

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/2010

Bruxelles, le 30 novembre 2010

Madame,
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie
électronique – Edition 2006 – 21^{ème} mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2006/21 des instructions
susmentionnées.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Fonctionnaire dirigeant,

H. De Ridder,
Directeur général.

**INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS,
AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES,
AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER
ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS
QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE
DES FICHIERS DE FACTURATION
ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 2006
MISE A JOUR 2006/21 – Publication 30-11-2010**



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

Service des soins de santé

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

MISE A JOUR 2006/21

Pages à remplacer :

- Pages 2, 3, 4, 5, 8, 14;
- Annexe, Annexes 2 B, 5.1 S 2, 14.1 à 14.9 incluse, 16.17, 18.3BIS;
- ET 20 Z 7, Z 18;
- ET 30 Z 4 S 21, Z 5, Z 13;
- ET 40 Z 3, Z 5, Z 6a-6b, Z 39;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 1, S 2, S 3, S 14, Z 13, Z 15 S 1, Z 35.

Pages à ajouter :

- Annexes 14.10 à 14.24 incluse;
- ET 30 Z 13, S 1, S 2 ;
- ET 50 Z 3 S 4BIS.

1. **Aperçu des procédures concernant l'envoi des documents de facturation papier, le paiement et le remplissage des zones « mutualité d'affiliation » et « mutualité de destination », p 2, 3, 5, 14, ET 20 Z 7, Z 18.**

Les instructions ont été actualisées et une série de tableaux récapitulatifs des procédures existantes par organisme assureur ont été ajoutés.

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

2. **Tarification des médicaments en milieu hospitalier, annexes 14.1 à 14.24 incluse, ET 40 Z 3.**

Suite à des problèmes d'interprétation sur le calcul correct du ticket modérateur et du remboursement des médicaments, d'une part sur le décompte du ticket modérateur théorique de 0,37 EUR pour les médicaments de la catégorie B délivrés aux patients hospitalisés et d'autre part sur le calcul et le plafonnement du ticket modérateur pour des délivrances à des patients ambulants, l'annexe 14 a été complètement retravaillée.

Dans ce cadre, un nouveau code norme 2 a également été créé dans l'ET 40 Z 3.

Date d'application : Mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).

3. **IBAN et BIC, annexe 2 B.**

Sur l'état récapitulatif qui est joint aux attestations de soins, l'IBAN et le BIC du compte financier doivent être mentionnés.

Pour rappel:

A partir du mois facturé janvier 2011, les zones « numéro de compte financier » (ET 10 et ET 90 Z 5-6a et Z 8a) seront mises à zéro et seules les zones « IBAN » et « BIC » (ET 10 et ET 90 Z 31-34, Z 36-41, Z 43a et Z 49-52) seront complétées. A partir de ce moment, il sera également possible d'utiliser les numéros de comptes étrangers.

Date d'application : Mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).

(donc également pour les réintroductions des prestations rejetées issues du passé)

4. **Conventions de rééducation fonctionnelle, annexe 16.17.**

La structure des numéros INAMI des conventions de rééducation a été actualisée.

Date d'application : Date de publication de cette mise à jour.

5. **Forfaits de rattrapage - conventions de rééducation fonctionnelle, ET 30 Z 4 S 21.**

Les forfaits de rattrapage pour les conventions de rééducation 9.65 et 9.53 ont été supprimés. Un nouveau pseudo-code pour le forfait de rattrapage dans le cadre des conventions C.R.A. a été ajouté.

Date d'application : 1/1/2010.

6. Code service – forfait par admission, ET 30 Z 5, ET 30 Z 13, Z 13 S1, S2.

Les instructions pour remplir les zones susmentionnées en cas de facturation du montant par admission ont été précisées. Des exemples ont été ajoutés.

Date d'application : Date de publication de cette mise à jour.

7. Code service - camps de vacances collectifs et congé thérapeutique, ET 30 Z 13, ET 50 Z 13.

Pour la facturation des camps de vacances collectifs et de l'honoraire de disponibilité durant le congé thérapeutique (597704), le code service du service où le patient séjournait avant son départ en camp de vacances collectif ou en congé thérapeutique doit être mentionné.

Les instructions ont été précisées dans ce sens.

Date d'application : Date de publication de cette mise à jour.

8. Code service – produits pharmaceutiques, ET 40 Z 5, Z 6a-6b.

Il est précisé qu'en cas de changements de service, la facturation des médicaments doit être fractionnée en différents enregistrements (un enregistrement séparé par service).

Date d'application : Date de publication de cette mise à jour.

9. Ticket modérateur théorique, ET 40 Z 39.

La manière de remplir cette zone a été précisée. Une distinction a été faite entre les patients hospitalisés et les patients MSP.

Date d'application : Date de publication de cette mise à jour.

10. Neurostimulateurs rechargeables, ET 50 Z 3 S 4, S 4 BIS.

Pour les neurostimulateurs rechargeables (715116-715120 et 715131-715142) (d'application à partir du 1/11/2009), une liste des produits admis est prévue.

Un neurostimulateur rechargeable est toujours composé de 2 parties, d'une part le stimulateur même et d'autre part la batterie.

Dorénavant, ces neurostimulateurs rechargeables doivent être facturés avec des enregistrements statistiques. Les instructions de facturation ont été adaptées dans ce sens.

Date d'application: Prestations à partir du 1/1/2011

On en a profité pour préciser le titre du dernier tiret concernant la norme 9 (ET 50 Z 3 S 4 BIS).

11. Transplantation hématologique, ET 50 Z 4 S 1.

La nomenclature pour l'attestation des transplantations de cellules souches allogéniques a été modifiée (AR du 18/08/2010).

En conséquence, le libellé du pseudo-code 269872-269883 a été adapté.

Date d'application : Prestations à partir du 01/10/2010 (voir Circ. OA 2010/384 du 18/10/2010)

12. Prestations de rééducation dans le cadre des trajets de soins, ET 50 Z 4 S 2, S 3.

Une série de nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4.

Date d'application : Date d'entrée en vigueur des trajets de soins concernés.

13. Frais de déplacement rééducation fonctionnelle – zone « prestataire », ET 50 Z 15 S 1.

Il est précisé que pour les frais de déplacement de rééducation fonctionnelle, la zone 15 = 0

Date d'application : Date de publication de cette mise à jour.

14. Prestataire conventionné, ET 50 Z 35.

Il est précisé que la valeur 0 (pas de convention) doit être remplie si un pseudo-numéro d'identification est mentionné dans la zone 15.

Date d'application : Date de publication de cette mise à jour.

15. Tests de facturation

Dans la mise à jour 2006/20, un tableau, avec la manière de remplir certaines zones du message (My)Carenet 920000 en cas de test de facturation, a été ajouté à la page 10.

A partir de maintenant, ces instructions peuvent être appliquées.

16. Suppléments MRPA-MRS, annexe 18.3bis, ET 50 Z 4 S 14.

La mention obligatoire des suppléments sur les notes de frais (papier) et sur le fichier de facturation électronique est reportée au 1/1/2011.

En outre, 4 pseudo-codes supplémentaires ont encore été créés pour la mention facultative des frais de docteur, Kiné, labo et policlinique.

Dans l'annexe 18.3bis, une précision a été apportée aux zones « date de début et date de fin ».

Date d'application : 1/1/2011 (facturation 1^{er} trimestre 2011).

17. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
350276	350302	18-08-2010	24-09-2010	01-11-2010
794010	794231	Pseudo-codes		01-11-2010 (*)

Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
350394	350420	Désormais, le prescripteur ne doit plus être mentionné pour ces prestations		01-11-2010

(*) Ces pseudo-codes existent déjà depuis l'entrée en vigueur des trajets de soins, mais ont été oubliés dans la liste.

18. Liste « prestation relative ».

Pour les prestations 688634-688645, 688656-688660 et 688671-688682 (Tiges pour prothèses de hanche), le pseudo-code 768935-768946 doit être mentionné comme prestation relative en cas de primo-implantation.

Date d'application : Prestations à partir du 1/11/2008, (ré)introduites à partir du mois facturé décembre 2010 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201012).

19. Liste implants

- Prestations avec un remboursement pour un ensemble de matériel

Une colonne a été ajoutée dans la feuille « Z43 » pour indiquer qu'il s'agit d'une prestation pour laquelle des enregistrements statistiques avec norme 9 (ET 50 Z 3), mentionnant le code d'identification des éléments utilisés, doivent être mentionnés sur le fichier de facturation.

Date d'application : Il s'agit d'une clarification des instructions existantes.

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
687676	687680	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010
697830	697841			
701094	701702	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010

Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
701713	701864	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010
701875	701982			

Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
636414	636506	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010
636510	636521			
636532	636543			
636613	636823			
636834	636845			
636856	636882			
636893	636904			
637070	637280			
637291	637302			
637453	637486			
638315	638525			
688111	688144	<u>Correction</u> : ces codes ne devaient pas figurer dans la liste		01-11-2010

20. Liste « codes erreur », p 4, 8, Annexe, Annexe 5.1 S 2.

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

Les références à l'ancienne liste des codes erreur (annexe 5.2) ont été remplacées par des références à l'actuelle liste Excel « Codes erreur ».

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS.

Les instructions concernant la transmission d'un fichier de facturation telle que décrite dans ce document sont obligatoires pour les deux parties, tant au niveau de la procédure générale que pour le dessin d'enregistrement et la description des zones.

Dans le texte ci-dessous, il faut entendre par "facture papier" :

- note de soins (facture récapitulative + facture individuelle) en cas de facturation par le gestionnaire de l'hôpital sans qu'il y ait suppression de la facture hospitalière individuelle;
- note de soins (facture récapitulative seulement) en cas de facturation par le gestionnaire de l'hôpital, avec suppression de la facture hospitalière individuelle;
- (☞ 8) - note de frais récapitulative + notes de frais individuelles en cas de facturation par une MRPA/MRS/CSJ ou MSP/IHP ;
- attestations individuelles de soins donnés ou attestations récapitulatives, accompagnées d'une note récapitulative (voir annexe 2 B) en cas de facturation par un groupe de dispensateurs de soins d'établissements hospitaliers ou en cas de facturation par d'autres établissements ou d'autres dispensateurs de soins.

Remarque : Les conditions spécifiques auxquelles un hôpital doit satisfaire pour obtenir la suppression de la facture papier individuelle, est décrite dans un document séparé (voir www.carenet.be)

Dans le texte ci-dessous, il faut entendre par :

- fichier de facturation : le fichier envoyé par un tiers payant facturant à l'organisme assureur, et qui contient les données de facturation initiales.
- fichier de décompte : le fichier envoyé de l'organisme assureur au tiers payant facturant et qui contient les prestations / factures rejetées et les données relatives au décompte.

Un fichier de facturation peut être transmis de façons différentes:

(☞ 9) Par le système CareNet/ MyCareNet (voir pages 6 à 11 incluse).

Par le support magnétique (toutes les spécifications techniques du présent document se rapportent à ce type de support).

1. Procédure générale.

Le décompte (la facturation) a lieu tous les mois; ceci signifie qu'une périodicité d'un mois est prise en considération (ou encore, la période entre deux décomptes consécutifs est d'un mois), quel que soit le jour dans le mois auquel le décompte a lieu.

Le tiers payant (dispensateur de soins/établissement) transmet chaque mois un fichier de facturation à l'organisme assureur concerné au niveau national.

Le fichier de facturation comprend toutes les factures du décompte sur un mois, groupées par mutualité suivant le numéro d'admission en cas d'hospitalisation et suivant le numéro d'ordre des factures individuelles en cas de prestations ambulatoires.

L'ordre dans lequel les factures sont enregistrées sur le fichier de facturation doit correspondre à celui des factures papier.

L'ordre des prestations figurant sur les factures papier devrait être maintenu dans la mesure du possible lors de l'enregistrement des données sur le fichier de facturation.

(☞ 5) Principe de base :

Seul un fichier de facturation par mois et par tiers payant est accepté.

(☞ 5) Exceptions :

1. Pour les hôpitaux, deux fichiers de facturation au plus sont acceptés, à savoir un fichier de facturation pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés et un fichier de facturation pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés. Lorsqu'un groupe de dispensateurs de soins est actif dans l'établissement (conseil médical), celui-ci peut facturer séparément selon les modalités fixées dans le règlement du 20 juin 1988. Par établissement hospitalier et par mois, quatre fichiers de facturation peuvent au **MAXIMUM** être délivrés (ambulatoire - gestionnaire de l'établissement; ambulatoire - groupe de dispensateurs de soins; hospitalisé - gestionnaire de l'établissement; hospitalisé - groupe de dispensateurs de soins).
2. Dans des cas exceptionnels, il est possible d'introduire une facturation supplémentaire (p.ex. clôture des cas problématiques à la fin de l'année). Cela doit être indiqué dans l'ET 10 Z 13.
3. Une dérogation systématique du nombre d'envois doit être demandée préalablement au Collège Intermutualiste National, Commission Technique Soins de Santé, Chaussée de Haecht 579, boîte 40, 1031 Bruxelles. L'accord obtenu doit être mentionné dans l'ET 10 Z 13.

