'agit des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.
- * Dans tous les autres cas que ceux mentionnés ci-dessus, cette zone est mise à zéro.

Remarques :

- Dans le cas où plusieurs des conditions se présentent simultanément, l'ordre d'importance suivant est respecté :
 1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
 2. centre de rééducation;
 3. établissement hospitalier.
- Dans le cas où la facture est établie par un centre de rééducation, la hiérarchie suivante doit être respectée :
 1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
 2. établissement hospitalier;
 3. centre de rééducation.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR

LIBELLE :

Il s'agit du numéro d'identification du dispensateur de soins qui a réellement effectué la prestation. Ce numéro doit figurer sur l'attestation de soins. Lorsque la prestation a été effectuée confraternellement par plusieurs dispensateurs, le numéro de chaque dispensateur doit figurer sur l'attestation, mais un seul dispensateur pris au hasard est indiqué dans cette zone. Dans la zone 16 il sera fait mention qu'il y a eu "plusieurs dispensateurs".

Ces règles ne sont pas d'application pour les praticiens de l'art infirmier.

- (☞ 7) Exceptionnellement, pour les maisons médicales, le numéro d'agrément de celles-ci est à indiquer dans cette zone lors de la facturation des codes 0102771 et 0102852.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Ce numéro se trouve sur l'attestation de soins.
Il est structuré comme suit :

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			

Le numéro d'identification est composé de 11 positions et est toujours précédé d'un zéro dans la première position de la zone 15.

Ce numéro figure dans les annuaires des dispensateurs.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460784, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 700000 : pseudo-numéro dispensateur 01.00001.06.999

(☞ 7) de 0590166 à 0590332 : numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde.

de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176, 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : numéro du dispensateur (ou un des dispensateurs) qui a effectué les prestations de biologie clinique (respectivement les prestations de radiologie) de la prescription concernée.

0460703, 0460821 : numéro d'un radiologue de l'hôpital.

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : numéro du bandagiste.

Intervention dans la délivrance de tissus d'origine humaine

(☞ 6) Numéro d'identification du médecin responsable de la banque de tissus
= coordinateur de la banque de tissus.

Suppléments de l'art. 14 m) de la nomenclature relatifs aux transplantations

(☞ 4) Lorsque les codes 0269872 à 0269964 sont mentionnés dans la zone 4, le contenu de cette zone doit alors être égal à zéro.

(☞ 5) Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

Numéro du prestataire des implants.

Contribution forfaitaire des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence

Lorsque le code 0960256 est mentionné dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone doit alors être égal à zéro.

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

Plâtre, lait maternel et bains désinfectants pour brûlures et suppléments

Lors de la facturation des bandes et autres matières plâtrées, du lait maternel, des bains désinfectants

(☞ 3) pour brûlures et pour tous les suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI, cette zone doit être mise à 0.

Fécondation in vitro (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860)

Numéro du prestataire.

(☞) Alimentation parentérale

Lorsque le code 0754714 est mentionné dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone doit alors être égal à zéro.

(☞ 7) Lors de l'indication du code 0754714 (supprimé pour les prestations à partir du 1/9/2007), 0751354, 0751376, 0751391 ou 0751413 dans la zone 4, le contenu de cette zone est égal à 0.

(☞ 3) Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle

(☞ 7) Pour les prestations 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776473, 0776484, 0776495 et 0776506, cette zone doit être mise à zéro.

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»).

Cette liste est actualisée mensuellement.

Soins infirmiers

S'il s'agit de prestations de l'art infirmier, effectuées à des bénéficiaires qui conjuguent pour une même journée la qualité d'hospitalisé et d'ambulant, et que la zone n'est pas déjà remplie avec le code PN, le dispensateur peut indiquer le code 0426613 à titre informatif pour les organismes assureurs.

Kinésithérapie et physiothérapie (art. 7, § 1er et art. 22, II, a) de la nomenclature des prestations de santé)

Si le taux des interventions personnelles est réduit, comme défini dans le 3ème alinéa de l'article 7 de l'arrêté royal du 23 mars 1982 (et ses modifications) portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, les codes sont fixés comme suit :

application de

l'article 7, alinéa 3, a), 1°	0761692	0761703
l'article 7, alinéa 3, a), 2°	0761714	0761725
l'article 7, alinéa 3, a), 3°	0761736	0761740
l'article 7, alinéa 3, a), 4°	0761795	0761806
l'article 7, alinéa 3, b)	0761751	0761762
l'article 7, alinéa 3, c), 1°→11°	0761773	0761784

- (☞ 6) **Biologie clinique ambulatoire** (a partir du 1^{er} mai 2000 jusqu'au 31 décembre 2007) :

Nomencl. RG + RI avec AL zone 4	Nomencl. RI sans AL zone 4	Pseudonomencl. zone 17-18
---------------------------------------	----------------------------------	------------------------------

Prescription biologie clinique ambulatoire

petits risques		0591511
gros risques	honoraire forfaitaire ad hoc	0591533
gros et petits risques		0591592

Cette zone doit toujours être complétée, tant pour les assurés du régime général que pour les indépendants.

