

# **I N A M I**

Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

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

**SERVICE DES SOINS DE SANTE**

**Correspondant:** Annelies DEGRAEVE

Attaché

Tél.: 02/739.78.45

E-mail: [Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be](mailto:Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be)

**Projet de décret n° 2016/ADG/2016**

Madame,  
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie  
électronique – Edition 2013 – 24<sup>e</sup> mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2013/24 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 2013/24 – Publication 6-7-2016**



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 2013/24**

**Pages à remplacer :**

- Annexes 8.1, 16.19;
- ET 20 Z 10, Z 10 S 1;
- ET 30 Z 4 S 4, Z 4 S 5, Z 4 S 9 BIS, Z 13, Z 14, Z 30-31;
- ET 40 Z 14;
- ET 50 Z 4 S 15, Z 14 S 2, Z 14 S 3.

**1. Nouvelle convention en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré, ET 30 Z 4 S 9 BIS, Z 30-31, ET 50 Z 4 S 15.**

Une nouvelle convention diabète entre en vigueur le 1/7/2016.

Celle-ci prévoit un certain nombre d'interventions forfaitaires par journée de prestation, dépendant du groupe dont le bénéficiaire fait partie (A, B ou C) et de la méthode utilisée (piqûre au doigt ou mesure par capteur).

Une série de nouveaux pseudo-codes est prévue dans l'ET 30 Z 4 S 9 BIS.

Le matériel pour la mesure par capteur est uniquement remboursé intégralement pour le groupe A. Les bénéficiaires des groupes cibles B ou C qui souhaitent quand même utiliser le matériel pour la mesure par capteur doivent, à cet effet, payer un supplément. Ce supplément doit être mentionné dans la zone 30-31.

Les coûts du matériel supplémentaire (tigettes de glycémie, lancettes, capteurs) dont les bénéficiaires ont besoin parce qu'ils effectuent de leur propre initiative plus de mesures de leur glycémie via le test de piqûre au doigt ou parce que les capteurs ont été perdus prématurément, ne sont pas compris dans les forfaits journaliers. Ces coûts sont, donc, à charge du bénéficiaire. Les montants facturés au bénéficiaire doivent également être mentionnés sur la facture de rééducation (type de facture 5 ou 6). A cet effet, un nouveau pseudo-code 961295-961306 est créé dans l'ET 50 Z 4 S 15. Pour ce pseudo-code, les règles existantes pour les codes 960/961 sont valables: les zones 13 (code service) et 15 (prestataire) sont égales à zéro, la zone 44-45 (libellé) doit être remplie, le montant doit être mentionné dans la zone 30-31.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/7/2016 (tenant compte des mesures transitoires prévues dans la convention).

**2. Nouveaux numéros d'agrément SMUR et programme de soins d'oncologie, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 3.**

Suite à l'AR du 26/5/2016 (MB du 31/5/2016) portant exécution de l'art. 64 §1 de la loi AMI, 3 nouveaux numéros d'agrément sont créés. Ceux-ci doivent, pour certaines prestations, être mentionnés comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

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

**3. Nouvelle convention dialyse, annexe 8.1, ET 20 Z 10, Z 10 S 1, ET 30 Z 4 S 4, S 5, Z 13, Z 14, ET 40 Z 14, ET 50 Z 14 S 3.**

Une nouvelle convention relative au financement de la dialyse entre en vigueur le 1/8/2016.

Celle-ci concerne l'hémodialyse chronique et règle aussi bien les honoraires pour la dialyse chronique que les interventions forfaitaires.

Des nouveaux pseudo-codes ont été créés (annexe 1 à la convention).

Les honoraires sont facturés dans l'enregistrement de type 50, les interventions forfaitaires dans l'enregistrement de type 30.

Les instructions existantes relatives au type de facture, code service et lieu de prestation (numéro d'agrément du centre de dialyse) restent valables.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/8/2016.

