

**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 2021
MISE A JOUR 2021/20 – Publication 14-5-2024**



INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE GALILEE 5/1 – 1210 BRUXELLES

Service des soins de santé

**INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE
OU PAR VOIE ELECTRONIQUE**

MISE A JOUR 2021/20

Pages à remplacer :

- Annexes 6.3, 9.2, 14.1, 14.7, 14.16, 16.19, 17.1, 17.2, 25.2, 25.3;
- ET 21 Z 6;
- ET 40 Z 4 S 5, Z 19;
- ET 50 Z 4 S 13, S 23, S 24, S 27, S 29, S 30, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 1, S 5, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 26 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31, Z 32, Z 51, Z 57-58-59, Z 57-58-59 S 1.

Page à ajouter :

- ET 50 Z 14 S 6.

1. **Modifications implants 1/4/2024, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 5, S 6.**

Suite à la publication sur notre site web des dossiers « *Neurostimulateurs et accessoires en cas d'algie vasculaire de la face* », « *Athérectomie percutanée* » et « *Dispositif invasif d'ablation par radiofréquence de tumeurs pancréatiques* », les modifications suivantes sont apportées aux instructions de facturation:

- Création d'un nouveau numéro d'agrément "numéro hôpital + 177" (centre « neurostimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face »), qui doit être mentionné comme lieu de prestation pour les nouvelles prestations 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 et 185172-185183.
- Création d'un nouveau numéro d'agrément "numéro hôpital + 178" (centre « athérectomie rotationnelle coronaire percutanée »), qui doit être mentionné comme lieu de prestation pour les nouvelles prestations 184936-184940 et 184951-184962.
- Ajout de la nouvelle prestation 185231-185242 au numéro d'agrément (existant) "numéro hôpital + 193" (chirurgie complexe du pancréas).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/4/2024.

2. **Mention du site hospitalier pour les implants, ET 50 Z 51.**

La zone "site hospitalier" doit désormais être remplie pour toutes les prestations de "La Liste" (implants et dispositifs médicaux invasifs).

Pour les prestations avec une liste de centres agréés établie par la Commission de remboursement des implants et dispositifs médicaux invasifs (CRIDMI) ou par le Comité de l'assurance, les nouvelles listes (avec les nouvelles prestations depuis le 1/4/2024) indiquent quel site est agréé. Pour ces prestations, l'OA doit vérifier si le numéro de site introduit dans la facturation correspond au site mentionné sur la liste des centres agréés. Pour les autres prestations, l'OA doit seulement vérifier (pour l'instant) que la zone « site hospitalier » est remplie avec un numéro de site correct et existant.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/1/2025.

3. **Forfaitarisation des médicaments, annexes 9.2, 14.1, 14.7, 14.16, 17.1, 17.2, ET 40 Z 4 S 5, Z 19.**

La forfaitarisation des spécialités délivrées aux patients hospitalisés dans les hôpitaux aigus sera étendu de 75% à 100%.

Les spécialités délivrées ne seront donc plus facturées à 25%, mais devront continuer à être enregistrées sous les pseudo-codes catégorie existants à 0€.

Aucune modification des instructions de facturation n'est donc nécessaire, à l'exception d'ajustements textuels dans les pages ci-dessus.

Date d'application: Admissions à partir du 1/7/2024 (sous réserve de publication de l'AR).

Concrètement cela signifie:

- Lorsque l'admission se termine avant le 1/7/2024 ou l'admission commence avant le 1/7/2024 et se poursuit après le 1/7/2024 : ancien système : forfait à 75%, médicaments à 25% (y compris ceux dont la date de délivrance est \geq 1/7/2024)
- Lorsque l'admission commence le 1/7/2024 ou plus tard : nouveau système : forfait à 100%, médicaments à 0€

4. **Lecture eID hôpitaux, annexes 6.3, 25.2, 25.3, ET 21 Z 6.**

Dans l'annexe 6.3, les zones 10 (indication urgences/hospitalisation de jour) et 11 (date de lecture) n'avaient pas encore été incluses, et l'adaptation de la signification de la zone 4 (date de prestation ou d'admission à laquelle se rapporte la lecture) n'avait pas encore été effectuée. Ceci a été rectifié.

