

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/2016

Bruxelles, le 22 juin 2016.

Madame,
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie
électronique – Edition 2013 – 23^e mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2013/23 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 2013/23 – Publication 22-6-2016**



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 2013/23

Pages à remplacer :

- Pages 2, 13, 14, annexes 6, 6 suite, 6.4, 6.5, 6.5bis, 16.19, 16.21, 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.4BIS, 22.1, 23.4;
- ET 10 Z 1, Z 13;
- ET 20 Z 3, Z 18, Z 24-25;
- ET 50 Z 4 S 5, S 15, Z 14, Z 14 S 1, S 2, S 3, S 4, Z 15 S 1, Z 16, Z 26 S 5, Z 32, Z 44-45;
- ET 51 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 8a-8b, Z 15, Z 19, Z 27, Z 42-43-44-45, Z 55, Z 99;
- ET 52 Z 18.

Pages à ajouter :

- ET 40 Z 98 ;
- ET 50 Z 98 ;
- ET 51 Z 17-18.

Page supprimée :

- ET 50 Z 14 S 5.

1. Numéro unique appareil imagerie médicale, annexe 16.21, ET 52 Z 18.

L'AR du 26/5/2016 portant exécution de l'article 64, § 1er, alinéa 1er de la loi AMI relatif à l'utilisation des appareils médicaux lourds a été publié dans le Moniteur belge du 31/5/2016.

Pour les prestations reprises dans cet AR, le numéro de l'appareil doit obligatoirement être rempli dans l'ET 52 Z 18.

La structure de ce numéro a été adaptée par rapport à celle publiée dans la mise à jour 2013/19.

Il s'agit du numéro de facturation INAMI de l'appareil (8 positions), précédé de "0" et suivi par "000" (ou par "001" lorsque l'appareil est défectueux et qu'un appareil de remplacement est utilisé).

Le numéro est non significatif. Cela veut dire que le type d'appareil (PET, CT,...) ne peut pas être déduit du numéro tel quel.

Les organismes assureurs sont informés sur le type d'appareil via le fichier SZV (fichier de référence INAMI).

L'enregistrement de type 52 avec le numéro d'appareil doit toujours suivre l'enregistrement de type 50 correspondant (bloc d'enregistrements).

Pour pouvoir faire le lien avec l'enregistrement de type 50 correspondant, les données suivantes doivent obligatoirement être répétées dans l'enregistrement de type 52 :

- le (pseudo)-code nomenclature (Z 4)
- la date de prestation (Z 5)
- l'identification du bénéficiaire (Z 8)
- l'identification du dispensateur (Z 15)

Les autres zones de l'enregistrement 52 (qui se rapportent à la lecture du document d'identité électronique et qui sont facultatives pour l'instant) peuvent être égales à zéro (en cas de zone numérique) ou remplies avec des blancs (en cas de zone alphanumérique).

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

Contrôles par les organismes assureurs

En plus des contrôles de base habituels sur une zone numérique, les contrôles suivants doivent également être effectués :

- Présence du numéro de l'appareil dans l'ET 52 Z 18 lorsqu'il est exigé
- L'enregistrement de type 52 avec le numéro d'appareil doit toujours suivre l'enregistrement de type 50 correspondant (bloc d'enregistrements).

En cas d'erreurs dans l'enregistrement 50 correspondant, l'enregistrement 52 est rejeté.

En cas d'erreurs dans l'enregistrement 52 correspondant, l'enregistrement 50 est rejeté.

Ces erreurs ne sont pas prises en compte pour le calcul du % d'erreurs du fichier

- Correspondance code nomenclature – type d'appareil (CT, PET, RMN,...)
- Pour les appareils hybrides (PET-CT et SPECT-CT) : lorsqu'un CT est attesté, un SPECT ou un PET doit être attesté le même jour, pour le même patient sur le même appareil.
- Le numéro d'agrément de l'hôpital (ET 50 Z 14 : lieu de prestation) doit correspondre au lieu d'exploitation de l'appareil dont le numéro est mentionné dans l'ET 52 Z 18.

Exception : pour les examens SPECT exécutés avec un appareil hybride SPECT-CT, le lieu de prestation (ET 50 Z 14) peut être égal à 0.

Les 2 premiers contrôles doivent être effectués à partir du 1/6/2016.

La programmation du 3^e, 4^e et 5^e contrôle demande un certain temps. Les organismes assureurs doivent prévoir ce contrôle pour le 1/10/2016 au plus tard.

Point d'attention relatif aux appareils hybrides

Les appareils hybrides ne peuvent pas être employés en tant que CT ou RMN autonome.

Lorsqu'un tel appareil est utilisé, 2 examens doivent, donc, être attestés le même jour pour un même patient. Ces 2 examens doivent obligatoirement être mentionnés sur le même fichier de facturation.

2. Lieu de prestation, ET 50 Z 14, Z 14 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5.

Suite à l'AR du 26/5/2016 (MB du 31/5/2016) portant exécution de l'article 64, § 1er, alinéa 1er de la loi AMI, la description de la zone « lieu de prestation » est actualisée.

La règle selon laquelle le lieu de prestation de la prestation de base doit être mentionné comme lieu de prestation de la prestation secondaire est supprimée.

La règle selon laquelle le lieu de prestation doit correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui est mentionnée comme prestation relative est supprimée.

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

3. E-fac, pages 2, 13, 14, annexes 6 suite, 6.5bis, 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.4BIS, 20.5, 20.6, 23.4, ET 10 Z 1, Z 13, ET 20 Z 3, Z 18, Z 24-25, ET 50 Z 16, Z 32, ET 51 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 8a-8b, Z 15, Z 17-18, Z 19, Z 27, Z 42-43-44-45, Z 55, Z 99.

Les instructions sont complétées dans le cadre de la facturation par les postes de gardes de médecine générale (à partir du 1/7/2016).

Une adaptation complémentaire est également effectuée concernant les dentistes (1/12/2016): la zone « prestation relative » est ajoutée dans l'enregistrement de type 51 (cette zone est, en effet, reprise dans le calcul du numéro d'agrément de l'engagement de tarif).

De plus, les prestations « honoraires supplémentaires pour consultation urgente » (371055-371066, 371070-371081, 301055-301066 et 301070-301081) sont ajoutées à la liste « prestation relative » (voir également le point 9).

Les instructions sont également adaptées dans le cadre de l'adhésion des médecins-spécialistes à e-fac (date de production prévue : 1/1/2017).

Il s'agit principalement d'adaptations textuelles. Les instructions de base pour les spécialistes sont les mêmes que pour les médecins généralistes sauf le service MyCarenet « consultation des tarifs » qui n'est pas disponible pour les spécialistes et donc, qu'aucun engagement de tarif ne sera délivré (donc, pas d'enregistrement 51).

On en profite également pour faire concorder la terminologie de l'enregistrement 51 (e-fac médecins généralistes et dentistes) avec la terminologie utilisée dans la documentation MyCarenet (« engagement de tarif » au lieu d' « engagement de paiement »).

4. TVA sur les chirurgies esthétiques, annexes 6, 6.4, 6.5, ET 40 Z 98, ET 50 Z 4 S 15, Z 15 S 1, Z 44-45, Z 98.

En cas d'admissions mixtes (lors desquelles des prestations remboursables ainsi que des traitements esthétiques non remboursables sont exécutés), les interventions esthétiques non remboursables et les coûts directement associés (médicaments, produits parapharmaceutiques, implants, autres délivrances, coûts divers) doivent être mentionnés sur le fichier de facturation électronique.

