

# **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](mailto:Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be)

**Nos références:** 1804/CH/ADG/2016

**Bruxelles, le 13 avril 2016.**

Madame,  
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie électronique – Edition 2013 – 22<sup>e</sup> mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2013/22 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 2013  
MISE A JOUR 2013/22 – Publication 13-4-2016**



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 2013/22**

**Pages à remplacer :**

- Pages 2, 14;
- Aperçu des annexes, annexes 16.19, 16.20, 20.4, 20.4BIS, 20.5, 20.6
- ET 20 Z 11, Z 11 S 1, Z 18, Z 24-25;
- ET 50 Z 4 S 5, S 15, S 27, S 32, S 33, S 34, Z 12, Z 14 S 3, S 4, S 5, Z 16, Z 17-18, Z 26 S 1, S 8, Z 29, Z 30-31, Z 43;
- ET 51 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 8a-8b, Z 15, Z 19, Z 27.

**Pages à ajouter :**

- Annexes 23.1, 23.2, 23.3, 23.4, 23.5, 23.6, 23.7;
- ET 50 Z 4 S 15 BIS;

1. **E-fac dentistes, p. 2, 14, aperçu des annexes, annexes 23.1, 23.2, 23.3, 23.4, 23.5, 23.6, 23.7, ET 20 Z 18, Z 24-25, ET 50 Z 12, Z 16, Z 26 S 1, Z 29, Z 30-31, ET 51 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 8a-8b, Z 15, Z 19, Z 27.**

Les instructions de facturation sont adaptées dans le cadre du projet “e-fac dentistes”.

Il s’agit surtout d’adaptations de texte.

De plus, la signification de la valeur 3 dans l’ET 50 Z 12 est élargie avec “pont”.

Des précisions ont également été apportées dans les zones “dent traitée” (ET 50 Z 29) et “supplément” (ET 50 Z 30-31).

La nouvelle annexe 23 contient un aperçu du remplissage des zones du fichier de facturation.

Date d’application: Prestations effectuées à partir du 1/12/2016.

2. **E-fac médecins généralistes - précisions, annexes 20.4, 20.4BIS, 20.5, 20.6.**

Il est précisé que certaines zones des enregistrements de type 51, 52, 80 et 90 doivent être égales aux zones correspondantes dans les autres types d’enregistrements.

3. **Praticiens de l’art infirmier – pseudo-codes prestation relative - correction, ET 50 Z 4 S 27, S 32, S 33, S 34, Z 17-18.**

La référence à l’annexe au Règlement (dans laquelle la signification des différents pseudo-codes est reprise) est corrigée. Il s’agit de l’annexe 87 (au lieu de l’annexe 85).

Date d’application: Prestations effectuées à partir du 1/4/2016.

4. **Praticiens de l’art infirmier – type de facturation “5” - précisions, ET 20 Z 11, Z 11 S 1.**

Quelques précisions concernant le nouveau type de facturation “5” (facture de correction pour forfaits infirmiers suite au déclassement après visite médecin conseil) ont été apportées.

Date d’application: Mois facturé avril 2016.

5. **Médecine nucléaire, ET 50 Z 4 S 15, S 15 BIS, Z 26 S 8.**

Un nouveau pseudo-code 961236-961240 est créé pour les produits radiopharmaceutiques non-remboursables.

Dans l’ET 50 Z 44-45, un libellé doit être mentionné pour de tels produits non-remboursables.

La prestation relative, qui doit obligatoirement être remplie pour les prestations de médecine nucléaire in vivo peut être égale à ce nouveau pseudo-code 961236-961240.

Dans l’ET 50 Z 26 S 8, une possibilité supplémentaire est prévue pour le remplissage de la zone “norme prescripteur”, c’est-à-dire l’utilisation de la norme 3 lorsque les prestations ont été prescrites par le médecin spécialiste en médecine nucléaire (ou médecin spécialiste avec double qualification) pour ses propres patients (dispensateur de soins = prescripteur).

Date d’application: Mois facturé avril 2016 pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2016.

## 6. Implants, annexes 16.19, 16.20, ET 50 Z 4 S 5, Z 14 S 3, S 4, S 5, Z 43.

### 6.1 Suppression des déclarations d'accord moniteur cardiaque implantable, sonde à usage unique et chirurgie robotisée

Les pseudo-codes 693910- 693921, 703496-703500 et 777114-777125 et les numéros d'agrément correspondants (respectivement numéro hôpital + 153, +157, +150) ont été supprimés.

Ils ont été remplacés par des prestations de « La Liste ».

Pour les nouvelles prestations 172572-172583 (*Moniteur cardiaque implantable*) et 172594-172605 (*Sonde à usage unique*), un lieu de prestation spécifique est exigé:

- pour la prestation 172572-172583: numéro hôpital + 124 ou 125
- pour la prestation 172594-172605: numéro hôpital + 120

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/3/2016.

### 6.2 Rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales

Un nouveau numéro d'agrément "numéro hôpital + 163" est créé. Celui-ci doit être mentionné comme lieu de prestation pour les prestations 172491-172502 et 172513-172524.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/3/2016.

### 6.3 Ablation par radiofréquence d'un œsophage

Un nouveau numéro d'agrément "numéro hôpital + 164" est créé. Celui-ci doit être mentionné comme lieu de prestation pour les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/4/2016.

### 6.4 Correction ET 50 Z 43

Il n'existe pas de liste nominative pour la prestation 680175 – 680186. Aucun code d'identification ne doit, donc, être rempli dans la Z 43 (et pas de code notification dans la Z 55-56 non plus).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/8/2014.

## 7. Numéro unique appareil imagerie médicale.

La date d'entrée en vigueur de l'AR exécutant l'art. 64 §1er de la loi SSI concernant le lieu de prestation et l'utilisation d'appareillage médical lourd sera reportée au 1/6/2016.

La mention obligatoire du numéro unique de l'appareil (ET 52 Z 18) n'entrera, donc, en vigueur qu'au 1/6/2016 (et pas au 1/4/2016, comme mentionné dans la mise à jour 2013/20).

Pour les prestations effectuées jusqu'au 31/5/2016 inclus, l'ET 52 Z 18 doit obligatoirement être égal à zéro.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/6/2016.

## 8. Liste “prescripteur”

Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d’application
693910	693921	Pseudo-codes		1/3/2016
703496	703500	Pseudo-codes		1/3/2016
777114	777125	Pseudo-codes		1/3/2016

## 9. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d’application
172594	172605	Pseudo-codes		1/3/2016
172675	172686	Pseudo-codes		1/3/2016

Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d’application
211326	211326	22/2/2016	29/2/2016	1/4/2016
214126	214126	22/2/2016	29/2/2016	1/4/2016
703496	703500	Pseudo-codes		1/3/2016
777114	777125	Pseudo-codes		1/3/2016

## 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.

## **1. Procédure générale.**

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

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

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

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

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

### Principe de base :

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

### (☞3) Exceptions :

(☞ 22) Pour les médecins et dentistes (e-fac), un fichier de facturation au maximum est accepté par jour par numéro tiers payant (exception: l'OA300 accepte deux fichiers de facturation par jour par numéro tiers payant, un pour la mutualité 306 et un pour les autres mutualités).

Pour les hôpitaux, trois fichiers de facturation au plus sont acceptés par mois (par trimestre pour les hôpitaux psychiatriques), à savoir :

- un fichier pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés.
- un fichier supplémentaire de correction

Lorsqu'un groupe de dispensateurs de soins est actif dans l'établissement (conseil médical), celui-ci peut facturer séparément selon les modalités fixées dans le règlement du 28 juillet 2003. Par établissement hospitalier et par mois (par trimestre pour les hôpitaux psychiatriques), six fichiers de facturation peuvent au **MAXIMUM** être délivrés, à savoir :

- un fichier du gestionnaire de l'établissement pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier du gestionnaire de l'établissement pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés
- un fichier supplémentaire de correction du gestionnaire de l'établissement
- un fichier du groupe de dispensateurs de soins pour la facturation des prestations dispensées aux patients hospitalisés
- un fichier du groupe de dispensateurs de soins pour la facturation des prestations dispensées aux patients non hospitalisés
- un fichier supplémentaire de correction du groupe de dispensateurs de soins

Le fichier supplémentaire de correction doit être identifié par la valeur '030' dans l'ET 10 Z 13. Il ne peut contenir que des factures avec type de facturation (ET 20 Z 11) = 1, 3 ou 4 (réintroduction de facture, note de crédit ou facture de correction).