Dans l'annexe 25.2, il est précisé que le point 1.1 (*Hospitalisation classique: 1 ET 21 par facture*) prime sur le point 1.4 (*Facture avec uniquement des soins ne nécessitant pas de lecture du document d'identité: pas d'ET 21*). Cela signifie qu'une facture d'hospitalisation (type de facture 1) doit toujours comporter un enregistrement 21, même si elle ne contient que des prestations pour lesquelles aucune lecture n'est requise, par exemple une facture complémentaire (avec type de facture 1) ne comportant que des prestations de biologie clinique.

Dans l'annexe 25.3, les pseudo-codes pour le début et la fin de la prise en charge dans le projet pilote « soins transmuraux pour les enfants souffrant de maladies chroniques » sont ajoutés aux exceptions.

La combinaison du type de support = 0 (*Pas de document d'identité (tel que visé à l'article 3 de l'AR du 18/09/2015)*) avec raison d'encodage manuel = 4 (*Encodage manuel à postériori ou lecture à postériori car le patient ne pouvait pas soumettre de document d'identité valide au moment des soins*) est une combinaison valable. Le libellé de la valeur 0 dans l'ET 21 Z 6 est donc complété.

5. **Nomenclature praticiens de l'art infirmier – nouvelle rubrique 3^oter, ET 50 Z 4 S 23, S 24, S 27, S 29, S 30.**

L'AR du 11/3/2024 (MB du 9/4/2024) (Numac 2024002060) prévoit une nouvelle rubrique 3^oter à l'article 8 de la nomenclature.

Les nouveaux codes nomenclature ont les mêmes règles d'application que les codes de la rubrique 3^obis et sont ajoutés, le cas échéant, aux pages ET 50 Z 4 S 23 et suivantes.

Les listes « prestation relative » et « prescripteur » sont également mises à jour (voir points 10 et 11).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/7/2024.

Sur les pages concernées, quelques erreurs ont également été corrigées:

- les codes 429516, 429531 et 429553 sont ajoutés dans la note de bas de page (12) de l'ET 50 Z 4 S 23
- les codes relatifs aux *prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants* sont supprimés dans l'ET 50 Z 4 S 30 (car cette page se réfère aux patients non forfaitaires et les prestations en question ne peuvent être facturées qu'aux patients forfaitaires)

6. **Projets pilotes « soins transmuraux pour les enfants souffrant de maladies chroniques », ET 50 Z 4 S 13, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 1, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.**

Par analogie avec les projets pilotes précédents du SPF Santé publique (tels que " accoucher avec un séjour hospitalier raccourci ") et la convention INAMI « Hospitalisation à domicile », des pseudo-codes sont prévus que les hôpitaux concernés doivent enregistrer dans leur fichier de facturation électronique pour indiquer le début et la fin de la prise en charge de l'enfant dans le projet.

Les instructions suivantes s'appliquent à ces pseudo-codes :

- Z 5 = Z 6
- Zones montant (Z 19, Z 27, Z 30-31) = 0
- Code service (Z 13) = 0
- Prestataire (Z 15) = médecin spécialiste qui prend la décision d'hospitalisation à domicile et supervise le traitement
- Lieu de prestation (Z 14) = numéro d'identification de l'hôpital

Date d'application: Date de début des projets pilotes (à partir du 1/5/2024).

7. **Radiographies dentaires – norme prescripteur, ET 50 Z 26 S 1.**

Les codes nomenclature dans le tableau des combinaisons valables de «norme prescripteur», «prescripteur» et «prestataire» ont été mis à jour suite à l'AR du 28/3/2024 (MB du 2/4/2024) modifiant les articles 5 et 6 de la nomenclature.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/4/2024.

8. **New Deal médecins généralistes, ET 50 Z 32.**

Le nouveau code de référence 106610 a été ajouté dans le libellé de la valeur N (= situation d'exception dans laquelle un médecin New Deal facture les prestations de référence de l'art. 2 pour un patient avec une relation thérapeutique fixe).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/6/2024.

9. **Code d'enregistrement, ET 50 Z 57-58-59, Z 57-58-59 S 1.**

Un certain nombre de corrections ont été apportées au tableau des dates de début et de fin de l'obligation de mentionner le code d'enregistrement dans le fichier de facturation.

