

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/2017

Bruxelles, le 17 mai 2017.

Madame,
Monsieur,

**Concerne : Instructions relatives à la facturation sur support magnétique ou par voie
électronique – Edition 2013 – 32^e mise à jour.**

En annexe, veuillez trouver un exemplaire de la mise à jour 2013/32 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 2013/32 – Publication 17-5-2017**



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 2013/32

Pages à remplacer :

- Page 14;
- Annexes 16.18, 16.19, 16.20, 20.3
- ET 20 Z 18;
- ET 50 Z 4 S 13, S 15, S 15 BIS, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 1, S 5, Z 15, Z 22 S 1, S 2.

Pages à supprimer :

- ET 50 Z 22 S 3.

1. Convention oncofreezing, annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 13, S 15, S 15 BIS, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 5, Z 15, Z 16.

Dans le cadre de cette convention, 4 nouveaux honoraires forfaitaires (pseudo-codes) sont créés.

Pour ces prestations, aucun ticket modérateur n'est prévu (Z 27 = 0).

Les prestations ne sont pas liées à un prestataire. Dans la Z 15, le pseudo-prestataire 01.00001.06.999 doit être rempli, la Z 16 (norme prestataire) doit être égale à 1.

La date de la prestation (Z 5 = Z 6) est égale à la date de prélèvement.

Dans la Z 14, un numéro d'agrément spécifique doit être mentionné comme lieu de prestation:

- pour les bénéficiaires à partir de 16 ans : numéro hôpital + 191 ou + 192
- pour les bénéficiaires de moins de 16 ans : numéro hôpital + 192

Les prestations sont attestées en fonction du fait que le bénéficiaire est pubère ou non, quel que soit son âge.

Cependant, pour pouvoir attester des prestations pour un bénéficiaire de moins de 16 ans (qu'il soit pubère ou pas et quel que soit la prestation) l'hôpital doit répondre aux normes du programme de soins en héματο-oncologie pédiatrique et doit, donc, disposer de l'agrément 192.

Des nouveaux pseudo-codes 96xxxx sont créés pour les éventuels montants à charge du patient (maximum 50 EUR par an), comme prévu dans les art. 12 et 13 de la convention.

Ces montants peuvent être facturés à partir de l'année calendrier suivant la fin du contrat.

Pour ces pseudo-codes, le numéro d'agrément « numéro hôpital + 191 ou + 192 » doit également être mentionné comme lieu de prestation.

Date d'application: date d'application des conventions individuelles.

2. Structure numéros INAMI projets de soins intégrés, annexes 16.18, 16.20.

Afin d'identifier les projets de soins intégrés et de leur donner accès à certains services MyCarenet et E-Health, il est nécessaire de leur attribuer un numéro INAMI.

La structure sera la suivante:

798xxxCD000

avec 798 = le type d'établissement (HciType) = Projets soins intégrés.

XXX = numéro d'ordre

CD = check-digit

000 = code compétence

3. E-fac médecins, p. 14, annexe 20.3, ET 20 Z 18.

Dans le cadre d'e-fac spécialistes, la mutualité de destination pour les mutualités Wallonnes de l'OA300 doit toujours être égale à 317.

Dans l'annexe 20.3, il est précisé que le dispensateur doit être mentionné dans l'ET 50 Z 15, à moins qu'autre chose soit mentionné dans la description de la zone concernée.

4. Actualisation exemples filets, ET 50 Z 22 S 1, S 2, S 3.

Les exemples qui dataient encore d'avant la nouvelle réglementation (1/7/2014) ont été actualisés. Les principes ne changent pas.

5. Lieu de prestation - correction, ET 50 Z 14 S 1.

Dans le paragraphe relatif aux produits, prestations ou services non-remboursables, les pseudo-codes 961xxx sont également concernés (et pas seulement les codes 960xxx).

6. Liste "prescripteur"

Pas de modifications.

7. Liste « prestation relative »

Pas de modifications.

8. 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.