**4. Produits radiopharmaceutiques – lieu de prestation, ET 50 Z 14 S 2.**

Via l'AM du 15/6/2016 (MB du 20/6/2016), un certain nombre de nouvelles prestations ont été créées pour lesquelles le numéro d'agrément "numéro hôpital + 112" (PET) doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/7/2016.

**5. Liste "prescripteur"**

Pas de modifications.

**6. Liste « prestation relative »**

Pas de modifications.

**7. 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.



-	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
(☞ 24)	fonction service mobile d'urgence	: 132
(☞ 24)	programme de soins de base en oncologie	: 133
(☞ 24)	programme de soins d'oncologie	: 134
-	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 fœtal et/ou de l'appareil reproducteur	: 223

#### Agrément centres de dialyse :

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

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

Dans ces cas, le code de compétence = 000.

**RUBRIQUE : TYPE DE FACTURE****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 50**

Ce code fait la distinction entre les différents types de factures établies selon la qualification du patient et selon le genre de traitement.

Le décompte d'un patient doit nécessairement être divisé en fonction des différents types de facture à utiliser.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 24) 1	Facture individuelle hospitalisation ou hôpital chirurgical de jour, salle de plâtre, dialyse rénale et journée d'entretien forfaitaire comme prévue dans l'art. 4 de la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs pour patients hospitalisés.
3	Facture individuelle pour patients ambulants <u>et</u> autres types que ceux prévus aux codes 4, 5, 6 et 9.
4	Facture individuelle maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques ou maisons de repos pour personnes âgées ou initiatives d'habitations protégées.
5	Revalidation interne.
6	Revalidation externe.
(☞ 24) 9	Facture individuelle hôpital chirurgical de jour, forfait - salle de plâtre, mini- et maxiforfait, forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou dialyse rénale pour patients ambulants, forfait manipulation cathéter à chambre, journée d'entretien forfaitaire service A dans les hôpitaux psychiatriques ou forfaits postcure de rééducation.



Facture individuelle : une facture est établie par patient, en d'autres termes, un enregistrement de type 20 par patient. Une facture individuelle peut comporter plusieurs attestations de soins, dès lors, toutes les attestations concernent un seul patient.

Dialyse rénale

- (☞ 24) La dialyse à domicile ou dans un centre (jusqu'au 31/7/2016 inclus : pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761526, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; à partir du 1/8/2016 : pseudo-codes repris dans la convention) peut être facturée avec le type de facture 9 à condition que le code service (ET 30 Z 13) est égal à 750. Si le code service est égal à 990, le type de facture doit être égal à 3.

Rééducation :

- les forfaits postcure de rééducation doivent être facturés par le type 9 avec le code service 760.
- Les prestations de rééducation effectuées dans un hôpital doivent être facturées via une facture individuelle (valeur 5 ou 6) séparément de celle faite pour l'hospitalisation.
- Pour les prestations de rééducation individuelle (ET 50 Z 4 S1 et S2), le type de facture doit être égal à 1 ou 3 selon qu'il s'agit des prestations effectuées à des patients hospitalisés ou ambulants.

Attention : les prestations R30-R60 (voir ET 50 Z 4 S2) et les défibrillateurs cardiaques implantés (voir ET 50 Z 4 S 6) relèvent d'une convention de rééducation et doivent, dès lors, être facturés sous le type de facture 5 ou 6 et avec le code service 770.

Praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales :

- Pour les praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales, le type de facture sera toujours = 3.

M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., :

- Le type de facture 4 doit être utilisé pour la facturation de toutes les prestations et délivrances aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., donc également pour les montants qui sont, dans le cadre des conventions SEP/SLA/Huntington, facturés par un hôpital pour les patients séjournant dans des « structures résidentielles ».

Assistance médicale lors d'un transport avec accompagnement médical (art. 25 §3) et honoraires pour la prise en charge urgente (art. 25 §3bis).

- Pour les prestations 590435, 590472 (art. 25 §3) et les prestations de l'art.25 §3bis, les codes hospitalisés n'existent pas. Ces prestations doivent, donc, toujours être facturées via une facture de type 3 séparée. Cela vaut également si ces prestations sont suivies d'une admission hospitalière.

