

**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 1999**

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/15

Pages à remplacer :

- Page de garde;
- Pages 11, 14, 15 bis, 26 et 27;
- Annexes 5.2.4, 5.2.5, 5.2.9, 5.2.11, 5.2.15, 5.2.17, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.24, 5.2.28 et 5.2.29;
- Annexe 5.4 et 5.4 suite 1;
- Annexe 9.2, 9.3;
- Annexe 12.2, 12.4;
- Annexe 15.1, 15.2 et 15.5;
- ET 20 Z 8a-8b, Z 14, Z 18, Z 32 et Z 42-43-44-45;
- ET 30 Z 4 S 4, S 5, S 6, S 8, Z 17-18 S 1;
- ET 40 Z 3, Z 22, Z 40-41;
- ET 50 Z 3 S 1 jusque et y compris S 3, Z 4 S 3, S 9, S 14, S 15, S 15 BIS, S 15 TER, S 18, S 23, S 24 TER, Z 15 S 3, S 7, Z 17-18, Z 17-18 S 1 jusque et y compris S 4.

Pages à ajouter :

- Annexe 9.4;
- Annexe 15.6 et 15.7;
- ET 30 Z 4 S 5 BIS;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 15 QUATER et Z 17-18 S 5.

1. **Adaptations du texte, page de garde, page 11, ET 20 Z 14, ET 50 Z 15 S 3, S 7.**

- Sur la page de garde, le texte “sur support magnétique ou par voie électronique” est remplacé par “des fichiers de facturation”;
- A la page 11, les termes “services psychiatriques” ont été modifiés en “établissements psychiatriques”;
- Dans l’ET 20 Z 14, le numéro de classement des circulaires OA 395 a été ajouté;
- Dans l’ET 50 Z 15 S 3, point 6), il a été ajouté que les numéros d’ordre compris entre 40001 et 49999 peuvent également être attribués pour les bandagistes;
- Dans la version francophone de l’ET 50 Z 15 S 7, le dernier paragraphe a été corrigé comme suit : “le reste de la division dont le dividende est formé ...”.

Date d’application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

2. **Codes erreur, annexe 5.2.20.**

Les codes erreur S 404010 et S 404210 sont modifiés en R 404010 et R 404210.

Date d’application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

3. **Adaptation des instructions relatives au support de décompte, pages 26, 27, annexe 5.2.4, 5.2.9, 5.2.15, annexe 5.4, 5.4 suite 1.**

A la demande du C.I.N., les pages 26, 27, annexe 5.4 et 5.4. suite 1 ont été adaptées.

Par analogie au code erreur R 500119, les codes erreur R 200119, R 300119 et R 400119 ont été ajoutés avec le libellé : Enregistrement rejeté suite à une erreur dans un autre enregistrement faisant partie du bloc.

Date d’application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

4. **Code facturation intervention personnelle, annexe 9.3.**

Le supplément pour les spécialités de référence peut être pris en compte totalement ou partiellement par un tiers (ex. Hôpital). Dans le tableau 1.2.2., la description des ET 40 Z 27 et Z33 ont dès lors été adaptées.

Rappel : Si le supplément n’est pas totalement porté en compte, la zone 33 doit être égale à 1.

Date d’application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

5. **Règles d’arrondis pour les médicaments, Annexe 15.1, 15.2, 15.5, 15.6 et 15.7.**

Quelques remarques ont été formulées à l’annexe 15.1.

En vue de clarifier la règle du plafond pour les médicaments de catégorie B, quelques exemples supplémentaires ont été ajoutés dans les annexes 15.6 et 15.7.

Dans l’exemple repris à l’annexe 15.2, il est spécifié que le plafond n’est pas atteint avec le nombre d’unités correspondant au plus grand conditionnement.

Dans l’exemple Zoladex (annexe 15.5), le montant du plafond a été adapté.

A l’annexe 15.5, un exemple supplémentaire, dans lequel le ticket modérateur est limité à la base de remboursement, a été élaboré.

Date d’application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

6. Numéro d'Inscription à la Sécurité Sociale, pages 14, 15 bis, annexe 5.2.5, 5.2.11, 5.2.17, 5.2.24, 5.2.29, ET 20 Z 8a-8b et Z 32.