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

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

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

Il s'agit des éléments suivants :

1) Le numéro de la mutualité

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

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

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

	Mut. d'affiliation (Z7)	Mut. de destination (Z18)
(☞ 22,23) (☞ 30)	OA100 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 Certaines conventions de rééducation : 100 Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier et laboratoires et médecins/dentistes (efac) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation) (*) E-fac spécialistes : 100
(☞ 1,16)	OA200 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
(☞ 22) (☞ 28) (☞ 23,32) (☞ 11)	OA300 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : • Certaines conventions de rééducation : 300 • Mutualités wallonnes – ressources partagées (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 • E-fac médecins généralistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319 • E-fac dentistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 315 • E-fac spécialistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317
	OA400 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= 400 (**)
	OA500 Toujours égale à « 000 »	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900 Mutualité dont le bénéficiaire est membre	= mutualité d'affiliation (Z7)

(*) A la Mutualité Chrétienne, dans le cadre de notre projet REFAC, les factures ne seront plus adressées à la mutualité d'affiliation, mais à la mutualité associée au point unique de contact.

A partir de l'entrée dans REFAC, le numéro de la mutualité de destination (ET 20 et 80 Zone 18) est toujours le Point Unique de Contact quel que soit la mutualité d'affiliation et même s'il s'agit de psychiatrie ou de rééducation.

(☞ 13) (**) Les records de type 95 remplacent le bordereau papier qui accompagnait le support magnétique. Ce bordereau papier reprend par mutualité de destination (Record 20 Zone 18) le montant facturé. En d'autres termes, si dans les records 20 zone 18, 1 seule mutualité apparaît (en l'occurrence 400), le bordereau papier ne reprend qu'un montant, pour la mutualité 400.

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

11.	<u>Equipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour</u>	: 968
	• entre 001 et 499 : Equipes multidisciplinaires d'accompagnement pour les soins palliatifs.	
	• entre 500 et 999 : Centres palliatifs de jour.	
	12. <u>Numéros Services intégrés soins à domicile (art. 23, 13°)</u>	: 947
	13. <u>Numéros services ambulanciers agréés</u>	: 796
(☞ 15)	<u>Numéros PIT (Team d'intervention paramédical)</u>	: 797
	14. <u>Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles</u>	: 759
(☞ 32)	15. <u>Projets soins intégrés</u>	: 798
(☞ 16)	16. <u>Poste de garde</u>	: 678
	17. <u>Numéros tiers payant – groupement de dispensateurs</u>	: 940 jusqu'au 946 inclus

B. Numéro d'ordre (du 4ème au 6ème chiffre inclus du numéro d'identification)

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

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

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

Maisons médicales : Le 4ème chiffre est "5".

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

Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles : Les 4ème, 5ème et 6ème chiffre constituent un numéro d'ordre attribué par l'INAMI :

- 001 → 299: projets Flamands
- 300 → 599: projets Bruxellois
- 600 → 899: projets Wallons
- 900 → 995: projets Germanophone

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

Voir plus haut.

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

1.	<u>Hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques</u>	
	- l'hôpital lui-même, sans code de compétence	: 000
(☞ 14)	- centre de psychiatrie légale	: 000
	- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe transversal axial	: 110
	- service d'imagerie médicale où est installé un tomographe à résonance magnétique nucléaire (RMN)	: 111
	- PETscan	: 112
	- service radiothérapie	: 113

-	service pathologie cardiaque B	: 120
-	service pathologie cardiaque B1	: 121
-	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
(☞ 30)	centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)	: 168
(☞ 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
(☞ 32)	agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose seulement du programme de soins médecine de la reproduction B)	: 191
(☞ 32)	agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose du programme de soins médecine de la reproduction B et répond aux normes du programme de soins en hématologie pédiatrique)	: 192

Agrément banque de matériel corporel humain :

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

Agrément centres de dialyse :

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

2. MSP, IHP, Centres de rééducation, CSJ

Dans ces cas, le code de compétence = 000.

3. MRPA, MRS

- 1^{ère} position (MRPA – court séjour – institution non agréée, enregistrée)
 - Si pas MRPA, pas court séjour et non enregistrée : 0
 - Si MRPA sans court séjour : 1
 - Si MRPA avec court séjour : 2
 - Si pas MRPA, mais bien enregistrée : 5
- 2^{ème} position (MRS – MRScoma)
 - Si pas MRS : 0
 - Si MRS : 1
 - Si MRS avec lits coma : 2
- 3^{ème} position 0

(☞1) 4. Laboratoires

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

5. Rééducation fonctionnelle

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

6. Maisons médicales

La maison médicale travaille avec une équipe de :

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

7. Services ambulanciers agréés

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

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

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

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

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

(☞ 32) 10. Projets soins intégrés

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

11. Poste de garde

(☞ 16) Les 9^{ème} au 11^{ème} chiffre sont toujours 000.

