

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 22 juin 2010

Madame,
Monsieur,

Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie électronique – Edition 2006 – 18^{ème} mise à jour.

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2006/18 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 2006/18 – Publication 22-06-2010**



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 2006/18

Pages à remplacer :

- Pages 13, 14 ;
- Annexe 16.19 ;
- ET 20 Z 18 ;
- ET 30 Z 6a-6b ;
- ET 50 Z 4 S 5bis, S 9, S 12, S 14, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 20-21,
Z 24-25, Z 55-56.

1. Instructions dans le cadre du projet REFAC de l'ANMC, page 13, 14, ET 20 Z 18, ET 50 Z 4 S 5bis.

Dans le cadre de ce projet, les instructions concernant la mutualité de destination ont été adaptées. Cette adaptation est uniquement valable pour les hôpitaux (710xxxxx et 720xxxxx).

Remplissage des zones 7 et 18 des enregistrements de type 20 et 80

- zone 7 = numéro de la mutualité d'affiliation
- zone 18 = numéro du point unique de contact (PUC).

Deux possibilités pour le traitement des fichiers de facturation

Possibilité A

Les hôpitaux qui se basent sur l'ET20/80 Z18 (mutualité de destination = Point Unique de Contact) pour l'établissement des enregistrements 95 du message 920000 et donc, ne reprennent qu'1 seul enregistrement de type 95 dans le fichier de facturation (avec le numéro de PUC dans la zone 401), recevront en retour ce qui suit de l'ANMC :

- fichier de décompte (920900) avec 1 enregistrement de type 91, avec le numéro du PUC dans la zone 401
- 1 paiement centralisé

Possibilité B

Les hôpitaux qui se basent sur l'ET20/80 Z7 (mutualité d'affiliation) pour l'établissement des enregistrements 95 du message 920000 et donc, reprennent x enregistrements de type 95 dans leur fichier de facturation (avec x = nombre de mutualités d'affiliation différentes qui se retrouvent dans les enregistrements 20/80), recevront en retour ce qui suit de l'ANMC :

- Fichier de décompte (920900) avec x enregistrements de type 91, qui correspondent aux enregistrements 95 introduits
- 1 paiement centralisé

Ordre des factures dans le fichier de facturation

Selon les instructions (voir p. 13), les factures doivent être triées dans le fichier de facturation selon le « numéro de mutualité de destination » et ensuite selon le « numéro d'admission » (hospitalisé) ou selon le « numéro de facture individuelle » (ambulante).

L'ANMC sera, cependant, souple à ce sujet. Les hôpitaux qui le souhaitent, peuvent également trier selon le « numéro de mutualité d'affiliation ».

Date d'application : Date d'entrée de l'hôpital dans REFAC.

2. Matériel corporel humain, annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 12, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 20-21, Z 24-25.

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 02/06/2010, le terme « tissus humains » a été remplacé par « matériel corporel humain » .

Un tableau avec le lien entre les différents pseudo-codes de l'AR et le numéro d'agrément qui est nécessaire pour facturer ce matériel corporel humain, a également été ajouté dans l'ET 50 Z 14 S 2

Date d'application : Délivrances à partir du 1/12/2009.

3. Convention diabète date de fin, ET 30 Z 6a-6b.

Dans la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints du diabète sucré, un certain nombre de forfaits mensuels sont prévus, qui se rapportent à un mois de prestation effective (jour x d'un mois civil jusque et y compris le jour x - 1 du mois civil suivant)

Si la date de début est le premier ou le dernier ou l'avant-dernier jour du mois, alors certaines règles particulières doivent être prises en considération. Ces règles ont été reprises dans l'ET 30 Z 6a-6b.

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

4. Notification des implants – implants non remboursables, ET 50 Z 4 S 14, Z 55-56.

Un pseudo-code séparé a été créé pour les implants non remboursables sans obligation de notification (par ex : prothèses dentaires).

Pour le pseudo-code (existant) 960234-960245, un code de notification doit toujours être mentionné dans l'ET 50 Z 55-56.

Pour le (nouveau) pseudo-code 960536-960540, la zone 55-56 est égale à zéro.

Date d'application : Prestations à partir du 01/08/2010.

5. Sang, ET 50 Z 4 S 9, Z 5, Z 6a-6b.

Les instructions concernant la facturation du sang ont été complétées par la date de l'AR qui a récemment été publié (AR du 20/04/2010, MB 06/06/2010).

6. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
689091	689102	22-04-2010	18-05-2010	01-07-2010

7. Liste « prescripteur ».

Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
683432	683546	Pseudo-codes		01-01-2010
687050	687186	Pseudo-codes		01-01-2010

8. Liste implants

Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
682651	682662	Il s'agit de prestations qui ont été reprises dans la liste par erreur.		
685355	685366			
685613	685624			
685635	685646			
687772	687783			
687794	687805			
689032	689043	09-12-2009	08-01-2010	01-03-2010
697432	697465	26-01-2010	08-03-2010	01-05-2010

9. Liste « codes erreur ».

Notification des implants

Etant donné que le lien entre les (pseudo-)codes nomenclature et les codes de notification n'est pas disponible dans le fichier mis à disposition par l'INAMI, ce contrôle ne peut pas être effectué et le code erreur R 505540 (Code notification implant incompatible avec le (pseudo-) code nomenclature) est supprimé.

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

Pour l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, le traitement de la facturation relatives aux établissements psychiatriques

(☞ 3) (72XxxxCC000) et/ou certaines conventions de rééducation s'effectue au niveau de l'union nationale; la facture papier doit donc être envoyée à l'union nationale.

(☞) Pour l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, la notion "facturations concernant les établissements psychiatriques" signifie : facturations introduites par un établissement psychiatrique ;

(☞ 3) Pour les Mutualités Socialistes, cette notion signifie : facturations de prestations effectuées dans le cadre de certaines conventions de rééducation.

Pour tous les autres organismes assureurs, le traitement des facturations concernant tous les établissements psychiatriques et la tuberculose se fait au niveau de la mutualité.

Pour tous les cas où les factures (papier) sont envoyées à l'union nationale, le numéro de la mutualité de destination est interprété comme 100 (A.N.M.C.) ou 300 (U.N.M.S.).

(☞ 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.

Comme numéro de mutualité, on indique le numéro de la mutualité à laquelle le bénéficiaire est affilié.

(☞ 4)			
(☞ 18)	<u>Agrément banque de matériel corporel humain :</u>		
(☞ 14,18)	- pseudo-numéro d'agrément pour le matériel corporel humain étranger issu de l'UE		: 200
	- agrément valves cardiaques		: 210
(☞ 14)	- agrément tissus ophtalmiques		: 211
	- agrément épiderme		: 212
	- agrément système locomoteur		: 213
(☞ 14)	- agrément tissus tympano-ossiculaires		: 215
(☞ 14)	- agrément vaisseaux sanguins		: 216
(☞ 14)	- agrément autre matériel corporel humain destiné à des thérapies cellulaires		: 218
	- agrément kératinocytes		: 219
	- agrément membrane amniotique		: 220
(☞ 14)	- agrément cellules souches hématopoïétiques		: 221
(☞ 4, 14)	- agrément cellules souches provenant de sang ombilical		: 222
(☞ 14)	- agrément matériel corporel humain fœtal et/ou de l'appareil reproducteur		: 223
(☞ 6)	<u>Agrément centres de dialyse :</u>		
	- centre d'hémodialyse chronique		: 561
	- centre d'hémodialyse chronique pédiatrique		: 562
	- centre de dialyse à domicile		: 563
	- centre de dialyse péritonéale ambulatoire		: 564
	- centre d'autodialyse collective		: 565 à 569

(☞ 4) 2. MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ

Dans ces cas, le code de compétence = 000.

(☞ 4) 3. MRPA, MRS

- 1^{ère} position (MRPA – court séjour – institution non agréée, enregistrée)
 - Si pas MRPA, pas court séjour et non enregistrée : 0
 - Si MRPA sans court séjour : 1
 - Si MRPA avec court séjour : 2
 - Si pas MRPA, mais bien enregistrée : 5
- 2^{ème} position (MRS – MRScoma)
 - Si pas MRS : 0
 - Si MRS : 1
 - Si MRS avec lits coma : 2
- 3^{ème} position 0

4. Laboratoires

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

Ces groupes sont décrits ci-après.

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

	4	Chimie : Monitoring thérapeutique
	5	Microbiologie et microscopie
	5*	Exclusivement examen microscopique
	6	Sérologie infectieuse
	7	Hématologie
	8	Coagulation - Hémostase
	9	Immuno-hématologie et sérologie non infectieuse
	10	Médecine nucléaire in vitro
(☞ 7)	11a	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588431-588442
(☞ 7)	11b	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588453-588464
(☞ 7)	11c	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588475-588486
(☞ 7)	11d	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588490-588501
(☞ 7)	11e	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588512-588523
(☞ 7)	11f	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588534-588545
(☞ 7)	11g	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588556-588560
(☞ 7)	11h	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588571-588582
(☞ 7)	11i	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588593-588604
(☞ 7)	11j	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588770-588781
(☞ 7)	11k	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588792-588803
(☞ 7)	11l	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588851-588862
(☞ 7)	11m	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588814-588825
(☞ 7)	11n	Biologie moléculaire applications de l'article 33bis : 588836-588840
(☞ 8)	12a	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556710-556721
(☞ 8)	12b	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556732-556743
(☞ 8)	12c	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556754-556765
(☞ 8)	12d	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556776-556780
(☞ 8)	12e	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556791-556802
(☞ 8)	12f	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556813-556824
(☞ 8)	12g	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556835-556846
(☞ 8)	12h	Biologie moléculaire applications de l'article 24bis : 556850-556861
(☞ 13)	13	Article 32: HPV: 588932-588943 / 588954-588965

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 ambulat
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 :

C'est le numéro de la mutualité à laquelle la facture est adressée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

S'il s'agit des factures adressées à l'union nationale (établissements psychiatriques et/ou certaines conventions de rééducation).

