

I N A M I

Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

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

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Correspondant: Annelies DEGRAEVE

Attaché

Tél.: 02/739.78.45

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

Nos références: 1804/CH/ADG/2010

Bruxelles, le 28 juillet 2010

Madame,
Monsieur,

Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie électronique – Edition 2006 – 19^{ème} mise à jour.

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2006/19 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 2006/19 – Publication 28-07-2010**



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 2006/19

Pages à remplacer :

- Annexes 1.1bis, 16.18, 16.19, 16.20;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 5, S 14, Z 14, S 1, S 2, S 3, Z 44-45, Z 55-56.

Pages à ajouter :

- Annexe 18.3bis;
- ET 50 Z 4 S 22BIS, S 22TER;
- ET 50 Z 14 S 4.

Pages à supprimer :

- Annexes 16.20bis jusqu'à 16.25bis incluse;

1. Données de contact CAAMI, annexe 1.1bis.

Les données de contact de la caisse auxiliaire ont été modifiées.

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

2. Nouveaux numéros INAMI services ambulanciers agréés, annexes 16.18, 16.20.

Les services ambulanciers agréés recevront désormais un numéro INAMI avec la structure ci-dessous :

796XXXCD000

796 = le type d'établissement = service ambulancier agréé
XXX= numéro d'ordre = numéro d'agrément Santé publique
CD = check-digit
000 = code compétence

Cette structure a été intégrée dans l'annexe 16.

Date d'application : Il s'agit seulement d'une communication de la structure des nouveaux numéros INAMI. Aucun numéro n'a encore été attribué.

On profite de l'occasion pour préciser que le code de qualification des équipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour est toujours égal à « 000 ».

3. Codes qualification laboratoires, annexe 16.19.

Ces codes ne sont plus repris dans les instructions de facturation.
Un renvoi au site web de l'INAMI a été ajouté.

4. Stent valvulaire percutané implantable, annexe 16.18, ET 50 Z 4 S 5, ET 50 Z 14 S 4.

Suite à la déclaration d'accord concernant l'intervention dans les coûts d'un stent valvulaire percutané implantable dans la position pulmonaire, les instructions de facturation ont été adaptées :

- Ajout des pseudo-codes 691950-691961 dans l'ET 50 Z 4 S 5;
- Création d'un nouveau numéro d'agrément « numéro de l'hôpital +154 » qui doit être mentionné comme lieu de prestation.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2010.

5. Suppléments MRPA-MRS-CSJ, annexe 18.3bis, ET 50 Z 4 S 14, Z 44-45.

Suite à l'adaptation de l'annexe 43 du règlement (note de frais MRPA-MRS-CSJ) (pas encore publiée), des instructions ont été établies pour l'indication détaillée des suppléments sur la facture électronique.

Par analogie aux frais divers dans les hôpitaux, les suppléments sont facturés dans l'enregistrement de type 50.

Les instructions de facturation ont été modifiées comme suit :

- Ajout de l'annexe 18.3bis concernant la manière de remplir les zones de l'enregistrement de type 50.
- Création de nouveaux pseudo-codes (960xxx) dans l'ET 50 Z 4 S 14.
Cas particulier : ristournes (montant en négatif).

Date d'application : 1/10/2010 (facturation du 4^e trimestre 2010).

(sous réserve de publication du règlement concerné)

6. Notification des implants, ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 22BIS, S 22TER, Z 55-56.

6.1 Prolongation de la période transitoire

La période transitoire durant laquelle le pseudo-code notification 999999999949 peut être mentionné dans l'ET 50 Z 55-56, est prolongée jusqu'au 1/1/2011.

Les organismes assureurs suivront mensuellement par hôpital le pourcentage du pseudo-code notification par rapport au nombre total de prestations pour lesquelles un code de notification doit être mentionné. Ce pourcentage doit diminuer chaque mois.