Dans l'enregistrement 40 (zone 4), les pseudo-codes catégorie existants pour les médicaments remboursables ou non remboursables (pseudo-codes 75xxxx) ou produits parapharmaceutiques non remboursables (pseudo-codes 96xxxx) sont utilisés.

Le montant hors TVA doit être mentionné dans la Z 30-31 (supplément).

Les instructions existantes pour le remplissage de la zone « libellé » (ET 40 Z 42-45) sont valables.

Via une nouvelle zone « flag TVA », il doit être indiqué qu'il s'agit de produits qui sont (dans le cadre d'une intervention esthétique) entièrement facturés au patient et sur lesquels la TVA est due ou non.

Dans l'enregistrement 50 (zone 4), les codes nomenclature (ou pseudo-codes implants, sang, etc ...) sont utilisés lorsqu'ils existent, sinon les pseudo-codes 960xxxx sont utilisés.

Un nouveau pseudo-code 961251-961262 est créé pour les interventions esthétiques non remboursables.

Le montant hors TVA doit être mentionné dans la Z 30-31 (supplément).

Les instructions existantes pour le remplissage de la zone « libellé » (ET 50 Z 44-45) sont valables. Pour la zone « dispensateur » (Z 15), les instructions existantes restent également valables. Lors de l'utilisation des pseudo-codes 96XXXX, aucun dispensateur de soins ne doit, donc, être mentionné. Via une nouvelle zone « flag TVA », il doit être indiqué qu'il s'agit de prestations qui sont (dans le cadre d'une intervention esthétique) entièrement facturées au patient et sur lesquelles la TVA est due ou non.

Le montant de la TVA par prestataire de services assujetti ne doit pas être repris sur le fichier de facturation électronique (et ce, contrairement à la facture patient).

Seul le montant total de la TVA doit être mentionné sur le fichier de facturation électronique (en Z 30-31) sous un nouveau pseudo-code 0961273-0961284.

Pour ce nouveau pseudo-code, les zones « dispensateur » (Z15) et la zone « libellé » (Z 44-45) ne doivent pas être remplies.

Date d'application: Mois facturé septembre 2016.

5. Endoprothèses, annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 5, Z 14 S 4.

Suite à l'AM du 8/4/2016 (MB du 15/4/2016), la déclaration d'accord « Endoprothèse fenêtrée et/ou multibranche » est remplacée par 2 nouvelles prestations sur « La Liste ».

Le pseudo-code 703415-703426 et le numéro d'agrément « numéro hôpital + 159 » sont, donc, supprimés.

Pour les nouvelles prestations (172690 - 172701 et 172712 – 172723), le numéro d'agrément « numéro hôpital + 152 » doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

Le libellé de ce numéro d'agrément est remplacé par « endoprothèses + pathologie cardiaque **B** ».

Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1/5/2016.

6. Norme prescripteur anatomopathologie, ET 50 Z 26 S 5.

La prestation 588932-588943 répond à la même logique que la prestation 588954-588965 et peut, donc, être prescrite par le médecin spécialiste en anatomopathologie même.

Date d'application : Mois facturé juillet 2016.

7. Règles de calcul pour l'aide opératoire - précision, annexe 22.1.

Il est précisé qu'il n'y a pas de ticket modérateur pour l'aide opératoire.

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

8. Liste “prescripteur”

Codes supprimés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d’application
703415	703426	Pseudo-codes		1/5/2016
744612	744822	13/3/2016	29/3/2016	1/10/2014
744855	744866	13/3/2016	29/3/2016	1/10/2014

9. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d’application
301055	301081			1/12/2016
371055	371081			1/12/2016
459874	459922	10/4/2016	25/4/2016	5/5/2016

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 :

(☞23) Dans le cadre d'e-fac (tiers facturant = (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou spécialistes ou dentistes), 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.

3.3. Dessin d'un fichier

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

- Identification de l'envoi (type 10)
- Identification de la première facture (type 20)
- Identification des données pour :
 - journées d'entretien (type 30)
 - idem
 - produits pharmaceutiques (type 40)
 - idem
 - prestations ou fournitures (type 50)
- (☞ 7,23) - engagement de tarif e-fac correspondant (type 51) (seulement pour groupements/postes de garde de) médecins généralistes et dentistes, pas pour les spécialistes)
- (☞ 15) - lecture document d'identité électronique correspondant (type 52)
- (☞ 7) - idem (type 50)
- (☞ 7) - idem (type 51)
- (☞ 15) - idem (type 52)
- Montant total de la première facture (type 80)
- Identification de la deuxième facture (type 20)
- (☞ 7,15) - Identification des données (type 30, 40, 50, 51, 52)
- Montant total de la deuxième facture (type 80)
- Idem
- Montant total de la dernière facture (type 80)
- Montant total de l'envoi (type 90).

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

- Année et mois facturés
- Numéro matricule tiers payant
- Numéro matricule institution
- Numéro de la mutualité de destination en ordre croissant
- Numéro d'admission pour les patients hospitalisés ou numéro d'ordre de la facture individuelle pour les patients ambulants.

Pour l'ANMC, où, dans le cadre de REFAC, la mutualité de destination est différente de la mutualité d'affiliation, les tiers peuvent également trier selon le numéro de mutualité d'affiliation.

Dans le cas de réintroduction d'une facture créditée, la note de crédit (type de facturation 3) doit précéder la refacturation (type de facturation 1).

3.4. Dessin d'enregistrement

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

3.5. Signification et codification des éléments

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

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

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

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

Il s'agit des éléments suivants :

1) Le numéro de la mutualité

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)	
(☞ 22,23)	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/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)	(☞ 23)	OA300 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	
(☞ 23)			= 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) • E-fac spécialistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = ... (encore à déterminer)
(☞ 11)			
(☞ 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.

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.