En principe, un fichier de facturation destiné à l'organisme assureur correspond à un envoi de factures papier, bien que les deux envois ne doivent pas nécessairement avoir lieu au même moment; la période entre les deux envois doit toutefois être limitée autant que possible et ne peut en aucun cas excéder 14 jours.

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. 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.

(☞ 8) Hôpitaux psychiatriques, MSP, IHP, MRPA, MRS, CSJ

Pour ces établissements, une facturation trimestrielle est prévue.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit être également établi trimestriellement.
Un seul fichier de facturation par trimestre et par numéro de tiers payant est accepté.

(☞ 21) Procédure par OA concernant la transmission des documents de facturation papier

OA100	Aux mutualités Exceptions : <ul style="list-style-type: none">• Etablissements psychiatriques (autres que 720) : à l'Union• Certaines conventions de rééducation : à l'Union• Hôpitaux 710/720 (REFAC) : au point unique de contact (PUC) (même pour la psychiatrie et la rééducation)
OA200	A l'Union
OA300	Aux mutualités Exception : <ul style="list-style-type: none">• Certaines conventions de rééducation : à l'Union
OA400	A l'Union
OA500	A l'Union
OA600	A l'Union
OA900	Aux mutualités

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. Les erreurs bloquantes sont reprises dans la liste Excel « Codes erreur ». 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.
- (☞ 9) Ces documents (ou l'épreuve de ces documents s'il a été fait usage du système (My)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.

La liste de contrôles (voir annexe 5.3) comporte une ligne par enregistrement et anomalie détectée par les programmes des organismes assureurs, avec, à la fin, une statistique des dites anomalies. Les organismes assureurs se réservent le droit de limiter le nombre de lignes imprimées pour les enregistrements erronés, à 20 enregistrements par type d'erreur.

Au cas où plusieurs décomptes de différents établissements sont réglés par un support magnétique, chaque décompte est considéré comme un fichier de facturation distinct. Si pour un seul fichier de facturation, le montant total sur le support magnétique ne correspond pas au montant total sur le bordereau, ce fichier de facturation est rejeté, mais pas les autres fichiers de facturation acceptables sur le même support magnétique. L'organisme assureur attend une nouvelle version du fichier.

2.A.3. Responsabilités.

La tarification, les paiements et le décompte sont effectués par l'organisme assureur; ou par les services auxquels les factures papier sont envoyées.

(☞21) Le paiement s'effectue pour tous les organismes assureurs via 1 paiement central par l'Union, à l'exception de l'UNMS (OA300) où un paiement séparé est effectué par la mutualité 306.

On ne procédera toutefois au paiement que lorsque ET le fichier de facturation, ET les factures papier auront été reçus, et après que le fichier de facturation ait été accepté.

Remarquons que peu importe qui assure en fait la transmission du fichier de facturation. Cela peut être l'établissement (hospitalier) ou l'établissement qui facture lui-même, le Conseil Médical ou un de ses services.

2.A.4. Vérification des factures et corrections.

La vérification des factures papier se fait après que le fichier de facturation ait été accepté.

2.A.4.1. Les factures papier qui comportent des erreurs sont renvoyées pour correction à l'établissement par les organismes assureurs avec une demande de vérification et une note de débit ou de crédit.

L'établissement corrige ces factures papier conformément à la réglementation reprise à la circulaire O.A. n°84/102 du 19 mars 1984 :

- la correction manuelle des attestations de soins donnés ou des notes d'hospitalisation n'est pas autorisée;
- toutes les adaptations doivent être effectuées au moyen d'un document correctif, qui mentionne les données erronées et les données corrigées
Il y a lieu de faire référence au document original;
- le document correctif est signé par la personne qui a signé le document original erroné.

2.A.4.2. Une facture individuelle ou une attestation de soins donnés entièrement rejetée doit être réintroduite sur fichier de facturation.

Cette réintroduction se fait soit comme facture originale si la nouvelle facture est adressée à un autre organisme assureur, soit comme réintroduction de rejet avec référence à la facture précédente dans l'enregistrement de type 20, à partir de la zone 29 jusque la zone 41.

Les praticiens de l'art infirmier doivent effectuer une réintroduction sur fichier de facturation pour les cas suivants :

- les factures individuelles entièrement rejetées (une facture individuelle peut provenir d'une ou plusieurs attestation(s) de soins);
- les journées de prestations entièrement rejetées relatives à un patient (ces journées de prestations peuvent se trouver sur une ou plusieurs attestation(s) en rapport avec des prestations effectuées par plusieurs praticiens de l'art infirmier durant la même journée, chez un même patient).

(☞ 3) Les praticiens de l'art infirmier peuvent introduire des notes de crédit par support électronique pour des jours de prestation complets.

2.A.4.3. Tous les établissements qui reçoivent de l'O.A. un fichier de décompte avec des données détaillées du décompte, sont tenus de réintroduire toutes les données corrigées par voie électronique.

(☞ 9)**2.B . En cas de facturation via Carenet/ MyCareNet.**

Outre la communication des données administratives, l'échange des données financières via le (☞ 9) réseau CareNet/ MyCareNet constitue une mission supplémentaire essentielle.

En effet, cet échange électronique permet de tirer profit du remplacement des supports magnétiques, en accélérant la transmission des informations et surtout en fournissant une sécurité propre au (☞ 9) système CareNet/ MyCareNet.

De plus, cette fonction impliquera l'informatisation et la suppression progressive des documents papier (factures récapitulatives, décomptes, rejets, etc.), ce qui simplifiera l'ensemble du traitement, tant au niveau des établissements et des dispensateurs de soins qu'au niveau des organismes assureurs.

A terme, cette fonction, combinée au transfert des données administratives, améliorera sensiblement la qualité des données et entraînera la suppression des factures papier.

Le processus de facturation en gros.

(☞ 9)1. Le tiers payant envoie le fichier de facturation (lay-out INAMI), accompagné des enregistrements des bordereaux récapitulatifs par mutualité.

2. L'OA effectue un premier contrôle en validant les enregistrements des bordereaux par mutualité :
- si aucune erreur n'est décelée, l'OA envoie un accusé de réception;
 - si une erreur est décelée, l'OA envoie un fichier faisant apparaître que l'ensemble de la facture est rejetée; après correction, l'hôpital renvoie un fichier complet.

3. L'OA effectue un contrôle sur le détail de la facture :

- en cas d'erreur bloquante ou si le nombre d'erreurs dépasse de 5 % le nombre d'enregistrements de la facturation, l'OA transmet un fichier d'erreurs. Autrement dit, la facturation tout entière est rejetée;
- s'il n'y a pas d'erreur bloquante ou si le nombre d'erreurs n'excède pas 5 %, l'OA transmet un (☞ 9) fichier d'erreurs qui doit permettre au tiers payant de corriger, pour la facturation suivante, des anomalies éventuelles dans les programmes et/ou les fichiers de référence. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté par l'OA.

4. L'OA effectue un contrôle plus poussé par mutualité, en vue d'établir un fichier de décompte dans lequel figurent les montants qui ont été acceptés et crédités en faveur de l'établissement d'une part, et l'ensemble des rejets définitifs d'autre part.

Structure des fichiers

La structure des fichiers et des enregistrements qui y sont liés tient compte, d'une part, de la structure (☞ 9) utilisée pour l'administration du tiers payant et, d'autre part, de la structure et du contenu tels qu'ils sont définis par l'INAMI en rapport avec le détail de la facturation.

Les généralités et les principes, fixés pour les avis administratifs, sont également en application dans le cas présent. Compte tenu de la spécificité de l'application, des informations complémentaires ont toutefois été reproduites dans un document 'généralités et principes' pour l'échange des données de facturation.

Inventaire des fichiers

Contenu du fichier	Nom du fichier
Bordereaux de facturation	920000
Accusé de réception	931000
Fichier refus du fichier bordereaux de facturation	920999
Fichier rejets (à titre d'information, nombre d'erreurs < 5 %)	920098
Fichier rejets (erreurs bloquantes ou nombre d'erreurs > 5 %)	920099
Fichier décompte et rejets	920900

Message 920000

Dès qu'il reçoit le fichier de facturation (920000) dans son back office, l'OA procède à toute une série de contrôles préliminaires sur les informations liées aux enregistrements qui figurent dans ce fichier (à l'exception du détail des enregistrements de la facture).

Lorsqu'une erreur est décelée à ce niveau ou lorsque tous les enregistrements du type 95 et/ou 96 (☞ 9) contiennent au minimum une erreur, l'OA transmet au tiers payant un fichier spécifique (920999). Il est important de noter que l'envoi d'un tel fichier de notification des erreurs signifie également que l'ensemble du fichier de facturation, en ce compris les factures papier, sera considéré comme caduc et devra entièrement être renvoyé à l'organisme assureur.

Si aucune erreur n'est décelée au niveau des enregistrements en dehors du détail des enregistrements de la facture, l'OA transmettra un message 931000 accompagné, uniquement, d'un accusé de réception de la facturation qui doit encore être traitée.

Les erreurs constatées par l'OA au niveau des factures feront partie d'un fichier spécifique de rejets (920099).

(9,21) Les contrôles effectués sur les zones enregistrements INAMI (10, 20, ...,90) sont ceux décrits dans la liste Excel « Codes erreur ».

Un fichier (tampon) facture ne comporte qu'un seul envoi (un seul enregistrement de type 10).

Message 931000

Ce message permet au destinataire d'un fichier spécifique (autre que les messages) de confirmer la réception de ce fichier déterminé, sans qu'il soit nécessairement accepté.

Exemple : un OA envoie un accusé de réception pour un fichier de facturation; un hôpital envoie un accusé de réception pour un fichier décompte ou un fichier rejets.

Message 920098

Ce message est utilisé dans les cas suivants :

- Le fichier de facturation ne comporte aucune erreur de nature à bloquer le système et l'ensemble des erreurs ne dépasse pas le seuil d'acceptation. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté;
- Le fichier de facturation ne contient aucune erreur. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté.

 Voir également le point 2.A.2. et l'annexe 5.1. pour une description plus détaillée.

Le message 920098 mentionne tous les enregistrements (20, 30, 40, 50 ou 80) pour lesquels l'OA a constaté une erreur.

Ce fichier est transmis à l'hôpital dans les deux semaines suivant la réception du fichier de facturation (message 920000).

Pour rappel :

L'information mentionnée dans ce message a un caractère préventif. A l'avenir, il doit permettre à l'établissement d'éviter de commettre des erreurs (ce ne sont pas encore des rejets définitifs). Il se limite donc à fournir les erreurs constatées.

Quels enregistrements du fichier de facturation doivent être repris ?

Toujours ET 10 et 90

ET 20 et 80:

Si erreur dans l'ET 20, seuls les ET 30, 40 et 50 sont mentionnés s'il y a une erreur dans l'enregistrement concerné.

Si erreur dans l'ET 80

Si erreur dans l'ET 30, 40 ou 50

ET 30, 40, 50 si erreur dans l'enregistrement concerné

A ce stade, les zones 107, 108, 114, 115, 116 et 117 ne sont pas complétées.

3.3. Dessin d'un fichier

Veillez trouver ci-après l'ordre des enregistrements dans le fichier de facturation :

- Identification de l'envoi (type 10)
- Identification de la première facture (type 20)
- Identification des dépenses pour :
 - journées d'entretien (type 30)
 - idem
 - produits pharmaceutiques (type 40)
 - idem
 - prestations ou fournitures (type 50)
 - idem
- Montant total de la première facture (type 80)
- Identification de la deuxième facture (type 20)
- Identification des dépenses (type 30, 40 et/ou 50)
- Montant total de la deuxième facture (type 80)
- Idem
- Montant total de la dernière facture (type 80)
- Montant total de l'envoi (type 90).

Sur le fichier de facturation, les factures sont triées selon les séquences suivantes :

- Année et mois facturés
 - Numéro matricule tiers payant
 - Numéro matricule institution
 - Numéro de la mutualité de destination en ordre croissant
 - Numéro d'admission pour les patients hospitalisés ou numéro d'ordre de la facture individuelle pour les patients ambulants.
- (☞ 18) Pour l'ANMC, où, dans le cadre de REFAC, la mutualité de destination est \neq de la mutualité d'affiliation, les hôpitaux peuvent également trier selon le numéro de mutualité d'affiliation.
- (☞ 3) Dans le cas de réintroduction d'une facture créditée, la note de crédit (type de facturation 3) doit précéder la refacturation (type de facturation 1).

3.4. Dessin d'enregistrement

Le dessin d'enregistrement et la dénomination des éléments qui figurent dans les différents types d'enregistrements sont donnés en annexe 6.

3.5. Signification et codification des éléments

L'annexe 7 comporte la description et la codification de chaque élément qui figure dans le dessin d'enregistrement.

4. Identification du patient. Données provenant du document "Notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement" (modèle 721 bis), du carnet de membre ou de la vignette et dans la carte d'identité sociale.