12. Numéros tiers payant – groupements de dispensateurs de soins

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

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
r23,29)	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)
(32)	Z 15	Identification du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur, à moins qu'autre chose soit mentionné dans la description de la zone.
(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
(30)	Z 57-58-59	Code d'enregistrement	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : voir description de la zone
	Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

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

(☞ 12,16) (☞ 22,23) (☞ 30)	OA100	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Etablissements psychiatriques (autres que 720) : 100 • Certaines conventions de rééducation : 100 • Hôpitaux 710/720, praticiens de l'art infirmier, laboratoires et médecins/dentistes (e-fac) (REFAC) : numéro du PUC (même pour la psychiatrie et la rééducation) • E-fac spécialistes: 100
	OA200	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
(☞ 1,16)	OA300	= mutualité d'affiliation (Z7) Exceptions : <ul style="list-style-type: none"> • Certaines conventions de rééducation : 300 • Mutualités wallonnes – ressources partagées (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 • E-fac médecins généralistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319 • E-fac dentistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 315 • E-fac spécialistes – pour les mutualités wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317
(☞ 22) (☞ 28) (☞ 23) (☞ 32) (☞ 11)	OA400	= 400
	OA500	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
	OA600	= mutualité d'affiliation (Z7)
	OA900	= mutualité d'affiliation (Z7)

Intervention de l'assurance dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).

La facturation est effectuée par l'hôpital où le matériel est utilisé comme greffe (c-à-d où le matériel est implanté), sous les pseudo-codes nomenclature publiés dans l'A.R. du 02/06/2010.

Honoraires forfaitaires d'imagerie médicale par admission : 0460784 (M.B. 27/05/99).

(☞20) Forfait INAMI PET (Art. 27/1 de l'A.R. du 22 mai 2014) : 747913-747924.

AR du 20/9/2012 modifiant l'art. 20, §1, f) de la nomenclature

La valeur des prestations 477116-477120, 477131-477142 et 478096-478100 est majorée de 50 % quand elles sont effectuées sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs.-Dans ce cas, il y a lieu d'utiliser les pseudo-codes suivants lors de la facturation :

478166 : prestation 477120 quand elle est effectuée sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs;

478181 : prestation 477142 quand elle est effectuée sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs;

478203 : prestation 478100 quand elle est effectuée sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs;

Convention "genetic counseling"

589750-589761: forfait pour le genetic counselling standard

589772-589783: forfait pour le genetic counselling complexe

589794-589805: forfait de rattrapage négatif temporaire

(☞26) Convention reconstruction mammaire

Les pseudo-codes (et les tarifs s'y rapportant) sont repris dans la convention entre le Comité de l'Assurance de l'INAMI et l'établissement hospitalier agréé.

(☞32) Convention oncofreezing

Les pseudo-codes des prestations remboursables (et les tarifs s'y rapportant) sont repris dans la convention entre le Comité de l'Assurance de l'INAMI et l'établissement hospitalier agréé.

Les pseudo-codes 96xxxx pour les montants à charge du bénéficiaire sont repris dans l'ET 50 Z 4 S 15.

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

(☞ 32) Convention oncofreezing

	0961376	0961380	Participation annuelle pour oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans <u>l'article 12</u> de la convention (le bénéficiaire avait déjà un contrat au moment de l'entrée en vigueur de la convention)
	0961391	0961402	Participation annuelle pour oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans <u>l'article 13</u> de la convention (prolongation de la conservation au-delà de la période de 10 ans).

(☞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.

RUBRIQUE : DATE PREMIERE PRESTATION EFFECTUEE**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJ - 17**

Il s'agit de la date à laquelle la prestation a été effectuée, ou la date à laquelle une série de prestations a débuté.

La facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 est seulement possible pour les honoraires de surveillance (art. 25, §1). Les autres séries de prestations doivent toujours être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation et date de début = date de fin et nombre d'unités = 1).