6.2 Précision des instructions existantes

Pour les prestations avec des listes de produits admis, la zone « code implant » (Z 43) doit toujours être complétée et la zone « code notification implant » (Z 55-56) doit toujours être égale à zéro. Concrètement, ça signifie que les zones 43 et 55-56 ne peuvent jamais être remplies simultanément.

Schématiquement

	Z 43	Z 55-56
Prestations remboursables avec des listes de produits admis	Code implant	0
Prestations remboursables sans listes de produits admis	0	Code de notification
Implants non remboursables avec obligation de notification	0	Code de notification
Implants non remboursables sans obligation de notification	0	0

6.3 Prestations avec un remboursement pour un ensemble de matériel

Certains (pseudo-)codes nomenclature prévoient un remboursement pour un ensemble de matériel.

Les différents éléments ont chacun leur propre code de notification.

Dans ce cas de figure, on doit utiliser des enregistrements statistiques avec norme 9 (par analogie aux tuteurs coronaires, Drug eluting stents, endoprothèses,...) :

- Dernier enregistrement (enregistrement de facturation) : norme 0, montant, pas de code de notification
- Enregistrement(s) statistique(s) précédent(s) : norme 9, montant = 0, code de notification

Cette méthode est décrite dans l'ET 50 Z 3 S 4.

Dans l'ET 50 Z 4 S 22 BIS et S 22 TER, un exemple concret avec marge de délivrance est ajouté.

Cette méthode doit également être appliquée lorsqu'un seul élément a été utilisé. Dans ce cas, il n'y a qu'un seul enregistrement statistique.

Seuls les éléments notifiés doivent être mentionnés. Pour les éléments non notifiés aucun enregistrement statistique ne doit être établi.

Les prestations qui doivent être facturées selon cette méthode, sont indiquées avec la valeur « 1 » dans feuille « Z 55-56 » de la liste implants (voir aussi point 9).

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

6.4 Correction

La correction suivante est apportée à l'ET 50 Z 3 S 4 : dans la dernière phrase du paragraphe relatif au matériel utilisé en chirurgie cardiaque minimale invasive, le pseudo-code 0960234-0960245 est remplacé par 0960536-0960540. Ce matériel ne doit pas être notifié.

Date d'application : Prestations à partir du 1/8/2010.

7. Liste « prestation relative ».

- Feuille « opmerkingen7/remarques7

Il est précisé qu'une prestation relative doit être obligatoirement mentionnée pour les prestations de rééducation facturées dans l'ET 30.

- Précision concernant le code 688494

Dans la colonne « remarque » de la liste, il est précisé que la prestation relative 688472 doit être mentionnée pour le code nomenclature 688494.

Date d'application : prestations à partir du 01/10/2010

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
309013	309046	Ces codes sont ajoutés en raison de la règle interprétative 03 de la nomenclature prothèse dentaire		01-09-2010
309050	309120			
379013	379046			
379050	379120			

8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
691950	691961	Pseudo-codes		01-07-2010

9. Liste implants

- Prestations avec un remboursement pour un ensemble de matériel

Une colonne a été ajoutée dans la feuille « Z55-56 » pour indiquer qu'il s'agit d'une prestation avec un remboursement pour un ensemble de matériel. La valeur « 1 » est mentionnée s'il s'agit d'une telle prestation. Pour ce type de prestation, des enregistrements statistiques avec norme 9 (ET 50 Z 3) mentionnant le code de notification propre de chaque élément utilisé, doivent alors être mentionnés sur le fichier de facturation (voir également point 6 ci-dessus).

Date d'application : Prestations à partir du 01/01/2011

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
682791	682824	09-12-2009	12-01-2010	01-03-2010
691891	691946	09-12-2009	18-12-2009	01-02-2010
691950	691961	Pseudo-codes		01-07-2010
698714	698865	09-12-2009	08-01-2010	01-03-2010
709096	709203	13-06-2010	28-06-2010	01-08-2010
715050	715083	10-09-2009	20-11-2009	01-01-2010

Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
682570	682603	Correction : Il s'agit de codes qui ont été oubliés dans la version précédente de la liste		01-08-2010
688111	688144			
688494	688494			
697130	697141			
699834	699845			
715175	715186			
715201	715201			
715212	715212			
715234	715245			
733110	733121			
733132	733143			

Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
735276	735280	Correction : ces codes ne devaient pas figurer dans la liste		01-08-2010

10. Liste « codes erreur ».

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.