Afin de permettre aux organismes assureurs d'effectuer leurs ventilations comptables et statistiques en matière de dépenses en soins de santé, certaines données d'identification du patient sont nécessaires.

Les organismes assureurs communiqueront ces données sur le document "notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement". Ces données figurent aussi sur les carnets de membres ou sur les vignettes d'identification et dans la carte d'identité sociale.

Il s'agit des éléments suivants :

1) Le numéro de la mutualité

(☞21) Sur le fichier de facturation électronique, une distinction est faite entre la mutualité d'affiliation (ET 20/80 Z 7) et la mutualité de destination (ET 20/80 Z 18).

La manière de remplir ces zones est différente suivant l'organisme assureur auquel le fichier de facturation est destiné.

La tableau ci-dessous fournit un aperçu des procédures par OA.

	Mut. d'affiliation (Z7)	Mut. de destination (Z18)
OA100	Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 • Certaines conventions de rééducation : 100 • Hôpitaux 710/720 (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation) (*)
OA200	Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA300	Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines conventions de rééducation : 300
OA400	Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA500	Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA600	Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)
OA900	Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)

(☞ 18)(*) A la Mutualité Chrétienne, dans le cadre de notre projet REFAC, les factures ne seront plus adressées à la mutualité d'affiliation, mais à la mutualité associée au point unique de contact.

Cela veut dire qu'à partir d'un certain moment, la zone 18 de l'enregistrement de type 20 et 80 aura toujours la même valeur.

Cette modification est valable uniquement pour les hôpitaux, c'est-à-dire pour tous les envois introduits avec un numéro INAMI commençant par 0710 ou 0720.

L'entrée de ces hôpitaux dans le projet REFAC se fera progressivement entre le 21-06-2010 et le 31-12-2010. La date d'entrée exacte dans le nouveau système sera fixée de commun accord avec l'hôpital et le point unique de contact.

A partir de l'entrée dans REFAC, le numéro de la mutualité de destination (ET 20 et 80 Zone 18) est toujours le Point Unique de Contact quel que soit la mutualité d'affiliation et même s'il s'agit de psychiatrie ou de rééducation.

Aperçu des annexes

- Annexe 1** : Liste des adresses des centres de calcul auxquels les supports magnétiques doivent être envoyés.
- Annexe 1.1** : Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.
- Annexe 2 A** : Bordereau d'expédition pour supports magnétiques
- Annexe 2 B** : Etat pour la facturation dans le système du tiers payant, de prestations ne figurant pas sur une note d'hospitalisation.
- Annexe 3** : Dessin support magnétique.
- Annexe 4** : Etiquette externe.
- Annexe 5.1** : Description de la codification des erreurs.
- (☞ 21) **Annexe 5.2** : Cette annexe a été remplacée par la liste Excel « Codes erreur ».
- Annexe 5.3** : Lay-out de la liste des contrôles.
- Annexe 5.4** : Bande de décompte.
- Annexe 6** : Dessin d'enregistrement.
- Annexe 7** : Libellé des zones.
- Annexe 8** : Remplissage des différentes zones en fonction de l'identité de l'institution qui facture.
- Annexe 9** : Utilisation de la zone "intervention personnelle" et zone "supplément".
- Annexe 10** : Transferts les plus fréquents des nouveau-nés.
- Annexe 11** : Transmission des données de facturation par support magnétique ou électronique des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP.
Application de l'art. 6, § 16, 3° du Règlement du 28/7/2003.
- Annexe 12** : Facturation sur support magnétique par les Maisons Médicales.
- Annexe 13** : Facturation sur support magnétique par les Maisons de Soins Psychiatriques.
- Annexe 14** : Règles d'arrondis pour les médicaments.
- (☞) **Annexe 15** : Facturation de la nutrition parentérale au domicile du patient.
- (☞ 1) **Annexe 16** : Structure des numéros d'identification INAMI.
- (☞ 1) **Annexe 17** : Forfaitarisation des médicaments en hôpital.
- (☞ 8) **Annexe 18** : Facturation sur support magnétique par les MRPA/MRS/CSJ.
- (☞20) **Annexe 19** : Facturation à 100% dans le cadre du MAF.

ETAT POUR LA FACTURATION DANS LE SYSTEME DU TIERS PAYANT, DE PRESTATIONS NE FIGURANT PAS SUR UNE NOTE D'HOSPITALISATION.

Identification de l'établissement (1)	Identification du dispensateur (3)	Identification de la mutualité de destination	Référence au support magnétique ou électronique (2)
Nom	Nom	N°	Envoi n°
Adresse	Adresse	Nom	Tiers payant n°
N° I.N.A.M.I.	N° I.N.A.M.I.	Adresse	Année et mois facturés
Tiers payant n°	Tél.		
Tél.			

ETAT RECAPITULATIF N° POUR LES PRESTATIONS EFFECTUEES PENDANT LA PERIODE DU AU

N° de l'attestation de soins donnés ou N° de facture (ET 20 Z 24-25)	Nom du bénéficiaire	N° NISS ou d'inscription du bénéficiaire	Montant à charge de l'O.A.	Case réservée à l'O.A.
TOTAL				

A payer au compte (dénomination + IBAN et BIC):
avec la référence :

Date :
Nom :
Signature :

- (1) A remplir si le montant de l'intervention de l'assurance est versé sur le compte de l'établissement.
 (2) A remplir le cas échéant.
 (3) A remplir lorsqu'il s'agit du décompte pour 1 seul dispensateur.

Le contenu de ce document reste fixe mais sa forme n'est pas imposée.

Ce document doit être, entre autres, utilisé par les praticiens de l'art infirmier comme état récapitulatif accompagnant la facture papier.

Règles des contrôles**a) Anomalies bloquantes et non-bloquantes**

Il y a deux types d'erreurs bloquantes :

Type "B" : Ces erreurs bloquent la procédure de contrôle.

Le fichier de facturation entier est rejeté et renvoyé à l'établissement de facturation.

Toutes les communications d'erreurs dans les enregistrements de type 10 et 90 sont bloquantes, ainsi qu'un nombre restreint d'erreurs dans les enregistrements de type 20, 30, 40, 50 et 80.

Type "F" : Ces erreurs bloquent la procédure de contrôle sur la facture individuelle. La facture concernée est rejetée et la procédure se poursuit pour la facture individuelle suivante.

Toutes les communications d'erreurs dans les enregistrements de type 20 et 80 qui ne sont pas bloquantes pour le fichier, le sont pour la facture individuelle.

Les erreurs de type R, S et E ne sont bloquantes, ni pour le fichier, ni pour la facture individuelle.

b) Seuils de tolérance**I. Processus de calcul du seuil de tolérance**

Le processus prévoit une comparaison entre le nombre d'enregistrements corrects et le nombre total d'enregistrements.

Les seuils de tolérance sont calculés selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Total enregistrements rejetés}}{\text{Nombre total d'enregistrements}}$$

(☞ 21) Pour ce calcul, seuls entrent en ligne de compte les codes erreurs, repris dans la liste Excel « Codes erreur » et différents du type E.

Un rejet au niveau de la facture (type d'erreur F) implique que tous les enregistrements figurant dans la facture rejetée, doivent être considérés comme des enregistrements rejetés.

II. Seuil de tolérance pour l'acceptation du fichier de facturation

Lors d'une erreur bloquante (type d'erreur B) le processus de contrôle s'arrête et le fichier de facturation rejeté est renvoyé à l'établissement.

A partir du 1er janvier 1999, le seuil de tolérance est fixé à 5 %.

RÈGLES DE CALCUL ET D'ARRONDI POUR LES MEDICAMENTS

Remarque générale préalable

La règle d'arrondi est appliquée sur 3 décimales, c'est-à-dire pour arrondir à 2 décimales, on ne tient compte que de la 3^{ème} décimale.

A. Délivrance à des bénéficiaires HOSPITALISÉS

1. En cas de forfaitarisation (facturation à 25%) (voir exemple 1)

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

Il s'agit des médicaments non forfaitarisés ou des médicaments forfaitarisés délivrés par des hôpitaux qui tombent en dehors de la forfaitarisation.

Médicaments de la catégorie A (voir exemple 2)

Base de remboursement x nombre d'unité : 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.

Intervention de l'AMI (Z 19) : A'

Médicament de la catégorie B (voir exemples 3 à 14 inclus)

Par tranche entamée, une intervention personnelle théorique de 0,37 EUR doit être décomptée, Dans les cas suivants, l'intervention personnelle théorique est toutefois limitée à la base de remboursement * le nombre d'unités :

- Nombre d'unités délivrées <= tranche et base de remboursement * nombre d'unités < 0,37 EUR
- Nombre d'unités délivrées > tranche et base de remboursement * nombre d'unités < x * 0,37 EUR (avec x = nombre de tranches entamées).

Lors du transfert du patient dans un autre service ou lors du début d'une nouvelle hospitalisation, une nouvelle tranche sera de toute façon commencée.

Définition « tranche » :

- S'il s'agit d'un produit remboursable en officine publique:
tranche = le plus grand conditionnement public
- Si le produit est uniquement remboursé en milieu hospitalier:
tranche = le libellé qui est mentionné dans la liste, dans la colonne « conditionnements » à côté du code avec * et **, à moins qu'une autre unité de tarification soit explicitement définie dans la liste via l'intitulé « *conformément...* »

Attention:

Si le produit est seulement remboursé en milieu hospitalier, la base de calcul pour la détermination des prix * et ** est mentionnée, depuis le 01.04.2010, en italique et en gras dans la liste (c'est le plus petit conditionnement hospitalier remboursable dont il est question à l'article 95 § 1, premier (dernière phrase) et deuxième paragraphe); ce conditionnement ne doit pas être confondu avec le concept d'unité de tarification et de tranche de tarification.

Depuis le 01.04.2010, une information supplémentaire figure dans la liste (une description claire du plus petit conditionnement hospitalier qui sert de base de calcul pour * et **), sans que la logique n'ait été modifiée.

Exemples de détermination de la « tranche »

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeotk Base de remb.	I	II
		CO-AMILORIDE TEVA 5/50 mg			TEVA PHARMA BELGIUM		ATC: C03EA01	
B-28	1488-774	60 tabletten, 5 mg / 50 mg	60 comprimés, 5 mg / 50 mg	G	5,94	5,94	0,34	0,57
	1488-774				1,2900	1,2900		
B-28	1488-782	120 tabletten, 5 mg / 50 mg	120 comprimés, 5 mg / 50 mg	G	7,42	7,42	0,68	1,14
	1488-782				2,5700	2,5700		
B-28 *	0762-401	1 tablet, 5 mg / 50 mg	1 comprimé, 5 mg / 50 mg	G	0,0277	0,0277		
B-28 **	0762-401	1 tablet, 5 mg / 50 mg	1 comprimé, 5 mg / 50 mg	G	0,0227	0,0227		

⇒ « tranche » = 120

		ROACTEMRA 20 mg/ml		ROCHE		ATC: L04AC07	
	0794-834	4 injectieflacons 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	4 flacons injectables 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml		577,5000	577,5000	
B-305 *	0794-834	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml		154,8150	154,8150	
B-305 **	0794-834	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml		153,0375	153,0375	

⇒ « tranche » = 1

		BOTOX		ALLERGAN		ATC: M03AX01	
	0748-319	1 injectieflacon 100 IU poeder voor oplossing voor injectie, 100 IU	1 flacon injectable 100 IU poudre pour solution injectable, 100 IU		197,6000	197,6000	
B-233 *	0748-319	1 IU	1 IU		2,1657	2,1657	
		(Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	(Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)				
B-233 **	0748-319	1 IU	1 IU		2,0946	2,0946	
		(Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	(Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)				

⇒ « tranche » = 10

Concrètement, le calcul s'effectue comme suit :

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.

Intervention personnelle théorique (Z 39):

Si le nombre d'unités <= tranche : B = 0,37 EUR ou B = A' (si A' < 0,37 EUR)

Si le nombre d'unités > tranche : B = x * 0,37 EUR ou B = A' (si A' < x * 0,37)

Intervention de l'AMI (Z 19): A' - B

Particularité : utilisation de la norme 1 ou 2 dans l'ET 40 Z 3

Si le ticket modérateur théorique a déjà été décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service, la norme 1 est utilisée pour indiquer que le ticket modérateur (théorique) n'est plus soustrait.

La norme 2 est utilisée lorsque le ticket modérateur théorique est plus élevé que zéro mais plus bas que le montant attendu.

Accord

Si les 0,37 EUR ont déjà été décomptés précédemment pour le même patient et au sein du même service mais que pour des raisons techniques/pratiques, ils ont de nouveau été décomptés (par ex : pour le fractionnement de la facturation au début d'une nouvelle année, pour une modification de mutualité ou de CT1/CT2,...), ça ne peut être rejeté.

Médicaments de la catégorie C, Cs, Cx (voir exemple 15)

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.

