

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 21 décembre 2016.

Madame,
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie
électronique – Edition 2013 – 29^e mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2013/29 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 2013/29 – Publication 21-12-2016**



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 2013/29

Pages à remplacer :

- Pages 29bis, 29ter;
- Annexe 16.19, 20.3;
- ET 20 Z 10 S 1;
- ET 30 Z 4 S 9BIS, S 10, S 12;
- ET 50 Z 4 S 2, S 3, S 14, S 15, S 16, S 27, S 28, S 29, S 30, S 31, S 32, Z 13, Z 14 S 2, S 3, S 5, Z 15 S 1, Z 33, Z 43;
- ET 52 Z 18.

Pages à ajouter :

- Pages 29quater, 29quinquies, 29sexies.

1. Lecture document d'identité électronique (praticiens de l'art infirmier à domicile) - précisions, ET 50 Z 4 S 27, S 28, S 29, S 30, S 31, S 32.

Des précisions sont apportées concernant la manière de remplir le fichier de facturation des praticiens de l'art infirmier lors de l'enregistrement des données du document d'identité du patient dans l'enregistrement de type 52.

Concrètement au niveau du fichier de facturation :

- 1) Chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement 50 avec une prestation de base doit, donc, toujours être suivi par un enregistrement 52.
Ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que le nombre de visites durant le jour de soins concerné.
- 2) S'il s'agit d'une prestation qui se présente de manière autonome (sans prestation de base), elle doit être suivie d'un enregistrement 52.
- 3) Pour les prestations qui n'engendrent pas de visites (par ex : consultation,...), la valeur 7 est indiquée dans l'ET 52 Z 10 et la valeur 1 est indiquée dans l'ET 52 Z 11.

Les exemples de facturation de l'ET 50 Z 4 S 27 et de l'ET 50 Z 4 S 28 des instructions de facturation ont été précisés.

Date d'application: La vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité (et la mention des enregistrements 52) reste facultative.

A partir du 1/10/2017, la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité (et la mention des enregistrements 52) deviendra obligatoire pour le secteur des praticiens de l'art infirmier à domicile (sous réserve de publication de l'AR).

2. Conventions diabète – codes d'identification des capteurs, ET 20 Z 10 S 1, ET 30 Z 4 S 9BIS, S 10, ET 50 Z 4 S 2, S 3, S 15, S 16, Z 13, Z 15 S 1, Z 43 .

Lors des mises à jour 2013/24 et 2013/25, des instructions relatives à la nouvelle convention diabète (à partir du 1/7/2016) et de la convention diabète enfants (à partir du 1/8/2016) ont été publiées.

Pour la méthode de la mesure par capteurs, le matériel délivré doit figurer sur une liste limitative. Désormais, le code d'identification du matériel délivré pour la mesure par capteurs devra être mentionné sur le fichier de facturation.

Afin de pouvoir utiliser la zone existante « code implant », les pseudo-codes concernés sont déplacés vers le type d'enregistrements 50.

De plus, les codes 961 pour le matériel à charge du patient sont dédoublés, de sorte qu'il y ait un code séparé pour le matériel pour la méthode de piqûre au doigt (pour lequel aucun code d'identification ne doit être mentionné) et le matériel pour la méthode de mesure par capteurs (pour lequel un code d'identification doit bien être mentionné).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/2/2017.

3. Convention SAOS, ET 30 Z 4 S 12.

Suite à l'avenant à la convention SAOS, des nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 12.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/1/2017.

4. Sevrage tabagique, ET 50 Z 4 S 14.

A partir du 1^{er} janvier 2017, la région flamande commence son propre système de remboursement des sessions d'arrêt du tabagisme. Le nouveau système est applicable pour les patients domiciliés dans la région flamande.

Cela signifie que les pseudo-codes 740434-740445, 740456-740460 et 740471-740482 ne peuvent plus être facturés pour des prestations effectuées à partir du 1/1/2017 pour des patients domiciliés dans la région flamande.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/1/2017.

5. Suppléments suite à des exigences particulières du patient, ET 50 Z 33.

En cas d'exigences particulières du patient, les médecins/dentistes conventionnés peuvent attester des suppléments d'honoraires (voir les points 11.2.3 et 11.3.3 de l'accord medico-mut et le point 14.2 de l'accord dento-mut).

Dans ce cas, la nouvelle valeur « 5 » doit être mentionnée dans l'ET 50 Z 33.

Date d'application: Mois facturé janvier 2017.

6. Forfait INAMI PET, ET 52 Z 18.

Pour le forfait INAMI 747913-747924 (prévu dans l'AR du 22 mai 2014), le numéro unique de l'appareil PET doit désormais être mentionné sur le fichier de facturation.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/1/2017.

7. Matériel pour le soutien ventriculaire – lieu de prestation – correction, ET 50 Z 14 S 3.

Une erreur s'est glissée dans la condition de remboursement F-§22 de "La Liste", plus particulièrement dans le point "critères concernant l'établissement hospitalier".

Les codes 172911 et 172933 doivent être ajoutés dans l'énumération des prestations qui ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères.

Concrètement, cela signifie que pour ces 2 prestations, le numéro d'agrément pathologie cardiaque T (numéro hôpital + 122) doit être mentionné comme lieu de prestation.

Date d'application: Mois facturé janvier 2017 (pour les prestations effectuées à partir du 1/8/2016).

8. Implants – dispositifs en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 5.

Pour les nouvelles prestations 180272-180283 et 180294-180305 de « La Liste », le nouveau numéro d'agrément « numéro hôpital + 169 » doit être mentionné comme lieu de prestation.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/1/2017.

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

Via l'AM du 16/11/2016 (MB du 18/11/2016), 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 1/12/2016.

10. E-fac médecins généralistes - correction, annexe 20.3.

Une correction relative au remplissage de l'ET 50 Z 3 (norme prestation) est apportée.

Dans certains cas, la valeur 5 (prestations à 50%) peut être utilisée par les médecins généralistes, par exemple pour la prestation 353231 (voir règle interprétative 03 de l'article 11).

11. Fusion des mutualités 509 et 516, pages 29bis, 29ter, 29quater, 29quinquies, 29sexies.

Des instructions relatives à la fusion des mutualités 509 et 516 au 1/1/2017 sont insérées.

12. Liste “prescripteur”

Pas de modifications.

13. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	à	A.R.	M.B.	Date d'application
472393	472404	25/9/2016	20/10/2016	1/11/2016
473211	473222	25/9/2016	20/10/2016	1/11/2016
473270	473303	25/9/2016	20/10/2016	1/11/2016
473675	473686	25/9/2016	20/10/2016	1/11/2016
473874	473885	25/9/2016	20/10/2016	1/11/2016
474736	474740	25/9/2016	20/10/2016	1/11/2016
474773	474806	25/9/2016	20/10/2016	1/11/2016
474891	474902	25/9/2016	20/10/2016	1/11/2016

14. 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.

(29) Fusion mutualité 509 et 516

A partir du 01/01/2017, les mutualités 509, Partenamut et 516, Securex, ne forment plus qu'une seule entité juridique, sous la dénomination « Partena-Mutualité Libre » (en abrégé Partenamut) et le numéro 509.

Au 01/01/2017, les bases de données des deux mutualités, auront également été fusionnées, entraînant la disparition de la mutualité 516 pour laisser place à :

Partenamut 509, Boulevard Louis Mettewie 74/76, 1080 Bruxelles.

Tous les membres de la 516 passent donc dans l'entité 509 et reçoivent un nouveau numéro de membre.

Attention, les membres de la mutualité 516, habitant en Communauté Flamande seront automatiquement transférés à la 526 (Partena OZV) au 01/01/2017.

L'historique de ces membres (avant le 01/01/2017) passe dans l'entité 509.

Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1er janvier 2017.

Toutes les factures reprenant des prestations avant le 01/01/2017 seront obligatoirement traitées sous la mutualité 509 (Partenamut) et ceci pour **l'entièreté de la population ex 516**.

Les factures reprenant des prestations à partir du 01/01/2017 seront obligatoirement traitées soit sous la mutualité 509 (ex membre 516 habitant en communauté **Wallonie-Bruxelles**) soit sous la mutualité 526 (ex membre 516 habitant en communauté **Flandre**).

Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !

Cette opération entrainerait un rejet de votre facturation. Le N° de Mutualité fait partie intégrante du N° d'identification.

516-YYYYYYYYYYYYYY devient 509-XXXXXXXXXXXXXX

Sous quelle mutualité facturer	soins prestés avant le 01/01/2017	soins prestés après le 01/01/2017
ex membre 516 habitant en Wallonie	509	509
ex membre 516 habitant à Bruxelles	509	509
ex membre 516 habitant en communauté Flamande	509	526

Toutes les facturations doivent se faire sur la base du **NISS** (sauf exceptions légales).

Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1^{er} janvier 2017.

Dans la pratique pour les hôpitaux

- Pour les patients hospitalisés ou non au 31/12/2016, qui habitent en **Communauté Flamande** :
 - En cas d'hospitalisation en cours, vous recevrez pour chaque patient membre de la mutualité 516, un message de mutation 730000 avec le nouveau numéro de mutualité 526 et les nouvelles données d'identification à partir du 01/01/2017.
 - Les accords médicaux donnés par la mutualité 516 seront automatiquement repris dans la mutualité 526 et dans la mutualité 509 pour l'historique.
 - En ce qui concerne la facturation de vos prestations ambulatoires :
 - si la facturation se base sur un **engagement de paiement** 801900 (de la mutualité 516), cette facture sera acceptée :
 - si facturée à la 509 si prestations avant le 01/01/2017
 - si facturée à la 526 si prestations à partir du 01/01/2017

- Si votre facturation ambulatoire est basée sur la lecture de la carte SIS ou sur une vignette qui renvoie à la mutualité 516 :
 - ces prestations seront automatiquement converties par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 pour les prestations antérieures au 01/01/2017
 - Pour les prestations à partir du 01/01/2017, la facturation doit se faire obligatoirement sous la mutualité 526.

Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet en utilisant leur numéro NISS.

- Pour les patients hospitalisés ou non au 31/12/2016 qui habitent en communauté **Wallonie-Bruxelles** :
 - En cas d'hospitalisation en cours, vous recevrez pour chaque patient membre de la mutualité 516, un message de mutation 730000 avec le nouveau numéro de mutualité 509 et les nouvelles données d'identification.
 - Les accords médicaux donnés par la mutualité 516 seront automatiquement repris dans la mutualité 509 et ce pour tout l'historique.
 - En ce qui concerne la facturation de vos prestations ambulatoires : si la facturation se base sur un **engagement de paiement** 801900 (de la mutualité 516), cette facture sera acceptée automatiquement à la mutualité 509.
 - Si votre facturation papier ambulatoire est basée sur la lecture de la carte SIS ou sur une vignette qui renvoie à la mutualité 516, ces prestations seront automatiquement converties par nos services en nouvelles données de la mutualité 509

Sous quelle mutualité facturer	soins prestés avant le 01/01/2017	soins prestés après le 01/01/2017
ex membre 516 habitant en Wallonie	509	509
ex membre 516 habitant à Bruxelles	509	509
ex membre 516 habitant en communauté Flamande	509	526

- *Pour les hospitalisations de **tous** les membres 516 clôturées au 31/12/2016, vous pouvez nous envoyer les messages s'y rapportant même en 2017 avec les données de la 516. Notre système les convertira.*
- *Si vous utilisez les données du message 730000 lors de la facturation du séjour, les prestations facturées seront acceptées. Idem pour les factures supplémentaires éventuelles.*
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**

Vous pouvez à tout instant consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

Dans la pratique pour les pharmaciens

- Etant donné que la facturation des pharmaciens est basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées.
- Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet en utilisant leur numéro NISS.

Dans la pratique pour les maisons médicales

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 :
 - pour tous les membres 516 qui habitent en communauté **Wallonie-Bruxelles** et ce peu importe la date des soins.
 - pour tous les membres 516 qui habitent en communauté **Flandre** uniquement pour les soins prestés avant le 01/01/2017.
- Concernant la facturation des soins au 01/01/2017 pour les ex membres 516 qui habitent en **communauté Flandre**, celle-ci doit se faire à la 526.

Sous quelle mutualité facturer	soins prestés avant le 01/01/2017	soins prestés après le 01/01/2017
ex membre 516 habitant en Wallonie	509	509
ex membre 516 habitant à Bruxelles	509	509
ex membre 516 habitant en communauté Flandre	509	526

- Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet (via vos prestataires de soins).
- Les abonnements ouverts par la mutualité 516 seront automatiquement repris dans la mutualité 509.
- Les abonnements ouverts par la mutualité 516 pour des membres habitant en Communauté Flandre seront automatiquement repris dans la mutualité 526 à partir du 01/01/2017.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**

Vous pouvez à tout instant consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

Dans la pratique pour les infirmiers

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 pour les ex membres 516 habitant en communauté **Wallonie-Bruxelles** et ce peu importe la date des soins ainsi que pour les ex membres 516 habitant en **Communauté Flandre** pour les soins antérieurs au 01/01/2017.