(☞ 9)

<u>Nom</u>	<u>Numéro Tél.</u>	<u>Numéro Fax</u>	<u>Compétence</u>
(☞ 6) <u>U.N.M.L.</u>			
Mme PATERNOTTE (NL)	02/542.86.38		Résultats et questions tarification prestataires
Mme MAGNET (FR)	02/542.86.37		Résultats et questions tarification prestataires
Mme SENABRE	02/542.86.36		Analyse et problèmes généraux

(☞ 7) M.L.O.Z.

02/778.95.55

Vous suivez les instructions demandées et vous êtes dirigé vers la bonne personne de contact.
Accessible tous les jours ouvrables entre 9h et 12h et entre 14h et 16h.

Numéro de fax : 02/778.94.06

Adresses E-mail :

- Operprodlog@mloz.be

Pour vos questions concernant les factures papier et les fichiers électroniques.

- Operconfac@mloz.be

Pour vos questions concernant la tarification, le paiement et le remboursement de votre envoi.

(☞ 7,19) C.A.A.M.I.

Helpdesk facturation électronique (NL) : 02 229 34 34

Helpdesk facturation électronique (FR) : 02 229 34 33

Accessible tous les jours ouvrables entre 9h et 12h et entre 14h et 16h.

Adresse E-mail : elecfac@caami-hziv.fgov.be

Numéro de fax : 02 229 34 38

(☞ 8) C.S.S. de la S.N.C.B.-Holding

Mme LECOMTE

02/525.35.56

02/525.35.61

Adresse E-mail: 900-factura@b-holding.be

- Surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile pour nourrissons présentant des risques de mort subite	: 783
- Programme de rééducation fonctionnelle pour infirmes moteurs cérébraux	: 784
• entre 001 et 499 : prog. rééducation fonction. pour infirmes moteurs cérébraux	
• entre 500 et 999 : prog. Rééducation fonction. de neuropsychiatrie pédiatrique	
- Assistance respiratoire mécanique chronique à domicile	: 785
- Autogestion des patients diabétiques	
Thérapie d'injection d'insuline	
Autorégulation du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	: 786
• entre 001 et 499 : autogestion des patients diabétiques	
• entre 501 et 699 : thérapie d'injection d'insuline	
• entre 701 et 999 : autorégulation du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	
- Défibrillateurs cardiaques	: 787
- Maladies du métabolisme, mucoviscidose, maladies neuromusculaires, épilepsie réfractaire, syndrome de fatigue, IMOC, Spina Bifida, douleur chronique, 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	
• 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
- 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 4^{ème} au 6^{ème} chiffre inclus du numéro d'identification)

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

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

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

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

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

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

Voir plus haut.

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

1. Hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques

- l'hôpital lui-même, sans code de compétence : 000
- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe transversal axial : 110
- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe à résonance magnétique nucléaire (RMN) : 111
- PETscan : 112
- service radiothérapie : 113
- service 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

(☞ 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. <u>MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ</u>		
	Dans ces cas, le code de compétence = 000.		
(☞ 4)	3. <u>MRPA, MRS</u>		
	- 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. <u>Laboratoires</u>		
	Les codes de compétence pour les laboratoires sont basés sur une combinaison d'un ou de plusieurs groupes de prestations.		
(☞ 19)	Ces groupes et la liste des codes qualification sont repris sur le site web de l'INAMI. www.inami.fgov.be , Dispensateurs de soins, Laboratoires.		