Exception :

Si ces prestations sont suivies d'une journée forfaitaire ambulatoire, elles peuvent être facturées ensemble avec la journée forfaitaire sous le type de facture 9, à condition que le code service de la journée forfaitaire concernée soit utilisé.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
3) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques</i>		0750002
3 bis) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pendant la période de nutrition parentérale au domicile du patient</i>	0750175	
3 ter) <i>Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pour les patients qui séjournent dans les MSP</i>	0751811	
4) <i>Frais de déplacements pour prématurés</i>		0773581
4 bis) <i>Frais de transport pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique.(art. 4 § 4 Convention Psy-OA)</i>		0761946
<i>au départ d'un service isolé Sp ou G (art. 5 bis Convention Hôp-OA)</i>		0761961
5) <i>Honoraires forfaitaires de biologie clinique payable par journée d'hospitalisation</i>		0592001
6) <i>Hôpital militaire de Neder-Over-Heembeek</i>		
a) <i>Prix - tout - compris par journée d'hospitalisation dans le service pour des bénéficiaires atteints de graves brûlures</i>		0760524
b) <i>Prix de journée d'entretien pour traitement par oxygénothérapie hyperbare</i>		0760642
c) <i>Forfait « hôpital de jour »</i>	0760653	0760664
7) <i>Journée d'entretien forfaitaire</i>		
a) <i>Utilisation de la salle de plâtre</i>	0761036	0761040
(☞ 8) <i>Miniforfait</i>	0761213(*)	-
<i>Maxiforfait</i>	0761235	0761246
<i>Forfait groupe 1</i>	0768176	0768180
<i>Forfait groupe 2</i>	0768191	0768202
<i>Forfait groupe 3</i>	0768213	0768224
<i>Forfait groupe 4</i>	0768235	0768246
<i>Forfait groupe 5</i>	0768250	0768261
<i>Forfait groupe 6</i>	0768272	0768283
<i>Forfait groupe 7</i>	0768294	0768305
<i>Forfait 1 douleur chronique</i>	0768316	0768320
<i>Forfait 2 douleur chronique</i>	0768331	0768342
<i>Forfait 3 douleur chronique</i>	0768353	0768364
<i>Forfait manipulation cathéter à chambre</i>	0768375	0768386
b) <i>Service A : prix de la journée d'entretien en application de l'art. 2, §4 de la convention nationale (50% du prix total de la journée d'entretien)</i>	0761073	-
c) <i>Journée d'entretien forfaitaire de dialyse rénale</i>	0761272(**)	0761283(**)

(☞ 8) (\*) Le mini-forfait n'est plus facturable pour les prestations à partir du 1/1/2014.

Ce pseudo-code reçoit le nouveau libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse » et est mentionné sur la facture avec les zones montant égales à zéro.

(☞ 24) (\*\*)*Supprimé à partir du 1/8/2016.*

RUBRIQUE : Code journée d'entretien**Libellé** **Ambulant Hospitalisé**

8) <i>Dialyse à domicile ou dans un centre</i>		
a) Hémodialyse à domicile	0761493(*)	-
Hémodialyse à domicile avec ...infirmier ...	0761456(*)	-
b) Dialyse dans un centre collectif d'autodialyse	0761515(*)	0761526(*)
c) Dialyse péritonéale à domicile	0761552(*)	-
Dialyse péritonéale à domicile avec ...(CCPD)	0761530(*)	-
Dialyse péritonéale à domicile avec ...infirmier ...	0761471(*)	-
d) Dialyse péritonéale fractionnée à domicile	0761574(*)	-
Dialyse péritonéale fractionnée à domicile avec ...(CCPD)	0761655(*)	-
Dialyse péritonéale fractionnée à domicile avec ...infirmier ...	0761670(*)	-
(☞ 24) A partir du 1/8/2016, des nouveaux pseudo-codes sont d'application (voir le point B de l'annexe 1 à la Convention concernant le financement de la dialyse).		
(☞ 4) 9) <i>Postcure de rééducation</i>		
Montant par heure effectivement prestée et indivisible		
(art. 3, § 1 de la convention nationale établissements		
psychiatriques - O.A. à partir du 1/1/2014)	0762974	-

(☞ 24) (\*) supprimé à partir du 1/8/2016.