10. **Liste « prestation relative ».**

Codes ajoutées			
De	à	Numac	Date d'application
106610 (*)		2024003422	1/6/2024
429516	429553	Ces codes de l'art. 8 existent depuis le 1/12/2022, mais ont été oubliés dans la liste	1/12/2022 (**)
430275	430312	2024002060	1/7/2024
471951	471962	2024002393	1/5/2024

(*) prestation relative = 107575 (seulement dans la situation d'exception où un médecin New Deal facture cette prestation pour un patient avec une relation thérapeutique fixe (et pas lorsque le tiers facturant est un poste de garde))

(**) prestation relative obligatoire à partir du mois facturé mai 2024 (pour toutes les prestations effectuées à partir du 1/12/2022)

11. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés			
De	à	Numac	Date d'application
106772	106816	2024004168	1/6/2024
307296	307366	2024002837	1/4/2024
377296	377366	2024002837	1/4/2024
429995	430032	2024002060	1/7/2024
430076 (*)	430231 (*)	2024002060	1/7/2024
430334 (**)	430371(**)	2024002060	1/7/2024
430393	430496	2024002060	1/7/2024
771794	771816	2024003498	1/1/2024
Codes supprimés			
De	à	Numac	Date d'application
307090	307145	2024002837	1/4/2024
307274	307285	2024002837	1/4/2024
377090	377101	2024002837	1/4/2024
377274	377285	2024002837	1/4/2024

(*) Pour les codes 430150 et 430172, l'indication du prescripteur est facultative.

(**) Si, dans le forfait, seules des prestations n'exigeant aucun prescripteur sont effectuées, alors aucun prescripteur ne doit être mentionné pour les honoraires forfaitaires.

L'occasion a été saisie pour remplacer les pseudo-codes répertoriés pour les produits radio-pharmaceutiques par une référence générale à la liste en annexe de l'AR du 22/5/2014.

12. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

13. 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.

14. Liste « membre traité ».

Pas de modifications.

Annexe 6.3

	Zone	Longueur	Positions	Signification
	1	2 N	1 - 2	Enregistrement de type 21
	2	6 N	3 - 8	Numéro d'ordre de l'enregistrement
	3	4 N	9 - 12	Heure de lecture document identité
(☞20)	4	8 N	13 - 20	Date de prestation ou date d'admission à laquelle se rapporte la lecture
(☞1)	5	1 A	21 - 21	Type de saisie document identité
(☞1)	6	1 A	22 - 22	Type de support document identité
	7	1 N	23 - 23	Raison utilisation vignette
	8	1 N	24 - 24	Raison encodage manuel ou lect. à postériori
	9	15 A	25 - 39	Numéro de série de support
(☞20)	10	1 N	40 - 40	Indication urgences/ hospitalisation de jour
(☞20)	11	8 N	41 - 48	Date de lecture document identité
(☞20)	12-98	300 N	49 - 348	Reserve
	99	2 N	349 - 350	Enregistrement chiffres de contrôle

1.2 Coûts prestations pharmaceutiques.

1.2.1. Hospitalisation.

	Délivrances remboursables dans le cadre de la forfaitarisation	Délivrances remboursables hors forfaitarisation	Délivrances remboursables hors forfaitarisation	Spécialités non remboursables		Spéc. non remboursées et autres délivrances
				Hôp. généraux	Hôp. Psych.	
E.T. 40 Z 4	Cat. SA, SA _g , SA _r , SB, SB _g , SB _r , SC, SC _g , SC _r , SCs, SCs _g , SCs _r , SCx, SCx _g , SCx _r , SFa, SFb	Cat. SA, SA _g , SA _r , SFa DA, MA,	Cat. SB, SB _g , SB _r , SC, SC _g , SC _r , SCs, SCs _g , SCs _r , SCx, SCx _g , SCx _r , SFb DB, DC, DCx, DCx, MB, MC, MCs, MCx,	0750820	0750820	0960385 0960400
(20) E.T. 40 Z 19	25% de la base de remboursement (*) pour les admissions commencées avant le 1/7/2024 0€ pour les admissions commencées à partir du 1/7/2024	base de remboursement (*)	base de remboursement - I.P. théorique (*)	0	0	0
E.T. 40 Z 27	0	0	0	0	0	0
E.T. 40 Z 30-31	0	0	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)
E.T. 40 Z 33	0	0	0	0 ou 1	0	0 ou 1
E.T. 40 Z 39	0	0	I.P. théorique	0	I.P. théorique	0
E.T. 40 Z 47	0	si existe	si existe	0	0	0

(*) Pour les moyens de contraste (classe ATC V08) et les autres médicaments à 85%, l'intervention est diminuée de 15%.