5. Rééducation fonctionnelle

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

6. Maisons médicales

La maison médicale travaille avec une équipe de :

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

(☞ 19) 7. Services ambulanciers agréés

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

(☞ 19) 8. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour

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

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)	<i>Toujours 0</i>
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	<i>Pseudo-code ambulancier de l'ET 50 Z 4 S 14, rubrique « suppléments MRPA-MRS-CSJ »</i>
Z 5	Date de première prestation effectuée	<i>Date de début de la période à laquelle les frais se rapportent</i>
Z 6a-6b	Date de dernière prestation	<i>Date de fin de la période à laquelle les frais se rapportent</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 12	Nuit, week-end, jour férié	<i>Toujours 0</i>
Z 13	Code service	<i>Toujours 990</i>
Z 14	Lieu de prestation	<i>Numéro MRPA/ MRS/ CSJ</i>
Z 15	Identification du dispensateur	<i>Toujours 0</i>
Z 16	Norme dispensateur	<i>Toujours 0</i>
Z 17-18	Prestation relative	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant de l'intervention de l'assurance	<i>Toujours 0</i>
Z 20-21	Date prescription	<i>Toujours 0</i>
Z 22	Signe + nombre d'unités	<i>960551, 960573, 960595, 960610 : nombre de jours; 960632, 960654, 960676, 960735, 960750, 960875 : toujours 1; 960772 : toujours -1; autres : nombre d'unités ≥ 1</i>
Z 23	Nombre de coupes	<i>Toujours 0</i>
Z 24-25	Identification prescripteur	<i>Toujours 0</i>
Z 26	Norme prescripteur	<i>Toujours 0</i>
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	<i>Toujours 0</i>
Z 28	Référence établissement	
Z 29	Dent traitée	<i>Toujours 0</i>
Z 30-31	Signe + montant supplément	<i>Obligation de compléter (dans le cas du 960772, le montant est négatif)</i>
Z 32	Exception tiers-payant	<i>Toujours 0</i>
Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	<i>Toujours 0</i>
Z 34	Membre traité	<i>Toujours 0</i>
Z 35	Prestataire conventionné	<i>Toujours 0</i>
Z 36-37	Heure de prestation	<i>Toujours 0</i>
Z 38	Identification administrateur du sang	<i>Toujours 0</i>
Z 39-40	Numéro attestation d'administration	<i>Toujours 0</i>
Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac	<i>Toujours 0</i>
Z 43	Code implant	<i>Toujours 0</i>
Z 44-45	Libellé du produit	<i>Libellé obligatoire pour les pseudo-codes 960691 et 960713</i>
Z 46	Norme plafond	<i>Toujours 0</i>
Z 47	Date accord prestation	<i>Toujours 0</i>
Z 48	Transplantation	<i>Toujours 0</i>
Z 49	Identification de l'aide soignant (réservée)	<i>Toujours 0</i>
Z 51	Site hospitalier	<i>Toujours 0</i>
Z 52	Identification association bassin de soins	<i>Toujours 0</i>
Z 55-56	Code de notification implant	<i>Toujours 0</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

Enregistrement de type 80		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 80	<i>Valeur constante 80</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 4	Heure d'admission	<i>Mention de l'heure</i>
Z 5	Date d'admission	<i>Mention de la date</i>
Z 6a-6b	Date de sortie	<i>A mentionner si la période de séjour est terminée</i>
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Type de facture	<i>Toujours 4</i>
Z 13	Service 721 bis	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	<i>Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET 20 Z 14)</i>
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 17	Causes du traitement	<i>Toujours 0</i>
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	<i>Montant Total pour le patient concerné</i>
Z 22	Heure de sortie	<i>A mentionner si la date de sortie est complétée</i>
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	<i>Numéro de la note de frais individuelle</i>
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	<i>Toujours 0</i>
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	
Z 32	Flag identification bénéficiaire	<i>Toujours 1, sauf en cas de conventions internationales</i>
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de la facture	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

(15)

Enregistrement de type 90		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 90	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).</i>
Z 7	Numéro de l'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ</i>
Z 15	Signe + montant total numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 19	Signe + montant total numéro de compte financier A	
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 36-41	IBAN – compte financier A	<i>Obligation de compléter à partir du mois facturé janvier 2009</i>
Z 43a	BIC – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
Z 49-52	IBAN – compte financier B	<i>Toujours remplies par des blancs</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de l'envoi	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

(☞ 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.