Pourcentage ticket modérateur (calculé sur A) B
 (respectivement 50%, 60% , 80%) 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'

B. Délivrance à des bénéficiaires AMBULANTS**Règle générale** (voir exemples 16 et 17)

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 <u>haut</u> .
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 <u>haut</u> .
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 <u>bas</u> .
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 <u>bas</u> .
Intervention personnelle (Z 27):	C' + D'	
Intervention de l'AMI (Z 19):	B' – D'	

Règles spécifiques pour les médicaments de la catégorie B et C (voir exemples 18 à 27 inclus)

Le ticket modérateur (montant D') est plafonné par « tranche » (voir définition « tranche » ci-dessus).

Le calcul et l'arrondi du ticket modérateur doivent, en ce sens, s'effectuer par « tranche ». La base de remboursement est calculée sur le nombre total d'unités délivrées, également si ce nombre est plus grand que la tranche.

Attention:

La différence entre le prix et la base de remboursement (montant C') est intégralement à charge du patient et doit être comptée en plus du ticket modérateur calculé (et éventuellement plafonné), à moins que l'hôpital ne prenne lui-même en charge ce montant (Z 33 = 1).

Pour info: pourcentages et plafonds ticket modérateurPourcentages ticket modérateur par catégorie

Catégorie	bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance	autres bénéficiaires
A	0 %	0%
B	15%	25%
C	50%	50%
Cs	60%	60%
Cx	80%	80%

Plafonds ticket modérateur (d'application à partir du 1 juillet 2009):

Catégorie	bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance	autres bénéficiaires
B	7,20	10,80
B (grand conditionnement)	8,90	13,50
C	8,90	13,50

grand conditionnement = un conditionnement public d'une spécialité pharmaceutique qui contient plus de 60 unités d'utilisation ; dans une officine hospitalière, la délivrance de plus de 60 unités d'utilisation est assimilée à la délivrance d'un grand conditionnement (voir AR du 7 mai 1991, art. 1, 5°)

C. Exemples détaillés

Les exemples servent simplement pour l'illustration des règles d'arrondi et de calcul.

Les prix et les plafonds ticket modérateur de ces exemples ne sont pas systématiquement actualisés.

Les prix et les plafonds ticket modérateur à la date de délivrance doivent être utilisés.

Extraits de la liste de l'AR du 21/12/2001 (version 1/8/2010)

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)									
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix	Basis v tegemeetk Base de remb.	I	II	
					<i>buiten bedrijf / ex- usine</i>	<i>buiten bedrijf / ex- usine</i>			
CAPOTEN 50 mg (Impexeco) IMPEXECO ATC: C09AA01									
B-21	2675-718	60 tabletten, 50 mg	60 comprimés, 50 mg	R	27,95	22,36	9,36	11,88	
	2675-718				19,0100	14,2200			
B-21 *	0795-997	1 tablet, 50 mg	1 comprimé, 50 mg	R	0,4088	0,3058	+0,1030	+0,1030	
B-21 **	0795-997	1 tablet, 50 mg	1 comprimé, 50 mg	R	0,3358	0,2512			
CELLTOP 100 mg BAXTER ATC: L01CB01									
A-28	1524-214	10 capsules, hard, 100 mg	10 gélules, 100 mg	R	86,49	75,69	10,80	10,80	
	1524-214				71,0600	61,1700			
A-28 *	0762-229	1 capsule, hard, 100 mg	1 gélule, 100 mg	R	8,2430	7,1950	+1,0480	+1,0480	
A-28 **	0762-229	1 capsule, hard, 100 mg	1 gélule, 100 mg	R	7,5320	6,4840			
INDERAL ASTRAZENECA ATC: C07AA05									
B-9	0115-808	50 tabletten, 10 mg	50 comprimés, 10 mg	R	5,94	5,43	0,73	0,88	
	0115-808				1,2900	0,8400			
B-9 *	0709-188	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	R	0,0332	0,0216	+0,0116	+0,0116	
B-9 **	0709-188	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	R	0,0274	0,0178			

FRAXIPARINE		GLAXO SMITHKLINE				ATC: B01AB06			
B-33	0321-596	10 voorgevulde spuiten 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	10 seringues préremplies 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		31,92	31,92	5,10	8,58	
	0321-596				22,5100	22,5100			
B-33 *	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 seringue prérempli 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		2,9050	2,9050			
B-33 **	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 seringue prérempli 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		2,3860	2,3860			
DOCACETYL 600		DOCPHARMA				ATC: R05CB01			
C-27	1583-590	30 bruistabletten, 600 mg	30 comprimés effervescents, 600 mg	G	7,05	7,05	2,02	2,02	
	1583-590				2,2800	2,2800			
C-27 *	0767-590	1 bruistablet, 600 mg	1 comprimé effervescent, 600 mg	G	0,0980	0,0980			
C-27 **	0767-590	1 bruistablet, 600 mg	1 comprimé effervescent, 600 mg	G	0,0807	0,0807			
MEBEVERINE EG		EUROGENERICS				ATC: A03AA04			
Cx-10	1402-569	40 filmomhulde tabletten, 135 mg	40 comprimés pelliculés, 135 mg	G	6,77	6,77	2,89	2,89	
	1402-569				2,0400	2,0400			
Cx-10	1464-114	120 filmomhulde tabletten, 135 mg	120 comprimés pelliculés, 135 mg	G	9,57	9,57	6,01	6,01	
	1464-114				4,2500	4,2500			
Cx-10 *	0748-350	1 filmomhulde tablet, 135 mg	1 comprimé pelliculé, 135 mg	G	0,0457	0,0457			
Cx-10 **	0748-350	1 filmomhulde tablet, 135 mg	1 comprimé pelliculé, 135 mg	G	0,0376	0,0376			
DIFLUCAN (PI-Pharma)		PI-PHARMA		(zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV)		ATC: J02AC01			
B-134	2195-642	10 capsules, hard, 200 mg	10 gélules, 200 mg	R	64,59	61,85	9,94	13,54	
	2195-642				51,3300	48,9200			
B-134 *	0779-025	1 capsule, hard, 200 mg	1 gélule, 200 mg	R	6,1520	5,8970	+0,2550	+0,2550	
B-134 **	0779-025	1 capsule, hard, 200 mg	1 gélule, 200 mg	R	5,4410	5,1860			
BONEFOS		BAYER				ATC: M05BA02			
B-88	1327-576	50 tabletten, 800 mg	50 comprimés, 800 mg		161,19	161,19	7,20	10,80	
	1327-576				139,5500	139,5500			
B-88 *	0748-517	1 tablet, 800 mg	1 comprimé, 800 mg		3,1006	3,1006			
B-88 **	0748-517	1 tablet, 800 mg	1 comprimé, 800 mg		2,9584	2,9584			
ENTOCORT		ASTRAZENECA				ATC: A07EA06			
B-55	1344-365	100 capsules met verlengde afgifte, hard, 3 mg	100 gélules à libération prolongée, 3 mg		89,05	89,05	8,90	13,50	
	1344-365				73,4200	73,4200			
B-55 *	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,8494	0,8494			
B-55 **	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,7783	0,7783			
BOTOX		ALLERGAN				ATC: M03AX01			
B-233	0748-319	1 injectieflacon 100 IU poeder voor oplossing voor injectie, 100 IU	1 flacon injectable 100 IU poudre pour solution injectable, 100 IU		197,6000	197,6000			
B-233 *	0748-319	1 IU (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	1 IU (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)		2,1657	2,1657			
B-233 **	0748-319	1 IU (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	1 IU (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)		2,0946	2,0946			
AMOXICILLINE SANDOZ 250		SANDOZ				ATC: J01CA04			
B-107	2114-346	1 fles 100 ml poeder voor orale suspensie, 50 mg/ml	1 flacon 100 ml poudre pour suspension buvable, 50 mg/ml	G	7,21	7,21	0,64	1,07	
	2114-346				2,4100	2,4100			
B-107 *	0778-068	5 ml suspensie voor oraal gebruik, 50 mg/ml	5 ml suspension buvable, 50 mg/ml	G	0,1555	0,1555			
B-107 **	0778-068	5 ml suspensie voor oraal gebruik, 50 mg/ml	5 ml suspension buvable, 50 mg/ml	G	0,1275	0,1275			
LIPITOR 40		PFIZER		(zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV)		ATC: C10AA05			
B-41	1641-018	84 filmomhulde tabletten, 40 mg	84 comprimés pelliculés, 40 mg		189,49	189,49	8,90	13,50	
	1641-018				165,5000	165,5000			
B-41 *	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,1731	2,1731			
B-41 **	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,0885	2,0885			

Exemples bénéficiaires hospitalisés**Exemple 1** (en cas de forfaitarisation)

Délivrance de 14 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital aigu.

Base de remboursement * nombre d'unités : $0,2512 * 14 = 3,5168$

Intervention de l'AMI : $3,5168 * 0,25 = 0,8792$
 $\approx 0,88$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0756125	0,88	14	0

Exemple 2 (catégorie A hors forfaitarisation)

Délivrance de 12 unités de Celltop 100 mg 0762-229** (tranche = 10) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

Base de remboursement * nombre d'unités : $6,4840 * 12 = 77,8080$
 $\approx 77,81$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753723	77,81	12	0

Exemple 3 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche »)

Délivrance de 14 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

Base de remboursement * nombre d'unités : $0,2512 * 14 = 3,5168$
 $\approx 3,52$

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,37

Intervention de l'AMI (Z 19): $3,52 - 0,37 = 3,15$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	3,15	14	0,37

Exemple 4 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche »)
(intervention personnelle théorique limitée à la base de remboursement * nombre d'unités).

Délivrance de 2 unités d'Amoxicilline Sandoz 0778-068** (tranche = 20) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,1275 * 2 = 0,2550 \\ \approx 0,26$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,26 \text{ (limitée)}$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 0,26 - 0,26 = 0,00$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0750864	0,00	2	0,26

Exemple 5 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)

Délivrance de 80 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 80 = 20,0960 \\ \approx 20,10$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 2 * 0,37 = 0,74$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 20,10 - 0,74 = 19,36$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	19,36	80	0,74

Exemple 6 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)

Délivrance de 61 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 61 = 15,3232 \\ \approx 15,32$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 2 * 0,37 = 0,74$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 15,32 - 0,74 = 14,58$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
0	0753745	14,58	61	0,74

Exemple 7 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche ») (facturation dispersée sur 2 fichiers de facturation distincts)

Délivrance de 10 unités de Amoxicilline Sandoz 0778-068** (tranche = 20) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

2 unités sont facturées sur le 1^{er} fichier de facturation, les 8 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,1275 * 2 = 0,2550 \\ \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 0,26 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,26 \text{ (limité)} \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 0,26 - 0,26 = 0,00 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,1275 * 8 = 1,0200 \\ \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 1,02 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,11 (= 0,37 - 0,26) \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 1,02 - 0,11 = 0,91 \end{array} \right.$$

1^{er} fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
0	0750864	0,00	2	0,26

2^e fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
2	0750864	0,91	8	0,11

Exemple 8 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)

Délivrance de 101 unités de Nivaquine ** 0712-984 (tranche = 20) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,0067 * 101 = 0,6767 \\ \approx 0,68$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,68 \text{ (limité car base de remboursement * nombre d'unités} < 6 * 0,37)$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 0,68 - 0,68 = 0,00$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
0	0750746	0,00	101	0,68

Exemple 9 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche ») (facturation dispersée sur 2 fichiers de facturation distincts)

Délivrance de 40 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

30 unités sont facturées sur le 1^{er} fichier de facturation, les 10 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 30 = 7,5360 \\ \quad \approx 7,54 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 0,37 \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad \quad \quad \quad 7,54 - 0,37 = 7,17 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 10 = 2,5120 \\ \quad \approx 2,51 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 0,00 \text{ (car 0,37 déjà décomptés précédemment} \\ \quad \text{pour cette tranche)} \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad \quad \quad \quad 2,51 - 0,00 = 2,51 \end{array} \right.$$

1^{er} fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	7,17	30	0,37

2^e fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
1	0753745	2,51	10	0

Exemple 10 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche »)
(facturation via différents enregistrements à cause de prescripteurs différents)

Délivrance de 40 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

30 unités ont été prescrites par le prescripteur X, les 10 unités restantes par le prescripteur Y.

{	Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,2512 * 30 = 7,5360$ $\approx 7,54$
	Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,37
	Intervention de l'AMI (Z 19):	$7,54 - 0,37 = 7,17$
{	Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,2512 * 10 = 2,5120$ $\approx 2,51$
	Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,00 (car 0,37 déjà décomptés précédemment pour cette tranche)
	Intervention de l'AMI (Z 19):	$2,51 - 0,00 = 2,51$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	7,17	30	0,37
1	0753745	2,51	10	0

Attention:

Vu que pour les médicaments délivrés aux bénéficiaires hospitalisés, aucun prescripteur ne doit être mentionné, il n'est pas obligatoire de fractionner la facturation en différents enregistrements. Le calcul et la facturation peuvent, donc, également s'effectuer comme suit :

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités} : \quad 0,2512 * 40 = 10,0480 \\ \approx 10,05$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,37$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 10,05 - 0,37 = 9,68$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	9,68	40	0,37

Exemple 11 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)
(facturation dispersée sur 2 fichiers de facturation distincts).