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

<b>Libellé</b>	<b>Ambulant</b>	<b>Hospitalisé</b>
- Insuline continue, thérapie d'infusion à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable	0772450	0772461
- Autogestion de patients atteints de diabète sucré		
- Groupe 1A	0770033 (*)	
- Groupe 1B	0770055 (*)	
- Groupe 2	0773253 (*)	
- Groupe 3A (avec DMG)	0771573 (*)	
- Groupe 3A (sans DMG)	0773592 (*)	
- Groupe 3B	0771595 (*)	
- Renvoi vers une clinique curative du pied diabétique de troisième ligne	0770070	
- Education ambulatoire d'un patient trajet de soins		
a) Forfait annuel ordinaire	0786015	
b) Forfait annuel majoré pour les patients qui commencent une autogestion	0786030	
- Education d'un patient trajet de soins hospitalisé		0786085 (*)
- Programme d'autogestion pour un patient hospitalisé qui commence une autogestion et qui a l'intention de conclure un contrat trajet de soins après son hospitalisation :		
a) forfait matériel (matériel pour une période de 6 mois) (une seule fois)		0786100
b) forfait éducation (une seule fois)		0786122 (*)
- Forfait annuel relatif au coaching général	0786052 (*)	
(€ 24) - Journée de prestation groupe A – piqûre au doigt	0788756	
(€ 24) - Journée de prestation groupe A – mesure par capteur	0788771	
(€ 24) - Journée de prestation groupe B – piqûre au doigt	0788793	
(€ 24) - Journée de prestation groupe B – mesure par capteur	0788815	
(€ 24) - Journée de prestation groupe C – piqûre au doigt	0788830	
(€ 24) - Journée de prestation groupe C – mesure par capteur	0788852	
(€ 24) - Journée de prestation groupe 1A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788874	
(€ 24) - Journée de prestation groupe 1B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788896	
(€ 24) - Journée de prestation groupe 2 de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788911	
(€ 24) - Journée de prestation groupe 3A de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788933	
(€ 24) - Journée de prestation groupe 3B de la précédente convention pour des bénéficiaires ayant un accord en cours	0788955	
(€ 10) - Monitoring continu de la glycémie chez le patient diabétique		
- prestation pendant la période d'essai	0784630	0784641
- prestation pendant les phases ultérieures	0784652	0784663

(€ 24) (\*) Ces codes sont supprimés suite à la nouvelle convention qui entre en vigueur le 1/7/2016, mais certains d'entre eux peuvent encore être utilisés dans le cadre des mesures transitoires prévues.

**RUBRIQUE : CODE SERVICE****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 53**

Voir table de codification des enregistrement de type 50 zone 13.

- (☞ 5) Il s'agit du code service où séjourne le patient à 12h (midi) à la date mentionnée dans la zone 5 ou
- (☞ 5) le pseudo-code service en cas d'utilisation de la salle de plâtre, de miniforfait(\*) ou maxiforfait, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulatant), journée forfaitaire psychiatrie, revalidation (interne ou externe), forfait groupe 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou autres prestations ambulatoires.

Dans le cas de journées d'entretien forfaitaires et d'une hospitalisation chirurgicale de jour pour des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné.

S'il s'agit de prestations ambulatoires (autres que celles citées ci-dessus), alors le pseudo-code service 990 doit être mentionné.

Lorsque l'enregistrement concerne des suppléments pour le type de chambre, forfait pharmaceutique (750002), jours de congé non-payés ou jours d'absence à visée thérapeutique, cette zone est mise à zéro.

Forfaits pharmaceutiques 750175 et 751811 : code service 990.

- (☞ 5) Montant par admission (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): service d'admission ou 1er service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.

Frais de déplacement prématurés : code service 270.

Journée d'entretien en service N\* (n): code service 190.