- (☞ 19) - Pour les prestations 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 sont 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 5

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
• Endoprothèses (*):		
- Endoprothèse de la bifurcation avec segment contralatéral	0687050	0687061
- Endoprothèse de la bifurcation avec segment contralatéral et extensions iliaques et/ou aortiques	0687072	0687083
- Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec bouchon d'occlusion	0687094	0687105
- Endoprothèse aorto-iliaque ipsilatérale avec bouchon d'occlusion et extensions iliaques et/ou aortiques	0687116	0687120
- Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'artère iliaque pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique	0687131	0687142
- Endoprothèse servant d'extension au niveau de l'aorte abdominale pour le traitement d'un 'endoleak' persistant à une endoprothèse aortique	0687153	0687164
- Prothèse aortique abdominale droite	0687175	0687186
- Une prothèse aortique thoracique droite	0683432	0683443
- Prothèse aortique thoracique droite : 15 cm ou plus et prothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm	0683454	0683465
- Une prothèse aortique thoracique droite : moins de 15 cm	0683476	0683480
- Deux prothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm	0683491	0683502
- Trois prothèses aortiques thoraciques droites : moins de 15 cm	0683513	0683524
- Deux prothèses aortiques thoraciques droites : 15 cm ou plus	0683535	0683546
(☞) • Implant cochléaire controlatéral, y compris le microphone externe, le processeur vocal et le système de transmission du son	0685333	0685344
(☞) • Drug eluting stent coronaire	0686453	0686464
(☞ 7) • Moniteur cardiaque implantable et accessoires	0693910	0693921
(☞ 19) • Stent valvulaire percutané implantable placé dans le outflow tract du ventricule droit accessoires inclus	0691950	0691961
(☞ 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.

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	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		

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

(☞ 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

(☞) 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.

Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux implants, dans le cas où le plafond de la marge de délivrance est d'application pour la somme des marges de délivrance calculées sur plusieurs prestations de la nomenclature.

Cas particulier dans lequel des enregistrements statistiques doivent être mentionnés pour une des prestations.

2x { 637910 – 637921 : Tige à surface lisse. (Polissage électrolytique. Le filetage ou le crantage n'est pas considéré comme un traitement de surface) - Y 63
 Code notification implant: 000006527407:
 Prix: €285,06
 L'hôpital facture: €285,06
 Patient paie supplément: 285,06 – 65,07= €219,99
 Marge de délivrance : 10 % du prix = €28,50
 Remboursement OA = €65,07

4x { 638234 – 638245 : Implant composé (implant d'ancrage unitaire (vis pédiculaire ou corporeale, broche filetée, crochet pédiculaire ou laminaire, agrafe, ...) accompagné de toutes les pièces d'attache, d'ajustement, de réduction et de blocage de cet implant d'ancrage unitaire à l'implant principal) – Y 300
 Code notification implant: 000006524635:
 Prix: €260,53
 L'hôpital facture: €260,53
 Code notification implant: 000006521071:
 Prix: €272,38
 L'hôpital facture: €272,38
 Code notification implant: 000006718734:
 Prix: €68,16
 L'hôpital facture: €68,16
 Patient paie supplément: (260,53 + 272,38 + 68,16) – 309,85 = €291,22
 Marge de délivrance : 10 % du prix = 10% de (260,53 + 272,38 + 68,16) = €60,10
 Remboursement OA = €309,85

Marge de délivrance totale: (2 x 28,50) + (4 x 60,10) = 297,40 → est plafonnée à € 148,74