Délivrance de 85 unités d'Inderal 10 mg 0709-188** (tranche = 50) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

63 unités sont facturées sur un 1^{er} fichier de facturation, les 22 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,0178 * 63 = 1,1214$ $\approx 1,12$
Intervention personnelle théorique (Z 39):	$2 * 0,37 = 0,74$
Intervention de l'AMI (Z 19):	$1,12 - 0,74 = 0,38$
Base de remboursement * nombre d'unités:	$0,0178 * 22 = 0,3916$ $\approx 0,39$
Intervention personnelle théorique (Z 39):	0,00 (car 0,37 déjà décomptés précédemment pour cette tranche)
Intervention de l'AMI (Z 19):	$0,39 - 0,00 = 0,39$

1^{er} fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	0,38	63	0,74

2^e fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
1	0753745	0,39	22	0,00

Exemple 12 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)

Délivrance de 85 unités de Inderal 10 mg 0709-188** (tranche = 50) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

5 unités sont facturées sur un 1^{er} fichier de facturation, les 80 unités restantes sont facturées sur un fichier de facturation suivant.

$$\left\{ \begin{array}{l}
 \text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,0178 * 5 = 0,089 \\
 \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 0,09 \\
 \\
 \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,09 \\
 \\
 \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 0,09 - 0,09 = 0,00
 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l}
 \text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,0178 * 80 = 1,424 \\
 \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 1,42 \\
 \\
 \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad 0,28 + 0,37 = 0,65 \text{ (car 0,09 EUR déjà décompté} \\
 \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \text{pour la 1}^{\text{ère}} \text{ tranche)} \\
 \\
 \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 1,42 - 0,65 = 0,77
 \end{array} \right.$$

1^{er} fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
0	0753745	0,00	5	0,09

2^e fichier de facturation

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P. théor.)
2	0753745	0,77	80	0,65

Exemple 13 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées > « tranche »)
(facturation via différents enregistrements à cause d'une modification de prix)

Délivrance de 26 unités de Fraxiparine 0739-714** (tranche = 10) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

5 unités ont été délivrées en août, les 21 unités restantes en septembre.

Supposons que la base de remboursement est modifiée le 1/9 et vaut alors 2,4356 (exemple fictif).

{	Base de remboursement * nombre d'unités:	$2,3860 * 5$	=	$11,9300$	
				$\approx 11,93$	
	Intervention personnelle théorique (Z 39):			$0,37$	
	Intervention de l'AMI (Z 19):			$11,93 - 0,37 = 11,56$	
{	Base de remboursement * nombre d'unités:	$2,4356 * 21$	=	$51,1476$	
				$\approx 51,15$	
	Intervention personnelle théorique (Z 39):			$2 * 0,37 = 0,74$ (les 0,37 EUR doivent seulement être décomptés 2x, à savoir pour la 2 ^e et 3 ^e tranche car pour la 1 ^{er} tranche, les 0,37 EUR ont déjà été décomptés précédemment)	
	Intervention de l'AMI (Z 19):			$51,15 - 0,74 = 50,41$	

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0750746	11,56	5	0,37
2	0750746	50,41	21	0,74

Exemple 14 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche »)
(facturation via différents enregistrements à cause d'un changement de service)

Délivrance de 40 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

30 unités ont été délivrées dans le service X, les 10 unités restantes dans le service Y.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 30 = 7,5360 \\ \quad \approx 7,54 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 0,37 \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 7,54 - 0,37 = 7,17 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,2512 * 10 = 2,5120 \\ \quad \approx 2,51 \\ \text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 0,37 \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 2,51 - 0,37 = 2,14 \end{array} \right.$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	7,17	30	0,37
0	0753745	2,14	10	0,37

Exemple 15 (catégorie C hors forfaitarisation)

Délivrance de 32 unités de Docacetyl 600 mg 0767-590** (tranche = 30) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,0807 * 32 = 2,5824 \\ \quad \approx 2,58$$

$$\text{Intervention personnelle théorique (Z 39):} \quad \quad \quad 2,5824 * 0,50 = 1,2912 \\ \quad \approx 1,29$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad \quad \quad 2,58 - 1,29 = 1,29$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0750886	1,29	32	1,29

Exemples bénéficiaires ambulants**Exemple 16** (catégorie A)

Délivrance de 22 unités de Celltop 100 mg 0762-229* (tranche = 10) à un patient ambulant

$$\text{Prix * nombre d'unités:} \quad 8,2430 * 22 = 181,3460 \\ \approx 181,35$$

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 7,1950 * 22 = 158,2900 \\ \approx 158,29$$

$$181,3460 - 158,2900 = 23,0560 \\ \approx 23,06$$

Intervention personnelle (Z 27): 23,06

Intervention de l'AMI (Z 19): 158,29

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0753911	158,29	22	23,06

Exemple 17 (catégorie Cx)

Délivrance de 150 unités de Mebeverine 135 mg 0748-350* (tranche = 120) à un patient ambulant

$$\text{Prix * nombre d'unités:} \quad 0,0457 * 150 = 6,8550 \\ \approx 6,86$$

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,0457 * 150 = 6,8550 \\ \approx 6,86$$

$$6,8550 - 6,8550 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,80 * 6,8550 = 5,4840 \\ \approx 5,48$$

Intervention personnelle (Z 27): $0,00 + 5,48 = 5,48$

Intervention de l'AMI (Z 19): $6,86 - 5,48 = 1,38$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750816	1,38	150	5,48

Annexe 18 (catégorie B; nombre d'unités < tranche ; pas de plafonnement du ticket modérateur)

Délivrance de 30 unités de Capoten 50 mg 0795-997* (tranche = 60) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & \quad 0,4088 * 30 = 12,2640 \\ & \quad \approx 12,26 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & \quad 0,3058 * 30 = 9,1740 \\ & \quad \approx 9,17 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 12,2640 - 9,1740 & \quad = 3,0900 \\ & \quad \approx 3,09 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & \quad 0,25 * 9,1740 = 2,2935 \\ & \quad \approx 2,29 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 3,09 + 2,29 = 5,38$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 9,17 - 2,29 = 6,88$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0753933	6,88	30	5,38

Exemple 19 (catégorie B; nombre d'unités > tranche ; pas de plafonnement du ticket modérateur)

Délivrance de 80 unités de Capoten 50 mg 0795-997* (tranche = 60) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & & 0,4088 * 80 & = & 32,7040 \\ & & & \approx & 32,70 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 0,3058 * 80 & = & 24,4640 \\ & & & \approx & 24,46 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 32,7040 - 24,4640 & = & 8,2400 \\ & \approx & 8,24 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 1^{er} tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,3058 * 60 = 18,3480$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,25 * 18,3480 & = & 4,5870 \\ & & & \approx & 4,59 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 2^e tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,3058 * 20 = 6,1160$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,25 * 6,1160 & = & 1,5290 \\ & & & \approx & 1,53 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27): } 8,24 + 4,59 + 1,53 = 14,36$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19): } 24,46 - 4,59 - 1,53 = 18,34$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0753933	18,34	80	14,36

Exemple 20 (catégorie B; nombre d'unités < tranche ; avec plafonnement du ticket modérateur)

Délivrance de 9 unités de Diflucan 200 mg 0779-025* (tranche = 10) à un patient ambulant avec régime préférentiel.

$$\text{Prix * nombre d'unités:} \quad 6,1520 * 9 = 55,3680 \\ \approx 55,37$$

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 5,8970 * 9 = 53,0730 \\ \approx 53,07$$

$$55,3680 - 53,0730 = 2,2950 \\ \approx 2,29$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,15 * 53,0730 = 7,96095 \\ \approx 7,96 \\ \text{plafond} \quad = 7,20$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 2,29 + 7,20 = 9,49$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 53,07 - 7,20 = 45,87$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0753933	45,87	9	9,49

Exemple 21 (catégorie B; nombre d'unités < tranche ; plafond ticket modérateur « grand conditionnement »)

Délivrance de 99 unités d'Entocort 3 mg 0762-831 (tranche = 100) à un patient ambulant avec régime préférentiel.

$$\text{Prix * nombre d'unités:} \quad 0,8494 * 99 = 84,0906 \\ \approx 84,09$$

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 0,8494 * 99 = 84,0906 \\ \approx 84,09$$

$$84,0906 - 84,0906 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,15 * 84,0906 = 12,61359 \\ \approx 12,61 \\ \text{plafond} \quad = 8,90$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 8,90 = 8,90$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 84,09 - 8,90 = 75,19$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	75,19	99	8,90

Exemple 22 (catégorie B; nombre d'unités > tranche ; plafond ticket modérateur « grand conditionnement »)

Délivrance de 110 unités d'Entocort 3 mg 0762-831* (tranche = 100) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & & 0,8494 * 110 & = & 93,4340 \\ & & & & \approx 93,43 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 0,8494 * 110 & = & 93,4340 \\ & & & & \approx 93,43 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 93,4340 - 93,4340 & = & 0,0000 \\ & \approx & 0,00 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 1^{er} tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,8494 * 100 = 84,9400$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,25 * 84,9400 & = & 21,2350 \\ & & & & \approx 21,23 \\ \text{plafond} & & & = & 13,50 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 2^e tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 0,8494 * 10 = 8,4940$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,25 * 8,4940 & = & 2,1235 \\ & & & & \approx 2,12 \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27): } 0,00 + 13,50 + 2,12 = 15,62$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19): } 93,43 - 13,50 - 2,12 = 77,81$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	77,81	110	15,62

Exemple 23 (catégorie B; nombre d'unités < tranche ; avec plafonnement du ticket modérateur)

Délivrance de 59 unités d'Entocort 3 mg 0762-831* (tranche = 100) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & & 0,8494 * 59 & = & 50,1146 \\ & & & & \approx 50,11 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 0,8494 * 59 & = & 50,1146 \\ & & & & \approx 50,11 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 50,1146 - 50,1146 & = & 0,0000 \\ & \approx & 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,25 * 50,1146 & = & 12,52865 \\ & & & \approx & 12,53 \\ \text{plafond} & & & = & 10,80 \text{ (plafond ordinaire car délivrance } \leq 60) \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 10,80 = 10,80$$

$$\text{Intervention de l'AMI (Z 19):} \quad 50,11 - 10,80 = 39,31$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	39,31	59	10,80

Exemple 24 (catégorie B; nombre d'unités > tranche)

Délivrance de 30 unités de Botox 0748-319* (tranche = 10) à un patient ambulant sans régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités:} & & 2,1657 * 30 & = & 64,9710 \\ & & & \approx & 64,97 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 2,1657 * 30 & = & 64,9710 \\ & & & \approx & 64,97 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 64,9710 - 64,9710 & = & 0,0000 \\ & \approx & 0,00 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur par tranche

$$3x \left\{ \begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 2,1657 * 10 & = & 21,6570 \\ \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,25 * 21,6570 & = & 5,41425 \\ & & & \approx & 5,41 \end{aligned} \right.$$

$$\begin{aligned} \text{Intervention personnelle (Z 27):} & & 0,00 + 3 * 5,41 & = & 16,23 \\ \text{Intervention de l'AMI (Z 19):} & & 64,97 - 16,23 & = & 48,74 \end{aligned}$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	48,74	30	16,23

Exemple 25 (catégorie B; nombre d'unités > tranche; plafond « grand conditionnement » pour la 1^{ère} tranche, plafond « conditionnement normal » pour la 2^{ème} tranche)

Délivrance de 140 unités de Lipitor 40 comp 0768-788* (tranche = 84) à un patient ambulant avec régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités :} & & 2,1731 * 140 & = & 304,2340 \\ & & & \approx & 304,23 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités:} & & 2,1731 * 140 & = & 304,2340 \\ & & & \approx & 304,23 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 304,2340 - 304,2340 & = & 0,0000 \\ & \approx & 0,00 \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 1^{ère} tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 2,1731 * 84 = 182,5404$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,15 * 182,5404 & = & 27,38106 \\ & & & \approx & 27,38 \\ \text{plafond} & & & = & 8,90 \text{ (car délivrance } > 60 \text{ unités)} \end{aligned}$$

Calcul ticket modérateur 2^{ème} tranche

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités: } 2,1731 * 56 = 121,6936$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,15 * 121,6936 & = & 18,25404 \\ & & & \approx & 18,25 \\ \text{plafond} & & & = & 7,20 \text{ (car délivrance } \leq 60 \text{ unités)} \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27): } 0,00 + 8,90 + 7,20 = 16,10$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19): } 304,23 - 8,90 - 7,20 = 288,13$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	288,13	140	16,10

Exemple 26 (catégorie B; nombre d'unités < tranche; plafond « grand conditionnement »)

Délivrance de 80 unités de Lipitor 40 comp 0768-788* (tranche = 84) à un patient ambulant avec régime préférentiel.