- (☞ 6) Pour les prestations à partir du 1/1/2008, ces pseudo-codes sont supprimés et aucune prestation relative ne doit plus être remplie pour les prestations de biologie clinique ambulatoire.

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 AAAAMMJ - 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) Intervention dans la délivrance de tissus d'origine humaine

Cette zone est égale à zéro.

(☞) 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;
- 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.

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT**LIBELLE :**

Dans cette zone, doivent être mentionnés les tickets modérateurs effectivement imputés.

Le contenu de cette zone est indispensable dans le cadre du calcul du montant annuel des tickets modérateurs.

- (☞ 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 :**

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

Pour les frais de séjour pour rééducation professionnelle dans le cadre de la rééducation individuelle (0771050-0771061), on reprend dans cette zone le montant qui reste à charge du patient.

Honoraires pour prestations de biologie clinique ambulatoire facturés aux bénéficiaires eux-mêmes: toujours zéro. Voir remarque mentionnée dans l'ET 50 Z 4.

Information statistique relative aux honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, en cas de pseudo-codes de l'art. 8, § 5, 3°, c avec la norme 9, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Implants :

- (☞ 1) - Le montant de la marge de délivrance doit être mentionné dans cette zone (à partir du mois facturé mars 2006).
- Une intervention personnelle réglementaire n'est prévue pour aucune prestation des articles 28, § 1, 35 et 35bis de la nomenclature, excepté pour :
 - les prestations de l'art. 35bis, § 1er, catégories 1b et 2b.
 - (☞ 7) - les prestations 0683874-0683885 et 0693711-0693722 de l'art. 35
- (☞ 7) - Le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité (tel que défini dans l'art. 35, §4 et l'art. 35bis, §4 de la nomenclature) doit être mentionné dans cette zone (pour les prestations à partir du 1/7/2008).
Jusqu'au 30/6/2008, la marge de sécurité était considérée comme supplément et mentionnée dans la zone 30-31.
A partir du 1/7/2008, la marge de sécurité est, dans le cadre du MAF, assimilée à une intervention personnelle et mentionnée dans la zone 27.

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

(☞) Forfait d'urgence :

Le montant de la contribution des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence (= 9,50 € ou 4,75 €) doit être mentionné dans cette zone si ET 50 Z 4 S 12 = 0960256.

- (☞ 5) L'AR du 27 avril 2007 (MB du 5/6/2007) prévoit qu'à partir du 1/7/2007, il ne sera plus possible de percevoir une contribution forfaitaire sur la base de l'art. 107quater de la loi sur les hôpitaux.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal 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 : DENT TRAITEE

LIBELLE :

Lorsqu'il s'agit de prestations chirurgicales dentaires (art.5 de la nomenclature des soins de santé), il faut reprendre dans cette zone le code de la dent traitée (voir art. 6, § 15 du règlement du 28/07/2003) (alignement à droite).

Uniquement s'il s'agit du traitement d'une seule dent précise. Ne rien mentionner en cas de quadrants. En cas de prestations RX, la codification n'est pas mentionnée.

Cette zone ne vaut pas pour les prestations effectuées par les stomatologues.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 163

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞ 1) RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT

LIBELLE :

- (☞ 4) Dans cette zone, il y a lieu de mentionner les montants portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée, en surplus des tickets modérateurs réglementaires.

Les montants portés en compte pour les suppléments dont les pseudo-codes sont publiés dans l'enregistrement de type 50 zone 4 suite 14 doivent être mentionnés dans cette zone.

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

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.

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.3.

Honoraires pour prestations de biologie clinique ambulatoire facturés aux bénéficiaires eux-mêmes: montant réclamé. Voir remarque mentionnée dans l'ET 50 Z 4.

- (☞) Contribution forfaitaire soins urgence (art. 31 de la Loi du 27 avril 2005) : toujours zéro.