- (☞ 3) - pour l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (établissements psychiatriques et certaines conventions de rééducation) : le numéro de l'union 100
- (☞ 18) A partir de l'entrée dans le projet REFAC : numéro du point unique de contact (voir p. 14)
- (☞ 3) - pour l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (certaines conventions de rééducation): le numéro de l'union 300
- pour les autres organismes assureurs : le numéro de la mutualité.

Pour les maisons médicales, cette zone doit être égale au numéro de la mutualité d'affiliation.

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

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

(☞ 8) (dernier jour de la période en cas de forfait lié à une période déterminée).

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

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

La date de sortie doit être communiquée s'il y a une interruption effective du séjour.

En cas de prolongement de l'accord, aucune date de sortie ne doit être mentionnée.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

Contrôle : date valide

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

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

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

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

(☞ 12) - les centres de référence en néphrologie pédiatrique (7.89.7xx.xx)

(☞ 12) - autogestion de patients atteints du diabète sucré : pseudo-codes 786015, 786030, 786052 et 786100

(☞ 18) Règles particulières concernant les forfaits mensuels dans le cadre de la convention diabète

La date de fin est toujours égale au « jour x-1 du mois suivant », sauf :

- si la date de début = 30/1/yyyy, alors la date de fin est 28/2/yyyy (dans une année bissextile 29/2/yyyy)
- si la date de début = 31/1/yyyy, alors la date de fin est 28/2/yyyy (dans une année bissextile 29/2/yyyy)
- si la date de début = 1/mm/yyyy, alors la date de fin est le dernier jour du mois

Exemple de facturation d'un séjour hospitalier normal.

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

Séjour dans le service 210 = chambre à 2 lits

Séjour dans le service 490 = chambre commune

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

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
• Endoprothèses (*):		
- Endoprothèse de la bifurcation avec segment contralatéral	0687050	0687061
- Endoprothèse de la bifurcation avec segment contralatéral et extensions iliaques et/ou aortiques	0687072	0687083
- Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec bouchon d'occlusion	0687094	0687105
- Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec bouchon d'occlusion et extensions iliaques et/ou aortiques	0687116	0687120
- Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'artère iliaque pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique	0687131	0687142
- Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'aorte abdominale pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique	0687153	0687164
- Prothèse aortique abdominale droite	0687175	0687186
- Une prothèse aortique thoracique droite	0683432	0683443
- Prothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus et prothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm	0683454	0683465
- Une prothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm	0683476	0683480
- Deux prothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm	0683491	0683502
- Trois prothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm	0683513	0683524
- Deux prothèses aortiques thoraciques droites : 15 cm ou plus	0683535	0683546
(☞) • Implant cochléaire controlatéral, y compris le microphone externe, le processeur vocal et le système de transmission du son	0685333	0685344
(☞) • Drug eluting stent coronaire	0686453	0686464
(☞ 7) • Moniteur cardiaque implantable et accessoires	0693910	0693921
(☞ 7) b) Article 35bis, catégorie 3 :		
Ensemble du matériel de consommation, y compris l'utilisation de l'appareil, pour la réalisation d'une session de dialyse de détoxification en cas de pathologie	0740272	0740283
(☞ 12) Ensemble du matériel de consommation pour l'exécution de la prostatectomie totale, y compris l'exérèse du bloc vésiculaire avec suture uréthro-vésicale par chirurgie robotisée endoscopique	0777114	0777125

(☞ 13) (*) Ces pseudo-codes sont supprimés à partir du 1/1/2010 et ont été remplacés par des codes nomenclature dans l'art. 35, §1, H, catégorie 2.