Dans des cas exceptionnels, il est aussi possible d'introduire une facturation supplémentaire (p.ex. clôture des cas problématiques à la fin de l'année). Cela doit être indiqué par la valeur '010' dans l'ET 10 Z 13.

**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**

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

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

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

	Mut. d'affiliation (Z7)	Mut. de destination (Z18)
(☞ 22)	OA100 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 Certaines conventions de rééducation : 100 Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier et laboratoires et médecins généralistes/dentistes (efac) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation) (*)
(☞ 1,16)	OA200 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
(☞ 22)	OA300 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : • Certaines conventions de rééducation : 300 • Mutualités wallonnes – ressources partagées (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 • E-fac médecins généralistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319 • E-fac dentistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 305 ou 315 (encore à déterminer)
(☞ 11)	OA400 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= 400 (**)
	OA500 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)

(\*) 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.

(☞ 12) Cette modification est valable pour les hôpitaux (710/720), les praticiens de l'art infirmier et les laboratoires. L'entrée des hôpitaux dans le projet REFAC s'est effectuée progressivement entre le 21/6/2010 et le 31/12/2010. L'entrée des praticiens de l'art infirmier dans REFAC a eu lieu le 01/02/2013 (date de réception de l'envoi). Les laboratoires de biologie clinique et d'anatomo-pathologie sont entrés à

(☞ 16) partir du 01/05/2014 (date de réception de l'envoi). Les médecins généralistes (eFact) à partir du 01/07/2015 (date de réception de l'envoi).

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.

(☞ 13) (\*\*) Les records de type 95 remplacent le bordereau papier qui accompagnait le support magnétique.

Ce bordereau papier reprend par mutualité de destination (Record 20 Zone 18) le montant facturé. En d'autres termes, si dans les records 20 zone 18, 1 seule mutualité apparaît (en l'occurrence 400), le bordereau papier ne reprend qu'un montant, pour la mutualité 400.

En toute logique le record 95 du message 920000 n'apparaît qu'une seule fois, et ce pour la mutualité 400.

## Aperçu des annexes

- Annexe 1** : Liste des adresses des centres de calcul auxquels les supports magnétiques doivent être envoyés.
- Annexe 1.1** : Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.
- Annexe 2 A** : Bordereau d'expédition pour supports magnétiques
- Annexe 2 B** : Etat pour la facturation dans le système du tiers payant, de prestations ne figurant pas sur une note d'hospitalisation.
- Annexe 3** : Dessin support magnétique.
- Annexe 4** : Etiquette externe.
- Annexe 5.1** : Description de la codification des erreurs.
- Annexe 5.2** : Lay-out de la liste des contrôles.
- Annexe 5.3** : Bande de décompte.
- Annexe 6** : Dessin d'enregistrement.
- Annexe 7** : Libellé des zones.
- Annexe 8** : Remplissage des différentes zones en fonction de l'identité de l'institution qui facture.
- Annexe 9** : Utilisation de la zone "intervention personnelle" et zone "supplément".
- Annexe 10** : Transferts les plus fréquents des nouveau-nés.
- Annexe 11** : Transmission des données de facturation par support magnétique ou électronique des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP.  
Application de l'art. 6, § 16, 3° du Règlement du 28/7/2003.
- Annexe 12** : Facturation sur support magnétique par les Maisons Médicales.
- Annexe 13** : Facturation sur support magnétique par les Maisons de Soins Psychiatriques.
- Annexe 14** : Règles d'arrondis pour les médicaments.
- Annexe 15** : Facturation de la nutrition parentérale au domicile du patient.
- Annexe 16** : Structure des numéros d'identification INAMI.
- Annexe 17** : Forfaitarisation des médicaments en hôpital.
- Annexe 18** : Facturation sur support magnétique par les MRPA/MRS/CSJ.
- Annexe 19** : Facturation à 100% dans le cadre du MAF.
- (☞ 6) **Annexe 20** : Facturation électronique par les médecins (e-fac).
- (☞ 8) **Annexe 21** : Facturation du transport urgent de malades.
- (☞ 14) **Annexe 22** : Règles d'arrondis pour les prestations exécutées par les stagiaires à 75%, prestations de chirurgie à 50% et aide opératoire à 10%.
- (☞ 22) **Annexe 23** : Facturation électronique par les dentistes (e-fac).

-	service pathologie cardiaque B	: 120
-	service pathologie cardiaque B1	: 121
-	service pathologie cardiaque B1 +B2	: 127
-	service pathologie cardiaque T	: 122
-	service pathologie cardiaque C	: 123
-	service pathologie cardiaque E + B 3	: 124
-	service pathologie cardiaque E sans B 3	: 125
-	service pathologie cardiaque P	: 126
-	premier accueil des urgences	: 130
-	soins urgents spécialisés	: 131
-	programme de soins de médecine de la reproduction A	: 140
-	programme de soins de médecine de la reproduction B	: 141
(☞ 22)	centre de chirurgie robot-assistée (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 150
-	centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3	: 151
-	centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B3	: 152
(☞ 22)	centre « moniteur cardiaque implantable » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 153
(☞ 9)	centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire»	: 154
-	centre d'expertise pour patients comateux	: 155
-	centre « tuteur coronaire et drug eluting stent »	: 156
(☞ 22)	centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 157
-	centre « neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif (TOC) »	: 158
-	centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches »	: 159
(☞ 5)	centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de mouvements anormaux »	: 160
(☞ 5)	centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de Parkinson et de tremblements essentiels) »	: 161
(☞ 9)	centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique»	: 162
(☞ 22)	centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales»	: 163
(☞ 22)	centre «ablation par radiofréquence d'un œsophage »	: 164

#### Agrément banque de matériel corporel humain :

-	pseudo-numéro d'agrément pour le matériel corporel humain étranger issu de l'UE	: 200
-	agrément valves cardiaques	: 210
-	agrément tissus ophtalmiques	: 211
-	agrément épiderme	: 212
-	agrément système locomoteur	: 213
-	agrément tissus tympano-ossiculaires	: 215
-	agrément vaisseaux sanguins	: 216
-	agrément autre matériel corporel humain destiné à des thérapies cellulaires	: 218
-	agrément kératinocytes	: 219
-	agrément membrane amniotique	: 220
-	agrément cellules souches hématopoïétiques	: 221
-	agrément cellules souches provenant de sang ombilical	: 222
-	agrément matériel corporel humain fœtal et/ou de l'appareil reproducteur	: 223

#### Agrément centres de dialyse :

-	centre d'hémodialyse chronique	: 561
-	centre d'hémodialyse chronique pédiatrique	: 562
-	centre de dialyse à domicile	: 563
-	centre de dialyse péritonéale ambulatoire	: 564
-	centre d'autodialyse collective	: 565 à 569

## 2. MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ

Dans ces cas, le code de compétence = 000.

3. MRPA, MRS

- 1<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> position (MRS – MRScoma)
  - Si pas MRS : 0
  - Si MRS : 1
  - Si MRS avec lits coma : 2
- 3<sup>ème</sup> position 0

(☞ 1) 4. Laboratoires

- agrément génétique humaine : 996
- agrément anatomopathologie : 997
- agrément biologie clinique : 998

5. Rééducation fonctionnelle

Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> 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

7. Services ambulanciers agréés

Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre sont toujours 000.

8. Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour

Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre sont toujours 000.

9. Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles

Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre sont toujours 000.