$$\begin{aligned} \text{Prix * nombre d'unités :} & & 2,1731 * 80 & = & 173,8480 \\ & & & & \approx 173,85 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Base de remboursement * nombre d'unités :} & & 2,1731 * 80 & = & 173,8480 \\ & & & & \approx 173,85 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 173,8480 - 173,8480 & = & 0,0000 \\ & \approx & 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Pourcentage ticket modérateur:} & & 0,15 * 173,8480 & = & 26,0772 \\ & & & \approx & 26,08 \\ \text{plafond} & & & = & 8,90 \text{ (car délivrance } > 60 \text{ unités)} \end{aligned}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 8,90 = 8,90$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19):} \quad 173,85 - 8,90 = 164,95$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	164,95	80	8,90

Exemple 27 (catégorie B; nombre d'unités < tranche; plafond « conditionnement normal »)

Délivrance de 28 unités de Lipitor 40 comp 0768-788* (tranche = 84) à un patient ambulancier avec régime préférentiel.

$$\text{Prix * nombre d'unités :} \quad 2,1731 * 28 = 60,8468 \\ \approx 60,85$$

$$\text{Base de remboursement * nombre d'unités:} \quad 2,1731 * 28 = 60,8468 \\ \approx 60,85$$

$$60,8468 - 60,8468 = 0,0000 \\ \approx 0,00$$

$$\text{Pourcentage ticket modérateur:} \quad 0,15 * 60,8468 = 9,12702 \\ \approx 9,13 \\ \text{plafond} \quad = 7,20 \text{ (car délivrance } \leq 60 \text{ unités)}$$

$$\text{Intervention personnelle (Z 27):} \quad 0,00 + 7,20 = 7,20$$

$$\text{Intervention AMI (Z 19):} \quad 60,85 - 7,20 = 53,65$$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (I.P.)
0	0750934	53,65	28	7,20

	- Surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile pour nourrissons présentant des risques de mort subite	: 783
	- Programme de rééducation fonctionnelle pour infirmes moteurs cérébraux	: 784
	• entre 001 et 499 : prog. rééducation fonction. pour infirmes moteurs cérébraux	
	• entre 500 et 999 : prog. Rééducation fonction. de neuropsychiatrie pédiatrique	
(21)	- Assistance respiratoire mécanique chronique à domicile	: 785
	• entre 001 et 199 : apnées obstructives du sommeil (convention nCPAP)	
	• entre 201 et 299 : ventilation assistée à domicile (AVD).	
	• entre 301 et 999 : ventilation assistée à domicile en cas de syndrome d'obésité-hypoventilation (SOH)	
(21)	- Convention diabète	: 786
	• entre 001 et 499 : autogestion des patients diabétiques	
	• entre 501 et 699 : thérapie d'injection d'insuline	
	• entre 701 et 799 : autorégulation du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	
	• entre 801 et 999 : cliniques du pied	
	- Défibrillateurs cardiaques	: 787
	- Maladies du métabolisme, mucoviscidose, maladies neuromusculaires, épilepsie réfractaire, syndrome de fatigue, IMOC, Spina Bifida, douleur chronique, néphrologie pédiatrique	: 789
	• entre 001 et 099 : rééducation fonctionnelle de bénéficiaires souffrant d'une maladie du métabolisme monogène héréditaire rare	
	• entre 101 et 199 : centres de référence pour patients souffrant de mucoviscidose	
	• entre 201 et 299 : centres de référence pour patients souffrant de maladies neuromusculaires	
	• entre 301 et 399 : centres de référence pour patients souffrant de d'épilepsie réfractaire	
	• entre 401 et 499 : centres de référence pour patients souffrant de syndrome de fatigue	
	• entre 501 et 549 : centres de référence IMOC	
	• entre 551 et 599 : centres de référence Spina Bifida	
	• entre 601 et 699 : centres de référence de la douleur chronique	
(12)	• entre 701 et 999 : centres de référence en néphrologie pédiatrique	
	- Conventions de rééducation fonctionnelle d'évaluation multidisciplinaire prévue dans la nomenclature des aides à la mobilité	: 790
	6. <u>Centres de transfusion sanguine</u>	: 795
	7. <u>Laboratoires</u>	: 8xx
	Les 2ème et 3ème chiffre constituent un numéro de code destiné à l'arrondissement administratif où est sis le siège du laboratoire. Le plan de codification habituellement utilisé est adapté pour l'arrondissement Bruxelles capitale.	
	8. <u>Maisons médicales</u>	: 8xx
	9. <u>Rééducation fonctionnelle</u>	: 9xx
	- Centres généraux de rééducation locomotrice	: 950
(21)	- Conventions R30-R60	: 951
	- Rééducation ORL	: 953
	- Rééducation PSY	: 965
	- Rééducation fonctionnelle en raison d'un handicap visuel	: 969
	10. <u>Centres pédiatriques médicaux</u>	: 967

11. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour : 968

- entre 001 et 499 : Equipes multidisciplinaires d'accompagnement pour les soins palliatifs.
- entre 500 et 999 : Centres palliatifs de jour.

12. Numéros Services intégrés soins à domicile (art. 23, 13°) : 947

(19) 13. Numéros services ambulanciers agréés : 796

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

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

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

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

Maisons médicales : Le 4ème chiffre est "5".

(19) Services ambulanciers agréés : Les 4ème, 5ème et 6ème chiffre constituent le numéro d'ordre de l'agrément (attribué par le SPF Santé Publique).

C. Check-digits (7ème et 8ème 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 pathologie cardiaque B : 120
- service pathologie cardiaque B1 : 121
- (3) - service pathologie cardiaque T : 122
- (4) - service pathologie cardiaque C : 123
- (6,7) - service pathologie cardiaque E + B 3 : 124
- (7) - service pathologie cardiaque E sans B 3 : 125
- (6) - première prise en charge des urgences : 130
- (6) - soins urgents spécialisés : 131
- (12) - programme de soins de médecine de la reproduction A : 140
- (12) - programme de soins de médecine de la reproduction B : 141
- (12) - centre de chirurgie robot-assistée : 150
- (13) - centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3 : 151
- (13) - centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B3 : 152
- (14) - centre « moniteur cardiaque implantable » : 153
- (19) - centre « stent valvulaire percutané implantable » : 154

Enregistrement de type 30		
Zone	libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 30	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 3	Norme journée d'entretien	<i>Toujours 0</i>
Z 4	Pseudo-code journée d'entretien et forfait	<i>Voir ET30 Z4 S5 (point 10)</i>
Z 5	Date premier jour facturé	<i>A mentionner</i>
Z 6a-6b	Date dernier jour facturé	<i>A mentionner</i>
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Accouchement	<i>Toujours 0</i>
Z 11	Référence numéro de compte financier	<i>Toujours 0</i>
Z 13	Code service	<i>990</i>
Z 14	Lieu de prestation	<i>Numéro MRPA / MRS / CSJ (=ET 10 Z 14)</i>
Z 15	Identification convention/Etablissement de séjour	<i>Numéro MRPA / MRS / CSJ</i>
Z 17-18	Prestation relative	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant intervention de l'assurance	
Z 22	Signe + nombre de jour ou forfaits	
Z 24-25	Signe + Montant indicatif ordre de grandeur frais de séjour	<i>Toujours 0</i>
Z 27	Signe + Intervention personnelle patient	<i>Toujours 0</i>
Z 28	Référence établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	<i>Toujours 0</i>
Z 32	Exception tiers-payant	<i>Toujours 0</i>
Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	<i>Toujours 0</i>
Z 47	Date accord prestation	<i>Toujours 0</i>
Z 48	Transplantation	<i>Toujours 0</i>
Z 51	Site hospitalier	<i>Toujours 0</i>
Z 52	Identification association bassin de soins	<i>Toujours 0</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Enregistrement de type 50		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
	Z 1	Enregistrement de type 50
	Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement
	Z 3	Norme prestation (pourcentage)
	Z 4	(Pseudo-)code nomenclature
(€ 21)	Z 5	Date de première prestation effectuée
(€ 21)	Z 6a-6b	Date de dernière prestation
	Z 7	Numéro mutualité d'affiliation
	Z 8a-8b	Identification bénéficiaire
	Z 9	Sexe bénéficiaire
	Z 10	Accouchement
	Z 11	Référence numéro de compte financier
	Z 12	Nuit, week-end, jour férié
	Z 13	Code service
	Z 14	Lieu de prestation
	Z 15	Identification du dispensateur
	Z 16	Norme dispensateur
	Z 17-18	Prestation relative
	Z 19	Signe + montant de l'intervention de l'assurance
	Z 20-21	Date prescription
(€ 21)	Z 22	Signe + nombre d'unités
	Z 23	Nombre de coupes
	Z 24-25	Identification prescripteur
	Z 26	Norme prescripteur
	Z 27	Signe + intervention personnelle patient
	Z 28	Référence établissement
	Z 29	Dent traitée
	Z 30-31	Signe + montant supplément
	Z 32	Exception tiers-payant
	Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément
	Z 34	Membre traité
	Z 35	Prestataire conventionné
	Z 36-37	Heure de prestation
	Z 38	Identification administrateur du sang
	Z 39-40	Numéro attestation d'administration
	Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac
	Z 43	Code implant
	Z 44-45	Libellé du produit
	Z 46	Norme plafond
	Z 47	Date accord prestation
	Z 48	Transplantation
	Z 49	Identification de l'aide soignant (réservée)
	Z 51	Site hospitalier
	Z 52	Identification association bassin de soins
	Z 55-56	Code de notification implant
	Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement

(€ 21) (*) période doit correspondre à la période à laquelle les forfaits (qui sont facturés aux OA) se rapportent

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION**LIBELLE :**

Ce numéro se retrouve sur l'engagement de paiement, la vignette, le carnet de membre et la carte S.I.S.

Voir le répertoire des Unions nationales et des mutualités de Belgique, Bruxelles, INAMI ou l'aperçu sur le site web de l'INAMI sous Accueil> Organismes assureurs> Contactez les mutualités.

- (☞ 8) Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité à laquelle le patient était affilié à la date de début de la période à laquelle le forfait se rapporte.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

(☞ 21)	OA100	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA200	Toujours égale à « 000 »
	OA300	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA400	Toujours égale à « 000 »
	OA500	Toujours égale à « 000 »
	OA600	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA900	Numéro de Centre Médical Régional (*)

- (☞ 20) (*) Le CMR régional (réponse message Carenet, carte SIS, vignette, carte d'affiliation : 921, 922, 931, 941, 942, 951) doit être mentionné dans cette zone. Cependant, la facture ne sera pas rejetée lorsqu'on mentionne le CRM comptables (910, 920, 930, 940, 950) à la place puisque les factures sont traitées dans une comptabilité centrale.

Les factures papier des CMR régionaux ainsi que celles des CMR comptables sont uniquement traitées au niveau des CMR comptables et doivent, donc, être envoyées à ces adresses.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE

LIBELLE :

Dans cette zone, on indique le numéro d'inscription à la sécurité sociale du bénéficiaire (numéro NISS).

- (☞) L'utilisation du numéro NISS est obligatoire à partir du mois facturé janvier 2006.
Ce numéro permet d'identifier les bénéficiaires au sein de la mutualité.

Dans des cas exceptionnels, le numéro d'affiliation à l'OA peut être utilisé :

- pour les nouveau-nés, pour lesquels le numéro d'inscription à la sécurité sociale n'est pas immédiatement connu
- pour les conventions internationales

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Dans cette zone, il faut toujours mentionner le numéro d'identification du bénéficiaire (= patient).

Si ET 20 Z 32 = 1, le numéro d'inscription à la sécurité sociale doit être mentionné dans cette zone.

Si ET 20 Z 32 = 0, le numéro d'affiliation du bénéficiaire à l'OA doit être mentionné dans cette zone.

Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est composé de 11 chiffres et doit être précédé de 2 zéros.

Ce numéro doit être aligné à droite.

Il n'y a pas de caractère spécial ou de blanc.

Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est mentionné sur la carte S.I.S.