RÈGLES DE CALCUL ET D'ARRONDI POUR LES MEDICAMENTS

Remarque générale préalable : La règle d'arrondi est appliquée sur 3 décimales, c'ad pour arrondir à 2 décimales, on ne tient compte que de la 3^{ème} décimale.

A. Délivrance à des bénéficiaires HOSPITALISÉS

- (☞ 20) 1. **En cas de forfaitarisation (facturation à 25%)** (valable pour les admissions commencées avant le 1/7/2024 ; pour les admissions à partir du 1/7/2024, il y a un forfait à 100% et les médicaments sont facturés à 0€)

Règle générale (voir exemple 1)

Base de remboursement x nombre d'unités: A

Intervention de l'AMI:

$$B = A * 0,25$$

B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Produits de contraste (voir exemple 15 BIS) **et autres médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019)**.

L'intervention de l'assurance est diminuée de 10 % (15% à partir du 1/4/2019). Cette diminution ne peut pas être facturée au patient.

Intervention de l'AMI:

$$B = A * 0,25 * 0,90$$

B' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

2. **Hors forfaitarisation**

Il s'agit des médicaments non forfaitarisés ou des médicaments forfaitarisés délivrés par des hôpitaux qui tombent en dehors de la forfaitarisation.

Médicaments de la catégorie A ou Fa (voir exemple 2)

Base de remboursement x nombre d'unité : A

A' **ARRONDI** au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Intervention de l'AMI (Z 19) : A'

Dans le cas des médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019):

Intervention de l'AMI (Z 19) :

$$A' * 0,90$$

ARRONDI au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.

Médicament de la catégorie B ou Fb (voir exemples 3 à 14 inclus)

Par tranche entamée, une intervention personnelle théorique de 0,37 EUR doit être décomptée,

Dans les cas suivants, l'intervention personnelle théorique est toutefois limitée à la base de remboursement * le nombre d'unités :

- Nombre d'unités délivrées <= tranche et base de remboursement * nombre d'unités < 0,37 EUR
- Nombre d'unités délivrées > tranche et base de remboursement * nombre d'unités < x * 0,37 EUR (avec x = nombre de tranches entamées).

Lors du transfert du patient dans un autre service ou lors du début d'une nouvelle hospitalisation, une nouvelle tranche sera de toute façon commencée.

Exemples bénéficiaires hospitalisés

(☞ 20) **Exemple 1** (en cas de forfaitarisation) (méthode applicable pour les admissions commencées avant le 1/7/2024)

Délivrance de 14 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital aigu.

Base de remboursement * nombre d'unités : $0,2512 * 14 = 3,5168$

Intervention de l'AMI : $3,5168 * 0,25 = 0,8792$
 $\approx 0,88$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0756125	0,88	14	0

Exemple 2 (catégorie A hors forfaitarisation)

Délivrance de 12 unités de Celltop 100 mg 0762-229** (tranche = 10) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

Base de remboursement * nombre d'unités : $6,4840 * 12 = 77,8080$
 $\approx 77,81$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753723	77,81	12	0

Exemple 3 (catégorie B hors forfaitarisation) (nombre d'unités délivrées < « tranche »)

Délivrance de 14 unités de Capoten 50 mg 0795-997** (tranche = 60) à un patient hospitalisé dans un hôpital qui tombe en dehors de la forfaitarisation.

Base de remboursement * nombre d'unités : $0,2512 * 14 = 3,5168$
 $\approx 3,52$

Intervention personnelle théorique (Z 39): 0,37

Intervention de l'AMI (Z 19): $3,52 - 0,37 = 3,15$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0753745	3,15	14	0,37

(☞20) **Exemple 15 BIS** (Produit de contraste - forfaitarisation) (sur base des prix au 1/1/2013) (méthode applicable pour les admissions commencées avant le 1/7/2024)

Délivrance de 2 unités de Telebrix 0730-481** à un patient hospitalisé dans un hôpital aigu.

Base de remboursement * nombre d'unités : $14,99 * 2 = 29,98$

Intervention de l'AMI : $29,98 * 0,25 * 0,90 = 6,7455$
 $\approx 6,75$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0757864	6,75	2	0

Exemple 15 TER (Produit de contraste – hors forfaitarisation) (sur base des prix au 1/1/2013)

Délivrance de 2 unités de Telebrix 0730-481** à un patient hospitalisé dans un hôpital psychiatrique.