10. Poste de garde

(☞ 16) Les 9<sup>ème</sup> au 11<sup>ème</sup> chiffre sont toujours 000.

11. Numéros tiers payant – groupements de dispensateurs de soins

- médecine générale ou spécialisée, art dentaire : 100
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie : 110
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 101
- médecine générale ou spécialisée, art dentaire + kinésithérapie + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 111
- kinésithérapie : 010
- kinésithérapie + praticien de l'art infirmier, obstétrique : 011
- praticien de l'art infirmier, obstétrique : 001

<b>Enregistrement de type 51 (facultatif)</b>		
<b>Zone</b>	<b>Libellé</b>	<b>Commentaire concernant le contenu</b>
Z 1	Enregistrement de type 51	<i>Valeur constante 51</i>
Z 2	Numero d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
(7) Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	<i>= ET 50 Z 4</i>
Z 5	Date de prestation	<i>= ET 50 Z 5</i>
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 8a-8b</i>
Z 15	Identification du dispensateur	<i>= ET 50 Z 15</i>
Z 19	Signe + montant intervention de l'assurance	<i>= ET 50 Z 19</i>
Z 27	Code titulaire 1 + 2	<i>= ET 20 Z 27</i>
Z 42-45	Données de référence réseau	<i>Obligation de compléter</i>
Z 55	Date communication information	<i>Obligation de compléter</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

Enregistrement de type 52 (facultatif)		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
1	Enregistrement de type 52	<i>Valeur constante 52</i>
2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
4	(Pseudo-)code nomenclature	<i>= ET 50 Z 4</i>
5	Date de prestation	<i>= ET 50 Z 5</i>
6 a	Date de lecture document identité	<i>Obligation de compléter</i>
6 b		
8 a	Identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 8a-8b</i>
8 b		
9	Type de saisie document identité	<i>Obligation de compléter</i>
10	Type de support document identité	<i>Obligation de compléter</i>
12	Heure de lecture document identité	<i>Obligation de compléter</i>
13		
15	Identification dispensateur	<i>= ET 50 Z 15</i>
16	Numéro de série du support	<i>Obligation de compléter lorsque Z 10 = 1, 2, 3, 4, 5 ou 6</i>
17	Numéro document justificatif	<i>Obligation de compléter</i>
18	N° unique appareil imagerie médicale	<i>Toujours 0</i>
99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

<b>Enregistrement de type 80</b>		
<b>Zone</b>	<b>Libellé</b>	<b>Commentaire concernant le contenu</b>
Z 1	Enregistrement de type 80	<i>Valeur constante 80</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 4	Heure d'admission	<i>Toujours 0</i>
Z 5	Date d'admission	<i>Toujours 0</i>
Z 6a-6b	Date de sortie	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	<i>= ET 20 Z 7</i>
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 8a-8b</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 9</i>
Z 10	Type de facture	<i>= ET 20 Z 10</i>
Z 13	Service 721 bis	<i>= ET 20 Z 13</i>
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	<i>= ET 20 Z 14</i>
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 17	Causes du traitement	<i>= ET 20 Z 17</i>
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	<i>= ET 20 Z 18</i>
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	<i>Montant total de l'intervention pour le patient concerné</i>
Z 20-21	Date de la facture	<i>Toujours 0</i>
Z 22	Heure de sortie	<i>Toujours 0</i>
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	<i>= ET 20 Z 24-25</i>
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	<i>Intervention personnelle totale pour le patient concerné</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>= ET 20 Z 28</i>
Z 30-31	Signe + montant supplément	<i>Supplément total pour le patient concerné</i>
Z 32	Flag identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 32</i>
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de la facture	<i>Obligation de compléter</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

<b>Enregistrement de type 90</b>		
<b>Zone</b>	<b>Libellé</b>	<b>Commentaire concernant le contenu</b>
Z 1	Enregistrement de type 90	<i>Valeur constante 90</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro de l'envoi	<i>= ET 10 Z 7</i>
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>= ET 10 Z 14</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	<i>Montant total de l'intervention pour tous les patients</i>
Z 22	Année facturée	<i>= ET 10 Z 22</i>
Z 23	Mois facturé	<i>= ET 10 Z 23</i>
(7) Z 27	Numéro BCE	<i>= ET 10 Z 27</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>= ET 10 Z 28</i>
Z 31-34	BIC – compte financier A	<i>= ET 10 Z 31-34</i>
Z 36-41	IBAN – compte financier A	<i>= ET 10 Z 36-41</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	<i>Obligation de compléter</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

**FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES DENTISTES (e-fac)**

<b>Enregistrement de type 10</b>		
<b>Zone</b>	<b>Libellé</b>	<b>Commentaire concernant le contenu</b>
Z 1	Enregistrement de type 10	<i>Valeur constante 10</i>
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	<i>Valeur constante 0 (un seul numéro de compte autorisé)</i>
Z 4	Version du fichier	<i>Valeur constante : 0001999 Pour les tests : 9991999</i>
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro d'envoi	<i>Obligation de compléter</i>
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 9	Code "suppression facture papier"	<i>Toujours 0</i>
Z 10	Code fichier de décompte	<i>Valeur 0</i>
Z 13	Contenu facturation	<i>Toujours valeur "040"</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro INAMI du tiers facturant</i>
Z 15	Numéro d'accréditation CIN	<i>Toujours 0</i>
Z 22	Année facturée	<i>Obligation de compléter</i>
Z 23	Mois facturé	<i>Obligation de compléter</i>
Z 25-26	Date de création	<i>Obligation de compléter</i>
Z 27	Numéro BCE	<i>Obligation de compléter</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>Facultatif</i>
Z 31-34	BIC – Compte financier A	<i>Obligation de compléter</i>
Z 36-41	IBAN – Compte financier A	<i>Obligation de compléter</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 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

Enregistrement de type 20		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 20	Valeur constante 20
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	Obligation de compléter
Z 3	Autorisation tiers payant	0 ou 1
Z 4	Heure d'admission	Toujours 0
Z 5	Date d'admission	Toujours 0
Z 6a-6b	Date de sortie	Toujours 0
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	Obligation de compléter
Z 8a-8b	Identification du bénéficiaire	Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés
Z 9	Sexe bénéficiaire	Obligation de compléter
Z 10	Type de facture	3 (patient ambulante) ou 1 (patient hospitalisé)
Z 11	Type de facturation	Valeur normale= 0 ; Peut éventuellement aussi être 1, 3 ou 4
Z 13	Service 721 bis	000 (si Z 10 = 3) ou 002 (si Z 10 = 1)
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	Numéro INAMI du tiers facturant (= ET 10 Z 14)
Z 15	Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)	0 (si Z 10 = 3) ou numéro d'identification de l'établissement (si Z 10 = 1)
Z 16	Code levée délai de prescription	0 ou 1
Z 17	Causes du traitement	Obligation de compléter
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	Obligation de compléter
Z 19	Numéro d'admission	Toujours 0
Z 20-21	Date de l'accord traitement de rééducation	Toujours 0
Z 22	Heure de sortie	Toujours 0
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	Propre numéro de suite structuré (pas le numéro de l'attestation de soins)
Z 26	Application franchise sociale	Toujours 0
Z 27	Code titulaire 1 + 2	Obligation de compléter
Z 28	Référence de l'établissement	Facultatif
Z 29-31	Numéro de la facture précédente	Seulement si Z 11 ≠ 0
Z 32	Flag identification bénéficiaire	Toujours 1, sauf en cas de convention internationale ou nouveaux-nés
Z 34-36	Numéro de l'envoi précédent	Seulement si Z 11 ≠ 0
Z 37	Numéro de la mutualité de la facturation précédente	Seulement si Z 11 ≠ 0
Z 38-39	Référence mutualité numéro de compte financier A	Seulement si Z 11 = 1, sinon des blancs
Z 41	Année et mois précédemment facturés	Seulement si Z 11 ≠ 0
Z 42-45	Données de référence réseau	Toujours 0
Z 47	Date de facturation	Facultatif
Z 49-51	Référence mutualité numéro de compte financier B	Toujours remplies par des blancs
Z 53	Date début période assurabilité	Toujours 0
Z 54a-54b	Date fin période assurabilité	Toujours 0
Z 55	Date communication information	Toujours 0
Z 56	MAF année en cours	Toujours 0
Z 57	MAF année en cours -1	Toujours 0
Z 58	MAF année en cours -2	Toujours 0
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