Sous quelle mutualité facturer	soins prestés avant le 01/01/2017	soins prestés après le 01/01/2017
ex membre 516 habitant en Wallonie	509	509
ex membre 516 habitant à Bruxelles	509	509
ex membre 516 habitant en communauté Flandre	509	526

- Pour que la facturation de vos soins en 2017 soit correcte, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Les accords médicaux et les notifications donnés par la mutualité 516 seront automatiquement repris dans la mutualité 509 et ce pour tout l'historique ainsi que dans la mutualité 526 pour les membres habitant en Communauté flamande.

Dans la pratique pour les institutions qui facturent via le tiers-payant électronique

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 pour les ex membres 516 habitant en communauté **Wallonie-Bruxelles** et ce peu importe la date des soins ainsi que pour les ex membres 516 habitant en **Communauté Flamande** pour les soins antérieurs au 01/01/2017.

Sous quelle mutualité facturer	soins prestés avant le 01/01/2017	soins prestés après le 01/01/2017
ex membre 516 habitant en Wallonie	509	509
ex membre 516 habitant à Bruxelles	509	509
ex membre 516 habitant en communauté Flamande	509	526

- Si vous facturez via MyCareNet, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Nous vous invitons, à partir du 01/01/2017 et dans tous les cas avant toute facturation en 2017, à consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

Dans la pratique pour les tiers facturants via efact (médecins généralistes, médecins spécialistes, dentistes, postes de garde)

- Etant donné que la facturation via efact est basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur la base de cet engagement de paiement même si celui-ci fait référence à la 516 et est utilisé en 2017. Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet en utilisant leur numéro NISS.

Règles particulières pour la facturation papier du tiers-payant pour les médecins généralistes

- Veillez toujours mentionner le NISS sur vos factures papier.
- Pour les médecins généralistes qui travaillent avec le tiers-payant manuel : lorsque la vignette mentionne les données d'identification à la mutualité 516, notre organisme assureur y apportera les corrections nécessaires soit vers la 509 soit vers la 526.
- Pour les services de tarification qui assurent le traitement des tiers-payants manuels pour les médecins généralistes : nous vous invitons, à partir du 01/01/2017 et dans tous les cas avant votre facturation en 2017, à consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

L'adresse de la facturation centralisée du tiers-payant sur papier (médecins généralistes, MRS, habitation protégée, maisons de soins psychiatriques) est et reste :

Union Nationale des Mutualités Libres
Rue Saint-Hubert, 49
1150 Bruxelles

L'adresse de facturation de tous les envois électroniques est et reste :

Union Nationale des Mutualités Libres
Allée de la Minerva, 8
1150 Bruxelles

Règles particulières pour la facturation du tiers-payant manuel (sur papier)

Les prestataires de soins (pas les médecins généralistes, MRS, habitations protégées, MSP) qui facturent sur papier recevront des instructions séparées en direct de la mutualité 509.

Avez-vous encore des questions ?

Envoyez-les par e-mail : opercontfac@mloz.be ou téléphonez-nous : 02 778 95 55.
Vous pouvez également poser vos questions au gestionnaire de votre portefeuille via 4CP.
Plus d'informations concernant l'accès à notre site web 4CP : info@4cp.be

-	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
(☞ 9,25)	- centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 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
(☞ 25)	- centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 158
(☞ 23)	- centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (jusqu'au 30/4/2016 inclus)	: 159
(☞ 5,25)	- centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 160
(☞ 5)	- centre « neurostimulateurs en cas de Parkinson et de tremblements essentiels »	: 161
(☞ 9,25)	- centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 162
(☞ 22)	- centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales »	: 163
(☞ 22)	- centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage »	: 164
(☞ 25)	- centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (à partir du 1/8/2016)	: 165
(☞ 25)	- centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (à partir du 1/8/2016)	: 166
(☞ 25)	- centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique » (à partir du 1/8/2016)	: 167
(☞ 29)	- centre « fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire » (à partir du 1/1/2017)	: 169
(☞ 26)	- agrément convention reconstruction mammaire	: 190
 <u>Agrément banque de matériel corporel humain :</u>		
-	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
 <u>Agrément centres de dialyse :</u>		
-	centre d'hémodialyse chronique	: 561
-	centre d'hémodialyse chronique pédiatrique	: 562
-	centre de dialyse à domicile	: 563
-	centre de dialyse péritonéale ambulatoire	: 564
-	centre d'autodialyse collective	: 565 à 569

2. MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ

Dans ces cas, le code de compétence = 000.

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
☞ 23,29)	Z 3	Norme prestation	Médecins généralistes: 0 ou 5 ; 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

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 implantables (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.

- (☞29) Les forfaits dans le cadre de la convention diabète (enfants) (voir ET 50 Z 4 S 3) doivent également être facturés sous le type de facture 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

<u>Libellé</u>	<u>Ambulant</u>	<u>Hospitalisé</u>
- Insuline continue, thérapie d'infusion à domicile à l'aide d'une pompe à insuline portable	0772450	0772461
(☞ 25,29) - 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 B – piqûre au doigt	0788793	
(☞ 24) - Journée de prestation groupe C – piqûre au doigt	0788830	
(☞ 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.

(☞ 25) (***) Si les forfaits sont facturés pour un bénéficiaire hospitalisé, la facturation doit s'effectuer sous les pseudo-codes ambulatoires et sur une facture de rééducation externe (type de facture 6) avec le pseudo-code service 770.

(☞ 29) (***) Les pseudo-codes relatifs à la mesure par capteurs ont été déplacés vers l'ET 50 Z 4 S 3 (à partir de la date de prestation 1/2/2017).