→ La marge de délivrance pour l'implant composé est limitée à €91,74

Zone		Implant 1 (2 pièces)	Marge de délivrance	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. stat.)	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. stat.)	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. stat.)	Implant 2 (4 pièces) (enregistr. de fact.)	Marge de délivrance
1	Type enregistrement	50	50	50	50	50	50	50
3	Norme prestation	0	0	9	9	9	0	0
4	Code nomenclature	0637921	0618726	0638245	0638245	0638245	0638245	0618726
5	Date début prestation	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
6	Date fin prestation	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
15	Prestataire	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300
16	Norme dispensateur	1	1	1	1	1	1	1
17-18	Prestation relative	0000000	0637921	0000000	0000000	0000000	0000000	0638245
19	Montant OA	+00000013014	+00000000000	+000000000000	+000000000000	+000000000000	+00000123940	+000000000000
20	Date prescription	20100730	00000000	20100730	20100730	20100730	20100730	00000000
22	Nombre	+0002	+0002	+0004	+0004	+0004	+0004	+0004
24-25	Identification du prescripteur	01/xxxxx/cc/kkk	0	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	0
27	Ticket modérateur	+000000000	+000005700	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000009174
30-31	Montant supplément	+000043998	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000116488	+000000000
43	Code implant	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000
46	Norme plafond	0	8	0	0	0	0	7
55-56	Code de notification	000006527407	000000000000	000006524635	000006521071	000006718734	000000000000	000000000000

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION

LIBELLE :

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

- * Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour la biologie clinique ou le numéro d'identification pour la facturation et l'attestation de l'anatomopathologie ou le numéro d'un centre agréé de génétique humaine
- s'il s'agit de prestations de biologie clinique, médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie ou d'examens génétiques;
 - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
 - en cas d'honoraires forfaitaires pour prestations de biologie clinique ambulatoires;
 - s'il s'agit de prestations de biologie clinique pour lesquelles le remboursement ne dépend pas des conditions reprises dans l'article 63 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (voir AR du 31 janvier 1977, MB 4 février 1977), le numéro d'identification d'un laboratoire agréé pour la biologie clinique doit être mentionné, pour autant que ces prestations soient effectuées dans un laboratoire agréé;
 - si non, - le numéro d'identification du laboratoire de biologie clinique de l'hôpital doit être mentionné en cas de prestations effectuées dans un établissement de soins (dans les locaux ou non du laboratoire agréé) ;
 - le numéro d'identification de l'établissement de séjour doit être mentionné s'il s'agit d'un patient qui séjourne dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P.;
 - le numéro du centre de rééducation doit être mentionné s'il s'agit de patients qui subissent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
 - la zone doit être mise à zéro dans tous les autres cas.
- * Le numéro d'identification du service agréé conformément aux normes
- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service pour l'hémodialyse chronique = numéro de l'hôpital + 561;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service pédiatrique pour la dialyse chronique = numéro de l'hôpital + 562;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de dialyse à domicile = numéro de l'hôpital + 563;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de dialyse péritonéale ambulatoire = numéro de l'hôpital + 564;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service d'autodialyse collective = numéro de l'hôpital + 565 jusque et y compris 569;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de radiothérapie = numéro de l'hôpital + 113;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B avec l'agrément B1 (diagnostique invasif), B2 (thérapie interventionnelle) et B3 (chirurgie cardiaque) = numéro de l'hôpital + 120;
 - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B avec le seul agrément B1 (diagnostique invasif) = numéro de l'hôpital + 121;

s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque B en association = n° INAMI de l'association + 120 (le numéro INAMI pour une association commence par les chiffres 715);

- (☞) - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque T avec l'agrément d'un programme de soins pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et transplantation cœur-poumon) = numéro de l'hôpital + 122.
- (☞ 4) - s'il s'agit de prestations effectuées dans un service de pathologie cardiaque C avec l'agrément d'un programme de soins pathologie cardiaque C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) = numéro de l'hôpital + 123.
- (☞ 7) - prestations pour lesquelles un agrément path. cardiaque E +B3 est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124
- (☞ 7) - prestations pour lesquelles seul un agrément path. cardiaque E est nécessaire = numéro de l'hôpital + 124 ou numéro de l'hôpital + 125
- s'il s'agit de prestations effectuées dans un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse = numéro de l'hôpital + 110.