Pseudo-code nomenclature
Ambulant Hospitalisé

Libellé

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
c) Marge de délivrance des implants. Cette marge doit être facturée au même moment que les prestations correspondant à l'article 28, § 1er, à l'article 35 ou à l'article 35bis, § 1er ou les		
(☞ 5) prestations relatives aux défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes telles que mentionnées au point d) ci-dessous		
- pour les prestations de l'art. 28, § 1er,	0618715	0618726
- pour les prestations des catégories 1, 2 et 5 de l'art. 35, et		
pour les défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes	0685812	0685823
- pour les prestations des catégories 3 et 4 de l'art. 35	0685834	0685845
(☞ 7) - pour les prestations de l'article 35bis, catégories 1, 2 et 3	0685856	0685860
(☞ 11) - pour les prothèses de la parole (voir article 3, 3° de la Convention avec les fournisseurs d'implants).	0785352 (*)	0785363 (*)
(☞ 12) - défibrillateurs cardiaques implantables – compensation durée de vie	0699915	0699926
Le montant de la marge de délivrance est plafonné.		
(☞ 1) Dans le cas où le plafond est d'application sur la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de nomenclature, il faut alors indiquer au moyen de la norme 8 ou 7 dans la zone 46 de l'E.T. 50, si le montant mentionné dans la zone 27 est le résultat du calcul exact sur le prix d'achat (zone 19 + zone 27 de l'E.T. 50 correspondant); ou la différence entre la valeur plafond et la somme des marges de délivrance mentionnées dans les E.T. 50 précédents indiqués avec la norme 8.		
(☞ 1) L'enregistrement dans lequel le plafond est atteint et dans lequel le montant de la zone 27 est par conséquent plus petit que la marge de délivrance normale, est indiqué par la norme 7.		
(☞ 12) Si le plafond est atteint et qu'aucune marge de délivrance ne peut être facturée, alors un enregistrement "marge de délivrance" est établi avec le montant dans la zone 27 égal à zéro et avec la norme 7.		
d) Renouvellement prématuré du stimulateur cardiaque	0684655	0684666
(☞ 11) e) Défibrillateur cardiaque implantable	0691633	0691644
Défibrillateur cardiaque implantable de remplacement	0691655	0691666
Electrode 1 coil, shock only (SVC)	0691692	0691703
Electrode 1 coil et sense/pace	0691714	0691725
Electrode 2 coils et sense/pace	0691736	0691740
Patch subcutané	0691751	0691762
Electrode subcutanée	0691773	0691784
Electrode de stimulateur, endocardiale unipolaire ou bipolaire ou myocardiale	0691795	0691806
Electrode de stimulateur cardiaque single-pass (VDD)	0691810	0691821
Electrodes de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie percutanée	0691832	0691843
Electrode de resynchronisation du ventricule gauche placée par voie épicardique	0691854	0691865
Supplément pour l'upgrading d'un défibrillateur cardiaque de resynchronisation	0691670	0691681
(☞ 12) Défibrillateur cardiaque implantable – compensation durée de vie	0699930	0699941
(☞ 7, 8) Ces prestations se réfèrent à une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z10) et le code service 770 (ET 50 Z 13). L'ANMC et l'UNMS traitent cette convention de rééducation fonctionnelle au niveau national. Les documents de facturation papier doivent donc être envoyés aux Unions Nationales (voir p.14 et ET 20 Z 18).		
(☞ 18) Pour l'ANMC, dans le cadre de REFAC, les documents doivent être transmis au point unique de contact.		
(☞ 7) f) Marge de sécurité des implants (**)	0618730	0618741
Pour les prestations à partir du 1/7/2008, le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité doit être facturé via un enregistrement distinct (analogue à la marge de délivrance). Le montant est repris dans la zone 27. Le (pseudo-)code nomenclature de l'implant est communiqué comme prestation relative.		
Si aucune marge de sécurité n'est facturée, aucun enregistrement « marge de sécurité » n'est établi.		
9. Les honoraires forfaitaires pour soins infirmiers voir E.T. 50 Z 3 en regard de la norme "9".		
(☞ 11) (*) La marge de délivrance est à charge de l'assurance maladie obligatoire. Le montant doit donc être mentionné dans <u>la zone 19</u> .		
(☞ 7) (**) supplément mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité, tel que défini à l'article 35, §4 et l'article 35bis, §4 de la nomenclature		