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

(☞ 25,29) - Convention diabète enfants (**) (***)	
- Autogestion du diabète sucré chez les enfants et les adolescents	0773113 (*)
- Programme pour "les patients très intensifs" et assimilés – enfants et adolescents	0774115 (*)
- Programme pour diabétiques * 3 administrations d'insuline par jour * 4 courbes journalières de glycémie par semaine et assimilés – enfants et adolescents	0774130 (*)
- Programme pour diabétiques * 2 administrations d'insuline par jour * 2 courbes journalières de glycémie par semaine et assimilés – enfants et adolescents	0774152 (*)
- Programme pour enfants et adolescents diabétiques traités à l'aide d'une pompe à insuline	0775456 (*)
- Programme pour insulinothérapie par perfusion pour diabétiques	0775471 (*)
- Frais de déplacement pour l'information et l'accompagnement dans le milieu de vie du bénéficiaire	0775493

Journée de prestation pour un bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt	0785573
Journée de prestation pour un bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt	0785610
Journée de prestation pour un bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt	0785654
Journée de prestation pour un bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt	0785691
Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt	0785735
Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt	0785772
Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt	0785816
Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt	0785853
Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt	0785890
Journée de prestation pour un bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de piqûre au doigt	0785934

- (☞ 25) (*) Ces codes sont supprimés suite à la nouvelle convention qui entre en vigueur le 1/8/2016, mais certains d'entre eux peuvent encore être utilisés dans le cadre des mesures transitoires prévues.
- (☞ 25) (***) Si les forfaits sont facturés pour un bénéficiaire hospitalisé, la facturation doit s'effectuer sous les pseudo-codes ambulatoires et sur une facture de rééducation externe (type de facture 6) avec le pseudo-code service 770.
- (☞ 29) (***) Les pseudo-codes relatifs à la mesure par capteurs ont été déplacés vers l'ET 50 Z 4 S 3 (à partir de la date de prestation 1/2/2017).

ENREGISTREMENT DE TYPE 30 ZONE 4 SUITE 12

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Ambulant Hospitalisé

CONVENTION – SAOS

	Pression positive continue par voie nasale pendant la nuit	0779096	0779100
(☞ 29)	Forfait AOM pour un bénéficiaire qui utilise pour la première fois une OAM	0779870	0779881
(☞ 29)	Forfait AOM pour un bénéficiaire dont l'OAM doit être renouvelée	0779892	0779903
(☞ 29)	Forfait de base AOM	0779914	0779925

CONVENTION - SOH

Convention SOH				Pseudo-codes		
				Ambulant	Hospitalisé	
La prestation normale remboursable dans le cadre de la convention SOH est l'assistance ventilatoire (A.V.) nocturne par pression positive à 2 niveaux pour patients SOH				788012	788023	
Autres traitements d'assistance ventilatoire, uniquement remboursables pour les patients déjà traités par cette méthode par le même établissement avant le 1/1/2008 et ce dans le cadre de la convention en vigueur à l'époque (mesure transitoire destinée à disparaître)						
A.V. continue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788034	788045	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788056	788060	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788071	788082	
	méthode non invasive		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788093	788104	
		percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788115	788126	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788130	788141	
	sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788152	788163		
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788174	788185		
A.V. discontinue	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788196	788200	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788211	788222	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788233	788244	
	méthode non invasive		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788255	788266	
		percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788270	788281	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788292	788303	
	pression positive à 2 niveaux (enfants < 5ans)		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788314	788325
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788336	788340	
		percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788351	788362	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788373	788384	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788395	788406	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788410	788421	
A.V. nocturne	trachéotomie	percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788432	788443	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788454	788465	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788476	788480	
	méthode non invasive		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788491	788502	
		percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788513	788524	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788535	788546	
	pression positive à 2 niveaux		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788550	788561
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788572	788583	
		percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788594	788605	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788616	788620	
		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788631	788642	
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788653	788664	
	pression négative péithoracique		sans percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788675	788686
			sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788690	788701	
		percussion intra-pulmonaire	assistance mécanique à la toux ou aspiration trachéale non-invasive	788712	788723	
		sans assistance mécanique à la toux et sans aspiration trachéale non-invasive	788734	788745		

Libellé	Pseudo-code nomenclature	
	Ambulant	Hospitalisé
C) Rééducation individuelle		
a) - Traitement orthoptique	0771536	0771540
- Séance individuelle de rééducation fonctionnelle par un orthoptiste, d'une durée de 60 minutes au minimum	0771551	0771562
b) Appareillage (article 151 + nomenclature)		
- Appareils à parler - type électronique	0771632	0771643
- Prothèse externe orbito-oculaire	0771654	0771665
- Lunettes télescopiques	0771713	0771724
- Pompes à perfusion	0771735	-
- Accessoires pour l'ensemble	0771750	-
- Prestations de rééducation fonctionnelle admises par art. 27, 29 et 31 de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception de l'art. 29, § 12	0771772	0771783
c) Prestations de rééducation de patients cardiaques		
- Séance individuelle pluridisciplinaire d'une durée minimale de 30 minutes	-	0771201
- Séance collective pluridisciplinaire d'une durée minimale de 60 minutes	0771212	0771223
d) Prestations de diététique et de podologie		
- évaluation et/ou intervention diététique individuelle	0771131	-
- examen ou traitement podologique individuel	0771153	-
e) Prestations de rééducation fonctionnelle suite à l'entrée en vigueur des trajets de soins		
- Prestations de diététique et podologie diététique	0794010	-
podologie	0794032	-
- Prestation de rééducation éducation de départ	0794054	-
éducation de suivi	0794076	-
supplément d'éducation en cas de complications	0794091	-
f) Prestations d'ergothérapie		
- Bilan observationnel	0784291	0784302
- Séance de mise en situation	0784313	-
- Séance d'information, de conseil et d'apprentissage	0784335	-
- Bilan fonctionnel final	0784350	-
D) Frais de déplacement		
- Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers centre de rééducation conventionné organisé par le centre de rééducation	0771971	0771982
- Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers centre de rééducation conventionné, adapté à la voiture personnelle	07731500773161	
- Moyen de transport individualisé adapté au handicap (conventions « aides à la mobilité » (7.90)) :		
- Véhicule de l'établissement ou transporteur privé	0770394	0770405
- Véhicule adapté du bénéficiaire	0770416	0770420
5bis. Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776156	0776160
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776171	0776182
Prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.51		
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 60 minutes	0776473	0776484
- rééducation fonctionnelle multidisciplinaire 120 minutes	0776495	0776506
Ces prestations relèvent d'une convention de rééducation fonctionnelle et doivent, par conséquent, être facturées sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		
(☞ 16) 5ter. Honoraire de participation dans le cadre de la convention avec les centres de diagnostic multidisciplinaire pour SFC		
- Honoraire de participation médecin généraliste	0787894	0787905
Cette prestation relève d'une convention de rééducation fonctionnelle et doit, par conséquent, être facturée sous le type de facture 5 ou 6 (ET 20 Z 10) et le code service 770 (ET 50 Z 13).		