Type d'enregistrements	10		20		30		40		50	
zone	position	Debut d'envoi	position	Debut de facture	position	Journées d'entretien	position	Produits pharmaceut.	position	Prestations ou fournitures
1	1-2	enregist. de type 10	1-2	enregist. de type 20	1-2	enregist. de type 30	1-2	enregist. de type 40	1-2	enregist. de type 50
2	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.
3	9-9	code indice	9-9	autorisation t.p.	9-9	norme journ. entret.	9-9	norme prestation	9-9	norme prest (%)
4	10-16	version fichier	10-16	heure admission	10-16	pseudo-code jour. ent. forf.	10-16	pseudo-code cat. medicament	10-16	(pseudo-)code nomencl.
5	17-24	n° compte financier a	17-24	date d'admission	17-24	date 1er jour facture	17-24	date 1er jour facture	17-24	date 1er prest. effect.
6 a	25-28		25-28	date de sortie	25-28	date dernier jour facture	25-28	date dernier jour facture	25-28	date dernière prestation effectuée
6 b	29-32	0	29-32		29-32		29-32		29-32	
7	33-35	numero de l'envoi	33-35	n° mutualite affiliation	33-35	n° mutualite affiliation	33-35	n° mutualite affiliation	33-35	n° mutualite affiliation
8 a	36-47	n° compte financier b	36-47	identification du beneficiaire	36-47	identification du beneficiaire	36-47	identification du beneficiaire	36-47	identification du beneficiaire
8 b	48-48	0	48-48		48-48		48-48		48-48	
9	49-49	code s.f.p.	49-49	sexe beneficiaire	49-49	sexe beneficiaire	49-49	sexe beneficiaire	49-49	sexe beneficiaire
10	50-50	code fichier de decompte	50-50	type facture	50-50	accouchement	50-50	Accouchement	50-50	accouchement
11	51-51	0	51-51	type facturation	51-51	ref. n° cpte financier	51-51	ref. n° cpte financier	51-51	ref. n° cpte financier
12	52-52	0	52-52	0	52-52	0	52-52	0	52-52	nuit, w.e. ou jour ferie
13	53-55	contenu facturation	53-55	service 721 bis	53-55	code service	53-55	code service	53-55	code service
14	56-67	n° tiers payant	56-67	n° ets. qui facture	56-67	lieu de prestation	56-67	lieu de prestation	56-67	lieu de prestation
15	68-79	n° accreditation cin	68-79	n° ets. de sejour	68-79	ident. conv./ets. sejour	68-79	ident. conv./ets. sejour	68-79	ident. dispensateur
16	80-80	0	80-80	code levee delai prescr.	80-80	0	80-80	medicaments gratuits	80-80	norme dispensateur
17	81-84	0	81-84	causes traitement	81-84	prestation relative	81-84	prestation relative	81-84	prestation relative
18	85-87	0	85-87	n° mutualite destination	85-87		85-87		85-87	
19	88-99	0	88-99	n° admission	88-99	signe + montant o.a.	88-99	signe + montant o.a.	88-99	signe + montant o.a.
20	100-	0	100-	date de l'accord traitement	100-	0	100-106	date de la prescription	100-106	date de la prescription
21	107-	0	107-		107-	0	107-107		107-107	
22	108-	annee facturee	108-	heure de sortie	108-	signe + nb. jours ou forf.	108-112	signe + nombre d'unités	108-112	signe + nombre d'unités
23	113-	mois facture	113-	0	113-	0	113-114	f unite	113-114	nombre de coupes
24	115-	0	115-	n° de facture individuelle	115-	signe + ordre de grandeur frais de sejour	115-119	identification du prescripteur	115-119	identification du prescripteur
25	120-	date de date creation	120-	applicat. franch. soc.	120-	0	120-126	0	120-126	norme prescript
26	127-	Numéro BCE	127-	c.t.1 + c.t.2	127-	signe + interv pers pat	127-127	signe + interv pers pat	127-127	signe + interv pers pat
27	128-	ref. etablisement	128-	ref. etablisement	128-	ref. etablisement	128-137	ref. etablisement	128-137	ref. etablisement
28	138-	0	138-	numero de facture precedente	138-	0	138-162	0	138-162	dent traitee
29	163-	0	163-	0	163-	0	163-164	0	163-164	signe + montant supplement
30	165-	0	165-	flag identif. benef.	165-	signe + montant supplement	165-166	signe + montant supplement	165-166	signe + montant supplement
31	167-	bic - compte financier A	167-	0	167-	excep. tiers payant	167-174	excep. tiers payant	167-174	excep. tiers payant
32	175-		175-	numero de l'envoi precedent	175-	code fact. i.p. ou suppl.	175-175	code fact. i.p. ou suppl.	175-175	code fact. i.p. ou suppl.
33	176-		176-	0	176-	0	176-176	0	176-176	code fact. i.p. ou suppl.
34	177-		177-	numero de l'envoi precedent	177-	0	177-177	code exception prophylaxie	177-177	code exception prophylaxie
35	178-	0	178-	n° mut. fact. preced.	178-	0	178-178	0	178-178	prestataire conven.
36	179-		179-	reference mutualite n° compte financier a	179-	0	179-179	flag dci	179-179	Heure de prestation
37	180-		180-	0	180-	0	180-182	f forme galenique	180-182	numero bon de delivrance ou sac
38	183-	iban - compte financier a	183-	reference mutualite n° compte financier a	183-	0	183-194	n° office de tarification	183-194	ident. administ. sang
39	195-		195-	0	195-	0	195-204	signe + int. pers. pat. theoriq.	195-204	n° attestation d'administration
40	205-		205-	annee - mois fact. prec.	205-	0	205-206	numero du produit	205-206	numero bon de delivrance ou sac
41	207-		207-	0	207-	0	207-212	0	207-212	numero bon de delivrance ou sac
42	213-	0	213-	donnees de reference reseau ou carte sis	213-	0	213-218	libelle du produit	213-218	Libelle du produit
43 a	219-	bic - compte financier b	219-	0	219-	0	219-229	0	219-229	norme plafond
43 b	230-	0	230-	0	230-	0	230-230	0	230-230	code implant
44	231-	0	231-	0	231-	0	231-234	0	231-234	Libelle du produit
45	235-	0	235-	0	235-	0	235-260	0	235-260	norme plafond
46	261-	0	261-	0	261-	0	261-261	0	261-261	norme plafond
47	262-	0	262-	date de facturation	262-	date accord prestation	262-269	date accord prestation	262-269	date accord prestation
48	270-	0	270-	0	270-	transplantation	270-270	Transplantation	270-270	transplantation
49	271-		271-	reference mutualite numero de compte financier b	271-	0	271-282	numero pharmacien	271-282	ident. dispensateur auxiliaire
50	283 - 286		283 - 286	0	283 - 286	0	283 -	f annee de naissance	283 - 286	0
51	287 - 292	iban - compte financier b	287 - 292	site hospitalier	287 - 292	site hospitalier	287 -	site hospitalier	287 - 292	site hospitalier
52	293-		293-	0	293-	identif. association bassin de soins	293-304	identif. association bassin de soins	293-304	identif. association bassin de soins
53	305-	0	305-	date debut assurabilite	305-	0	305-312	0	305-312	f numero de course
54a	313-		313-	date fin assurabilite	313-	0	313-315	0	313-315	0
54b	316-	0	316-	0	316-	0	316-320	0	316-320	0
55	321-	0	321-	date communic. info	321-	0	321-328	0	321-328	code notification implant
56	329-	0	329-	maf annee en cours	329-	0	329-332	0	329-332	code notification implant
57	333-	0	333-	maf annee en cours - 1	333-	0	333-336	0	333-336	code enregistrement Qerimid
58	337-	0	337-	maf annee en cours - 2	337-	0	337-340	0	337-340	code enregistrement Qerimid
59	341-	0	341-	0	341-	0	341-346	0	341-346	code enregistrement Qerimid
98	347-	0	347-	0	347-	0	347-348	flag TVA	347-348	flag TVA
99	349-	c.c. enregist	349-	c.c. enregist	349-	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist

Type d'enregistrements	51		52		80		90	
zone	position	Engagement de tarif e-fac	position	Suite de l'enregistrement 50	position	Fin de facture	position	Fin d'envoi
1	1-2	enregist. de type 51	1-2	enregist. de type 52	1-2	enregist. de type 80	1-2	enregist. de type 90
2	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.
3	9-9	0	9-9	0	9-9	0	9-9	0
4	10-16	(pseudo-)code nomend	10-16	(pseudo-)code nomend	10-16	heure d'admission	10-16	0
5	17-24	date de prestation	17-24	date de prestation	17-24	date d'admission	17-24	n° compte financier a
6 a	25-28	0	25-28	Date de lecture document identité	25-28	date de	25-28	
6 b	29-32	0	29-32		29-32	sortie	29-32	0
7	33-35	0	33-35	0	33-35	n° mutuelle affiliation	33-35	numero d'envoi
8 a	36-47	identification du beneficiaire	36-47	identification du beneficiaire	36-47	identification du beneficiaire	36-47	n° cpte financier b
8 b	48-48		48-48		48-48		48-48	0
9	49-49	0	49-49	Type de saisie document identité	49-49	sexe beneficiaire	49-49	0
10	50-50	0	50-50	Type de support document identité	50-50	type facture	50-50	0
11	51-51	0	51-51	0	51-51	0	51-51	0
12	52-52	0	52-52	Heure de lecture document identité	52-52	0	52-52	0
13	53-55	0	53-55		53-55	service 721 bis	53-55	0
14	56-67	0	56-67	0	56-67	n° ets. qui facture	56-67	n° tiers payant
15	68-79	ident. dispensateur	68-79	ident. dispensateur	68-79	signe + mont. cpte financier b	68-79	signe + mont. total cpte fin. b
16	80-80	0	80-94	Numéro de série du support	80-80	0	80-80	0
17	81-84	prestation relative	95-119	Numéro du document justificatif	81-84	causes traitement	81-84	0
18	85-87		120-131	Numéro unique appareil imagerie médicale	85-87	n° mutuelle destination	85-87	0
19	88-99	signe + montant o.a.	132-348	0	88-99	signe + mont. cpte financier a	88-99	signe + mont. total cpte fin. a
20	100-106	0			100-106	date de la facture	100-106	0
21	107-107	0			107-107	0	107-107	0
22	108-112	0			108-112	heure de sortie	108-112	annee facturee
23	113-114	0			113-114	0	113-114	mois facture
24	115-119	0			115-119	n° de facture individuelle	115-119	0
25	120-126	0			120-126	0	120-126	0
26	127-127	0			127-127	0	127-127	0
27	128-137	c.t.1 + c.t.2			128-137	signe + interv pers pat	128-137	Numéro BCE
28	138-162	0			138-162	ref. etablisement	138-162	ref. etablisement
29	163-164	0			163-164	0	163-164	0
30	165-166	0			165-166	signe + montant supplement	165-166	0
31	167-174	0			167-174	0	167-174	bic - compte financier a
32	175-175	0			175-175	flag identif. benef.	175-175	
33	176-176	0			176-176	0	176-176	
34	177-177	0			177-177	0	177-177	
35	178-178	0			178-178	0	178-178	0
36	179-179	0			179-179	0	179-179	iban - compte financier a
37	180-182	0			180-182	0	180-182	
38	183-194	0			183-194	signe + acompte cpte fin. A	183-194	
39	195-204	0	195-204	0	195-204			
40	205-206	0	205-206	0	205-206			
41	207-212	0	207-212	0	207-212			
42	213-218	Numéro d'agrément engagement tarif	213-218	0	213-218	0		
43 a	219-229		219-229	0	219-229	bic - compte financier b		
43 b	230-230		230-230	0	230-230	0		
44	231-234		231-234	0	231-234	0		
45	235-260		235-260	0	235-260	0		
46	261-261		0	261-261	0	261-261	0	
47	262-269		0	262-269	0	262-269	0	
48	270-270		0	270-270	0	270-270	0	
49	271-282	0	271-282	0	271-282	iban - compte financier b		
50	283 - 286	0	283 - 286	0	283 - 286			
51	287 - 292	0	287 - 292	0	287 - 292			
52	293-304	0	293-304	0	293-304			
53	305-312	0	305-312	0	305-312	0		
54a	313-315	0	313-315	0	313-315	0		
54b	316-320	0	316-320	0	316-320	0		
55	321-328	date communic. info	321-328	0	321-328	0		
56	329-332	0	329-332	0	329-332	0		
57	333-336	0	333-336	0	333-336	0		
58	337-340	0	337-340	0	337-340	0		
59	341-346	0	341-346	0	341-346	0		
98	347-348	0	347-348	c.c. de la facture	347-348	c.c. de l'envoi		
99	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist

Annexe 6.4

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 40
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	norme prestation
4	7 N	10 - 16	pseudo-codes categorie medicament
5	8 N	17 - 24	date premier jour facture
6 a	4 N	25 - 28	date dernier jour facture (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date dernier jour facture (partie 2)
7	3 N	33 - 35	numero mutualite d'affiliation
8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)
8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)
9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire
10	1 N	50 - 50	accouchement
11	1 N	51 - 51	reference numero compte financier
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	code service
14	12 N	56 - 67	lieu de prestation
15	12 N	68 - 79	identification convention/etablissement de sejour
16	1 N	80 - 80	medicaments gratuits
17	4 N	81 - 84	prestation relative (partie 1)
18	3 N	85 - 87	prestation relative (partie 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant intervention de l'assurance
20	7 N	100 - 106	date prescription (partie 1)
21	1 N	107 - 107	date prescription (partie 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	signe + nombre d'unites
23	2 N	113 - 114	unite
24	5 N	115 - 119	identification prescripteur (partie 1)
25	7 N	120 - 126	identification prescripteur (partie 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
27	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	reserve
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)
32	1 N	175 - 175	exception tiers payant
33	1 N	176 - 176	code facturation intervention personnelle ou supplement
34	1 N	177 - 177	code exception prophylaxie (partie 1)
35	1 N	178 - 178	code exception prophylaxie (partie 2)
36	1 N	179 - 179	flag dci
37	3 N	180 - 182	forme galenique
38	12 N	183 - 194	numero office de tarification
39	1 A + 9 N	195 - 204	signe + intervention personnelle patient theorique
40	2 N	205 - 206	numero du produit (partie 1)
41	6 N	207 - 212	numero du produit (partie 2)
42	6 A	213 - 218	libelle du produit (partie 1)
43 a	11 A	219 - 229	libelle du produit (partie 2)
43 b	1 A	230 - 230	libelle du produit (partie 3)
44	4 A	231 - 234	libelle du produit (partie 4)
45	26 A	235 - 260	libelle du produit (partie 5)
46	1 N	261 - 261	reserve
47	8 N	262 - 269	date accord prestation
48	1 N	270 - 270	transplantation
49	12 N	271 - 282	numero du pharmacien titulaire
50	4 N	283 - 286	annee de naissance
51	6 N	287 - 292	site hospitalier
52	12 N	293 - 304	identification association bassin de soins
53	8 N	305 - 312	reserve
54a	3 N	313 - 315	reserve
54b	5 N	316 - 320	reserve
55	8 N	321 - 328	reserve
56	4 N	329 - 332	reserve
57	4 N	333 - 336	reserve
58	4 N	337 - 340	reserve
59	6 N	341 - 346	reserve
(^φ 23)	2 N	347 - 348	flag TVA
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Annexe 6.5