Le terme “Numéro de registre national” a été remplacé par “Numéro d'Inscription à la Sécurité Sociale” dans les pages 14, 15 bis, dans la zone “Identification du bénéficiaire” (ET 20 Z 8a-8b), dans la zone “Flag identification du bénéficiaire” (ET 20 Z 32) et dans les codes erreur correspondants.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

7. Numéro de la mutualité de destination, annexe 12.2, 12.4, ET 20 Z 18.

A partir de la facturation relative au mois de juin 2004, pour l'A.N.M.C., le numéro de la mutualité de destination pour les maisons médicales est égal au numéro de la mutualité d'affiliation, au lieu de 100.

Date d'application : A partir des facturations relatives au mois de juin 2004.

8. Données de référence carte SIS, ET 20 Z 42-43-44-45.

La phrase “L'utilisation de la carte SIS et le remplissage de cette zone sont, dans une première phase, uniquement destinées” est supprimée.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

9. Pseudo-code journée d'entretien et forfait, ET 30 Z 4 S 4, S 5, S 5 BIS, S 6, S 8, Z 5 et 6A-6B S 3.

Il est communiqué que le code 0591780 de l'ET 30 Z 4 S 4 est supprimé à partir du 01/05/2000 et que les codes 0773043 et 0773065 de l'ET 30 Z 4 S 6 sont valables jusqu'au 31/12/1999.

Dans l'ET 30 Z 4 S 8, le libellé du pseudo-code existant 0791501 devient “congé non payé” et un nouveau pseudo-code 0791604 est créé pour l’“absence thérapeutique”.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

Par analogie au nouveau financement des MRS – MRPA, une série de nouveaux pseudo-codes a été créée dans l'ET 30 Z 4 S 5 et S 5 BIS.

Date d'application : Date prestation 1er janvier 2004.

10. Maxi-forfait oncologie, ET 30 Z 17-18 S 1, ET 40 Z 40-41.

En sa séance du 2 mars 2004, la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs a décidé, par analogie avec le maxiforfait visé à l'article 4, § 4, point c) de la convention conclue avec les hôpitaux, de porter également en compte un maxiforfait en cas d'administration d'une médication chimiothérapique répondant aux conditions cumulatives suivantes :

- 1° la médication visée a déjà été enregistrée sous le code ATC LO1, mais n'est pas encore remboursable ;
- 2° l'utilité thérapeutique pour cette indication enregistrée (ATC-LO1) a été démontrée ;
- 3° la médication a été administrée en dehors d'un essai clinique ;
- 4° la perfusion doit – pour des raisons thérapeutiques – nécessairement être administrée par voie intravasculaire, intracavitaire ou intravésicale sous perfusion ou par instillation et requiert de ce fait une surveillance infirmière ou médicale.

Le maxiforfait est facturé en mentionnant le pseudocode connu 0761235-0761246 dans l'ET 30 Z 4 ; le nouveau pseudocode 0761095-0761106 doit être mentionné comme prestation relative dans la Z 17-18.

Le médicament en question doit être mentionné dans un ET40 de la même facture individuelle. Le pseudocode catégorie 0751015 ou 0750820 figure dans l'ET 40 Z 4 selon qu'il s'agit d'un patient ambulatoire ou hospitalisé.

Pour autant qu'il y en ait un, le code CNK de la spécialité pharmaceutique doit être mentionné dans l'ET 40 Z 40-41.

Pour les spécialités pharmaceutiques privées de code CNK, il convient de mentionner le pseudocode CNK-code 07799984, s'il s'agit d'un médicament qui vient de l'étranger ou 07799992, s'il s'agit d'un médicament national. De plus, une description de cette spécialité pharmaceutique doit être mentionnée dans l'ET 40 Z 42-45.

Date d'application : - Pour la facturation d'un maxi-forfait : 1er avril 2004.
- Pour la mention de la spécialité pharmaceutique (en cas de code CNK inconnu) : à partir de la date mentionnée sur la circulaire aux hôpitaux 2004/2 corrigendum.

11. Remboursabilité de la spécialité INOMAX, Annexe 9.2, ET 40 Z 3, Z 22.

La remboursabilité d'INOMAX est limitée à l'administration au sein de l'hôpital (néonatalogie), dans la cat. A et se limite à max. 96 heures.