En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de début de période doit être transmise.

Pour la biologie clinique, la médecine nucléaire in vitro, l'anatomopathologie et les examens génétiques (aussi bien pour les honoraires forfaitaires par prescription (AR 24/9/1992) que pour les prestations techniques), il faut reprendre dans cette zone la date de prélèvement de l'échantillon.

- (☞ 2) Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est égale à la date de réception de la prescription.

Pour les forfaits « genetic counseling », la date du rapport final doit être mentionnée.

- (☞ 32) Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Pour les maisons médicales, le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans

- (☞ 28) cette zone pour les (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614 et 0109594.

- (☞ 28) Pour le code 0102852(*), la date est égale à AAAA0101 et pour les codes 0103272(**) et 0103294(**), la date est égale à AAAA0401.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : date de la prescription;

Honoraires forfaitaires biologie clinique par admission ou par jour donnant droit à un maxiforfait ou à un forfait hôpital de jour (art.24,§2 de la nomenclature) : date d'admission ou date d'admission (transfert) dans le premier service qui entre en compte pour la facturation du forfait ou date maxiforfait ou forfait hôpital de jour;

0590310, 0590332: date maxiforfait ou forfait hôpital de jour ou hôpital chirurgical de jour ;

0590181, 0590203, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : date d'admission, ou date d'admission (transfert) dans le premier service aigu qui entre en compte pour la facturation du forfait;

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : date de prestation.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).

Date d'utilisation comme greffe (= date de l'implantation).

Intervention dans le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. du 20/04/2010)

La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

- (☞ 27) Projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté »
793590-793601 : date de début de prise en charge dans le projet.
793612-793623 : date de fin de prise en charge dans le projet

- (☞ 28) (*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/1/2017.

- (☞ 28) (**) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/4/2016.

RUBRIQUE : DATE DERNIERE PRESTATION EFFECTUEE**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 25**

Il s'agit de la date à laquelle une série de prestations a pris fin.

Les séries de prestations doivent toujours être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation et date de début = date de fin et nombre d'unités = 1).

La facturation d'un seul traitement via un enregistrement de type 50 est seulement possible pour les honoraires de surveillance (art. 25, §1). Dans ce cas, si une modification est intervenue dans le prix unitaire de l'intervention au cours de la période (date début – date fin), la facturation doit s'effectuer via 2 ou de plusieurs enregistrements (un enregistrement par prix unitaire).

En cas de remboursement forfaitaire pour une période déterminée (Ex. : forfaits de rééducation), la date de fin de période doit être transmise.

S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examen génétiques (aussi bien pour les honoraires forfaitaires par prescription (AR 24/9/1992) que pour les prestations techniques), il y a lieu d'indiquer dans cette zone la date de prélèvement de l'échantillon.

- (☞ 2) Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est égale à la date de réception de la prescription.

Pour les forfaits « genetic counseling », la date du rapport final doit être mentionnée.

- (☞ 32) Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Pour les maisons médicales, le dernier jour du mois facturé (AAAAMMJJ) doit être mentionné dans cette zone pour les codes 0109616, 0509611, 0409614.

- (☞ 28) Pour le code 0102852 (*), la date est égale à AAAA0101 et pour les codes 0103272 (**) et 0103294 (**), la date est égale à AAAA0401.
- (☞ 28) Pour le pseudo-code 0109594, date fin = date début.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

date fin = date début.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (A.R. du 02/06/2010).

Date de signature de l'attestation concernant l'utilisation du matériel comme greffe.

Intervention dans le coût du sang humain total ou des produits sanguins labiles (A.R. 20/04/2010)

La date de l'administration doit être mentionnée dans cette zone.

- (☞ 27) Projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté »
793590-793601 : date de début de prise en charge dans le projet.
793612-793623 : date de fin de prise en charge dans le projet

Remarques :

1. Une date-fin doit toujours être mentionnée, même lorsqu'elle est égale à la date-début.
2. Pour les soins infirmiers, la date de fin est toujours égale à celle du début.

(☞ 28) (*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/1/2017.

(☞ 28) (**) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/4/2016.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 1

Ci-dessous, vous trouverez un tableau reprenant la relation entre les différents pseudo-codes de l'AR du 02/06/2010 et le numéro d'agrément nécessaire pour la facturation de ce matériel corporel humain.