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
(☞ 12) <u>Intervention de l'assurance dans le coût du sang humain total et de certains produits sanguins labiles</u>		
(☞ 18) (A.R. du 20/04/2010) Dans le cas d'une administration dans un établissement hospitalier, la facturation est effectuée par cet établissement.		
<u>Sang humain total</u>		
par unité de sang humain total	0752113	0752124
<u>Concentré érythrocytaire autologue</u>		
par unité administrée de concentré érythrocytaire autologue	0752533(*)	0752544(*)
<u>Concentré érythrocytaire déleucocyté</u>		
a) unité "adulte", par unité "adulte" de concentré érythrocytaire déleucocyté, filtre inclus	0752452	0752463
b) unité "nourrisson", par unité "nourrisson" de concentré érythrocytaire déleucocyté, filtre inclus	0752474	0752485
(☞ 12) c) unité "autologue", par unité "autologue" de concentré érythrocytaire déleucocyté, filtre inclus	0752555	0752566
(☞ 12) <u>Concentré érythrocytaire déleucocyté irradié</u>		
a) unité "adulte", par unité "adulte" de concentré érythrocytaire déleucocyté irradié, filtre inclus	0752570	0752581
b) unité "nourrisson", par unité "nourrisson" de concentré érythrocytaire déleucocyté irradié, filtre inclus	0752592	0752603
<u>Concentré plaquettaire déleucocyté</u>		
a) par multiple entier de l'unité contenant au minimum $0,5 \cdot 10^{11}$ plaquettes et dont le nombre de leucocytes ne dépasse pas $1 \cdot 10^6$ dans le produit fini, filtre inclus	0752496	0752500
(☞ 12) b) par unité de minimum 4×10^{11} plaquettes, filtre inclus	0752614	0752625
(☞ 12) <u>Concentré plaquettaire déleucocyté irradié</u>		
a) par unité de $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752636	0752640
b) par unité de minimum 4×10^{11} plaquettes, filtre inclus	0752651	0752662
(☞ 12) <u>Concentré plaquettaire déleucocyté pathogènes-réduits</u>		
a) par unité de $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes, filtre inclus	0752673	0752684
b) par unité de minimum 4×10^{11} plaquettes, filtre inclus	0752695	0752706
<u>Concentré unitaire de plaquettes déleucocyté</u>		
par concentré contenant au minimum $4 \cdot 10^{11}$ plaquettes avant déleucocytation et au maximum $1 \cdot 10^6$ leucocytes après déleucocytation, filtre inclus	0752511(*)	0752522(*)
<u>Concentré leucocytaire</u>		
par unité de concentré leucocytaire	0752393	0752404
<u>Plasma humain frais congelé destiné à être utilisé pour les transfusions autologues programmées</u>		
par unité de plasma humain frais congelé	0752415	0752426
<u>Plasma humain frais congelé viro-inactivé</u>		
par unité de plasma humain frais congelé viro-inactivé	0752430	0752441
Lait maternel (en ml.)	0695052	0695063

(*) jusqu'au 23/07/2009

Codification des isotopes radio-actifs médicaux employés à titre thérapeutique.

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
A. <u>Sources scellées :</u>		
Phosphore 32 (P 32)	0698014	0698025
Grains d'or (Au 198)	0698036	0698040
Grains d'iridium 192 (Ir 192)	0698051	0698062
Grains de tantale 182 (Ta 182)	0698073	0698084
Grains, sphères et aiguilles d'yttrium 90 (Y 90)	0698095	0698106
Fils de tantale 182, d'iridium 192 et or 198	0698110	0698121
B. <u>Radio-éléments et molécules marquées :</u>		
Solution Iodure de Na I 125	0698132	0698143
Solution Iodure de Na I 131	0698154	0698165
Capsules Iodure de Na I 131	0698176	0698180
Soluté or colloïdal Au 198	0698191	0698202
Soluté or colloïdal Au 198 à petites particules	0698213	0698224
Soluté acide phosphorique P 32	0698235	0698246
Soluté phosphate de Na P 32	0698250	0698261
Suspension phosphate de chrome P 32	0698272	0698283
Complexe colloïdal phosphate de chrome P 32 à petites micelles	0698294	0698305
Complexe colloïdal phosphate de chrome P 32 à grosses micelles	0698316	0698320
Complexe colloïdal P 32 + Cr 51	0698331	0698342
Lipiodol F. marqué à l'I 131	0698353	0698364
Lipiodol U.F. marqué à l'I 131	0698375	0698386
Yttrium 90 en suspension	0698390	0698401
Phosphate de zirconium P 32 en suspension	0698412	0698423
Sérum albumine I 131	0698434	0698445
Strontium 85 ou 85 + 89, en solution ou poudre	0698456	0698460
Samarium 153	0698471	0698482
Palladium 103	0698493	0698504
Iodium 125	0698515	0698526
(☞ 3) Solution de chlorure d'Yttrium 90	0698530	0698541

Codification des radio-isotopes, administrés en vue de poser un diagnostic.

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
- NaI 131 et NaI 125	0699016	0699020
- Molécules inorganiques prêtes à l'emploi	0699031	0699042
- Eluats organiques ou inorganiques à courte vie de générateur utilisés comme tels	0699053	0699064
- Eléments sanguins figurés ou protéines plasmatiques du patient, marqués de façon extracorporelle par molécule inorganique	0699075	0699086
- Molécules organiques prêtes à l'emploi	0699090	0699101
- Molécules organiques ou inorganiques marquées par isotope à courte vie produits par générateur	0699112	0699123
- I 123 utilisé dans des cas où une exploration de la thyroïde n'a, au cours d'une séance précédente, pas fourni de renseignements suffisants et qu'un examen complémentaire à l'I 123 est dès lors nécessaire	0699134	0699145
- I 123 utilisé pour l'exploration de l'atrésie des voies biliaires en pédiatrie	0699156	0699160
- I 123 utilisé pour l'exploration du transplant rénal	0699171	0699182
- In 111, Ga 67 et Tl 201	0699193	0699204
- Radio-isotopes de poids atomique bas	0699215	0699226
- I 123 utilisé pour l'exploration de patients présentant un syndrome parkinsonien cliniquement douteux	0699230	0699241

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 4 SUITE 12

(6,9,18) Intervention de l'assurance dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).