RUBRIQUE : CAUSES DU TRAITEMENT

LIBELLE :

Cette zone permet de donner une première orientation comptable.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 4 N - 81

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0050	Traitement chimiothérapeutique ambulatant
0060	Maladies professionnelles
0070	Accidents de travail
0080	Accidents - droits communs (responsabilité de tiers)
0090	Autres accidents
(☞ 11) 0000	Autres ou non communiquées

Note : Les établissements hospitaliers disposent d'une ventilation plus large en matière d'accidents.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

(☞21)	OA100	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 • Certaines conventions de rééducation : 100 • Hôpitaux 710/720 (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation)
	OA200	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA300	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines conventions de rééducation : 300
	OA400	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA500	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900	= mutualité d'affiliation (Z7)

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

	Pseudo-numéro de code de la nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(€ 10) <u>Conventions de rééducation : forfaits de rattrapage</u>		
Etablissement de rééducation professionnelle (7.70)	0784114	0784125
Etablissement de rééducation motrice (7.71)	0784136	0784140
Etablissements de rééducation psycho-sociale pour adultes (7.72)	0783893	0783904
Etablissements de rééducation pour toxicomanes (7.73)	0783915	0783926
Etablissements de rééducation pour enfants et adolescents présentant des troubles mentaux graves (7.74)	0784151	0784162
Programmes de rééducation fonctionnelle pour les troubles précoces de l'interaction parents-enfants (7.745)	0784173	0784184
Etablissements de rééducation pour enfants présentant une pathologie médico-psycho-sociale grave (7.75)	0784195(*)	0784206(*)
Etablissements de rééducation pour enfants atteints d'affections respiratoires (7.765)	-	0777280
Centres de rééducation pédiatrique (7.766)	0777335	0777346
Etablissements de rééducation pour malentendants (7.79)	0784210	0784221
Etablissements de rééducation pour paralysés cérébraux (7.84)	0784232	0784243
Neuropsychiatrie infantile (7.845)	0784254	0784265
Centres de référence pour SFC (7.894)	0784276	0784280
Etablissements de rééducation psychique pour enfants (9.65)	0783871 (**)	0783882 (**)
Etablissements de réadaptation de l'ouïe et de la parole (9.53)	0783930 (**)	0783941 (**)
Équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs	0784092	-
Centres de référence pour patients atteints de mucoviscidose (789.1)	0784033	0784044
Centres de réf. pour patients atteints de maladies neuromusculaires (789.2)	0784055	0784066
Conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale spécialisées	0784011	0784022
Centres de référence Spina Bifida	0784070	0784081
Centres de références pour les troubles du spectre autistique	0785514	-
(€ 11) Institution « Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle » à Fraiture	0785536	0785540
(€ 21) Convention-C.R.A.	0784490	0784501
18) <i>Conventions Comité de l'Assurance</i>		
Sclérose en plaques (SEP)	0764551	0764562
Sclérose latérale amyotrophique (SLA)	0764573	0764584
Huntington	0764595	0764606

(€ 12) (*) Supprimé pour les prestations à partir du 15/6/2009

(€ 21) (**) Supprimé pour les prestations à partir du 1/1/2010

RUBRIQUE : DATE PREMIER JOUR (POUVANT ETRE) FACTURE

LIBELLE :

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

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

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

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

(☞ 21) Montant par admission (0768003, 0793203): date d'admission ou date de l'admission dans le 1^{er} service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : date valide

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

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

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

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

RUBRIQUE : CODE SERVICE**LIBELLE :**

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

- * Il s'agit du code service où séjourne le patient à la date mentionnée dans la zone 5 ou le pseudo-code service en cas d'utilisation de la salle de plâtre, de mini- ou maxiforfait, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulante), journée forfaitaire psychiatrie, revalidation (interne ou externe),
- (☞ 4,5) forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou autres prestations ambulatoires.
- * Dans le cas de journées d'entretien forfaitaires et d'une hospitalisation chirurgicale de jour pour des patients séjournant dans un autre établissement (code hospitalisé), le service de séjour doit être mentionné.
- * S'il s'agit de prestations ambulatoires (autres que celles citées ci-dessus), alors le pseudo-code service 990 doit être mentionné.
- * Pour les patients qui séjournent en MRS, MRPA, MSP ou IHP, le pseudo-code service 990 doit également être mentionné.

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

Voir enregistrement de type 50 zone 13.

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

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

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

- (☞ 21) Montant par admission (0768003, 0793203): service d'admission ou 1er service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.
- Frais de déplacement prématurés : code service 270.
- Journée d'entretien en service N* (n): code service 190.
- Unité de traitement de grands brûlés : code service 290.
- Dialyse rénale à domicile ou dans un centre (0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596) : code service 750 ou 990 selon le type de facture mentionné dans l'E.T. 20 Z 10.
- Journées d'entretien forfaitaires dans le service A (0761073) et forfaits de postcure de rééducation (0762134, 0762156, 0762171) : code service 760.
- Hôpital chirurgical de jour avec codes ambulants : code service 320.
- (☞ 21) Journée d'entretien camp de vacances collectif (793321, 793343 et 793365) : code service du service où le patient séjournait avant son départ en camp de vacances collectif.

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

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

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 2

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

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 3

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

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 4

Admission dans un service D (220) le 22/9 à 16h ; transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 220

Facturation du montant par jour (0768025) (1^{er} jour facturable = 23/9)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 5

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 16h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h

Facturation du montant par admission (0768003):

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025) (1^{er} jour facturable = 23/9)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Exemple 6

Admission dans un service SP (610) le 22/9 à 8h, transfert vers un service C (210) le 23/9 à 9h

Facturation du montant par jour (0768106):

Z 5 (date) = 22/9

Z 13 (code service) = 610

Facturation du montant par admission(0768003):

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

Facturation du montant par jour (0768025)

Z 5 (date) = 23/9

Z 13 (code service) = 210

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 14.

En cas de journée forfaitaire pour dialyse rénale (tant pour les codes ambulatoires qu'hospitalisés), d'hémodialyse à domicile, de dialyse péritonéale à domicile ou de dialyse dans un centre collectif, le numéro d'identification du centre de dialyse doit être mentionné dans cette zone.

- (☞ 6) - s'il s'agit d'une journée forfaitaire pour dialyse rénale = numéro de l'hôpital + 561 ou 562;
- s'il s'agit d'un forfait pour hémodialyse à domicile = numéro de l'hôpital + 563 ;
- s'il s'agit d'un forfait pour dialyse péritonéale à domicile = numéro de l'hôpital + 564 ;
- s'il s'agit d'un forfait pour autodialyse collective = numéro de l'hôpital + 565 jusque 569 y compris.
Le numéro du centre de dialyse sera mentionné prioritairement aux autres numéros d'identification.

En cas de journées d'entretien forfaitaires dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour, le numéro d'identification de l'hôpital de prestation doit être mentionné dans cette zone, à l'exception d'une journée d'entretien forfaitaire pour dialyse rénale pour laquelle le numéro du centre de dialyse doit être mentionné.

En cas de prestation de rééducation (type de facture 5 ou 6) facturée par l'hôpital qui a conclu la convention, le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Si la facture a été établie sous le numéro d'identification de la convention, le numéro de la convention est alors mentionné dans cette zone.

Pour les factures établies par les MRS, MRPA, MSP et IHP, le numéro d'identification de ces institutions est alors repris dans cette zone.

Pour les factures établies par un hôpital pour les patients qui résident en MRS, MRPA, MSP ou IHP, le numéro de l'hôpital doit être indiqué dans cette zone.

RUBRIQUE : NORME PRESTATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞21)	0	Dans tous les autres cas qui ne sont pas repris dans la valeur 1, 2 ou 9.
	1	En cas de facturation de médicaments de catégorie B, Bg ou Br, délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation (ET 40 Z 4 = 0750746, 0750864, 0753745, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046), pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service (ticket modérateur théorique = 0)
(☞21)	2	En cas de facturation de médicaments de la catégorie B, Bg ou Br, délivrés aux bénéficiaires hospitalisés en dehors du champ d'application de la forfaitarisation (ET 40 Z 4 = 0750746 0750864, 0753745, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046), pour lesquels le ticket modérateur théorique a déjà été partiellement décompté précédemment pour le même patient et au sein du même service et donc, est plus grand que zéro mais plus petit que le montant attendu.
	9	En cas de facturation de la spécialité Inomax, les unités supérieures à 96 (heures) sont mentionnées dans un enregistrement séparé avec la norme 9. Les zone 19, zone 27, zone 30-31 et Z 39 sont égales à zéro.

(☞21) Voir exemples détaillés dans l'annexe 14.

RUBRIQUE : PSEUDO-CODE CATEGORIE MEDICAMENT

LIBELLE :

Ce code donne la catégorie de remboursement du produit pharmaceutique ou la nature du forfait concerné.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- les différents enregistrements de type 40 avec un même code dans la zone 4 doivent être groupés;
- les différents codes qui peuvent être enregistrés dans la zone 4 de l'enregistrement de type 40 sont énumérés aux suites 1, 2 et 3;
- si un médicament peut contenir plusieurs catégories de remboursement alors la catégorie retenue pour la tarification, doit être mentionnée dans cette zone.

Par exemple :

- ° si les liquides à perfusion et les solutions pour irrigation vésicale sont administrés à des patients hospitalisés, alors la catégorie A doit être mentionnée;
- (☞ 6)° s'il s'agit de médicaments délivrés à des indépendants ambulants qui ne disposent pas d'une assurance libre, alors la catégorie D doit être mentionnée (délivrances avant le 1/1/2008).
- (☞ 8)° dans le cas des liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 dans le cadre de la nutrition parentérale (remboursés à 100 % de la base de remboursement), la catégorie A doit être utilisée pour la facturation.

RUBRIQUE : DATE PREMIER JOUR FACTURE

LIBELLE :

- (☞1) - *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000):*
date d'admission.
Il s'agit de la date d'admission à l'hôpital.
Le forfait médicaments (0756000) ne peut être porté en compte qu'une fois par séjour, à savoir lors de la date d'admission à l'hôpital.
- *pour les autres produits* : la date de début de la période de délivrance ou date de délivrance.
- (☞21)- *en cas de changement de service au cours de la période de délivrance* : il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu avant 12h ou la date suivant la date de changement de service si le transfert a lieu à partir de 12h (ce qui signifie que la facturation doit être scindée en différents enregistrements).
- (☞9) En cas de 0757293 ou de 0757315, cette zone est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2 de l'A.R. du 06/10/2008).
En cas de 0757330, cette zone est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2 de l'A.R. du 06/10/2008).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 17

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : DATE DERNIER JOUR FACTURE

LIBELLE :

- (☞1)- *en cas de forfait par admission pour les médicaments forfaitarisés (pseudo-code 0756000):*
date d'admission;
- *pour les autres produits* : date de fin de la période de délivrance ou date de délivrance.
- (☞21)- *en cas de changement de service au cours de la période de délivrance* : il y a lieu de mentionner dans cette zone la date de changement si le transfert a lieu à partir 12h ou la date précédant la date de changement de service si le transfert a lieu avant 12h (ce qui signifie que la facturation doit être scindée en différents enregistrements).
- (☞9) En cas de 0757293 ou de 0757315, cette zone est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire (voir annexe A2 de l'A.R. du 06/10/2008).
En cas de 0757330, cette zone est égale à la date de l'induction de l'ovulation (voir annexe B2 de l'A.R. du 06/10/2008).

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

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Remarque : Une date de fin doit toujours être mentionnée, même lorsque celle-ci est identique à la date de début.

RUBRIQUE : SIGNE + INTERVENTION PERSONNELLE PATIENT THEORIQUE

LIBELLE :

Cette zone doit être utilisée pour les patients hospitalisés, 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.

Comme, dans ces cas, l'intervention personnelle est un montant forfaitaire, il s'agit ici d'un montant théorique qui n'est pas facturé au patient.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 9 N - 195

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.

Médicaments remboursables

(☞21) a) Délivrance à des patients hospitalisés

(☞ 1) Pour les médicaments hors forfaitarisation, ce montant constitue la différence entre la "base de remboursement" (dont question à l'art. 95, § 1 de l'A.R. du 21 décembre 2001) et le montant remboursé par l'assurance-maladie (ET 40 Z 19).

(☞21) S'il s'agit de spécialités de référence, la différence entre le prix et la base de remboursement ne peut pas être reprise dans cette zone.

Pour les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation, cette zone est égale à zéro.

(☞21) b) Délivrance (ambulatoire) aux patients qui séjournent dans une MSP

Le ticket modérateur théorique est égal à la différence entre le « prix » (tarif *) et le montant qui est remboursé par l'assurance maladie (ET 40 Z 19).

S'il s'agit de spécialités de référence, la différence entre le prix et la base de remboursement doit aussi être reprise dans cette zone.

Médicaments non remboursables

(☞ 4) Dans un hôpital psychiatrique ou une maison de soins psychiatrique, le ticket modérateur forfaitaire couvre également les médicaments non remboursables. Le prix total de ces produits doit être mentionné comme intervention personnelle théorique.

RUBRIQUE : NUMERO DU PRODUIT

LIBELLE :

Dans ces zones, il y a lieu d'indiquer le code individuel du produit pharmaceutique.

- (☞9) Cette zone doit toujours être complétée; excepté lorsqu'il s'agit de préparations magistrales délivrées aux patients ambulants, de forfaits de prophylaxie *, du forfait par admission pour les médicaments (0756000) et les interventions forfaitaires 0757293, 0757315 et 0757330. Dans ces cas, la zone doit être mise à zéro.
-

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N - 205

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**1. Médicaments remboursables des catégories A, B, C, Cs et Cx.**

Voir l'annexe à l'A.R. du 21 décembre 2001, fixant les conditions d'intervention de l'assurance maladie-invalidité obligatoire dans les frais des prestations pharmaceutiques.