Pseudo-codes pour le matériel non importé		Pseudo-codes pour le matériel importé		Référence à la liste de l'annexe 1 de l'AR	Numéro d'agrément
DE	A	DE	A		
269290	269301	271471	271482	A 53°	210
269393	269404	271493	271504	A 2°	211
269415	269426	272694	272705	A 3°	211
269496	269625	272392	272521	A 4° à 10°	215
270351	270362	271515	271526	A 11°	212
270373	270465	272532	272602	A 54° à 57°	216
270550	270561	271530	271541	A 12°	212 ou 219
270572	270583	272635	272646	A 13°	220
270616	271062	271552	272005	A 14° à 36°	213
271073	271084	272016	272020	A 37°	213 ou 215
271095	271342	272031	272285	A 38° à 50°	213
271353	271364	272296	272300	A 51°	213 ou 215
271375	271423	272311	272366	B 1°, 2°	213
271434	271445	272370	272381	A 52°	213
272672	272683	272716	272720	A 1°	218
272731	272742	272753	272764	A 58°	220
272775	272786	272790	272801	A 59°	213

Attention : Pour toutes les prestations reprises sous le titre « greffes hématologiques » à l'art.20, §1, a) de la nomenclature, aucun numéro de banque de matériel corporel humain n'est mentionné. Pour ces prestations, le lieu de prestation est égal au numéro de l'hôpital (se terminant par « 000 »).

- * Le numéro d'identification de la MRS, MRPA, MSP ou IHP s'il s'agit de prestations effectuées dans une MRS, MRPA, MSP ou IHP.
- * Le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée;
 - s'il s'agit de prestations effectuées sur le site de l'établissement hospitalier (tant pour les patients hospitalisés que pour les ambulants, également pour les patients séjournant dans les MRS, MRPA, MSP ou IHP);
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la biologie clinique par admission ou par maxiforfait;
 - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
 - s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
 - (☞ 32) - s'il s'agit des produits, prestations ou services non remboursables par l'AMI (codes 096XXXX), sauf pour les codes 0961376-0961380 et 0961391-0961402 pour lesquels le numéro d'agrément « numéro hôpital + 191 ou + 192 » doit être mentionné;
 - s'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile ;
 - (☞ 20) - s'il s'agit des conventions art. 56 (0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936)
 - s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour la rééducation cardiaque s'il s'agit de prestations de rééducation pour patients cardiaques (0771201, 0771212, 0771223).
- * Le numéro d'identification de la maison médicale s'il s'agit de prestations effectuées dans une maison médicale.

- (☞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.
- (☞ 30) * Le numéro de l'hôpital + 168 (centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)) s'il s'agit des prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263.
- (☞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
- (☞ 32) Convention oncofreezing (également pour les codes 96):
- pour un bénéficiaire à partir de 16 ans : numéro hôpital + 191 ou + 192
 - pour un bénéficiaire de moins de 16 ans (quel que soit la prestation) : numéro hôpital + 192

Dans tous les autres cas que ceux mentionnés ci-dessus, cette zone est mise à zéro.

- Remarques :
- Dans le cas où plusieurs des conditions se présentent simultanément, l'ordre d'importance suivant est respecté :
 1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
 2. centre de rééducation;
 3. établissement hospitalier.
 - Dans le cas où la facture est établie par un centre de rééducation, la hiérarchie suivante doit être respectée :
 1. laboratoire, service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de dialyse;
 2. établissement hospitalier;
 3. centre de rééducation.

RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68**

Ce numéro est structuré comme suit :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Positions dans la zone
0												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Positions dans n°identification
Profession		Numéro d'ordre				Check-digit		Qualification				

Le numéro d'identification est composé de 11 positions et est toujours précédé d'un zéro dans la première position de la zone 15.

Il s'agit du numéro d'identification du dispensateur de soins qui a réellement effectué la prestation. Ce numéro doit figurer sur l'attestation de soins. Lorsque la prestation a été effectuée confraternellement par plusieurs dispensateurs, le numéro de chaque dispensateur doit figurer sur l'attestation, mais un seul dispensateur pris au hasard est indiqué dans cette zone. Dans la zone 16 il sera fait mention qu'il y a eu "plusieurs dispensateurs".