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 50
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	norme prestation (pourcentage)
4	7 N	10 - 16	code nomenclature ou pseudo-code nomenclature
5	8 N	17 - 24	date premiere prestation effectuee
6 a	4 N	25 - 28	date derniere prestation effectuee (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date derniere prestation effectuee (partie 2)
7	3 N	33 - 35	numero mutualite d'affiliation
8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)
8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)
9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire
10	1 N	50 - 50	accouchement
11	1 N	51 - 51	reference numero compte financier
12	1 N	52 - 52	nuit, week-end, jour ferie
13	3 N	53 - 55	code service
14	12 N	56 - 67	lieu de prestation
15	12 N	68 - 79	identification du dispensateur
16	1 N	80 - 80	norme dispensateur
17	4 N	81 - 84	prestation relative (partie 1)
18	3 N	85 - 87	prestation relative (partie 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant intervention de l'assurance
20	7 N	100 - 106	date prescription (partie 1)
21	1 N	107 - 107	date prescription (partie 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	signe + nombre d'unites
23	2 N	113 - 114	nombre de coupes
24	5 N	115 - 119	identification prescripteur (partie 1)
25	7 N	120 - 126	identification prescripteur (partie 2)
26	1 N	127 - 127	norme prescripteur
27	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	dent traitee
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)
(¹⁸) 32	1 A	175 - 175	exception tiers payant
33	1 N	176 - 176	code facturation intervention personnelle ou supplement
34	1 N	177 - 177	membre traite
35	1 N	178 - 178	prestataire conventionne
36	1 N	179 - 179	heure de prestation (partie 1)
37	3 N	180 - 182	heure de prestation (partie 2)
38	12 N	183 - 194	identification administrateur du sang
39	10 N	195 - 204	numero de l'attestation d'administration (partie 1)
40	2 N	205 - 206	numero de l'attestation d'administration (partie 2)
41	6 A	207 - 212	numero bon de delivrance ou sac (partie 1)
42	6 A	213 - 218	numero bon de delivrance ou sac (partie 2)
43 a	11 N	219 - 229	code implant (partie 1)
43 b	1 N	230 - 230	code implant (partie 2)
44	4 A	231 - 234	libelle du produit (partie 1)
45	26 A	235 - 260	libelle du produit (partie 2)
46	1 N	261 - 261	norme plafond
47	8 N	262 - 269	date accord prestation
48	1 N	270 - 270	transplantation
49	12 N	271 - 282	identification de l'aide soignant
50	4 N	283 - 286	reserve
51	6 N	287 - 292	site hospitalier
52	12 N	293 - 304	identification association bassin de soins
53	8 A	305 - 312	numero de course (partie 1)
54a	3 A	313 - 315	numero de course (partie 2)
54b	5 N	316 - 320	reserve
55	8 N	321 - 328	code notification implant (partie 1)
56	4 N	329 - 332	code notification implant (partie 2)
57	4 N	333 - 336	code d'enregistrement Qermid (partie 1)
58	4 N	337 - 340	code d'enregistrement Qermid (partie 2)
59	6 N	341 - 346	code d'enregistrement Qermid (partie 3)
(²³) 98	2 N	347 - 348	flag TVA
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2N	1-2	enregistrement de type 51
2	6N	3-8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1N	9-9	reserve
4	7N	10-16	code nomenclature ou pseudo-code nomenclature
5	8N	17-24	date prestation
6 a	4N	25-28	reserve
6 b	4N	29-32	reserve
7	3N	33-35	reserve
8 a	12A	36-47	identification beneficiaire
8 b	1A	48-48	
9	1N	49-49	reserve
10	1N	50-50	reserve
11	1N	51-51	reserve
12	1N	52-52	reserve
13	3N	53-55	reserve
14	12N	56-67	reserve
15	12N	68-79	identification du dispensateur
16	1N	80-80	reserve
(23)	4N	81-84	Prestation relative
18	3N	85-87	
19	1A + 11N	88-99	signe + montant intervention de l'assurance
20	7N	100-106	reserve
21	1N	107-107	reserve
22	5N	108-112	reserve
23	2N	113-114	reserve
24	5N	115-119	reserve
25	7N	120-126	reserve
26	1N	127-127	reserve
(13)	10N	128-137	ct 1 + ct 2
28	25N	138-162	reserve
29	2N	163-164	reserve
30	2N	165-166	reserve
31	8N	167-174	reserve
32	1N	175-175	reserve
33	1N	176-176	reserve
34	1N	177-177	reserve
35	1N	178-178	reserve
36	1N	179-179	reserve
37	3N	180-182	reserve
38	12N	183-194	reserve
39	10N	195-204	reserve
40	2N	205-206	reserve
41	6N	207-212	reserve
42	6N	213-218	Numéro d'agrément engagement de tarif
(23)	43 a	11N	219-229
43 b	1N	230-230	
44	4N	231-234	
45	26N	235-260	
46	1N	261-261	reserve
47	8N	262-269	reserve
48	1N	270-270	reserve
49	12N	271-282	reserve
50	4N	283-286	reserve
51	6N	287-292	reserve
52	12N	293-304	reserve
53	8N	305-312	reserve
54a	3N	313-315	reserve
54b	5N	316-320	reserve
55	8N	321-328	date communication information
56	4N	329-332	reserve
57	4N	333-336	reserve
58	4N	337-340	reserve
59	6N	341-346	reserve
98	2N	347-348	reserve
99	2N	349-350	chiffres de contrôle de l'enregistrement

- 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
(☞ 23) - centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B	: 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
(☞ 23) - centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (jusqu'au 30/4/2016 inclus)	: 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 foetal 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. Appareil d'imagerie médicale

Le numéro d'identification attribué par l'INAMI (« numéro de facturation INAMI ») (8 positions) est composé comme suit : YYYYYYCD

avec YYYYYY = un numéro d'ordre non signifiant
CD = 2 positions numériques (check-digit) (= 83 - reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 6 premiers chiffres YYYYYY et le diviseur est égal à 83).

FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES MEDECINS (e-fact)

Enregistrement de type 10		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
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 (en cas de facturation par les médecins, 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>
(23) Z 14	Numéro tiers payant	<i>Numéro INAMI médecin ou groupement ou poste de garde</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>
(7) 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>

(23)

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	= 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	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 54a-54b	Date fin période assurabilité	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 55	Date communication information	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 56	MAF année en cours	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 57	MAF année en cours -1	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
Z 58	MAF année en cours -2	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif
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
(23)	Z 3	Norme prestation	Médecins généralistes: toujours 0 ; Spécialistes : 1, 2, 5, 7 ou 9
	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 numéro de compte financier	Toujours 0
	Z 12	Nuit, week-end, jour férié	Valeur 0, 1, 2, 3 ou 4
	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
(20,23)	Z 16	Norme dispensateur	Médecins gén. : 1, 4 ou 5 ; Spécialistes : 1, 3, 5 ou 9
	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	Normalement 1, mais peut également être > 1 (p.ex. frais de déplacement) (voir description de la zone)
	Z 23	Nombre de coupes	Toujours 0
	Z 24-25	Identification prescripteur	Voir liste « prescripteur »
(23)	Z 26	Norme prescripteur	Médecins généralistes : 0, 1, 3, 4 ou 9 ; Spécialistes : toutes les valeurs possibles
	Z 27	Intervention personnelle patient	Intervention personnelle réglementaire effectivement facturée
	Z 28	Référence établissement	Facultatif
(23)	Z 29	Dent traitée	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif (voir description de la zone)
	Z 30-31	Supplément	Montant qui est éventuellement facturé au patient en plus de l'intervention personnelle réglementaire
(20,23)	Z 32	Exception tiers-payant	Médecins généralistes 0, 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 ou P ; Spécialistes : 0, 1, 2, 3, 5, 6, 8 ou P
	Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	Valeur 0, 1 ou 2
	Z 34	Membre traité	Valeur 0, 1 ou 2
	Z 35	Prestataire conventionné	Valeur 0, 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
(23)	Z 46	Norme plafond	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : 0, 7 ou 8
	Z 47	Date accord prestation	Toujours 0
	Z 48	Transplantation	Toujours 0
(23)	Z 49	Identification dispensateur auxiliaire	Compléter si Z 16 = 4 ou 5, dans tous les autres cas 0
	Z 51	Site hospitalier	Toujours 0
	Z 52	Identification 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'enregistrement	Obligation de compléter

Enregistrement de type 51 (facultatif) (seulement pour les médecins généralistes, pas pour les spécialistes)		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
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>
(23) Z 17-18	Prestation relative	<i>Toujours 0</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>
(23) Z 42-45	Numéro d'agrément engagement de tarif	<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>
(☞ 23) 18	N° unique appareil imagerie médicale	<i>Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : obligatoire pour certaines prestations (voir description de la zone)</i>
99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	<i>Obligation de compléter</i>

**Règles d'arrondi pour les prestations exécutées par des stagiaires à 75%,
prestations de chirurgie à 50 % et
aide opératoire à 10 %.**

1. Règles générales

Premièrement, l'honoraire réduit (75%, 50%, 10%) est calculé et arrondi selon les règles d'arrondi habituelles (arrondi vers le haut à partir de 5).