Libellé

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
(29) Squater. Convention diabète (enfants) (méthode de mesure par capteur)		
Journée de prestation groupe C – mesure par capteur	0788852	
Journée de prestation groupe B – mesure par capteur	0788815	
Journée de prestation groupe A – mesure par capteur	0788771	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785595	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans souffrant de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785632	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785676	
Journée de prestation bénéficiaire <18 ans ne souffrant pas de diabète de type 1 – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785713	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785956	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785794	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785831	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe B convention adultes – sans pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785875	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe C convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785912	
Journée de prestation bénéficiaire ≥18 ans – groupe A convention adultes – avec pompe à insuline portable – méthode de mesure par capteur	0785750	
6. a) Bains désinfectants pour brûlures :		
- Global	-	0754526
- Brûlure isolée sur un des quatre membres	-	0754541
b) Nutrition parentérale au domicile du patient		
- Poches « à la carte » adultes	0751354	-
- Poches « à la carte » enfants	0751376	-
- Pré-mélanges industriels	0751391	-
- Poches « per dialytique »	0751413	-
c) Seringues d'insuline stériles	0754736	-
d) Alimentation entérale par sonde au domicile du patient		
- l'administration d'un produit polymérique	0751251	-
- l'administration d'un produit semi-élémentaire	0751273	-
- l'utilisation du matériel sans pompe	0751295	-
- l'utilisation du matériel avec pompe	0751310	-
- l'utilisation de la pompe	0751332	-
e) Prothèse capillaire en cas de		
- calvitie suite à une radiothérapie et/ou chimiothérapie antimétabolique	0755414	0755425
- pelade	0755436	0755440
- alopecie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire	0755451	0755462
- alopecie cicatricielle d'origine radiothérapeutique	0754154	0754165
f) Conventions art. 56		
- traitement des enfants avec aversion grave de l'alimentation orale		
- pendant les 3 premiers mois	0751914	-
- à partir du quatrième mois et les mois suivants	0751936	-
- formation et suivi alimentation parentérale à domicile		
- formation (les 3 premiers mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751833	-
- formation (les 3 premiers mois) autres bénéficiaires	0751870	-
- suivi (à partir du 4 ^{ème} mois) enfants de 0 à 17 ans inclus	0751855	-
- suivi (à partir du 4 ^{ème} mois) autres bénéficiaires	0751892	-
7. Quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales	-	0700000

Ambulant **Hospitalisé****Kinésithérapie**

Les prestations de kinésithérapie effectuées dans des centres de rééducation fonctionnelle conventionnés et dispensées à des bénéficiaires atteints d'une des affections visées à l'article 7, 3ème alinéa, c), de l'arrêté royal du 23 mars 1982 doivent être attestées, à partir du 1/5/1999, sous les codes prévus à l'article 7, § 1^{er}, 2^o, V de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des cas où le bénéficiaire se trouve dans une des situations prévues :

à l'article 7, § 12 → utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1^{er}, 3^o

à l'article 7, § 13 → utilisation des codes prévus à l'article 7, § 1^{er}, 4^o

de la nomenclature susmentionnée.

Fécondation in vitro

A partir du 1er juillet 2003, l'ensemble des activités de laboratoire requises pour l'insémination au moyen de FIV/d'ICSI d'ovules sont enregistrées sous les pseudo-codes nomenclature suivants :

1 ^{er} cycle	0559812	0559823
2 ^{ème} cycle	0559834	0559845
3 ^{ème} cycle et suivants	0559856	0559860

Il s'agit uniquement de la mention du nombre de cas, toutes les zones "montant" sont égales à zéro.

L'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008) (forfaits médicaments PMA1, PMA2 et PMA3) n'a pas d'influence sur le compteur du nombre de cycles. Le compteur continue à marcher (n'est donc pas mis à zéro au 1/1/2009).

(☞27) Projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté »

Début de prise en charge dans le projet	0793590	0793601
Fin de prise en charge dans le projet	0793612	0793623

Montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'un SMUR belge sur le territoire français dans le cadre de la convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente

0793553

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

(☞5) par ambulance (d'application à partir du 1/10/2013) 0793575

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

Forfait pour les 10 premiers km	0784416	0784420
Intervention à partir du 11 ^e jusqu'au 20 ^e km inclus	0784431	0784442
Intervention à partir du 21 ^e km	0784453	0784464
Intervention par paire d'électrodes	0784475	0784486

Convention dialyse hépatique

Dialyse de détoxification: élimination des toxines hydrosolubles et des toxines liées à l'albumine

0761972 0761983

(☞29) Assistance au sevrage tabagique (AR 31/8/2009, MB 15/9/2009) (plus facturable pour les patients domiciliés dans la région flamande à partir de la date de prestation 1/1/2017)

Première séance	0740434	0740445
Séances suivantes	0740456	0740460
Séances femmes enceintes	0740471	0740482

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 piqûre au doigt à charge du patient dans le cadre de la convention diabète
(☞25)	0961310	0961321	Matériel piqûre au doigt à charge du patient dans le cadre de la convention diabète enfants
(☞29)	0961332	0961343	Matériel mesure par capteurs à charge du patient dans le cadre de la convention diabète
(☞29)	0961354	0961365	Matériel mesure par capteurs à charge du patient dans le cadre de la convention diabète enfants
(☞23)	0961273	0961284	Montant total <u>TVA</u>

Frais divers dans les hôpitaux ou MSP

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

Frais divers dans les initiatives d'Habitations Protégées

960315	frais de séjour tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour
960330	coûts éventuels surplus au frais de séjour tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour
960352	'autres' coûts surplus qui ne sont pas prévus dans la convention de séjour

Suppléments MRPA-MRS-CSJ.