Pour avoir une idée de la durée réelle de traitement et en vue d'éviter qu'une éventuelle durée de traitement plus longue ne soit imputée au patient, la quantité supérieure au 96 heures doit être introduite dans un enregistrement séparé sur la facture en indiquant la norme 9 dans l'ET 40 Z 3.

Dans l'ET 40 Z 22, le nombre d'unités, exprimées en heures, est spécifié.

L'annexe 9.2 a été adaptée en ce sens.

Date d'application : 1er juin 2004.

12. Secteur des implants, Annexe 5.2.21, 5.2.28, ET 50 Z 3 S 1, S 2, S 3, Z 4 S 3, S 14, S 15, S 15 BIS, S 15 TER.

• **Tuteurs coronaires**

Depuis le 1er novembre 2003, les tuteurs coronaires sont remboursés par le biais de la prestation 0687875-0687886 et non plus via la prestation 0685694-0685705.

L'ET 50 Z 3 S 1 et Z 4 S 14 et S 15 ont été actualisées.

Les codes erreur R 500419 et R 504311 sont adaptés en ce sens.

Date d'application : 1er novembre 2003.

• **Drug eluting stents**

A partir du 1er juin 2004, les drug eluting stents placés chez des patients non traités par antidiabétique oral et/ou insuline (donc hors "catégorie 5") pourront faire l'objet d'un remboursement comme tuteur coronaire. Une nouvelle catégorie a dès lors été ajoutée à la liste des tuteurs coronaires.

L'ET 50 Z 3 S 1, S 2 et S 3, Z 4 S 15 BIS et S 15 TER ont été adaptés.

Date d'application : 1er juin 2004.

- **Neurostimulateurs pour ischémie chronique critique non-opérable des membres inférieurs**

A partir du 1^{er} septembre 2003, l'assurance obligatoire intervient également dans les coûts liés au renouvellement de l'appareil dans les cas d'end of life et d'infection. Les nouveaux pseudo-codes ont été introduits dans l'ET 50 Z 4 S 3.

Date d'application : 1er septembre 2003.

13. Norme prestation, ET 50 Z 3 S 3, S 4, ET 50 Z 4 S 14, S 15, S 15 QUATER.

Dans la version néerlandophone, le code 0686886 a été corrigé en 0687886 dans l'ET 50 Z 3 S 3.

Pour la facturation des canules artérielles et drainage veineux, les instructions ont été formulées dans l'ET 50 Z 3 S 4.

Un exemple de suite d'enregistrements est repris dans l'ET 50 Z 4 S 15 QUATER.

Les exemples de suite d'enregistrements de l'ET 50 Z 4 S 14 et S 15 ont été actualisés.

Date d'application : 31 mars 2004.

14. Visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques, ET 50 Z 4 S 18, S 23, S 24 TER.

Les dispositions pour les prestations 0424395/690/852 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques) ont été modifiées de sorte que cette nomenclature n'entraîne plus de prestation de base pour les patients qui ne sont pas au forfait (A.R. 25/04/2004, point 2°) c. à d. que ces prestations peuvent se présenter de manière autonome sans qu'il n'y ait d'enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

Date d'application : 1er juin 2004.

15. Codification des radio-isotopes, ET 50 Z 4 S 9.

Les pseudo-codes nomenclature 0699230 – 0699241, libellés 'I 123 utilisé pour l'exploration de patients présentant un syndrome parkinsonien cliniquement douteux', ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 9 (A.M. 15/04/2004, M.B. 20/04/2004).

Date d'application : 01/05/2004.

16. Prestation relative, ET 50 Z 17-18, Z 17-18 S 1 jusque et y comprise S 5.

La description de cette zone a été revue et une liste des prestations, pour lesquelles une prestation relative doit être mentionnée, a été ajoutée.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

17. Prestation physiothérapie K 15, 0558795-0558806, ET 50 Z 17-18 S 2.

A partir du 1er avril 2004, il convient de mentionner une prestation relative lorsque le tarif B est appliqué pour la prestation de physiothérapie 0558795-0558806 (3ème alinéa de l'art. 7 de l'A.R. du 23/03/1982).

Date d'application : 1er avril 2004.