Exemple: Prestation avec honoraire (à 100%) = 26,42 €

Honoraire à 75 % = 26,42 € * 0,75 = 19,815 ≈ 19,82 €

Ensuite, sur base de l'honoraire réduit, l'intervention AMI et l'intervention personnelle sont calculées selon le pourcentage de ticket modérateur applicable.

L'intervention AMI est toujours arrondie vers le haut (round-up).

L'intervention personnelle est toujours arrondie vers le bas (round-down).

(23) Remarque : Il n'y a pas de ticket modérateur pour l'aide opératoire (10 %).

Exemple (suite) : 12% ticket modérateur

Intervention AMI = 19,82 € * 0,88 = 17,4416 ≈ 17,45 €

Intervention personnelle = 19,82 € - 17,45 € = 2,37 €

Ticket modérateur plafonné :

Exemple: Prestation avec honoraire (à 100%) = 66,53 €

Pourcentage ticket modérateur 15%, avec un plafond de 8,68 €

A 100%:

Intervention AMI = 66,53 € * 0,85 = 56,5505 ≈ 56,55 €

Intervention personnelle = 66,53 € - 56,55 € = 9,98 € → *plafonnée* à 8,68 €

→ *intervention AMI devient donc*: 66,53 € - 8,68 € = 57,85 €

A 50%:

Honoraire à 50% = 66,53 € * 0,50 = 33,265 ≈ 33,27 €

Intervention AMI = 33,27 € * 0,85 = 28,2795 ≈ 28,28 €

Intervention personnelle = 33,27 € - 28,28 € = 4,99 € (le plafond n'est pas atteint) (le montant du plafond n'est, donc, pas diminué de 50%).

Enregistrement de type 51 (facultatif)		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
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>
(23) Z 17-18	Prestation relative	<i>= R 50 Z 17-18</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>
(23) Z 42-45	Numéro d'agrément engagement de tarif	<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>

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 10

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Ce code définit la nature de l'enregistrement.

Cette zone reste valable pour tous les types d'enregistrement.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
10	Début d'envoi
20	Début facture
30	Journées d'entretien
40	Produits pharmaceutiques
50	Prestations ou fournitures
(☞ 6, 23) 51	Données engagement de tarif (e-fac)
(☞ 13) 52	Lecture document d'identité électronique
80	Fin facture
90	Fin envoi

RUBRIQUE : CONTENU DE LA FACTURATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3N - 53

Dans cette zone, il est précisé sur quelle base une dérogation au nombre maximum de fichiers de facturation par mois est accordée.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
	000	aucune dérogation au nombre mensuel prévu
	010	facturation supplémentaire exceptionnelle pour le mois
	020	dérogation systématique autorisée par le CIN
(☞ 3)	030	fichier supplémentaire de correction
(☞ 6, 23)	040	exception e-fac (seulement pour (groupements ou postes de garde de) médecins et dentistes)

(☞ 3) Le fichier supplémentaire de correction ne peut comporter que des factures avec type de facturation (ET 20 zone 11) = 1, 3 ou 4.

RUBRIQUE : AUTORISATION TIERS PAYANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

- (7,23) - S'il s'agit d'une exception à l'interdiction du régime tiers payant reçue par (My)CareNet
(13) (zone 316 du message 801900), cette zone doit alors être complétée; il en est de même lorsqu'il s'agit d'une facturation en tiers payant obligatoire.
- Si le contenu de cette zone est égal à 1,
(7,13,23) * la valeur 0 peut être indiquée dans la zone 32 de l'enregistrement de type 50 sauf dans le cas de e-fac médecins généralistes et dentistes;
* aucun document justificatif à l'exception ne doit être joint à la facture papier.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(7,13,23)	0	Pas d'exception reçue par (My)CareNet (zone 316 du message 801900).
(7,13,23)	1	Exception reçue par (My)CareNet (zone 316 du message 801900)

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

(☞ 12,16) (☞ 22,23)	OA100	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 • Certaines conventions de rééducation : 100 • Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier, laboratoires et médecins/dentistes (e-fac) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation)
	OA200	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
(☞ 1,16) (☞ 22) (☞ 23) (☞ 11)	OA300	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • 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 (<i>encore à déterminer</i>) • E-fac spécialistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = ... (<i>encore à déterminer</i>)
	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.

(^{6,22,23}) En cas de facturation par des (groupements ou postes de garde 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.

RUBRIQUE : FLAG TVA

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'une prestation/délivrance sur laquelle de la TVA est due.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
01	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient et sur lesquelles 21% de TVA est dû
02	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient avec exemption de TVA
00	tous les autres cas

Pseudo-code nomenclature

Libellé	Pseudo-code nomenclature		
	Ambulant	Hospitalisé	
(☞3) ● Endoprothèse fenêtrée et/ou multibranche	0703415 (x)	0703426 (x)	
	0693910 (***)	0693921 (***)	
	● 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
(☞9) ● Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique (12.000 €)	- 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
	Accessoires d'un stent valvulaire percutané implantable en position aortique (3.000 €)	0680153	0680164
(☞9) ● Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique, y compris les accessoires (3.082,31 €)	Stent valvulaire percutané implantable avec delivery system en position aortique	0680175	0680186
		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.			
(☞23) (x) Supprimé à partir du 1/5/2016.			

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
(☞23)	0961251	0961262	Interventions <u>esthétiques</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

(☞23) 0961273 0961284 Montant total TVAFrais 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>)

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56**

- (☞ 1) * Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour la biologie clinique :
- (☞ 1) - s'il s'agit de prestations de biologie clinique, médecine nucléaire in vitro ;
- 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 de l'hôpital doit être mentionné en cas de prestations effectuées dans un établissement de soins.
- 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.
- s'il s'agit de prestations de biologie clinique non remboursables (960035-960046), le numéro d'identification d'un laboratoire doit être mentionné pour autant qu'elles soient facturées par le laboratoire, sinon le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné.
- (☞ 1) * Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour l'anatomopathologie s'il s'agit de prestations de l'art. 32 de la nomenclature.
- (☞ 23) * Le numéro d'identification du laboratoire du centre agréé de génétique humaine s'il s'agit de forfaits "genetic counseling" (589750-589761, 589772-589783, 589794-589805)
- * 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 ;
- s'il s'agit de prestations de logopédie dispensées dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle (711373, 712375, etc...).
- * 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 entre la banque étrangère de matériel corporel humain et la banque agréée belge (pseudo-code 272650-272661), le même numéro d'agrément que celui du matériel importé doit être mentionné.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 1

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°	213
272672	272683	272716	272720	A 1°	218
272731	272742	272753	272764	A 58°	220
272775	272786	272790	272801	A 59°	213

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 ;
- (☞ 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.