Ces règles ne sont pas d'application pour les praticiens de l'art infirmier.

Exceptionnellement, pour les maisons médicales, le numéro d'agrément de celles-ci est à indiquer (☞ 28) dans cette zone lors de la facturation des (pseudo-)codes 0102852(*), 0103272(**), 0103294(**) et 0109594.

Cette zone est égale à zéro pour les forfaits 0109616, 0509611 et 0409614.

Si un dispensateur obtient une nouvelle qualification au cours d'un mois (ou d'un trimestre), les prestations effectuées avant la date d'obtention de cette nouvelle qualification doivent être facturées avec l'ancien numéro d'identification ; les prestations effectuées à partir de cette date doivent être facturées avec le nouveau numéro d'identification.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

(☞ 9) 0460784, 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146,
(☞ 32) 0700000 et pseudo-codes oncofreezing: pseudo-numéro dispensateur 01.00001.06.999

de 0590166 à 0590332 : numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde.

honoraires forfaitaires par prescription pour biologie clinique ambulatoire (AR 24/9/1992), 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : numéro du dispensateur (ou un des dispensateurs) qui a effectué les prestations de biologie clinique (respectivement les prestations de radiologie) de la prescription concernée.

0460703, 0460821 : numéro d'un radiologue de l'hôpital.

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : numéro du bandagiste.

(☞ 28) (*) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/1/2017.

(☞ 28) (**) Plus d'application pour les prestations à partir du 1/4/2016.

RUBRIQUE : NORME DISPENSATEUR**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 80**

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Il n'y a pas de dispensateur communiqué dans la zone 15.
1	Prestation ou série de prestations pouvant être affectées au dispensateur unique qui l'a effectuée.
(☞ 1,17,23) 2	Prestation ou série de prestations attestée par un infirmier, mais effectuée par un aide soignant
3	Prestation de physiothérapie (art. 22) (partiellement) effectuée par un (ou plusieurs) kinésithérapeute(s) sous la surveillance d'un médecin spécialiste qui a attesté la prestation.
(☞ 6) 4 **	Lettre « G » sur l'attestation de soins (médecin a accès aux données du DMG mais n'est pas le gestionnaire de celui-ci).
(☞ 17,22,23) 5	Prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire (seulement dans le cadre d'e-fac médecins, pas pour les dentistes).
9	Prestation ou série de prestations ne pouvant pas être affectées à un dispensateur unique, car celle-ci a été effectuée collégalement par plusieurs dispensateurs.

Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, de 0592815 à 0592874, de 0592911 à 0592970, de 0593014 à 0593073, de 0593110 à 0593176 : valeur 1 ou 9 selon que les prestations de la prescription sont effectuées par 1 ou plusieurs dispensateurs;
de 0590166 à 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : toujours la valeur 9;

(☞ 9) 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000
(☞ 32) et pseudo-codes oncofreezing : toujours la valeur 1.

(☞ 1) Forfaits soins infirmiers

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

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

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

(☞ 1) Soins infirmiers : prestation de base

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

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

Implants

- le nombre d'implants identiques utilisés lors d'une intervention peut être facturé via un enregistrement; Attention : le nombre d'unités dans les enregistrements "marge de sécurité" et "marge de délivrance" doit être identique au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel les implants sont facturés.
- implants avec un remboursement par cm² (ou par point de contact) :
 - pour les implants avec une liste nominative et sans forfait, le nombre d'unités est égal au nombre de fois que le produit, tel que décrit dans la liste, est utilisé (donc, pas le nombre de cm² ou le nombre de points de contact).
Le nombre d'unités dans les enregistrements "marge de sécurité" et "marge de délivrance" doit être identique au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel les implants sont facturés.
- (€ 28) - pour les implants sans liste nominative (avec ou sans forfait), le nombre d'unités est égal au nombre de cm², arrondi au nombre entier le plus proche (la moitié d'une unité est arrondie vers le haut).
Plusieurs implants identiques ne peuvent pas être facturés via un seul enregistrement. Un enregistrement séparé par implant doit être établi.
La marge de sécurité et la marge de délivrance sont calculées par implant (et donc pas par cm²). Le nombre d'unités des enregistrements « marge de sécurité » et « marge de délivrance » est toujours égal à 1 (et donc, pas égal au nombre de cm² et pas non plus égal au nombre d'unités de l'enregistrement dans lequel l'implant est facturé)