- (☞ 5) L'AR du 27 avril 2007 (MB du 5/6/2007) prévoit qu'à partir du 1/7/2007, il ne sera plus possible de percevoir une contribution forfaitaire sur la base de l'art. 107quater de la loi sur les hôpitaux.

Implants :

- (☞ 1) - A partir du mois facturé mars 2006, la marge de délivrance doit être mentionnée dans la Z 27.
- (☞ 7) - Pour les prestations à partir du 1/7/2008, la marge de sécurité doit être mentionnée dans la Z 27.
- (☞ 7) - A partir du 1/7/2008, aucun supplément ne pourra être imputé et mentionné dans cette zone sauf pour les prestations figurant à l'art. 28, § 1.

Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à zéro.

Fécondation in vitro : en cas de pseudo-codes 0559812-0559823, 0559834-0559845, 0559856-0559860 dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT

LIBELLE :

La cause de l'exception à l'interdiction de l'application du régime tiers payant est mentionnée, au moyen d'un code, dans cette zone (voir A.R. du 10/10/1986).

Lorsque le contenu de cette zone est différent de zéro, l'exception doit être justifiée selon les modalités fixées dans la circulaire O.A. 2004/141 (393/38) du 27 mai 2004.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 175

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 4° (décès, coma)
2	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 5° (état d'urgence financière)
3	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 7° (revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence)
4	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 6° (VIPO tarif préférentiel)
5	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 9° (droit aux allocations familiales majorées)
6	A.R. 10/10/1986, art. 6, 2° alinéa 8° (chômeurs longue durée)
0	Tous les autres cas

Le contenu de cette zone est toujours égal à zéro pour les praticiens de l'art infirmier.

RUBRIQUE: CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT**LIBELLE :**

- (☞ 4) Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle, qui devrait être mentionnée dans la zone 27, ou le supplément, qui est normalement mentionné dans la zone 30-31, a été pris en charge, en tout ou en partie, par un autre tiers (prestataire/établissement même ou législation hors AMI).

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

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 4)	1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
(☞ 4)	2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
(☞ 5)	3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.
(☞ 7)	4	Communication droit au MAF reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.(*).
(☞ 4)	0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

Pour les interventions personnelles réglementaires qui ne sont pas portées en compte par le prestataire, la valeur 0 est mentionnée dans la zone 27 et la zone 33 est égale à 1.

- (☞ 7) Attention : les valeurs 3 et 4 priment sur la valeur 1.

- (☞ 4) Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.
Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

- (☞ 7) (*) Les valeurs 3 et 4 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3 ou 4 ne peuvent être utilisées dans le cas d'une facturation de radio-isotopes (voir pseudo-codes dans l'ET 50 Z 4 S 10 et S11) ou dans le cas de prestations ou services non-remboursables (codes 960).

Exemple**Facturation normale**

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) code nom.	Intervention AMI	Nombre	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
149026	+16,69	+1	+5,56	+0	0 ou 4	Prest. médicale technique
682765	+100,18	+1	+0	+52,22	0 ou 4	implant
685823	+0	+1	+15,24	+0	0 ou 4	marge de délivrance
700000	- 16,40	+1	+16,40	+0	0 ou 4	I.P. prestations techniques médicales
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	Frais divers

Facturation à 100% (tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales ou dans le cadre de la réglementation MAF)

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) code nom.	Intervention AMI	Nombre	IP	Supplément	Code facturation IP ou supplément	
149026	+22,25	+1	+0	+0	2 ou 3	Prest. médicale technique
682765	+100,18	+1	+0	+52,22	2 ou 3	implant
685823	+15,24	+1	+0	+0	2 ou 3	marge de délivrance
700000	+0	+1	+0	+0	2 ou 3	I.P. prestations techniques médicales
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	Frais divers

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 : BIC - COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 31-32-33-34.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 167

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 31-32-33-34.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER A

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 36-37-38-39-40-41

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 179

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 36-37-38-39-40-41

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 43a.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 219

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 43a.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER B

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 49-50-51-52

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 271

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 49-50-51-52

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENVOI

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Ce chiffre de contrôle est calculé de la façon suivante :

les valeurs des zones 4 de tous les enregistrements de type 30, 40 et 50, des zones 17-18 et des zones 40-41 des enregistrements de type 40 de l'envoi sont additionnés. Le module 97 est appliqué sur le résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le résultat obtenu est repris dans cette zone.