Enregistrement de type 50		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 50	Valeur constante 50
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	Obligation de compléter
Z 3	Norme prestation	Valeur 0 ou 5 (valeur 5 uniquement possible pour les prestations de l'art.14, l))
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	Obligation de compléter
Z 5	Date de première prestation effectuée	Date de prestation
Z 6a-6b	Date de dernière prestation effectuée	Date de prestation (=ET 50 Z 5)
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	Obligation de compléter
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	Idem ET 20 Z 8a-8b
Z 9	Sexe bénéficiaire	Idem ET 20 Z 9
Z 10	Accouchement	Toujours 0
Z 11	Référence n° de compte financier	Toujours 0
Z 12	Nuit, week-end, jour férié	Valeur 0, 1, 2 ou 3
Z 13	Code service	990 (si ET 20 Z 10 = 3) ou 002 (si ET 20 Z 10 = 1)
Z 14	Lieu de prestation	Normalement 0, mais le numéro d'identification d'un établissement (hôpital, ...) est également possible (voir description de la zone)
Z 15	Identification du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur
Z 16	Norme dispensateur	Toujours 1
Z 17-18	Prestation relative	Voir liste « prestation relative »
Z 19	Intervention de l'assurance	Montant de l'intervention
Z 20-21	Date prescription	Obligation de compléter si Z 24-25 ≠ 0
Z 22	Nombre d'unités	Toujours 1
Z 23	Nombre de coupes	Toujours 0
Z 24-25	Identification prescripteur	Normalement 0, <u>sauf</u> pour les radiographies reprises sur la liste « prescripteur » pour lesquelles prescripteur ≠ prestataire
Z 26	Norme prescripteur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• radiographies reprises sur la liste « prescripteur » : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1(ou9) lorsque prescripteur ≠ prestataire</li> <li>○ 3 lorsque prescripteur = prestataire</li> </ul> </li> <li>• Autres prestations : 0</li> </ul>
Z 27	Intervention personnelle patient	Interv. personnelle réglementaire portée en compte
Z 28	Référence établissement	Facultatif
Z 29	Dent traitée	A compléter en fonction de la nomenclature : voir tarifs INAMI : prestations indiquées avec « NR/N° »
Z 30-31	Supplément	Montant qui est éventuellement facturé au patient en plus de l'intervention personnelle réglementaire. Dans le cas des ancrages mécaniques lors de soins conservateurs: montant total porté en compte.
Z 32	Exception tiers-payant	Valeur 0, 1, 3, 5, 6, 7, 8 ou P
Z 33	Code fact. interv. pers. ou suppl.	Valeur 0, 1 ou 2
Z 34	Membre traité	Toujours 0
Z 35	Prestataire conventionné	Valeur 1, 2 ou 9
Z 36-37	Heure de prestation	Toujours 0
Z 38	Identification administrateur du sang	Toujours 0
Z 39-40	Numéro attestation d'administration	Toujours 0
Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac	Toujours 0
Z 43	Code implant	Toujours 0
Z 44-45	Libellé du produit	Toujours des blancs
Z 46	Norme plafond	Toujours 0
Z 47	Date accord prestation	Toujours 0
Z 48	Transplantation	Toujours 0
Z 49	Identification dispensateur auxiliaire	Toujours 0
Z 51	Site hospitalier	Toujours 0
Z 52	Ident. association bassin de soins	Toujours 0
Z 53-54a	Numéro de course	Toujours 0
Z 55-56	Code de notification implant	Toujours 0
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistr.	Obligation de compléter

<b>Enregistrement de type 51 (facultatif)</b>		
<b>Zone</b>	<b>Libellé</b>	<b>Commentaire concernant le contenu</b>
Z 1	Enregistrement de type 51	<i>Valeur constante 51</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	<i>= ET 50 Z 4</i>
Z 5	Date de prestation	<i>= ET 50 Z 5</i>
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 8a-8b</i>
Z 15	Identification du dispensateur	<i>= ET 50 Z 15</i>
Z 19	Signe + montant intervention de l'assurance	<i>= ET 50 Z 19</i>
Z 27	Code titulaire 1 + 2	<i>= ET 20 Z 27</i>
Z 42-45	Données de référence réseau	<i>Obligation de compléter</i>
Z 55	Date communication information	<i>Obligation de compléter</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

Enregistrement de type 52 (facultatif)		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
1	Enregistrement de type 52	<i>Valeur constante 52</i>
2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
4	(Pseudo-)code nomenclature	<i>= ET 50 Z 4</i>
5	Date de prestation	<i>= ET 50 Z 5</i>
6 a	Date de lecture document identité	<i>Obligation de compléter</i>
6 b		
8 a	Identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 8a-8b</i>
8 b		
9	Type de saisie document identité	<i>Obligation de compléter</i>
10	Type de support document identité	<i>Obligation de compléter</i>
12	Heure de lecture document identité	<i>Obligation de compléter</i>
13		
15	Identification dispensateur	<i>= ET 50 Z 15</i>
16	Numéro de série du support	<i>Obligation de compléter lorsque Z 10 = 1, 2, 3, 4, 5 ou 6</i>
17	Numéro document justificatif	<i>Obligation de compléter</i>
18	N° unique appareil imagerie médicale	<i>Toujours 0</i>
99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

<b>Enregistrement de type 80</b>		
<b>Zone</b>	<b>Libellé</b>	<b>Commentaire concernant le contenu</b>
Z 1	Enregistrement de type 80	<i>Valeur constante 80</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 4	Heure d'admission	<i>Toujours 0</i>
Z 5	Date d'admission	<i>Toujours 0</i>
Z 6a-6b	Date de sortie	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	<i>= ET 20 Z 7</i>
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 8a-8b</i>
Z 9	Sexe bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 9</i>
Z 10	Type de facture	<i>= ET 20 Z 10</i>
Z 13	Service 721 bis	<i>= ET 20 Z 13</i>
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	<i>= ET 20 Z 14</i>
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 17	Causes du traitement	<i>= ET 20 Z 17</i>
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	<i>= ET 20 Z 18</i>
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	<i>Montant total de l'intervention pour le patient concerné</i>
Z 20-21	Date de la facture	<i>Toujours 0</i>
Z 22	Heure de sortie	<i>Toujours 0</i>
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	<i>= ET 20 Z 24-25</i>
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	<i>Intervention personnelle totale pour le patient concerné</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>= ET 20 Z 28</i>
Z 30-31	Signe + montant supplément	<i>Supplément total pour le patient concerné</i>
Z 32	Flag identification bénéficiaire	<i>= ET 20 Z 32</i>
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 98	Chiffres de contrôle de la facture	<i>Obligation de compléter</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

<b>Enregistrement de type 90</b>		
<b>Zone</b>	<b>Libellé</b>	<b>Commentaire concernant le contenu</b>
Z 1	Enregistrement de type 90	<i>Valeur constante 90</i>
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	<i>Toujours 0</i>
Z 7	Numéro de l'envoi	<i>= ET 10 Z 7</i>
Z 8a	Numéro de compte financier B	<i>Toujours 0</i>
Z 14	Numéro tiers payant	<i>= ET 10 Z 14</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	<i>Montant total de l'intervention pour tous les patients</i>
Z 22	Année facturée	<i>= ET 10 Z 22</i>
Z 23	Mois facturé	<i>= ET 10 Z 23</i>
Z 27	Numéro BCE	<i>= ET 10 Z 27</i>
Z 28	Référence de l'établissement	<i>= ET 10 Z 28</i>
Z 31-34	BIC – compte financier A	<i>= ET 10 Z 31-34</i>
Z 36-41	IBAN – compte financier A	<i>= ET 10 Z 36-41</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	<i>Obligation de compléter</i>
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

**RUBRIQUE : TYPE DE FACTURATION****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51**

Cette zone contient une indication concernant le genre de facturation.