0960551	Frais d'hébergement: chambre d'une personne
0960573	Frais d'hébergement: chambre de deux personnes
0960595	Frais d'hébergement: chambre commune
0960610	Frais de séjour en CSJ
0960632	Frais d'hébergement: abonnement télévision
0960654	Frais d'hébergement: abonnement internet
0960676	Frais d'hébergement: dépenses téléphone
0960691	Suppléments liés aux soins: matériel de soins non compris dans le forfait
0960713	Suppléments liés aux soins: matériel d'incontinence
0960735	Suppléments liés aux soins: produits (para)pharmaceutiques
0960750	Suppléments liés aux soins: compléments nutritionnels
0960772	Suppléments liés aux soins: ristournes (<i>montant en négatif</i>)
0960794	Autres suppléments: buanderie
0960816	Autres suppléments: pédicure
0960831	Autres suppléments: manucure
0960853	Autres suppléments: boissons
0960875	Autres suppléments n'appartenant pas aux catégories précédentes
0961133	Ristourne convention art.10bis SLA (<i>montant en négatif</i>)
0961155	Ristourne convention art.10bis Huntington (<i>montant en négatif</i>)

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>)

Accidents de travail conventions internationales :

0961030	0961041	Biologie clinique non remboursable
0961052	0961063	Prestations de soins diagnostiques non remboursables
0961074	0961085	Prestations de soins thérapeutiques non remboursables
0961096	0961100	Déplacements non remboursables
0961214	0961225	Autres produits ou services non remboursables

Il s'agit des prestations originellement non remboursables qui sont prises en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la Z 19.

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

Enregistrement 50	Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7	Colonne 8	Colonne 9	Colonne 10	Colonne 11
Z	libellé	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
1	TYPE ET	(5)(10)	(5)	(5)	(9)	(11)	(11)	(11)		(11)	(11)
3	NORME	50	50	50	50	50	50	52	50	50	52
4	(PSEUDO)-CODE	9	9	9	0	9	0	0, 1, 2 ou 3	0	0	0, 1, 2 ou 3
5	DATE DEBUT	0426635	0426635	pseudo-code (4) art. 8, § 5, 3°	forfait (1)	pseudo-code art. 8, § 5bis, 5°, d)	soin technique spécifique + événement. 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0429015, 0428035, 0428050, 0428072, 0429273	0429015	voyage rural	Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète	Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète (423135,...)
15	PRESTATAIRE	04XXXXXC4X X	jour 1	jour 1	jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1
17-18	PREST. RELATIVE	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1) X	04XXXXXC4X X (3)	04XXXXXC4X X	04XXXXXC4X X	si exécuté jour 1	04XXXXXC4X X	04XXXXXC4X X	si exécuté jour 1
19	MONTANT O.A.	0	1, 2, 3 ou 4	forfait (1) X	0426613(2) ou pseudo- code annexe 85 du Règlement (2)	0427534, 0427556 0427571 ou 0429251	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2)	2 ou 4	0	0	2 ou 4
20-21	DATE PRESCRIPTION	0	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ou 9	0	montant	0	montant	7	montant	montant	7
22-23	NOMBRE	1	0, 1 ou 2	si exigé	date (6)	exigé	exigé (7)	1	0	exigé (8)	1
24-25	PRESCRIPTEUR	0	Heure visite	1	si exigé	exigé	exigé (7)	Heure jour 1	1	exigé (8)	Heure jour 1
27	QP-PERSONNELLE	0	si exigé	si exigé	montant	0	montant	0	montant	Montant (si nomencl.) ou 0 (si trajet de soins)	0
			exigé	exigé				exigé			exigé

(1) par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire A, B, C, PA, PB, PC ou PP.
(1) par forfait on entend : l'honoraire forfaitaire PA, PB, PC ou PP.
(2) possible, pas nécessaire.
(2) seulement pour les prestations de l'art. 8, § 1, 3°

(3) le même que dans l'enregistrement (statistique)]^{bis} prestation de base, sauf si le prestataire de la 1ère prestation de base ne dispose pas de la qualification nécessaire pour attester le forfait.

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

(5) soins palliatifs (seulement en cas de PA, PB, PC ou PP)] ; ...
(6) pour les forfaits A, B, C, PA, PB et PC : date demande forfait ; pour le forfait PP : date modèle 90 (notification soins palliatifs)
(7) excepté pour codes 0424395, 0424690, 0424852, 0427991 et 0429015 et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée
(8) excepté pour codes 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

(9) ces enregistrements statistiques doivent, le cas échéant, être mentionnés lorsqu'un enregistrement de facturation avec la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 suit.
(10) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un enregistrement 52. Ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que le nombre de visites durant le jour de soins concerné.

(11) A partir du 1/10/2017, pour les prestations qui n'engendrent pas de visites (par ex : consultation,...), la valeur 7 est indiquée dans l'ET 52 Z 10 et la valeur 1 est indiquée dans l'ET 52 Z 11. L'ET 52 suit l'ET 50 concerné et forme un bloc.

B. Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, dans le cas où il n'y a pas de forfait dans les soins infirmiers.**Ordre des enregistrements pour 1 patient.**

ET	jour	nomenclature	remarque
50	1	pseudo-code palliatif précédé de la norme «9» dans la zone 3 plusieurs pseudo-codes palliatifs possibles	si PN imputé et prestation art. 8, § 5bis, 5°, d)
50	1	honoraire supplémentaire PN	si patient palliatif 1 fois par jour
50	1	prestation de base	obligation
(☞ 29) 52 (*)	1	prestation de base	obligation à partir du 1/10/2017
50	1	soins	obligation, lorsqu'il ne s'agit pas d'une prestation technique spécifique
50	1	soins	si exécutés
50	1	soins	si exécutés
...		max 6 enregistrements avec soins	
...			
...		plusieurs blocs de base + soins autorisés	
...			
(☞ 7) 50	1	pseudo-code(s) avec norme « 9 » dans la zone 3	si prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 imputée et prestation art. 8, § 9
(☞ 7) 50	1	soins techniques spécifiques + éventuellement 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424874, 0424896, 0429015	si exécutés
(☞ 29) 52 (**)	1	0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424874, 0424896, 0429015	si exécutée
50	1	voyage rural plusieurs voyages ruraux possibles	si exécuté
50	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète	si exécutée
(☞ 29) 52 (**)	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète (423135,...)	si exécutée
ATTENTION : les prestations suivantes peuvent se présenter de manière totalement autonome, c.à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant :			
(☞ 7)		- toutes les prestations de la nomenclature diabétique excepté les codes 0423231/334 (honoraire de suivi des diabétiques) qui sont toujours liés à au moins une injection d'insuline	
		- Les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques)	
		- à partir du 1 ^{er} février 2009, le code 0429015 (consultation infirmière)	
		- à partir du 1 ^{er} juin 2012, le code 0424896 (Avis et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments)	
		- les prestations concernant le trajet de soins "diabète"	

50	2	pseudo-code palliatif précédé	...
etc...			

(☞ 29) (*) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrements 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit toujours être suivi par un enregistrement 52. Ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que le nombre de visites durant le jour de soins concerné.