Base de remboursement * nombre d'unités : $14,99 * 2 = 29,98$

Intervention personnelle théorique : $0,37 * 2 = 0,74$

Intervention de l'AMI : $(29,98 - 0,74) * 0,90 = 26,316$
 $\approx 26,32$

Z 3 (norme)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 39 (I.P.théor.)
0	0757945	26,32	2	0,74

- 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
- fonction service mobile d'urgence	: 132
- programme de soins de base en oncologie	: 133
- programme de soins d'oncologie	: 134
- programme de soins d'oncologie	: 134
(☞9, 13) - agrément soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein (jusqu'au xx/xx/202x)	: 135
(☞13) - agrément clinique du sein coordinatrice	: 136
(☞13) - agrément clinique du sein satellite	: 137
- programme de soins de médecine de la reproduction A	: 140
- programme de soins de médecine de la reproduction B	: 141
- centre de chirurgie robot-assistée (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 150
- centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3	: 151
- centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B	: 152
- centre « moniteur cardiaque implantable » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 153
- 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
- centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	: 157
- centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 158
- centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (jusqu'au 30/4/2016 inclus)	: 159
- centre « valves endobronchiques unidirectionnelles » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 160
- centre « neurostimulateurs en cas de Parkinson et de tremblements essentiels »	: 161
- centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique» (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	: 162
- centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales»	: 163
- centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage »	: 164
- centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (à partir du 1/8/2016)	: 165
- centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (à partir du 1/8/2016)	: 166
- centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique » (à partir du 1/8/2016)	: 167
- centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)	: 168
- centre « fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire » (à partir du 1/1/2017)	: 169
- centre « tige magnétique allongeable » (Magec)	: 170
(☞17) - centre « capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose » (jusqu'au 31/10/2023 inclus)	: 171
- centre « neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de CRPS »	: 172
- centre « valves endobronchiques unidirectionnelles »	: 173
(☞2) - centre « implants pour le traitement de l'incontinence fécale »	: 174
(☞7) - centre «neurostimulateurs des dysfonctionnements des voies urinaires inférieures»	: 175
(☞13) - centre « neurostimulation du nerf hypoglosse en cas de l'apnée obstructive du sommeil »	: 176
(☞20) - centre « neurostimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face »	: 177
(☞20) - centre « athérectomie rotationnelle coronaire percutanée »	: 178
- agrément convention reconstruction mammaire	: 190
- agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose seulement du programme de soins médecine de la reproduction B)	: 191
- agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose du programme de soins médecine de la reproduction B et répond aux normes du programme de soins en hémato-oncologie pédiatrique	: 192
- agrément convention chirurgie complexe pancréas	: 193
- agrément convention chirurgie complexe œsophage	: 194
(☞17) - agrément convention obésité chez les enfants	: 195
<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

Forfaitarisation des médicaments en hôpital.

Délivrance de médicaments aux patients hospitalisés pendant un examen ou une prestation spécifique dans un autre hôpital (aigu) (transfert temporaire de moins d'une journée).

Dans le cas de délivrance de médicaments aux patients hospitalisés dans un autre hôpital, la facture à l'OA est établie par l'hôpital de délivrance.

(☞20) Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation), l'hôpital de prestation facture à l'OA 25% de la base de remboursement (0€ pour les admissions à partir du 1/7/2024) . Le solde (75%) (100% pour les admissions à partir du 1/7/2024) est facturé à l'hôpital aigu de séjour.

Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital psychiatrique ou chronique (qui n'entre pas dans le cadre de la forfaitarisation), l'hôpital de prestation facture à l'OA à 100%.

Attention : Pour les produits de contraste (classe ATC V08), les médicaments biologiques et les spécialités pour lesquelles une alternative générique est remboursable et disponible, l'intervention est diminuée de 15%.

2 exemples

a) Un patient est hospitalisé dans un hôpital aigu A.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital aigu B (qui entre dans le système de forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Le patient est soigné dans l'hôpital B:

- Soit dans le cadre d'une journée d'entretien forfaitaire (art 4 de la Convention avec les hôpitaux) ou de l'hôpital chirurgical de jour
- Soit hors du cadre d'une journée d'entretien forfaitaire ou de l'hôpital chirurgical de jour (par exemple pour une prestation RX).