Si cette zone contient une valeur différente de 0, les zones 29 à 41 de l'enregistrement de type 20 doivent être complétées par des données relatives à la facture précédente.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Facture originale
1	Réintroduction d'une facture rejetée ou partiellement rejetée ou créditée
2	Facture complémentaire
3	Note de crédit (valeur -)
4	Facture de correction en accord avec la mutualité (valeur + et -)
(☞ 20) 5	Facture de correction (valeurs - et +) pour forfaits infirmiers suite à déclassement après visite médecin conseil

Une facture originale est une facture qui reprend un séjour ou une période de soins déterminé(e).

Une période de séjour ou de soins peut être répartie sur 2 ou plusieurs factures originales partielles.

Une facture partielle originale ou complémentaire peut contenir des montants négatifs.

Une facture complémentaire est une facture avec des prestations ou d'autres frais se rapportant à un séjour ou à une période de soins antérieurement facturé(e).

Une note de crédit et une facture de correction sont introduites sur l'initiative de l'établissement ou du prestataire qui facture et annulent ou corrigent une facture précédemment introduite.

Voir également le point c de l'annexe 7 suite 1 (dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones).

Dans le cadre d'une première facturation et s'il s'agit d'un patient qui est hospitalisé dans un autre établissement, la valeur "0" (et non la valeur "2") doit être utilisée dans cette zone.

S'il s'agit d'une réintroduction d'une facture rejetée par un autre organisme assureur, la facture est alors considérée comme facture originale.

(☞ 22) Précisions relatives au type de facturation « 5 » :

- Vu qu'une journée de soins est considérée comme "bloc", tous les enregistrements des journées de soins à régulariser doivent être mis en négatif et en positif, pas seulement les enregistrements avec les forfaits et les enregistrements statistiques s'y rapportant.
- Ordre des enregistrements dans la facture de correction: de préférence alternant (càd enregistrements négatifs journée 1, enregistrements positifs journée 1, enregistrements négatifs journée 2, enregistrements positifs journée 2, etc...). En tout cas, l'enregistrement négatif doit toujours précéder l'enregistrement positif s'y rapportant.

## ENREGISTREMENT DE TYPE 20 ZONE 11 SUITE 1

- C'est le montant payé (comme mentionné dans le fichier de décompte 920900) qui doit être mis en négatif. Ce montant n'est pas nécessairement égal au montant demandé.
- Ce type de facturation est seulement utilisé dans le cadre d'un déclassement par le médecin conseil. Pour les éventuelles autres corrections sur initiative du praticien de l'art infirmier, une note de crédit (type de facturation 3), suivie d'une facture de réintroduction (type de facturation 1), est utilisée. La note de crédit et la facture de réintroduction peuvent se trouver sur le même fichier de facturation, pour autant que la note de crédit précède la facture de réintroduction.

### Exemples :

- Sur une facture originale E.T. 20 Z 11 = 0, avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 1, apparaissent des prestations de rééducation qui auraient dû être introduites par une facture séparée avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 5. La mutualité rejette les prestations de rééducation lors de la correction manuelle.  
Le type de facturation qui doit être mentionné lors de la réintroduction est E.T. 20 Z 11 = 1.
- Sur une facture originale E.T. 20 Z 11 = 0, apparaissent des prestations qui sont rejetées par la mutualité lors d'une correction manuelle (ex. à cause d'une attestation non annexée ou d'un prix erroné, ...).  
Si les prestations sont à nouveau introduites par support magnétique, l'institution doit mentionner comme type de facturation E.T. 20 Z 11 = 1.
- A cause d'un manque d'information, l'institution facture les prestations d'un patient hospitalisé dans une autre institution avec le type de facture E.T. 20 Z 10 = 3 et l'E.T. 20 Z 11 = 0. Cette facture est rejetée par la mutualité.  
Lors de réintroduction sur support magnétique, l'E.T. 20 Z 10 = 1 et l'E.T. 20 Z 11 = 1.
- Une intervention chirurgicale est mentionnée sur la facture et donne lieu à un forfait prophylactique Z. Sur une facture partielle suivante ou sur une facture complémentaire, il est mentionné, le même jour, une deuxième intervention chirurgicale qui donne lieu à un forfait prophylactique A1. Dès lors, sur cette facture partielle ou sur la facture complémentaire, le forfait prophylactique Z est facturé en négatif et le nouveau forfait prophylactique A1 est porté en compte. Le type de facture utilisé est, dans ce cas, 0 ou 2, car il ne s'agit pas ici d'une facture de correction mais d'une correction sur une facture partielle originale ou facture complémentaire.

Si, lors de la réintroduction de prestations rejetées, une modification a été apportée aux instructions entre le moment de l'introduction originale et celui de la réintroduction, la formulation de la date d'application de la modification est déterminante pour les règles à suivre lors de la réintroduction :

Si la date d'application était liée à une date de prestation, la réintroduction s'effectue selon les règles en vigueur lors de l'introduction originale;

Si la date d'application était liée à une date de facturation, la réintroduction s'effectue conformément à la réglementation modifiée.

**RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85**

(☞ 12,16) (☞ 22)	OA100	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100</li> <li>• Certaines conventions de rééducation : 100</li> <li>• Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier et laboratoires et médecins généralistes/dentistes (e-fac) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation)</li> </ul>
	OA200	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
(☞ 1,16)  (☞ 22)	OA300	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certaines conventions de rééducation : 300</li> <li>• Mutualités wallonnes – ressources partagées (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317</li> <li>• E-fac médecins généralistes – pour les mutualités wallones (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319</li> <li>• E-fac dentistes – pour les mutualités wallones (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 305 ou 315 (<i>encore à déterminer</i>)</li> </ul>
(☞ 11)	OA400	= 400
	OA500	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900	= mutualité d'affiliation (Z7)

---

**RUBRIQUE : NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115**

---

La possibilité de facturation globale est supprimée, c.-à-d. que dorénavant, une facture individuelle doit être établie par patient.

Sur support magnétique, un enregistrement de type 20 et un enregistrement de type 80 doivent être établis par patient; les enregistrements de prestations intermédiaires (de type 30, 40 et/ou 50) ne se rapportent qu'au même patient.

Dans le circuit papier, une facture individuelle correspond soit à

- une facture individuelle de la note d'hospitalisation;
- une ou plusieurs attestation(s) de soins qui se rapportent au même patient.
- une note de frais individuelle (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/ MRS/CSJ)

Dans cette zone, les factures individuelles sont numérotées.

Ce numéro doit également être mentionné soit sur

- la facture récapitulative de la note d'hospitalisation;
- l'état récapitulatif de l'annexe 2 B si des attestations de soins sont utilisées.
- la note de frais récapitulative (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/ MRS/CSJ)

Ce qui signifie que sur la facture papier récapitulative (note d'hospitalisation) ou sur l'état récapitulatif (annexe 2 B) ou sur la note de frais récapitulative, 1 ligne par patient doit être imprimée avec indication des données d'identification du patient et la somme des montants des prestations individuelles à charge des OA (voir enregistrement de type 80) et s'il s'agit d'une note d'hospitalisation, également les montants à charge du patient.

Pour compléter correctement cette zone, le lay-out de la facture récapitulative de la note d'hospitalisation ou de l'état récapitulatif de l'annexe 2 B ou de la note de frais récapitulative doit être suivi.

Le numéro doit être unique et différent de zéro.

Pour les établissements hospitaliers, le numéro est unique par année de facturation et différent de zéro (à l'exception de la remarque). La numérotation peut, donc, recommencer au début d'une nouvelle année facturée.