- * 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 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
 - * 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.
- (☞ 23) * Le numéro de l'hôpital + 000 s'il s'agit d'un examen SPECT exécuté intra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT
- (☞ 23) * S'il s'agit d'un examen SPECT exécuté extra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT, cette zone est mise à zéro.
- (☞ 23) Radio-isotopes
- * Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 699215-699226 (jusqu'au 31/5/2015 inclus) ou 745953-745964, 746196 à 746465 inclus, 746476 à 746480 inclus, 746491 à 746686 inclus, 746712 à 746885 inclus, 746896 à 746922 inclus, 746970 à 747143 inclus, 747176 à 747224 inclus, 747250 à 747482 inclus, 747515 à 747541 inclus, 747552 à 747563 inclus, 747574 à 747585 inclus, 747611 à 747622 inclus, 747655 à 747666 inclus, 747751 à 747762 inclus, 747795 à 747821 inclus, 747876 à 747880 inclus, 747891 à 747902 inclus utilisés pour effectuer une tomographie à positrons
 - * Numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit du forfait 747913-747924
- (☞ 23) AR 26/5/2016 (MB 31/5/2016)
- * Le numéro du laboratoire du centre agréé de génétique humaine s'il s'agit de prestations de l'art. 33 de la nomenclature (565014 à 565600 inclus, 588674-588685, 588711-588722)
 - * Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) s'il s'agit des prestations 458452-458463, 458570 à 458603 inclus, 458673-458684, 458732-458743, 458813 à 458905 inclus, 459550 à 459642 inclus, 459675-459701
 - * Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) ou + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 459874 à 459922 inclus
 - * Le numéro de l'hôpital + 111 (tomographe à résonance magnétique) s'il s'agit des prestations 459395 à 459546 inclus, 459830-459841
 - * Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 442676 à 442761 inclus, 442971- 442982
 - * Le numéro de l'hôpital + 113 (service de radiothérapie) s'il s'agit des prestations 444113 à 444242 inclus, 444290 à 444323 inclus, 444356 à 444603 inclus
 - * Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 229655-229666, 589190-589201, 589632-589643

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 3

- * Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) ou numéro de l'hôpital + 127 (programmes partiels B1 et B2) s'il s'agit des prestations 453552 à 453600 inclus, 464155 à 464203 inclus, 589013 à 589046 inclus, 589153 à 589164 inclus, 589735 à 589746 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) s'il s'agit des prestations 476652-476663
- * Le numéro de l'hôpital + 123 (agrément path. cardiaque C) s'il s'agit des prestations 589455- 589466
- * Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) s'il s'agit des prestations 589551 – 589562
- * Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 475952-475963, 476276-476280, 476630-476641, 589492 à 589540 inclus, 589573-589584
- * Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) s'il s'agit des prestations 590181, 590310, 590516 à 590995 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 131 (soins urgents spécialisés) ou numéro de l'hôpital + 130 (premier accueil des urgences) s'il s'agit des prestations 212015 et 214012
- * Le numéro de l'hôpital + 141 (centre de médecine de reproduction B) s'il s'agit des prestations 432714 à 432725 inclus, 559812 à 559860 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 155 (centre d'expertise pour patients comateux) s'il s'agit de la prestation 477606
- * Le numéro d'identification du centre de dialyse s'il s'agit des prestations 470374-470385, 470400, 470422, 470433-470444, 470470-470481, 474714-474725

(☞ 23) Implants

- * Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 172594-172605
- * Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) s'il s'agit des prestations 159574- 159585, 684714 à 684725 inclus, 701035 à 701050 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 123 (agrément path. cardiaque C) s'il s'agit des prestations 159471-159482
- * Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) s'il s'agit des prestations 158933-158944
- * Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 158550 à 158642 inclus, 158734 à 158760 inclus, 158874 à 158922 inclus, 158955 à 158966 inclus, 170590 à 170623 inclus, 172572-172583
- * Le numéro de l'hôpital + 126 (agrément path. cardiaque P) s'il s'agit des prestations 158653 à 158723 inclus, 172395 à 172465 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 150 (centre de chirurgie robot-assistée) s'il s'agit des prestations 777114-777125 (jusqu'au 29/2/2016)
- * Le numéro de l'hôpital + 151 (centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3) ou + 152 (centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B3) s'il s'agit des prestations 161114 à 161206 inclus, 161210-161221, 161350 à 161405 inclus, 161453-161464

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 4

- * Numéro de l'hôpital + 152 (centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B) s'il s'agit des prestations 161232 à 161346 inclus, 161416 à 161442 inclus, 172690 à 172723 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 153 (centre « moniteur cardiaque implantable ») s'il s'agit des prestations 693910 à 693921 inclus (jusqu'au 29/2/2016)
- * Le numéro de l'hôpital + 154 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire ») s'il s'agit des prestations 704616 à 704664 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 156 (centre « tuteur coronaire et drug eluting stent ») s'il s'agit des prestations 158970 à 158981 inclus, 158992 à 159040 inclus, 159552 à 159563 inclus, 170656 à 170660 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 157 (centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire ») s'il s'agit des prestations 703496 à 703500 inclus (jusqu'au 29/2/2016)
- * Le numéro de l'hôpital + 158 (centre « neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif (TOC)) s'il s'agit des prestations 697933 à 697966 inclus, 703511 à 703625 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 159 (centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches ») s'il s'agit des prestations 703415 à 703426 inclus (jusqu'au 30/4/2016)
- * Le numéro de l'hôpital + 160 (centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de mouvements anormaux ») s'il s'agit des prestations 702914 à 703006 inclus, 703371 à 703404 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 161 (centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de Parkinson et de tremblements essentiels ») s'il s'agit des prestations 151454 à 151981 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 162 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique») s'il s'agit des prestations 680153 à 680186 inclus, 680993 à 681004 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 163 (centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales ») s'il s'agit des prestations 172491-172502 et 172513-172524
- * Le numéro de l'hôpital + 164 (centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage) s'il s'agit des prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664
- * Le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire s'il s'agit des prestations 170892 à 171080 inclus, 152773 à 152924 inclus, 171496 à 171824 inclus
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes
- * 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.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

Numéro d'identification du médecin responsable de la banque de matériel corporel humain
= coordinateur de la banque de matériel corporel humain.

Suppléments de l'art. 14 m) de la nomenclature relatifs aux transplantations

Lorsque les codes 0269872 à 0269964 sont mentionnés dans la zone 4, le contenu de cette zone doit alors être égal à zéro.

Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

Numéro du prestataire des implants.

(☞23) Plâtre, lait maternel et bains désinfectants pour brûlures

Lors de la facturation des bandes et autres matières plâtrées, du lait maternel, des bains désinfectants pour brûlures, cette zone doit être mise à 0.

(☞23) Produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I.

Pour les produits, prestations et services non remboursables, cette zone doit est égale à 0.

Fécondation in vitro (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860)

Numéro du prestataire.

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

Lors de l'indication du code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914 ou 751936 dans la zone 4, le contenu de cette zone est égal à 0.

Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle

Pour les prestations 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776473, 0776484, 0776495 et 0776506, cette zone doit être mise à zéro.

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

Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente, décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance et le transport urgent de malades dans le cadre de l'AR du 26/4/2009 (MB 8/5/2009) :

Pour le pseudo-code 0793553 ou 0793575 ou les pseudo-codes 0784416 à 0784486 inclus, cette zone est égale à zéro.

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

Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

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

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

Assistance au sevrage tabagique

Numéro d'identification du prestataire concerné.

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

Convention "genetic counseling": Numéro d'identification du médecin spécialiste qui est habilité à attester les forfaits.

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.
(☞ 1,17,23) 2	Prestation ou série de prestations attestée par un infirmier, mais effectuée par un aide soignant
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).
(☞ 17,22,23) 5	Prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire (seulement dans le cadre d'e-fac médecins, 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.