(☞ 29) (**) A partir du 1/10/2017, pour les prestations qui n'engendrent pas de visites (par ex : avis et concertation en vue de la préparation de médicaments,...), un ET 52 suit l'ET 50 concerné. Dans l'ET 52, la valeur 7 est indiquée dans la zone 10 et la valeur 1 est indiquée dans la zone 11. Si la prestation se présente de manière autonome, un ET 52 suit également l'ET 50 concerné.

Explication relative à la facturation des soins infirmiers.1ère possibilité : Traitement des forfaits.**Prestation de base (colonne 1 du schéma dans l'ET 50 Z 4 S 27).**

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

Manière de compléter les zones

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

(☞ 29) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit, donc, toujours être suivi par un enregistrement 52.

(☞ 29) Prestation technique (colonne 3).

Trois cas sont possibles :

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

Manière de compléter les zones

	dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
	plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
(☞ 7)	date prescription	:	date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de toilette ou demande de toilette-forfait combiné)
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	toujours 0
	norme prescripteur	:	toujours 0

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

Manière de compléter les zones

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

(☞ 9) * la prestation appartient au groupe 7 (soin supplémentaire A.R. 18/06/90)

Manière de compléter les zones

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

(☞ 29) **Prestation appartenant au groupe des pseudo-codes palliatifs (colonne 4).**

Manière de compléter les zones

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

remarque :

- les colonnes 2 et 3 sont répétées autant de fois que des prestations techniques/soins palliatifs sont effectués durant la prestation de base précédente
- le bloc « colonne 1, colonne 2, colonne 2, colonne 3, ... » est répété autant de fois que des prestations de base sont effectuées durant le forfait
- la colonne 1 (prestation de base) peut exceptionnellement ne pas être suivie par une ou plusieurs colonnes avec des prestations techniques lorsqu'une prestation technique spécifique (colonne 5) suit un honoraire forfaitaire (colonne 4).

(☞ 29) **Honoraire forfaitaire (colonne 5).**

Le forfait est toujours demandé par un praticien de l'art infirmier via le formulaire 703 ou le message MyCarenet 410000.

Manière de compléter les zones

(☞ 9) dispensateur	:	<ul style="list-style-type: none"> • praticien de l'art infirmier de la première prestation de base. S'il n'est pas qualifié pour attester le forfait alors il s'agit du premier praticien de l'art infirmier qui dispose de la qualification nécessaire
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1 ou 9 (*)
date prescription	:	date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de forfait)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	<ul style="list-style-type: none"> • si seules des prestations de base et des prestations techniques du groupe 1 ou groupe 7 ont été effectuées, alors 0 (norme prescripteur = 0) • si des prestations techniques du groupe 2 jusque et y compris le groupe 6 ont été effectuées, alors l'un des prescripteurs de ces prestations doit être mentionné (norme prescripteur = 1 ou 9)
norme prescripteur	:	valeur 0, 1 ou 9

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

(☞ 29) Pseudo-code surveillance et suivi système de pompe analgésie chronique (art. 8, § 9) (colonne 6).Manière de compléter les zones

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

(☞ 29) *Remarque* : la colonne 6 est répétée autant de fois que des actes infirmiers différents sont effectués

(☞ 7) dans le cadre de la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251.

(☞ 29) Prestation technique spécifique (colonne 7).

(☞ 7) Toujours sur prescription médicale, excepté pour les codes 0424395/690/852, 0427991 (visite infirmier relais soins de plaie(s) spécifiques) , 0429015 (consultation infirmière) et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 (prestation multiple et contraignante chez un patient très dépendant) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

(☞ 7) Les codes 0424395/690/852 , 0427991, 0429015 et 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 sont aussi repris dans cette rubrique vu qu'ils sont payés en sus du plafond journalier (analogue à un STS).

Manière de compléter les zones

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
plusieurs dispensateurs	:	valeur 1 ou 9(*)
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	médecin prescripteur
norme prescripteur	:	toujours 1

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

(☞ 7) précédents (dans le cas de la prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251).

(☞ 29) Indemnité de déplacement rural (colonne 9).

Est liée à la visite à domicile (n'est pas prescrite).

Manière de compléter les zones

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

(☞ 29) Nomenclature soins diabétiques ou trajet de soins diabète (colonne 10).

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.

Manière de compléter les zones

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

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

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

Soins palliatifs – honoraire supplémentaire PNManière de compléter les zones

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

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

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

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

Manière de compléter les zones

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

(☞ 29) A partir du 1/10/2017, chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement avec une prestation de base doit, donc, toujours être suivi par un enregistrement 52.

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

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

Lorsqu'il s'agit de prestations qui sont effectuées sur prescription, il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service ou le pseudo-code service du (pseudo-)service où le patient séjournait au moment de la prescription.

- (☞ 6) Cette règle est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/1/2014 inclus.
- (☞ 2) S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examen génétiques (aussi bien l'honoraire forfaitaire par prescription que les prestations techniques), il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service du (pseudo-)service où le patient séjournait à la date reprise dans les zones 5 et 6.
- (☞ 5) S'il s'agit de prestations effectuées pour un nouveau-né alors que la mère séjourne dans l'hôpital (valeur 2, 3, 4 ou 5 dans la zone 10 des ET 40 et 50), le service dans lequel le nouveau-né séjourne doit être mentionné comme code service.

Le code service 49 doit exclusivement être mentionné s'il est effectivement fait usage de la fonction soins intensifs (i). Les soins intensifs qui ne sont pas dispensés dans cette fonction sont facturés dans le service dans lequel le patient séjourne à ce moment (p.ex. service D).

* En cas de suppléments pour les prestations non remboursées par l'assurance maladie portées en compte pour des patients hospitalisés ou ambulants, cette zone doit être mise à zéro.

* En cas de marge de délivrance ou de marge de sécurité des implants, cette zone doit être mise à zéro.

* Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

- (☞ 9) 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591076, 0591091, 0591113, 0591135, honoraires forfaitaires par prescription pour biologie clinique ambulatoire (AR 24/9/1992) : code 990 ou pseudo-code service dans le cas où les honoraires forfaitaires sont portés en compte pour des prestations effectuées durant une journée d'entretien forfaitaire.

0590310 et 0590332 : pseudo-code service journée d'entretien forfaitaire ou code service 320 ou pseudo-code service 002 (patients hospitalisés dans un autre établissement)

- (☞ 9) 0590181, 0590203, 0591080, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : service d'admission. Si le service d'admission ne donne pas droit au forfait, il y a lieu de mentionner le 1er service aigu après transfert, qui donne droit au forfait.