Le numéro d'une attestation de soins peut être utilisé comme numéro de facture (en supprimant les signes non numériques), mais ce dernier peut également être un numéro structuré par l'établissement. Dans ce dernier cas, ce numéro doit également être repris sur l'ensemble des attestations concernées.

(☞22) En cas de facturation par des (groupements de) médecins ou dentistes (« e-fac »), un numéro structuré propre doit être utilisé (pas le numéro de l'attestation de soins donnés).

Remarque : En cas de facturation de médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., le numéro de la facture doit être communiqué pour autant qu'une facture individuelle par patient ait été établie; sinon, cette zone est égale à zéro.

**Pseudo-code nomenclature**

<b>Libellé</b>	<b>Pseudo-code nomenclature</b>	
	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
● Endoprothèse fenêtrée et/ou multibranche	0703415	0703426
● Moniteur cardiaque implantable et accessoires	0693910 (***)	0693921 (***)
(☞ 3) ● Stent valvulaire percutané implantable dans la position pulmonaire		
- Stent valvulaire percutané implantable avec système de placement placé dans le outflow tract du ventricule droit	0704616	0704620
- Ensemble du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable placé dans le outflow tract du ventricule droit, le stent valvulaire percutané implantable avec système de placement non compris	0704631	0704642
- Ensemble du matériel pour le placement d'un stent valvulaire percutané implantable dans le outflow tract du ventricule droit, le stent valvulaire percutané implantable avec système de placement non compris dans le cas où il y a eu une pré-dilatation et/ou pré-stenting et qu'il n'y a pas eu de redilatation et/ou restenting pendant la procédure, pendant laquelle un stent valvulaire percutané implantable est placé dans le outflow tract du ventricule droit	0704653	0704664
(☞ 9) ● Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique (12.000 €)	0680153	0680164
Accessoires d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique (3.000 €)	0680175	0680186
Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique, y compris les accessoires (3.082,31 €)	0680993	0681004
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 (*)
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 (***)
Sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire	0703496 (***)	0703500 (***)
(☞ 8) c) Marge de délivrance des implants (cette marge doit être facturée au même moment que les prestations correspondantes)		
● <u>Implants et dispositifs médicaux invasifs jusqu'au 30/6/2014 inclus</u>		
- pour les prestations de l'art. 28, § 1er	0618715	0618726
- pour les prestations des catégories 1, 2 et 5 de l'art. 35	0685812	0685823
- pour les prestations des catégories 3 et 4 de l'art. 35	0685834	0685845
- pour les prestations de l'article 35bis, catégories 1, 2 et 3	0685856	0685860
- pour les prothèses de la parole	0785352 (**)	0785363 (**)
● <u>Implants et dispositifs médicaux invasifs à partir du 1/7/2014</u>		
- implants et dispositifs médicaux invasifs de la "liste"	0619673	0619684
- art. 35 catégorie 5	0685812	0685823
- art. 35bis catégorie 3	0685856	0685860
- pour les prothèses de la parole	0785352 (**)	0785363 (**)
● <u>Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes à partir du 1/1/2014</u>		
- défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable dans l'enveloppe	0680374	0680385
- électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable	0680190	0680201
(☞ 11) - défibrillateur cardiaque implantable (de remplacement) après liquidation totale de l'enveloppe ou lors d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe ou sous garantie	0704933	0704944
(☞ 11) - électrode pour défibrillateur cardiaque (de remplacement) implantable après liquidation totale de l'enveloppe ou lors d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe	0704955	0704966
(☞ 20) (*) Supprimé à partir du 1/8/2015.		
(**) La marge de délivrance est à charge de l'assurance maladie obligatoire (voir Convention avec les fournisseurs d'implants). Le montant doit donc être mentionné dans <u>la zone 19</u> .		
(☞ 22) (***) Supprimé à partir du 1/3/2016.		

**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

(☞22) Implants et autres produits

0960234	0960245	Implants non remboursables avec obligation de notification
0960536	0960540	Implants non remboursables sans obligation de notification

## (☞22) 0961236 0961240 Produits radiopharmaceutiques non remboursables

Frais divers dans les hôpitaux ou MSP

0960492	0960503	Confort de chambre
0960190	0960201	Frais personne accompagnante
0960411	0960422	Nourriture et boissons
0960433	0960444	Produits d'hygiène sans code APB
0960455	0960466	Autres produits/services fournis à la demande du patient
0960470	0960481	Frais d'ambulance

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

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
0960956	Frais médecin ( <i>mention facultative</i> )
0960971	Frais kiné ( <i>mention facultative</i> )
0960993	Frais labo ( <i>mention facultative</i> )
0960094	Frais policlinique ( <i>mention facultative</i> )
0961111	Ristourne convention art.10bis SEP ( <i>montant en négatif</i> )
0961133	Ristourne convention art.10bis SLA ( <i>montant en négatif</i> )
0961155	Ristourne convention art.10bis Huntington ( <i>montant en négatif</i> )

Accidents de travail conventions internationales :

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

## A. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, en cas de forfait (1) pour soins.

E.T.	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ZONE	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
1	TYPE D'ENREGISTREMENT	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
3	NORME	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
4	(PSEUDO)-NOMENCLATURE	0426635	pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art 8, §5bis, 5° d)	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1)
5	DATE DEBUT	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1	jour 1
15	PRESTATAIRE	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX (3)	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX
17-18	PRESTATION RELATIVE	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1')	forfait (1) ou pseudo-code annexe 85 du Règlement (2')	0426613(2) ou pseudo-code annexe 85 du Règlement (2')	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2')	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2')	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2')	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2')	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2')	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2')	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2')
19	MONTANT O.A.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20-21	DATE PRESCRIPTION	0	si exigé	si exigé	date (6)	date (6)	exigé (7)	exigé (7)	exigé (7)	exigé (7)	exigé (7)	exigé (7)	exigé (7)
22-23	NOMBRE	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24-25	PRESCRIPTEUR	0	si exigé	si exigé	si exigé	si exigé	exigé (8)	exigé (8)	exigé (8)	exigé (8)	exigé (8)	exigé (8)	exigé (8)
27	QUOTE-PART PERSONNELLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(1) par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire A, B, C, PA, PB, PC ou PP.

(1') par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire PA, PB, PC ou PP.

(2) possible, pas nécessaire.

(2') seulement pour les prestations de l'art. 8, §1, 3°

(3) le même que dans l'enregistrement (statistique) 1<sup>er</sup> prestation de base, sauf si le prestataire de la 1<sup>ère</sup> prestation de base ne dispose pas de la qualification nécessaire pour attester le forfait.

(4) l'ordre des prestations effectuées pendant la journée doit être respecté.

(5) ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que des prestations de base ont été effectuées durant le jour de soins concerné. Chaque enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un nombre d'enregistrements comportant une prestation technique/des soins palliatifs effectués durant la prestation de base concernée. Des lors, plusieurs blocs prestations peuvent se suivre : lbase, soins techniques, soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP) ; [base, soins techniques, soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP)] ; ...

(6) pour les forfaits A, B, C, PA, PB et PC : date demande forfait ; pour le forfait PP : date modèle 90 (notification soins palliatifs)

(7) excepté pour codes 0424395, 0424690, 0424852, 0427991 et 0429015 et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

(8) excepté pour codes 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

(9) ces enregistrements statistiques doivent, le cas échéant, être mentionnés lorsqu'un enregistrement de facturation avec la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 suit.

2ème possibilité : Traitement des autres cas.**Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs**Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	toujours 0
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

**Soins palliatifs – honoraire supplémentaire PN**Manière de compléter les zones

(☞ 9) dispensateur	:	premier praticien de l'art infirmier qui dispose de la qualification nécessaire pour l'attestation de l'honoraire
plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
prestation relative	:	toujours 0
date prescription	:	date modèle 90 ou message MyCarenet 420000 (notification soins palliatifs)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

(\*) *La norme 9 doit seulement être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents.*

**Prestation de base** (1ère, 2ème ou 3ème etc.).

Ne provient pas d'une prescription déterminée ni d'un prescripteur déterminé, puisqu'elle représente une visite à domicile comprenant 1 ou plusieurs prestations techniques ou techniques spécifiques provenant d'une ou plusieurs prescriptions et éventuellement de plusieurs ou même d'aucun prescripteur.