Les mêmes codes sont utilisés pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés (unités précédées d'un double astérisque (**)), et pour les médicaments délivrés aux patients ambulants, aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. et I.H.P. et aux patients pour lesquels un forfait pour journée d'entretien peut être porté en compte (unités précédées d'un astérisque(*)).

2. Médicaments non remboursables et autres délivrances non remboursables.

Voir codification de l'A.P.B.. Cependant, lorsque le code INAMI existe, celui-ci doit alors être mentionné.

Les médicaments non remboursables qui proviennent de l'étranger et pour lesquels il n'existe pas de code dans la publication de l'A.P.B. sont repris individuellement sous le pseudo-code nomenclature 07799984.

Les médicaments non remboursables qui proviennent du pays et pour lesquels il n'existe pas de code A.P.B. doivent être mentionnés sous le pseudo-code nomenclature 07799992.

Les délivrances non remboursables, autres que des médicaments - spécialités, pour lesquelles il n'existe aucun code A.P.B., doivent être mentionnées sous le pseudo-code 07799976.

Pour la médication chimiothérapeutique qui tombe sous le ATC-code L01, pour laquelle un maxi-forfait peut être facturé et pour laquelle aucun code CNK n'existe, le pseudo-code CNK 07799984 ou 07799992 doit être mentionné selon qu'il s'agit d'un produit belge ou étranger.

Lors de l'utilisation des pseudo-codes 07799984, 07799992 et 07799976, le libellé du produit concerné doit être mentionné dans les zones 42 à 45.

Remarque : L'utilisation des pseudo-codes 07799984, 07799992 et 07799976 doit être limitée à 1 % maximum du chiffre d'affaires annuel.

- (☞ 1) * supprimés pour les séjours à partir du 1/7/2006

(☞ 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.

(☞ 19) Au cas où la somme des prix des éléments utilisés est supérieure au prix plafond, l'ensemble du matériel doit être attesté sous le pseudo-code 0960536-0960540.

(☞ 21)

- Pour les prestations 715116-715120 et 715131-715142 (neurostimulateurs rechargeables), la facturation se fait comme suit:
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (= enregistrement(s) statistique(s)) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés) (maximum 2) 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;
 - * l'enregistrement suivant (= enregistrement de facturation) est indiqué par la norme 0; la zone 19 contient le montant de l'intervention (= somme des interventions des éléments utilisés); la zone 22 est égale à "+0001"; les zones 27, 30-31 et 43 sont égales à zéro;
 - * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25 et 27 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant est facturé.
 - * la marge de délivrance est facturée sous le pseudo-code 0685812-0685823 (le montant est toujours égal au montant plafond 148,74 EUR)

- (☞ 19,21) - Pour les implants avec obligation de notification, sans liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, la facturation s'effectue comme suit :
- * le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre d'éléments utilisés notifiés + 1;
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés notifiés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro; la zone 55-56 reprend le code de notification de l'élément utilisé;
 - * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, les zones 27, 30-31 et 55-56 sont toujours égales à zéro;
 - * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant est facturé;

Les prestations qui doivent être facturées de cette façon, sont indiquées avec la valeur « 1 » dans la feuille « Z55-56 » de la liste implants.

Un exemple concret est détaillé dans l'ET 50 Z 4 S 22bis et S 22ter.

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.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 1

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, 21) 3. Art. 20, §1, a) : intervention dans les frais relatifs au typage de donneurs potentiels à l'étranger en vue de trouver un donneur compatible, ainsi que dans les frais relatifs au prélèvement de ces cellules souches hématopoïétiques et à l'assurance du donneur	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
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	-
- Inscription à des cours et des examens	0771035	-
- Séjour	0771050	-
- Frais de déplacement	0771072	-
- Assurance	0771094	-
- Matériel et équipement	0771116	-
B) Fonds spécial de solidarité	0773194	0773205

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	-
(☞ 21) e) Prestations de rééducation fonctionnelle suite à l'entrée en vigueur des trajets de soins		
- Prestations de diététique et podologie		
diététique	0794010	-
podologie	0794032	-
- Prestation de rééducation		
éducation de départ	0794054	-
éducation de suivi	0794076	-
supplément d'éducation en cas de complications	0794091	-
- Matériel pour les patients qui ont conclu un contrat trajet de soins		
matériel consommable	0794113	-
matériel durable – première prescription	0794135	-
matériel durable – prescription de renouvellement	0794150	-
- Matériel dans le cadre du programme de contrôle restreint de la glycémie pour les patients qui n'ont pas conclu de contrat trajet de soins		
matériel consommable	0794194	-
matériel durable – première prescription	0794216	-
matériel durable – prescription de renouvellement	0794231	-
- Tensiomètre validé	0794172	-
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	-

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(€ 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
(€ 8) Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		
(€ 12) 5ter. Honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique		
- Honoraire de participation médecin généraliste	0783414	0783425
- Honoraire de participation médecin spécialiste	0783436	0783440
Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		
6. a) Bains désinfectants pour brûlures :		
- Global	-	0754526
- Brûlure isolée sur un des quatre membres	-	0754541
b) Nutrition parentérale au domicile du patient		
(€ 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		
(€ 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 antimétabolique	0755414	0755425
- pelade	0755436	0755440
(€ 9) - alopecie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire	0755451	0755462
(€ 9) - alopecie cicatricielle d'origine radiothérapeutique	0754154	0754165
(€ 13) f) Conventions art. 56		
- traitement des enfants avec aversion grave de l'alimentation orale	0751472	-
- formation et suivi alimentation parentérale à domicile		
- enfants de 0 à 17 ans inclus	0751435	-
- autres bénéficiaires	0751450	-
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 :		

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
(☞ 14) - Neurostimulateur rechargeable implanté	0698876	0698880
(☞ 14) - Neurostimulateur rechargeable implanté - Remplacement	0698891	0698902
• 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, catégorie1.

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.

- (☞ 9) L'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008) (forfaits médicaments PMA1, PMA2 et PMA3) n'a pas d'influence sur le compteur du nombre de cycles. Le compteur continue à marcher (n'est donc pas mis à zéro au 1/1/2009).
- (☞ 8) Montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'un SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente 0793553
- (☞ 20) Transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009)
- | | | |
|---|---------|---------|
| Forfait pour les 10 premiers km | 0784416 | 0784420 |
| Intervention à partir du 11 ^e jusqu'au 20 ^e km inclus | 0784431 | 0784442 |
| Intervention à partir du 21 ^e km | 0784453 | 0784464 |
| Intervention par paire d'électrodes | 0784475 | 0784486 |
- (☞ 9) Convention dialyse hépatique
Dialyse de détoxification: élimination des toxines hydrosolubles et des toxines liées à l'albumine 0761972 0761983
- (☞ 14) Assistance au sevrage tabagique (AR 31/8/2009, MB 15/9/2009)
- | | | |
|--------------------------|---------|---------|
| Première séance | 0740434 | 0740445 |
| Séances suivantes | 0740456 | 0740460 |
| Séances femmes enceintes | 0740471 | 0740482 |

(☞ 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

Implants

(☞ 18) 0960234	0960245	Implants non remboursables avec obligation de notification
(☞ 18) 0960536	0960540	Implants non remboursables sans obligation de notification

(☞ 8) Frais divers dans les hôpitaux ou MSP

0960492	0960503	Confort de chambre
0960190	0960201	Frais personne accompagnante
0960411	0960422	Nourriture et boissons
(☞ 8) 0960433	0960444	Produits d'hygiène sans code APB
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

(☞ 19) Suppléments MRPA-MRS-CSJ.

0960551	Frais d'hébergement: chambre d'une personne
0960573	Frais d'hébergement: chambre de deux personnes
0960595	Frais d'hébergement: chambre commune
0960610	Frais de séjour en CSJ
0960632	Frais d'hébergement: abonnement télévision
0960654	Frais d'hébergement: abonnement internet
0960676	Frais d'hébergement: dépenses téléphone
0960691	Suppléments liés aux soins: matériel de soins non compris dans le forfait
0960713	Suppléments liés aux soins: matériel d'incontinence
0960735	Suppléments liés aux soins: produits (para)pharmaceutiques
0960750	Suppléments liés aux soins: compléments nutritionnels
0960772	Suppléments liés aux soins: ristournes (<i>montant en négatif</i>)
0960794	Autres suppléments: buanderie
0960816	Autres suppléments: pédicure
0960831	Autres suppléments: manucure
0960853	Autres suppléments: boissons
0960875	Autres suppléments n'appartenant pas aux catégories précédentes
0960890	Transport lié aux soins: taxi
0960912	Transport lié aux soins: ambulance
0960934	Transport lié aux soins: transport domicile/CSJ
(☞ 21) 0960956	Frais médecin (<i>mention facultative</i>)
(☞ 21) 0960971	Frais kiné (<i>mention facultative</i>)
(☞ 21) 0960993	Frais labo (<i>mention facultative</i>)
(☞ 21) 0960094	Frais policlinique (<i>mention facultative</i>)

(☞) 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.

RUBRIQUE : NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE

LIBELLE :

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

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

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

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 52

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

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

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

RUBRIQUE : CODE SERVICE**LIBELLE :**

Il s'agit du code service du service dans lequel le patient séjourne à la date mentionnée dans la zone 5 ou du pseudo-code service en cas d'utilisation de salle de plâtre, mini-, ou maxiforfait, dialyse rénale dans un

(☞ 4) hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe

(☞ 5) 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 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.

* 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.

(☞ 8, 12)* Pour les prestations R30-R60, les défibrillateurs cardiaques implantables et l'honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique, le code service 770 doit toujours être utilisé.

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

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.
- (☞ 20) Si un dispensateur obtient une nouvelle qualification au cours d'un mois (ou d'un trimestre), les prestations effectuées avant la date d'obtention de cette nouvelle qualification doivent être facturées avec l'ancien numéro d'identification ; les prestations effectuées à partir de cette date doivent être facturées avec le nouveau numéro d'identification.

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.

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

(☞ 6,18) Numéro d'identification du médecin responsable de la banque de matériel corporel humain = coordinateur de la banque de matériel corporel humain.

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.

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.

(☞ 13) Alimentation parentérale (et interventions liées dans le cadre de l'art. 56)

(☞ 13) Lors de l'indication du code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751435, 0751450 ou 0751472 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.

(☞ 12) Honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de référence de la douleur chronique

Pour les prestations 0783414, 0783425, 0783436 et 0783440, le numéro du prestataire (médecin généraliste ou médecin spécialiste) doit toujours être rempli.

(☞ 21) Frais de déplacement rééducation fonctionnelle (0771072 et les prestations reprises dans le point D) de l'ET 50 Z 4 S 2: cette zone est égale à zéro.

(☞ 9,20) Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente et transport urgent de malades dans le cadre de l'AR du 26/4/2009 (MB 8/5/2009)

Pour le pseudo-code 0793553 ou les pseudo-codes 0784416 à 0784486 inclus, cette zone doit être mise à zéro.

(☞ 9) Dialyse de détoxification (0761972-0761983): numéro du prestataire.

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

Numéro d'identification du médecin responsable de l'établissement de transfusion sanguine.

(☞ 16) Remarque : Pour la Croix Rouge Flamande, il s'agit du médecin responsable « local ».

(☞ 14) Assistance au sevrage tabagique

Numéro d'identification du prestataire concerné.

Si la prestation a été exécutée par un tabacologue sans numéro INAMI, alors le pseudo-code d'identification 2.99999.22.999 doit être mentionné dans cette zone.

RUBRIQUE : MEMBRE TRAITE

LIBELLE :

- Dans cette zone, il est mentionné, au moyen d'un code, si le traitement a été effectué sur un membre gauche ou droit.
- Cette zone ne doit être provisoirement utilisée que pour :
 - (☞ 9) - les prestations d'ophtalmologie de l'art. 14, h), §1, I, 6° de la nomenclature et les prestations d'ophtalmologie pour le traitement laser (art. 14, h), § 1^{er}, II, 3° de la nomenclature des soins de santé);
 - les radiographies du système ostéo-articulaire (prestations de l'art. 17, § 1^{er}, 7° (codes 0455011 à 0455265 et 0455814 à 0455862) et de l'art. 17 ter, A, 7° (codes 0466012 à 0466266 et 0466292 à 0466340) de la nomenclature) à savoir, selon les règles de la nomenclature, les prestations pour lesquelles, il existe des règles de cumul, notamment par côté.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 177

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Gauche
2	Droit
0	Tous les autres cas

RUBRIQUE : PRESTATAIRE CONVENTIONNE

LIBELLE :

Dans cette zone, il est mentionné, au moyen d'un code, si le prestataire renseigné dans la zone 15 est ou non conventionné.

L'utilisation de cette zone est d'application pour tous les prestataires de soins.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 178

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Pas de convention
1	Prestataire conventionné
2	Prestataire partiellement conventionné
9	Prestataire non conventionné

- (☞ 21) Si un pseudo-numéro d'identification (02-99999-22-999 ou 01-00001-06-999) est mentionné dans la zone 15, cette zone est alors égale à zéro.