Exemples filets (basés sur les prix du 1/12/2016)**Exemple 1 : 157931 - 157942 (avec liste nominative et sans forfait)**

Délivrance d'1 filet avec code d'identification 320010000826 (surface = 176,63 cm²):

Enregistrement filet : Z 22 = 1 ; Z 19 = 529,89; Z 27 = 0

Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 1; Z 27 = 158,96 EUR

Enregistrement marge de délivrance : Z 22 = 1 ; Z 27 = 68,88 EUR

Délivrance de 2 filets avec code d'identification 320010000826 :

Enregistrement filet: Z 22 = 2; Z 19 = 1059,78 EUR; Z 27 = 0

Enregistrement marge de sécurité : Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 158,96 = 317,92 EUR

Enregistrement marge de délivrance : Z 22 = 2 ; Z 27 = 2* 68,88 = 137,76 EUR

Exemple 2: 158012 - 158023 (avec liste nominative et forfait par filet)

Délivrance de 2 filets avec code d'identification 321010002530

Enregistrement filet: $Z 22 = 2$; $Z 19 = 2 * 146,40 = 292,80$ EUR; $Z 27 = 2 * 48,80$ EUR = 97,60EUR

Enregistrement marge de délivrance: $Z 22 = 2$; $Z 27 = 2 * 19,52 = 39,04$ EUR

Exemple 3: 157894 - 157905 (sans liste nominative et sans forfait)

Délivrance d'1 filet avec code de notification 0000011665-72 (Vicryl Mesh 13,5 x 11 CM).

La surface est égale à 148,50 cm². Celle-ci est arrondie à 149 cm².

Enregistrement filet : $Z 22 = 149$; $Z 19 = 149 * 0,5 = 74,50$ EUR ; $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité : $Z 22 = 1$; $Z 27 = \text{prix} - \text{montant de remboursement}$ (74,50 EUR)
si prix $\leq 74,50 + 50\%$ de 74,50

Enregistrement marge de délivrance: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Délivrance d'1 filet avec code de notification 0000204480-93 (Vicryl Mesh 8,5 x 10,5 CM).

La surface est égale à 89,25 cm². Celle-ci est arrondie à 89 cm².

Enregistrement filet : $Z 22 = 89$; $Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50$ EUR ; $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité : $Z 22 = 1$; $Z 27 = \text{prix} - \text{montant de remboursement}$ (44,50 EUR)
si prix $\leq 44,50 + 50\%$ de 44,50

Enregistrement marge de délivrance: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Délivrance de 2 filets avec code de notification 0000204480-93 (Vicryl Mesh 8,5 x 10,5 CM).

La surface est égale à 89,25 cm² par filet. Celle-ci est arrondie à 89 cm².

Enregistrement 1^{er} filet: $Z 22 = 89$; $Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50$ EUR; $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité 1^{er} filet: $Z 22=1$; $Z 27 = \text{prix} - \text{montant de remboursement}$ (44,50)
si prix $\leq 44,50 + 50\%$ de 44,50

Enregistrement marge de délivrance 1^{er} filet: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Enregistrement 2^e filet: $Z 22 = 89$; $Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50$ EUR; $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de sécurité 2^e filet: $Z 22 = 1$; $Z 27 = \text{prix} - \text{montant de remboursement}$ (44,50)
si prix $\leq 44,50 + 50\%$ de 44,50

Enregistrement marge de délivrance 2^e filet: $Z 22 = 1$; $Z 27 = 10\%$ du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Exemple 4: 160495 - 160506 (sans liste nominative et avec forfait par filet)

Délivrance de 2 filets avec code notification 0000027597-48 (PFTE felt 2,5 x 10,2cm)

Enregistrement filet: $Z 22 = 2$; $Z 19 = 2 * 75,08 = 150,16$ EUR; $Z 27 = 0$

Enregistrement marge de délivrance: $Z 22 = 2$; $Z 27 = 2 * 7,5 = 15$ EUR