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞21,22) prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
date prescription	:	toujours 0
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

**Prestation technique.**

Deux cas sont possibles :

- \* la prestation appartient au groupe 1 (soins d'hygiène).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 21,22) prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
(☞ 7) date prescription	:	date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de toilette)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

- \* la prestation appartient au groupe 2 jusqu'au 6 inclus (prescription médicale exigée).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 21,22) prestation relative	:	dans l'ordre d'importance suivant: code PN (si facturé) ou pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9)Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 7) prestation relative	:	0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

**Prestation technique spécifique.**

- (☞ 7) Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques), 0429015 (consultation infirmière), 0424874 et 0424896 (préparation hebdomadaire de médicaments) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.
- (☞ 7) Les codes 0424395/690/852, 0427991, 0424874, 0424896 et 0429015 sont également repris dans cette rubrique, étant donné qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

**Manière de compléter les zones**

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
(☞ 21,22) prestation relative	:	pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3°) ou 0 (dans les autres cas)
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

- (\*) *La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents (dans le cas de la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251).*
- (☞ 7)

---

**RUBRIQUE : NUIT, WEEK-END, JOUR FERIE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 52**

---

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

Dans le cas des prestations de biologie clinique, la mention est facultative.

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

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 3

- 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 ;
- (☞ 20) - s'il s'agit des conventions art. 56 (0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936)
- 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 ;
  - s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
  
- (☞ 13) \* En cas de facturation du stimulateur du nerf vague (jusqu'au 30/11/2014 inclus : 684810-0684821, 684832-0684843 ; à partir du 1/12/2014 : 170892 à 171080 inclus) et des électrodes pour localisation préopératoire des cibles en cas de
- (☞ 10) l'épilepsie réfractaire (jusqu'au 30/6/2014 inclus : 698714 à 698865 inclus ; à partir du 1/7/2014: 152773 à 152924
- (☞ 14) inclus) et des neurostimulateurs DBS en cas d'épilepsie réfractaire (171496 à 171824 inclus), le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire doit être mentionné dans cette zone.
  
- (☞ 22) \* 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 (jusqu'au 29/2/2016).
  
- \* Endoprothèses (aussi bien le matériel 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
  
- (☞ 22) \* 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 (jusqu'au 29/2/2016).
  
- (☞ 3) \* En cas de facturation de la prestation 704616-704620, 704631-704642 ou 704653-704664, le numéro d'agrément du centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire » (numéro de l'hôpital + 154) doit être mentionné dans cette zone.
  
- (☞ 9) \* En cas de facturation de la prestation 680153-680164, 680175-680186 ou 680993-681004, le numéro d'agrément du centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique » (numéro de l'hôpital + 162) doit être mentionné dans cette zone.
  
- (☞ 8) \* En cas de facturation des prestations 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886 de l'art. 35 et 687890-687901, 687912-687923 de l'art.35bis (à partir du 1/7/2014: prestations 158992-159003, 159014-159025,
- (☞ 16) 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660 de l'AR du 25/6/2014), le numéro d'agrément du centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » (numéro de l'hôpital + 156) doit être mentionné dans cette zone.
  
- (☞ 22) \* En cas de facturation de la prestation 703496-703500, le numéro d'agrément du centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (numéro de l'hôpital + 157) doit être mentionné dans cette zone (jusqu'au 29/2/2016).
  
- \* En cas de facturation des prestations 697933 à 697966 et 703511 à 703625 , le numéro d'agrément du centre« neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif (TOC) » (numéro de l'hôpital + 158) doit être mentionné dans cette zone.
  
- (\*) 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, pas pour l'acte médical (art.14).

- \* En cas de facturation de la prestation 703415-703426 , le numéro d'agrément du centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (numéro de l'hôpital + 159) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 5) \* En cas de facturation des prestations 702914 à 703006 et 703371 à 703404 , le numéro d'agrément du centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de mouvements anormaux » (numéro de l'hôpital + 160) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 8) \* En cas de facturation des prestations 716516 à 716844 (à partir du 1/7/2014 : 151454 à 151981 inclus), le numéro d'agrément du centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de Parkinson et de tremblements essentiels » (numéro de l'hôpital + 161) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 22) \* En cas de facturation des prestations 172491-172502 et 172513-172524, le numéro d'agrément du centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales » (numéro de l'hôpital + 163) doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 22) \* En cas de facturation des prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664, le numéro d'agrément du centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage » (numéro de l'hôpital + 164) 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. Cette règle ne s'applique pas aux tuteurs coronaires et drug eluting stents 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886, 687890-687901 (à partir du 1/7/2014: 159014-159025, 159036-159040, 158992-159003). Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au n° hôp +156, tandis que lieu de prestation de la prestation de base (589013-589024 ou 589035-589046) est égal au n° hôp + 120.
- (☞ 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 du montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (pseudo-code 793575), le numéro d'identification du service ambulancier agréé ou, dans le cas d'une intervention du SMUR, le numéro de l'hôpital qui facture, doit être mentionné dans cette zone.
- \* S'il s'agit du transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), le numéro d'identification du service ambulancier agréé doit alors être mentionné dans cette zone.
- \* S'il s'agit de prestations de fécondation in vitro (zone 4 = 0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860), le numéro d'identification du laboratoire de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone.  
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.
- \* S'il s'agit des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.
- \* 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

## ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 5

- \* Pour la facturation de la prestation 477606, le numéro d'identification du centre d'expertise pour patients comateux (numéro de l'hôpital + 155) doit être mentionné dans cette zone.
- \* S'il s'agit de prestations de l'article 9 de la nomenclature (accouchements) exécutées en milieu hospitalier, le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée doit alors être mentionné dans cette zone.
- \* 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 : NORME DISPENSATEUR****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 80**

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas de dispensateur communiqué dans la zone 15.
1	Prestation ou série de prestations pouvant être affectées au dispensateur unique qui l'a effectuée.
(☞ 1, 17) 2 *	Prestation ou série de prestations attestée par un infirmier, mais effectuée par un aide soignant ou dans le cadre d'e-fact prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire en médecine générale
3	Prestation de physiothérapie (art. 22) (partiellement) effectuée par un (ou plusieurs) kinésithérapeute(s) sous la surveillance d'un médecin spécialiste qui a attesté la prestation.
(☞ 6) 4 **	Lettre « G » sur l'attestation de soins (médecin a accès aux données du DMG mais n'est pas le gestionnaire de celui-ci).
(☞ 17, 22) 5 *	Prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire en médecine générale (seulement dans le cadre d'e-fac médecins généralistes, pas pour les dentistes).
9	Prestation ou série de prestations ne pouvant pas être affectées à un dispensateur unique, car celle-ci a été effectuée collégalement par plusieurs dispensateurs.

Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176 : valeur 1 ou 9 selon que les prestations de la prescription sont effectuées par 1 ou plusieurs dispensateurs;

de 0590166 à 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : toujours la valeur 9;

(☞ 9) 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000 : toujours la valeur 1.

(☞ 1) Forfaits soins infirmiers

Si toutes les prestations dans le cadre du forfait ont été effectuées par un ou plusieurs *infirmiers*, alors la valeur 1 ou 9 doit être mentionnée.

Dès qu'une des prestations dans le cadre du forfait a été effectuée par un *aide soignant*, alors la valeur 2 doit être mentionnée.

La valeur 2 est, donc, prioritaire sur les valeurs 1 et 9.

(☞ 1) Soins infirmiers : prestation de base

Si, lors d'un passage, une des prestations a été effectuée par un aide soignant, la prestation de base doit être indiquée par la norme 2.