Unité de traitement de grands brûlés : code service 290.

- (☞ 24) Dialyse rénale à domicile ou dans un centre (jusqu'au 31/7/2016 inclus : pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; à partir du 1/8/2016 : pseudo-codes repris dans la convention): code service 750 ou 990 selon le type de facture mentionné dans l'ET 20 Z 10.

Journées d'entretien forfaitaires dans le service A (0761073) et forfait de postcure de

- (☞ 4) rééducation (0762974): code service 760.

Hôpital chirurgical de jour avec codes ambulants : code service 320.

Journée d'entretien camp de vacances collectif (793321, 793343 et 793365) : code service du service où le patient séjournait avant son départ en camp de vacances collectif.

Hôpital militaire (0760524, 0760642, 0760653 et 0760664) : code service = 000

- (☞ 8) (\*) Le mini-forfait n'est plus facturable pour les prestations à partir du 1/1/2014.  
Ce pseudo-code reçoit le nouveau libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse » et est mentionné sur la facture avec les zones montant égales à zéro.

**RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56**

---

- (☞ 24) Dans le cas des interventions forfaitaires dans le cadre de la convention dialyse, le numéro d'agrément du centre de dialyse doit être mentionné dans cette zone.

Le numéro du centre de dialyse sera mentionné prioritairement aux autres numéros d'identification.

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

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

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

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

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

**RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT**

---

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

---

Dans cette zone, sont mentionnés les suppléments - dépassant les interventions personnelles réglementaires (voir zone 27) - portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Les montants à rembourser au patient dans le cadre de la dialyse à domicile doivent être mentionnés en négatifs dans cette zone.

Si la zone 4 mentionne le pseudo-code 0761633-0761644, il y a lieu de reprendre dans cette zone, le supplément concernant le type de chambre.

- (☞ 24) Si la zone 4 mentionne le pseudo-code 788815 ou 788852 (convention diabète), l'éventuel supplément facturé au patient (puisque'il souhaite utiliser le matériel pour la mesure par capteur) doit être mentionné dans cette zone.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.1.

**RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56**

---

- (☞ 24) En cas de journées d'entretien forfaitaires dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour, le numéro d'identification de l'hôpital de prestation doit être mentionné dans cette zone.

En cas de médicaments délivrés aux patients qui suivent un traitement de rééducation, ceux-ci peuvent être facturés uniquement par le service de tarification reconnu de l'hôpital responsable de la délivrance. Le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Pour les factures réalisées par un hôpital pour les patients qui résident en MRS, MRPA ou IHP, le numéro de l'hôpital est mentionné dans cette zone.

Pour les factures avec comme numéro de tiers payant le numéro d'identification d'un office de tarification agréé d'un hôpital, on mentionne ici le numéro de l'hôpital ou s'il n'y a pas d'hôpital, le numéro de l'office de tarification agréé.

Dans le cas où des forfaits 0757293 ou 0757315 sont attestés, alors le numéro d'agrément du programme de soins de médecine de la reproduction A ou B doit être mentionné dans cette zone (numéro de l'hôpital + 140 ou 141).

**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
(☞24)	0961295	0961306	Matériel à charge du patient dans le cadre de la convention diabète

(☞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> )

- \* 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) Produits radiopharmaceutiques

- \* 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,

(☞ 24) 747876 à 747880 inclus, 747891 à 747902 inclus, 747935 à 748005 inclus, 748031, 748042, 748053, 748064 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

- \* 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
- (☞ 24) \* Le numéro de l'hôpital + 132 (fonction service mobile d'urgence) s'il s'agit des prestations 590413-590424, 590435, 590446 ou 590472
- (☞ 24) \* Le numéro de l'hôpital + 134 (programme de soins d'oncologie) s'il s'agit de la prestation 350291-350302
- \* 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
- (☞ 24) \* Le numéro d'identification du centre de dialyse s'il s'agit des prestations 470374-470385, 470400, 470422, 470433-470444, 470470-470481, 474714-474725 ou des honoraires de la convention dialyse

(☞ 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