(☞ 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 : Code norme prescripteurCombinaisons valides pour les prestations de biologie clinique (art. 3, 24 et 24 bis)et anatomopathologie (art. 32).

	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 médecin spécialiste en biologie clinique (en cas de prestations de l'art. 3, de l'art. 24 et de l'art. 24bis)

- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est prescrite par le médecin spécialiste en biologie clinique même (pour lui-même ou pour d'autres patients qu'il a en traitement)	A	3	12 zéros

Le dispensateur est un médecin spécialiste en anatomopathologie (en cas de prestations de l'art. 32)

- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
(☞17) - la prestation est prescrite par le médecin spécialiste en anatomopathologie même	A	3	12 zéros
(☞23) (en cas de prestation 588954-588965 ou 588932-588943)			

Le dispensateur est un médecin spécialiste en médecine nucléaire (en cas des 22 prestations de l'art. 24, qui sont analogues aux 22 prestations de l'art. 18, § 2 B, e) ou le dispensateur a une double qualification dont la biologie clinique (en cas de prestations de l'art. 3, de l'art. 24 et de l'art. 24bis) ou en anatomopathologie (en cas de prestations de l'art. 32), et :

- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est ajoutée	A	4	A
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

Les médecins spécialistes dans une discipline autre que la biologie clinique ou l'anatomopathologie, et pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité (seulement pour les prestations de l'art.3, de l'art.24, et de l'art.32, pas pour l'art.24bis)

(☞9)	A	3	12 zéros
------	---	---	----------

Les médecins généralistes pour les prestations de l'art. 3

A	3	12 zéros
---	---	----------

Le dispensateur est un pharmacien ou licencié en sciences agréé pour les prestations de l'art. 3, de l'art. 24

(☞9) et de l'art. 24bis ou est un pharmacien agréé avant le 1/1/1980 pour les prestations de l'art.32	A	1 ou 9	B
---	---	--------	---

Rappelons en outre que, en vertu de l'A.R. du 16 décembre 1982, l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de la majorité des prestations de biologie clinique est subordonnée à la condition que ces prestations soient exécutées dans un laboratoire agréé.

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 175**

La cause de l'exception à l'interdiction de l'application du régime tiers payant est mentionnée, au (☞ 18) moyen d'un code, dans cette zone (voir A.R. du 18/9/2015).

Lorsque le contenu de cette zone est différent de zéro, l'exception doit être justifiée selon les (☞ 23) modalités fixées dans la circulaire O.A 2015/32 du 2/2/2015.

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 18)	1	A.R. 18/9/2015, art. 9, alinéa 3, 4° (décès, coma)
(☞ 18)	2	A.R. 18/9/2015, art. 9, alinéa 3, 5° (état d'urgence financière)
(☞ 18)	3	A.R. 18/9/2015, art. 9, alinéa 3, 6° (VIPO tarif préférentiel), 7° (revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence), 8° (chômeurs longue durée), 9° (droit aux allocations familiales majorées)
(☞ 18)	4	A.R. 18/9/2015, art. 9, alinéa 3, 1° (prestations dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations)
(☞ 18)	5	A.R. 18/9/2015, art. 9, alinéa 3, 2° (prestations dispensées dans les centres de santé mentale, centres de planning familial et d'information sexuelle et centres d'accueil pour toxicomanes)
(☞ 18)	6	A.R. 18/9/2015, art. 9, alinéa 3, 3° (prestations dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés)
(☞ 18)	7	A.R. 18/9/2015, art. 9, alinéa 5 (prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde de médecine générale)
(☞ 18)	8	A.R. 18/9/2015, art. 9, alinéa 3, 10° (statut maladies chroniques)
(☞ 18)	P	A.R. 18/9/2015, art. 9, alinéa 3, 11° (patients palliatifs à domicile)
	0	Tous les autres cas

(☞7,13,23) Lorsque l'exception a été reçue via (My)CareNet (ET20 Z3 = 1), alors cette zone peut être égale à zéro sauf dans le cas d'e-fac médecins généralistes ou dentistes (où la justification tiers payant qui est communiquée dans la réponse à la consultation du tarif doit être mentionnée dans cette zone).

(☞ 7) Le contenu de cette zone est toujours égal à zéro pour toutes les prestations qui ne tombent pas sous l'interdiction du régime du tiers payant.

RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 30 A - 231

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.

- (☞ 15) A partir de la date de prestation 1/6/2015, cette zone ne doit plus être remplie pour les produits radio-pharmaceutiques.
- (☞ 21) A partir de la date de prestation 1/1/2016, cette zone ne doit plus être remplie pour les prestations radioactives.

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.

S'il s'agit de suppléments dans des MRPA-MRS-CSJ, un libellé doit seulement être mentionné pour les pseudo-codes 0960691 et 0960713.

- (☞ 23) Pour le code 0961273-0961284, cette zone ne doit pas être remplie.

RUBRIQUE : FLAG TVA

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 347

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'une prestation/délivrance sur laquelle de la TVA est due.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
01	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient et sur lesquelles 21% de TVA est dû
02	prestations/délivrances qui sont entièrement facturées au patient avec exemption de TVA
00	tous les autres cas

RUBRIQUE : ENREGISTREMENT DE TYPE 51

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 1

Voir enregistrement de type 10 zone 1.

(~~22,23~~) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : NUMERO D'ORDRE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 3

Voir enregistrement de type 10 zone 2.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

Voir enregistrement de type 50 zone 4.

(~~22,23~~) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : DATE PRESTATION

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

Voir enregistrement de type 50 zone 5.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes 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.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

Voir enregistrement de type 50 zone 15.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : PRESTATION RELATIVE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 81

Voir enregistrement de type 50 zone 17-18.

Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des 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.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : CODE TITULAIRE 1 + 2

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 10 N - 128

Voir enregistrement de type 20 zone 27.

(☞22,23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

RUBRIQUE : DATE COMMUNICATION INFORMATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8N AAAAMMJJ - 321

(☞23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

Cette zone est remplie avec la date à laquelle l'OA a communiqué les données du tarif via le message de réponse à la consultation du tarif.

Cette date se trouve dans la zone 'kmehrmesssage/transaction/date'.

RUBRIQUE : CHIFFRES DE CONTROLE DE L'ENREGISTREMENT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 2 N - 349

(☞23) Cette zone est uniquement remplie en cas de facturation par des (groupements/postes de garde de) médecins généralistes ou dentistes (e-fac).

Voir enregistrement de type 10 zone 99.

RUBRIQUE : NUMERO UNIQUE APPAREIL IMAGERIE MEDICALE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 120

Dans cette zone, le numéro de l'appareil d'imagerie médicale doit être complété pour les prestations mentionnées dans l'AR du 26/5/2016 portant exécution de l'article 64, § 1er, alinéa 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (MB 31/5/2016).

Il s'agit d'un numéro à 12 positions avec la structure 0YYYYYYCD000

avec YYYYYYCD = numéro de facturation INAMI

YYYYYY = un numéro d'ordre non significatif

CD = 2 positions numériques (check-digit) (= 83 - reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 6 premiers chiffres YYYYYY et le diviseur est égal à 83).

Le statut « défectueux/remplacement » de l'appareil n'est pas communiqué par l'INAMI. Cependant, si l'appareil est défectueux et que l'examen est, donc, exécuté sur un appareil de remplacement, alors le numéro d'identification de l'appareil attribué par l'INAMI (« numéro de facturation INAMI ») doit être suivi par « 001 » au lieu de « 000 ».