La facturation est effectuée par l'hôpital où le matériel est utilisé comme greffe (c-à-d où le matériel est implanté), sous les pseudo-codes nomenclature publiés dans l'A.R. du 02/06/2010.

Honoraires forfaitaires d'imagerie médicale par admission : 0460784 (M.B. 27/05/99).

A.R. du 22 octobre 1992

Pour une série de prestations de l'article 17 et de l'article 17 bis, le tarif peut être réévalué de 25 % si celles-ci ont été effectuées chez des enfants de moins de cinq ans. Dans ces cas, il y a lieu lors de la facturation, d'utiliser les pseudo-codes présentés dans la table de conversion que voici :

Codes nomenclature

ambulant	hospitalisé
0450634	0450645
0451430	0451441
0453530	0453541
0458732	0458743
0458813	0458824
0458894	0458905
0460191	0460202

A.R. du 9 octobre 1998

Pour une série de prestations de l'article 15, § 15, le tarif peut être réévalué de 50 % si celles-ci ont été effectuées chez les nouveaux-nés et nourrissons de moins de 6 mois. Dans ces cas, il y a lieu, lors de la facturation, d'utiliser les pseudo-codes présentés dans la table de conversion que voici :

Codes nomenclature

ambulant	hospitalisé
0227135	0227146
0228034	0228045
0241194	0241205
0242491	0242502
0242756	0242760
0243272	0243283
0244031	0244042
0244090	0244101
0244112	0244123

A.R. du 5 septembre 2001

Aucun pseudo-code n'a été publié pour les prestations de l'A.R. susmentionné, en cas d'honoraires augmentés. Le contrôle s'effectuera sur base de l'âge du patient.

A.R. du 26 mars 2003

Aucun pseudo-code n'a été publié pour les prestations de l'A.R. susmentionné, en cas d'honoraires augmentés. Le contrôle s'effectuera sur base de l'âge du patient.

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
- (☞ 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

(☞) 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 : DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE**LIBELLE :**

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

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

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

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

- (☞ 7) Pour les maisons médicales, le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans cette zone pour les codes 0109616, 0509611, 0409614.

Pour les codes 0102771 et 0102852, la date est égale à AAAA0101.

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

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

Contrôle : validité de la date.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

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

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

0591091, 0591113, 0591135 : date maxiforfait;

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

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

- (☞ 6,9,18) Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).

Date d'utilisation comme greffe (= date de l'implantation).

- (☞ 12,18) Intervention dans le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. du 20/04/2010)

La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

- (☞ 6) Remarque :

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

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

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

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

RUBRIQUE : DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE

LIBELLE :

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

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

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

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

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

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

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

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : validité de la date.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

date fin = date début.

- (☞ 6,9,18) Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).
Date de signature de l'attestation concernant l'utilisation du matériel comme greffe.

- (☞ 12,18) Intervention dans le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. 20/04/2010)
La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

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

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

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

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 20 zone 7.

- (☞ 18)* Le numéro d'identification de la banque de matériel corporel humain qui a délivré le matériel
 - s'il s'agit d'une intervention dans la délivrance de matériel corporel humain.
 (Uniquement s'il s'agit de matériel belge ou de matériel étranger importé d'un pays hors UE)

Pour le matériel corporel humain issu d'un pays de l'UE, aucun agrément banque de matériel corporel humain n'est nécessaire. Dans ce cas, le "numéro de l'hôpital + 200" doit toujours être mentionné dans cette zone.

Pour les frais de transport, le même numéro que celui du matériel même doit être mentionné.

Ci-dessous, vous trouverez un tableau reprenant la relation entre les différents pseudo-codes de l'AR du 02/06/2010 et le numéro d'agrément nécessaire pour la facturation de ce matériel corporel humain.