Facturation:

L'hôpital aigu A facture à l'OA une fois (à savoir à la date d'admission dans cet hôpital) le forfait médicaments par admission (0756000 ou 0767502), ainsi que les médicaments délivrés dans son propre hôpital comme suit:

- (☞20)
- Médicaments forfaitarisés: facturation à 25% de la base de remboursement (0€ pour les admissions à partir du 1/7/2024) sous les pseudo-codes du point 10.2 (voir ET 40 Z 4 S 5)
 - Médicaments non forfaitarisés: facturation selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 10.3 (voir ET 40 Z 4 S 5 et 6)

Les médicaments délivrés dans l'hôpital aigu B, sont facturés par l'hôpital aigu B comme suit :

- (☞20)
- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 25% de la base de remboursement (0€ pour les admissions à partir du 1/7/2024) sous les pseudo-codes du point 10.4 (voir ET 40 Z 4 S 7) + facturation à l'hôpital aigu A du 75% qui reste (100% pour les admissions à partir du 1/7/2024)
 - Médicaments non forfaitarisés : facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 10.3 (voir ET 40 Z 4 S 5 et 6)

b) Un patient est hospitalisé dans un hôpital psychiatrique A ou dans un hôpital uniquement agréé pour un service chronique (G, Sp) – c.à.d. dans un hôpital qui n'entre pas dans le cadre de la forfaitarisation des médicaments.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital aigu B (qui entre effectivement dans le système de la forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Le patient est soigné dans l'hôpital B:

- Soit dans le cadre d'une journée d'entretien forfaitaire (art 4 de la Convention avec les hôpitaux) ou de l'hôpital chirurgical de jour
- Soit hors du cadre d'une journée d'entretien forfaitaire ou de l'hôpital chirurgical de jour (par exemple pour une prestation RX).

Facturation:

L'hôpital psychiatrique ou chronique A facture les médicaments délivrés dans son propre hôpital selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 1 (voir ET 40 Z 4 S 1), puisqu'il s'agit d'une facture d'un hôpital hors du cadre de la forfaitarisation.

Les médicaments délivrés dans l'hôpital aigu B, sont facturés par l'hôpital aigu B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 100% sous les pseudo-codes du point 10.5 (voir ET 40 Z 4 S 7)
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 10.3 (voir ET 40 Z 4 S 5 et 6)

Cas exceptionnel :

Délivrance de médicaments aux patients hospitalisés dans un hôpital aigu pendant un examen ou une prestation spécifique dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique (transfert temporaire de moins d'une journée).

Lorsque l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation), l'hôpital psychiatrique ou chronique de prestation facture 100 % de la base de remboursement à l'hôpital de (☞20) séjour. L'hôpital aigu de séjour facture 25 % à l'OA (0€ pour les admissions à partir du 1/7/2024).

Exemple

Un patient est hospitalisé dans un hôpital aigu A.

Le patient va, pendant quelques heures, dans un autre hôpital psychiatrique ou chronique B (qui n'entre pas dans le système de forfaitarisation), où des médicaments sont délivrés.

Facturation:

L'hôpital aigu A facture à l'OA une fois (à savoir à la date d'admission dans cet hôpital) le forfait médicaments par admission (0756000 ou 0767502).

Il facture les médicaments délivrés dans son propre hôpital comme suit:

- (☞20) • Médicaments forfaitarisés: facturation à l'OA à 25% de la base de remboursement (0€ pour les admissions à partir du 1/7/2024) sous les pseudo-codes du point 10.2 (voir ET 40 Z 4 S 5)
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 10.3 (voir ET 40 Z 4 S 5 et 6)
- (☞20) • Il facture les médicaments forfaitarisés, délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B à l'OA à 25% de la base de remboursement (0€ pour les admissions à partir du 1/7/2024) sous les pseudo-codes du point 10.2 (voir ET 40 Z 4 S 5)

Les médicaments délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B, sont facturés par l'hôpital B comme suit :

- Médicaments forfaitarisés: facturation à 100 % de la base de remboursement à l'hôpital aigu de séjour A
- Médicaments non forfaitarisés: facturation à l'OA selon les règles classiques de tarification sous les pseudo-codes du point 10.3 (voir ET 40 Z 4 S 5 et 6)