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

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

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

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

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

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

- (☞ 5,6) - s'il s'agit de prestations pour lesquelles un agrément de « première prise en charge des urgences » est nécessaire (code nomenclature 0590166^(*)) = numéro de l'hôpital + 130.
- (☞ 5,6) - s'il s'agit de prestations pour lesquelles un agrément «soins urgents spécialisés » est nécessaire
- (☞ 8) (codes nomenclature 0590181, 0590225, 0590310, 0590435, 0590446, 0590472 et art. 25, §3bis de la nomenclature) = numéro de l'hôpital + 131.
- (☞ 8) S'il s'agit d'honoraires pour assistance médicale pendant un transport avec accompagnement médical (codes nomenclature 0590435, 0590446, 0590472), alors le numéro d'identification de la fonction reconnue de soins urgents spécialisés du médecin accompagnant doit être mentionné.

* Le numéro d'identification du centre de dialyse rénale

- s'il s'agit de prestations concernant la dialyse rénale;

- s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes pour ce secteur;

sauf : 1. la prestation 0470466 pour autant qu'elle soit effectuée par un médecin, spécialiste de médecine interne, chirurgien, anesthésiste ou pédiatre qui est responsable d'un service de soins intensifs (jusqu'au 30/06/1999) ou la prestation 0470503 (à partir du 01/07/1999) effectuée par un spécialiste en médecine interne, chirurgie, anesthésiologie ou pédiatrie dans une unité de soins intensifs;

2. les prestations 0470400 et 0470422 pour autant qu'elles soient effectuées dans un hôpital qui ne dispose pas d'un centre de dialyse agréé;

3. honoraires supplémentaires pour prestations urgentes 0470466, 0470503, 0470400 ou 0470422.

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

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

- (☞ 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.

(☞ 19) * En cas de facturation de la prestation 691950-691961, le numéro d'agrément du centre « stent valvulaire percutané implantable » (numéro de l'hôpital + 154) 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).

(☞ 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)

- (☞ 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.

RUBRIQUE : CODE IMPLANT

LIBELLE :

- (☞ 4) Si la zone 4 de cet enregistrement est utilisée pour la facturation des implants ou dispositifs médicaux invasifs, pour laquelle l'identification du produit de l'implantation constitue une condition nécessaire pour la tarification, le code d'identification correspondant doit être mentionné dans cette zone.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 219

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le code d'identification est résumé à 11 chiffres + check-digit : XXX-YYY-ZZZZZC.

(☞ 4) XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;

(☞ 4) YYY = 3 positions numériques qui identifient la classe du type de produit;

ZZZZZ = 5 positions numériques qui identifient le produit même.

C = 1 position numérique qui reprend le check-digit (= 7 - reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 11 premiers chiffres du code d'identification et le diviseur est égal à 7).

- (☞ 15) Une liste limitative des prestations pour lesquelles un code implant 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.

RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT

LIBELLE :

Si la zone 4 de cet enregistrement mentionne une prestation ou un produit radioactif, cette zone doit reprendre la description de la prestation ou du produit concerné.

- (☞ 11) Si un code 0960XXX est utilisé dans la zone 4, pour la mention de suppléments pour les produits, prestations ou services non remboursables par l'AMI, le libellé du produit, de la prestation ou du service doit être communiqué dans cette zone.
- (☞ 19) S'il s'agit de suppléments dans des MRPA-MRS-CSJ, un libellé doit seulement être mentionné pour les pseudo-codes 0960691 et 0960713.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 30 A - 231

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

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.

- (☞ 17,19) Disposition transitoire (pour les prestations effectuées à partir du 1/5/2010 jusqu'au 31/12/2010 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 avec le pseudo-code notification 999999999949.
Pour les prestations à partir du 1/1/2011, 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.