Pseudo-codes pour le matériel non importé		Pseudo-codes pour le matériel importé		Référence à la liste de l'annexe 1 de l'AR	Numéro d'agrément
DE	A	DE	A		
269290	269301	271471	271482	A 53°	210
269393	269404	271493	271504	A 2°	211
269415	269426	272694	272705	A 3°	211
269496	269625	272392	272521	A 4° à 10°	215
270351	270362	271515	271526	A 11°	212
270373	270465	272532	272602	A 54° à 57°	216
270550	270561	271530	271541	A 12°	212 ou 219
270572	270583	272635	272646	A 13°	220
270616	271062	271552	272005	A 14° à 36°	213
271073	271084	272016	272020	A 37°	213 ou 215
271095	271342	272031	272285	A 38° à 50°	213
271353	271364	272296	272300	A 51°	213 ou 215
271375	271423	272311	272366	B 1°, 2°	213
271434	271445	272370	272381	A 52°	218
272672	272683	272716	272720	A 1°	218

(☞ 12,17) **Attention** : Pour toutes les prestations reprises sous le titre « greffes hématologiques » à l'art.20, §1, a) de la nomenclature, aucun numéro de banque de matériel corporel humain n'est mentionné. Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au numéro de l'hôpital (se terminant par « 000 »).

- * Le numéro d'identification de la MRS, MRPA, MSP ou IHP
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.
- * Le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée;
 - s'il s'agit de prestations effectuées sur le site de l'établissement hospitalier (tant pour les patients hospitalisés que pour les ambulants, également pour les patients séjournant dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP);
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la biologie clinique par admission ou par maxiforfait;
 - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
 - s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
 - s'il s'agit de suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI (codes 0960XXX) ;
 - s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile ;
- (☞ 13) - s'il s'agit des conventions art. 56 (0751472, 0751435, 0751450) ;
- (☞ 9) - s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).

- * Le numéro d'identification du centre agréé pour la rééducation cardiaque;
 - s'il s'agit de prestations de rééducation pour patients cardiaques (0771201, 0771212, 0771223).
- * Le numéro d'identification de la maison médicale
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans une maison médicale.
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques ;

(☞ 5) -s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

(☞ 8,15)* En cas de facturation du stimulateur du nerf vague (0684810-0684821, 0684832-0684843) et des électrodes pour localisation préopératoire des cibles en cas de l'épilepsie réfractaire (0698714-0698865), le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 12) * En cas de facturation de la prestation 777114-777125, le numéro d'agrément du centre de chirurgie robot-assistée (numéro de l'hôpital + 150) doit être mentionné dans cette zone.

(☞ 13) * Endoprothèses (aussi bien le matériel (art. 35) que l'acte médical (art.34)*):

 - Prestations pour lesquelles seul un agrément endoprothèses est nécessaire : Numéro de l'hôpital + 151 ou numéro de l'hôpital + 152
 - Prestations pour lesquelles un agrément endoprothèses et un agrément pathologie cardiaque B3 sont nécessaires : Numéro de l'hôpital + 152

(☞ 14) * En cas de facturation de la prestation 693910-693921, le numéro d'agrément du centre « moniteur cardiaque implantable » (numéro de l'hôpital + 153) doit être mentionné dans cette zone.

 - * S'il s'agit de prestations liées à une prestation de base pour laquelle la mention d'un lieu spécifique de prestation est exigée, pour cette prestation, le lieu de prestation de la prestation de base doit alors être mentionné (ex. honoraires supplémentaires, suppléments d'accréditation, honoraires pour soins d'urgence,...).
 - Si la prestation relative est complétée, le lieu de prestation doit alors correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui est mentionnée comme prestation relative.
 - Par exemple matériel de consommation et des implants (art. 35 et 35bis).

(☞ 8) * S'il s'agit d'un déplacement d'un patient, le numéro d'identification de l'hôpital qui facture doit alors être mentionné dans cette zone (par exemple en cas de pseudo-code 793553).

 - * S'il s'agit de prestations de fécondation in vitro (zone 4 = 0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860), le numéro d'identification du laboratoire de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone.

(☞ 9) Pour les prestations à partir du 1/1/2009, le numéro d'agrément du centre de médecine de reproduction B (numéro de l'hôpital + 141) doit être mentionné.

(☞ 4) * S'il s'agit des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.

(☞ 12)* Le numéro d'identification de l'établissement de transfusion sanguine agréé qui a délivré le sang total humain ou les produits sanguins labiles :

 - s'il s'agit d'une intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

 - * Dans tous les autres cas que ceux mentionnés ci-dessus, cette zone est mise à zéro.

Remarques :

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

(☞ 16)(*) S'il s'agit d'un acte médical issu de l'art.14, un numéro d'agrément spécifique doit seulement être rempli pour l'endoprothèse même (art.35), pas pour l'acte médical (art.14)

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".