* Pour les prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné (sauf pour les prestations non remboursées par l'assurance maladie pour lesquelles le code service = 000)

* Pour les soins infirmiers et les maisons médicales, comme pour toutes les autres prestations ambulatoires, le code service 990 doit être utilisé.

* Pour les prestations de biologie clinique effectuées pour des patients séjournant dans un centre de rééducation, le code service 770 doit être utilisé.

- (☞ 29) * Pour les prestations R30-R60, les défibrillateurs cardiaques implantables, les forfaits méthode mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants), le code service 770 doit toujours être utilisé.

* Pour l'honoraire de disponibilité pendant les absences à visée thérapeutique (0597704): le code service du service où le patient séjournait avant son départ en congé thérapeutique doit être mentionné dans cette zone.

* En cas de transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), cette zone est égale à zéro.

- (☞ 16) * Pour le code ambulatoire 599970, le code service 190 doit être mentionné. La nomenclature prévoit explicitement que la prestation doit être effectuée dans le service N* (code service 190).

- (☞ 27) * Pour les pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623 (Projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté »), cette zone est égale à zéro.

- (☞ 8) (*) Mini-forfait plus facturable à partir du 1/1/2014, mais le pseudo-code 761213 reçoit le libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse » et est mentionné sur la facture avec zones montant égales à zéro.

- * 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,
- (☞ 28,29) 748064, 748075 à 748123 inclus, 748171 à 748263 inclus, 748274 à 748344 inclus, 748355 à 748381 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 + 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
- (☞25) Convention concernant le financement de la dialyse
 - * Le numéro de l'hôpital + 561 (centre d'hémodialyse chronique) s'il s'agit des prestations 470293 à 470326 inclus
 - * Le numéro de l'hôpital + 562 (centre d'hémodialyse chronique pédiatrique) s'il s'agit de la prestation 470890-470901
 - * Le numéro de l'hôpital + 563 (centre de dialyse à domicile) s'il s'agit de la prestation 470352
 - * Le numéro de l'hôpital + 564 (centre de dialyse péritonéale ambulatoire) s'il s'agit des prestations 470875, 470912
 - * Le numéro de l'hôpital + 565 à 569 (centre d'autodialyse collective) s'il s'agit de la prestation 470330-470341
- (☞23) Implants
 - * Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 172594-172605
- (☞25,29) * Le numéro de l'hôpital + 122 (agrément path. cardiaque T) s'il s'agit des prestations 159574- 159585, 172793 à 172933 inclus, 684714 à 684725 inclus, 701035 à 701050 inclus
- (☞25) * Le numéro de l'hôpital + 123 (agrément path. cardiaque C) s'il s'agit des prestations 159471-159482, 172955 à 173003 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E +B3) s'il s'agit des prestations 158933-158944

- (☞25) * Le numéro de l'hôpital + 167 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique») s'il s'agit de la prestation 172734-172745.
Le numéro de l'hôpital + 167 ou + 120 s'il s'agit des prestations 172756-172760, 172771-172782.
- (☞29) * Le numéro de l'hôpital + 169 (centre «fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire ») s'il s'agit des prestations 180272-180283 et 180294-180305.
- * 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
- (☞26) Convention reconstruction mammaire: numéro hôpital + 190

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 être égale à 0.

(☞26) Exception: pour le pseudo-code 960035-960046 (prestations de laboratoire non remboursables), le dispensateur de soins doit obligatoirement être mentionné.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.

(☞29) Prestations mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants)

Pour les prestations du point 5quater dans l'ET 50 Z 4 S 3, 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.

(☞26) Convention reconstruction mammaire: Numéro d'identification du médecin spécialiste qui est habilité à attester les prestations (voir liste des prestataires habilités sur le site Web de l'INAMI).(☞27) Projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté » (pseudo-codes 793590, 793601, 793612, 793623) : cette zone est égale à zéro.

RUBRIQUE: CODE FACTURATION INTERVENTION PERSONNELLE OU SUPPLEMENT**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 176**

Dans cette zone, on peut indiquer que l'intervention personnelle, qui devrait être mentionnée dans la zone 27, ou le supplément, qui est normalement mentionné dans la zone 30-31, a été pris en charge, en tout ou en partie, par un autre tiers (prestataire/établissement même ou législation hors AMI).

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.(*)
4	Communication droit au MAF reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés.(*)
(☞ 29) 5	Suppléments d'honoraires attestés par un médecin/dentiste conventionné suite à des exigences particulières du patient, comme prévu dans les accords médico-mut et dento-mut (Z 35 = 1 et Z 30-31 ≠ 0)
0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31)

Pour les interventions personnelles réglementaires qui ne sont pas portées en compte par le prestataire, la valeur 0 est mentionnée dans la zone 27 et la zone 33 est égale à 1.

Attention : les valeurs 3 et 4 priment sur la valeur 1.

Dans les zones 27 et 30-31, on mentionne les montants qui sont effectivement portés en compte au patient ou (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée.

Les montants qui sont (directement) pris en charge par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI ne sont pas mentionnés sur la facture.

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.

(*) Les valeurs 3 et 4 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3 ou 4 ne peuvent être utilisées dans le cas d'une facturation de frais de déplacement « transport urgent de malades » (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus) ou dans le cas d'une facturation de prestations ou services non-remboursables (codes 960).

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

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

(☞ 8) Jusqu'au 30/6/2014 inclus: XXX-YYY-ZZZZZ-C.

- XXX = 3 positions numériques qui identifient le type de produit;
- YYY = 3 positions numériques qui identifient la classe du type de produit;
- ZZZZZ = 5 positions numériques qui identifient le produit même.
- C = 1 position numérique qui reprend le check-digit (= 7 - reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 11 premiers chiffres du code d'identification et le diviseur est égal à 7).

(☞ 8) A partir du 1/7/2014: XXX-YY-ZZZZZ-CC.

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

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

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

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

(☞ 29) A partir de la date de prestation 1/2/2017, cette zone est également utilisée pour mentionner le code d'identification des capteurs utilisés dans le cadre de la convention diabète (enfants).
Le code d'identification doit obligatoirement être rempli pour les pseudo-codes du point 5quater de l'ET 50 Z 4 S 3 et pour les pseudo-codes 961332-961343 et 961354-961365 de l'ET 50 Z 4 S 15.

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).

(☞ 29) Le numéro d'appareil doit également être complété pour le forfait INAMI PET 747913-747924 (Art. 27/1 de l'AR du 22/5/2014).

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 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).

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 ».