(☞ 17) (\*) Dans le cadre d'e-fac, à partir du mois facturé octobre 2015 jusqu'au mois facturé décembre 2015, si la prestation est effectuée par le stagiaire et facturée par le maître de stage, la norme 2 est remplie.

A partir du mois facturé janvier 2016, la norme 5 est remplie dans ce cas.

(☞ 20) (\*\*) La norme 4 peut seulement être utilisée lorsque, dans le circuit papier, la lettre "G" est utilisée (donc seulement pour les prestations avec diminution du ticket modérateur grâce au DMG).

**RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81**

---

Cette zone doit toujours être complétée, conformément aux dispositions de la nomenclature des prestations de santé, lorsque le remboursement de la prestation mentionnée dans la zone 4 du même enregistrement dépend de l'exécution d'une autre prestation.

C'est cette dernière, justifiant la tarification retenue, qui doit être mentionnée comme prestation relative.

(☞ 14) Une liste limitative des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie, est publiée sur le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»). Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation.

(☞ 7) Pour les prestations qui ne figurent pas sur la liste, aucune prestation relative ne peut être remplie et cette zone doit, donc, obligatoirement être remplie avec des zéros.

Cas particulier: zone remplie facultativement

(☞ 21,22) En cas de soins infirmiers, fournis aux bénéficiaires qui, pour une même journée cumulent la qualité d'hospitalisé et de patient ambulancier, et pour autant que le code PN ou un pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement n'ait pas encore été mentionné dans la zone, le prestataire peut mentionner le code 0426613 pour information pour les organismes assureurs.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 26 SUITE 1

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

(☞ 22)

Combinaisons valides pour les prestations de radiologie  
art. 5 (prestations 0307090 à 0307145, 0307230 à 0307285,  
0377090 à 0377145 et 0377230 à 0377241 et 377274 à  
377285)

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est un spécialiste en radiodiagnostic et - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
Le prestataire a une qualification comme repris à l'art. 4, §1 de la nomenclature (= dentistes) - la prestation est prescrite - la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A A	1 ou 9 3	B 12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteurCombinaisons valides pour les prestations de médecine nucléaire in vivo  
(art. 18, § 2, B, a) jusqu'à d)quater inclus)

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le dispensateur est un spécialiste en médecine nucléaire et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B
(22) - la prestation est prescrite par le spécialiste même pour ses propres patients (pas possible pour la prestation 442735-442746)	A	3	12 zéros
Le dispensateur a une double qualification dont la médecine nucléaire et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est prescrite et a été substituée	A	5 ou 6	B
(22) - la prestation est prescrite par le spécialiste même pour ses propres patients (pas possible pour la prestation 442735-442746, sauf lorsque le spécialiste est également neurologue, psychiatre ou gériatre)	A	3	12 zéros

---

**RUBRIQUE : DENT TRAITEE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 163**

---

Le code de la dent traitée (voir art. 6, § 15 du règlement du 28/07/2003) (alignement à droite) doit être mentionné dans cette zone.

Cette obligation est valable :

- pour les prestations dentaires de l'art. 5 de la nomenclature des soins de santé, indiquées par le Conseil technique dentaire.

Les prestations pour lesquelles un numéro de dent doit être mentionné, sont indiquées dans la liste des tarifs des prestations dentaires publiée sur le site de l'INAMI

- (☞ 14) (<http://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/dentiste.aspx>)
- pour la prestation 317236-317240 (art 14,1 de la nomenclature des soins de santé), si elle est exécutée par un dentiste. Pour les stomatologues, le remplissage de cette zone est facultatif.

- (☞ 22) Si dans le cadre de certains forfaits (par ex : 375575/586), plusieurs dents sont traitées, alors le numéro de dent de l.

---

**RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT**

---

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

---

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

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

- (☞22) Les montants portés en compte pour les produits, prestations ou services non-remboursables, dont les pseudo-codes sont publiés dans l'enregistrement de type 50 zone 4 suite 15, doivent être mentionnés dans cette zone.

Honoraires pour prestations de biologie clinique ambulatoire facturés aux bénéficiaires eux-mêmes: montant réclamé.

Transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009)

La différence entre le montant facturé (les tarifs maximums sont fixés dans l'AR du 7/4/1995) et l'intervention de l'assurance est mentionnée dans cette zone.

Implants :

- (☞4,8) - Aucun supplément ne peut être imputé et mentionné dans cette zone sauf pour les prestations figurant à l'art. 28, § 1 (jusqu'au 30/6/2014 inclus) et pour la prestation « cortex osseux » (jusqu'au 30/6/2014 inclus : 735276-735280 ; à partir du 1/7/2014: 167694-167705).  
- A partir du 1/5/2010, les implants non remboursables (pseudo-code 960234-960245) peuvent, seulement, être facturés au patient s'ils sont notifiés (le code de notification doit être mentionné dans la zone 55-56).

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

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

(☞22) Dentistes:

Les montants qui sont facturés (au patient) pour les ancrages mécaniques lors de soins conservateurs sont mentionnés dans cette zone.

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

**RUBRIQUE : CODE IMPLANT****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 219**

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.

(☞ 8) Jusqu'au 30/6/2014 inclus:

XXX-YYY-ZZZZZ-C.

- XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;
- 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).

(☞ 8) A partir du 1/7/2014:

XXX-YY-ZZZZZ-CC.

- XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;
- YY = 2 positions numériques qui identifient la classe du type de produit;
- ZZZZZ = 5 positions numériques qui identifient le produit même.
- CC = 2 positions numériques (check-digit) (= 97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 10 premiers chiffres du code d'identification et le diviseur est égal à 97).

(☞ 10) Attention: Dans le cadre des déclarations d'accord, les codes d'identification ont toujours l'ancienne structure avec 1 check-digit calculé selon le modulo 7.

Une liste limitative des prestations pour lesquelles un code implant doit être mentionné, est publiée sur

- (☞ 14) le site de l'INAMI (à la page «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
  - (☞ 8) Cette liste fait partie intégrante des instructions de facturation et est mise à jour jusqu'au 30/6/2014 inclus.
  - (☞ 8) A partir du 1/7/2014, le fichier de référence « LIST » est utilisé : les prestations pour lesquelles un code d'identification doit être rempli sont indiquées avec la valeur « 1 » ou « 2 » dans la zone « *identificationZone43* ».
  - (☞ 14) La liste Excel "implants" (sheet Z 43) reste également encore valable après le 30/6/2014 pour les pseudo-codes dans le cadre des déclarations d'accord et dans le cadre de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables ».
- De plus, un code implant doit également être mentionné pour les pseudo-codes suivants :
- (☞ 22) 680153-680164 et 680993-681004 (stent valvulaire percutané implantable en position aortique). 704970 à 705003 inclus et 705051-705062 (défibrillateurs cardiaques implantables).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 1

---

**RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 51**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1**

---

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

(☞22) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements de) médecins ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 2

---

**RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3**

---

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

(☞22) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements de) médecins ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 4

---

**RUBRIQUE : CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10**

---

Voir enregistrement de type 50 zone 4.

(☞22) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements de) médecins ou dentistes (e-fac).

---

**RUBRIQUE : DATE PRESTATION**

---

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

---

Voir enregistrement de type 50 zone 5.

(☞22) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements de) médecins ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 8a-8b

---

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 13 A - 36**

---

Voir enregistrement de type 20 zone 8a-8b.

(☞22) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements de) médecins ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 15

---

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68**

---

Voir enregistrement de type 50 zone 15.

(☞22) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements de) médecins ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 19

---

**RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE**

---

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

---

Voir enregistrement de type 50 zone 19.

(☞22) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements de) médecins ou dentistes (e-fac).

(☞ 6)

ENREGISTREMENT DE TYPE 51 ZONE 27

---

**RUBRIQUE : CODE TITULAIRE 1 + 2**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 10 N - 128**

---

Voir enregistrement de type 20 zone 27.

(☞22) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements de) médecins ou dentistes (e-fac).