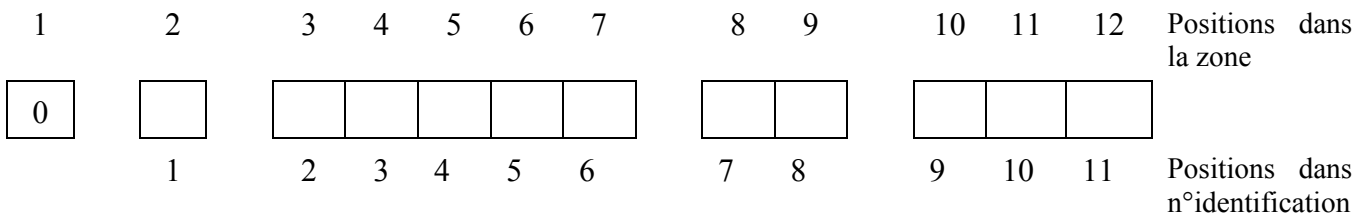
Ces règles ne sont pas d'application pour les praticiens de l'art infirmier.

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

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

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



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.
- (☞ 9) Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente
En cas du pseudo-code 0793553, 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 : DATE PRESCRIPTION

LIBELLE :

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

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

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Contrôle : validité de la date.

Honoraires forfaitaires pour soins infirmiers + enregistrements statistiques complémentaires :

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

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

(☞ 5) Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes :

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

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

Cette zone est égale à zéro.

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

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

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

RUBRIQUE : SIGNE + NOMBRE D'UNITES

LIBELLE :

(☞ 6) Cette zone contient :

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

OU

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

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 4 N - 108

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Cette zone ne peut pas contenir de décimales.

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

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

Surveillance des bénéficiaires hospitalisés;

Kinésithérapie + frais de déplacement;

Réanimation;

Radio- et radiumthérapie;

Médecine nucléaire;

Rhumatologie et physiothérapie;

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

Remarque : Voir remarque enregistrement de type 50 zone 5.

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

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

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

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

RUBRIQUE : NOMBRE DE COUPES

LIBELLE :

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

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 113

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

RUBRIQUE : IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

LIBELLE :

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

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- La règle d'obtention du numéro d'identification du prescripteur est identique à celle du numéro d'identification du dispensateur (cf. enregistrement de type 50 zone 15).
- Ce numéro doit être mentionné si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 1, 4 ou 9.
- Ce numéro doit être = 0 si l'enregistrement de type 50 zone 26 = 0 ou 3.
- S'il s'agit d'un prescripteur étranger, le pseudo-code d'identification suivant doit être utilisé : 01.00000.07.999.

Honoraires forfaitaires pour soins infirmiers + enregistrements statistiques complémentaires.

Dans les enregistrements statistiques, les données relatives au prescripteur doivent être communiquées tant que les dispositions de la nomenclature l'exigent.

Dans l'enregistrement des honoraires forfaitaires, on mentionne un des prescripteurs figurant dans les enregistrements statistiques complémentaires.

Si dans les enregistrements statistiques complémentaires, aucun prescripteur n'est mentionné, cette zone est alors égale à zéro.

- (☞ 5) Mammographie dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité (0450192 - 0450203 et 0450214 - 0450225) :
- si la prestation a été prescrite: le prescripteur doit être mentionné
 - si l'invitation de l'autorité vaut comme prescription: le pseudo-prescripteur 01.00001.06.999 doit être mentionné

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

Numéro d'identification du médecin qui a demandé le matériel et qui a effectué l'implantation = médecin responsable de la greffe = médecin qui signe l'attestation relative à l'utilisation

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

Le numéro d'identification du médecin de l'établissement hospitalier qui a demandé (prescrit) le produit.

RUBRIQUE : CODE NOTIFICATION IMPLANT

LIBELLE :

Chaque implant notifié reçoit un code de notification unique, qui doit être mentionné dans cette zone pour :

- (☞ 18) - les implants non remboursables avec obligation de notification (pseudo-code 960234-960245)
 - les implants remboursables sans liste des produits admis avec obligation de notification
- (☞ 15) Une liste limitative des prestations pour lesquelles un code de notification doit être mentionné, est publiée sur le site de l'INAMI (www.inami.be, rubrique « Dispensateurs de soins » - « Information générale » - « Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique »).
- (☞ 15) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.

- (☞ 17) Disposition transitoire (pour les prestations effectuées à partir du 1/5/2010 jusqu'au 31/7/2010 inclus)
Les produits pour lesquels, selon les règles mentionnées ci-dessus, un code de notification doit être mentionné, mais qui ne sont pas encore notifiés ou auxquels l'hôpital n'a pas encore pu attribuer un code de notification dans son propre fichier, peuvent être facturés durant une période transitoire de 3 mois avec le pseudo-code notification 999999999949.
Pour les prestations à partir du 1/8/2010, ce pseudo-code notification ne peut plus être utilisé.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 321

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le code de notification est composé de 10 chiffres + 2 check-digits : XXXXXXXXXXXX-CC.

avec CC = 97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 10 premiers chiffres du code de notification et le diviseur est égal à 97

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 99.