- (☞1) - La liste des traitements récurrents concernés :
- chimiothérapie/immunothérapie : (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 et 767933-767944
 - radiothérapie (art. 18 §1^{er} de la nomenclature) : codes 444113-444124, 444135-444146, 444150-444161, 444172-444183, 444194-444205, 444216-444220, 444231-444242, 444253-444264, 444290-444301, 444312-444323, 444334-444345, 444356-444360, 444371-444382, 444614-444625, 444393-444404, 444415-444426, 444430-444441, 444452-444463, 444474-444485, 444496-444500, 444511-444522, 444533-444544, 444555-444566, 444570-444581,
- (☞14,19) 444592-444603, 444636-444640, 444651-444662, 444673-444684, 444695-444706, 444614-444625 + consultations 105932 et 105954
- Rq : La lecture peut se faire lors de la simulation à condition que la simulation est reprise sur la même facture que le traitement.*
- honoraires et indemnités forfaitaires prévus dans la convention sur le financement de la dialyse : (pseudo)-codes 470293-470304, 470330-470341, 470315-470326, 470890-470901, et 767594, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767756, 767782 et 767804
 - forfaits PMA : (pseudo)-codes 757293, 757315 et 757330
 - postcure soins de santé mentale : (pseudo)-code 762974

1.4. Facture avec uniquement des soins ne nécessitant pas de lecture du document d'identité (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes de la liste exhaustive des soins ne nécessitant pas de lecture du document d'identité, point 2.4)

- Pas de lecture.
- Pas d'enregistrement 21 avec les données de la lecture.

(☞20) Attention : Les principes du point 1.1 priment. Une facture d'hospitalisation (type de facture 1) doit donc toujours comporter un ET 21, même si elle ne contient que des prestations pour lesquelles aucune lecture n'est requise (p. ex. une facture complémentaire ne comportant que des prestations de biologie clinique).

2. Exceptions

2.1. Vérification à postériori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6 ou 8)

- (☞10) La vérification de l'identité peut être réalisée à posteriori en introduisant manuellement le NISS dans l'ET 20 Z 8 et le numéro de série dans l'ET 21 Z 9 (= ET 21 Z 5 = 8 sans enregistrement de la date et de l'heure de la lecture) ou via une lecture à postériori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6 avec enregistrement de la date et de l'heure) dans les cas suivant :
- si le patient ne peut pas soumettre de document d'identité valide au moment des soins
- (☞14) - si le patient est arrivé aux urgences ou via le SMUR et est, ensuite, hospitalisé : pour les prestations exécutées aux urgences ou dans le SMUR, l'identité du patient est lue dans les 3 jours qui suivent le jour d'admission (hospitalisation)
- si le patient est arrivé aux urgences tard le soir avant minuit : pour les prestations exécutées aux urgences, l'identité du patient peut être lue le lendemain (*remarque : elle peut également avoir lieu le soir même*).
 - si la prestation est dispensée en dehors des heures d'ouverture administrative de l'hôpital
 - en cas de panne du système informatique
- (☞10) La vérification de l'identité peut être réalisée à posteriori en introduisant manuellement le NISS dans l'ET 20 Z 8 et le numéro de série dans l'ET 21 Z 9 (= ET 21 Z 5 = 8 sans enregistrement de la date et de l'heure de la lecture) dans le cas suivant :
- absence d'interconnectivité entre logiciels
- La raison est enregistrée dans l'ET 21 Z 8 (raison encodage manuel ou lecture à posteriori).

2.2. Encodage manuel préalablement à la 1^{ère} prestation de santé (ET 21 Z 5 = 7)

Les données d'identité peuvent être encodées manuellement (préalablement à la 1^{ère} prestation de santé) dans les cas suivants :

- indisponibilité du lecteur de carte
- utilisation d'un document d'identité sans puce ou avec une puce défectueuse

La raison est enregistrée dans l'ET 21 Z 8 (raison encodage manuel ou lecture à posteriori).

2.3. Utilisation de la vignette comme support (ET 21 Z 6 = 4)

La vérification de l'identité peut être réalisée à l'aide d'une vignette en introduisant manuellement le NISS ou en lisant le code-à-barres de la vignette dans les cas suivants :

- en cas de force majeure si le patient ne possède pas de document d'identité
- dans le cas d'une prestation pour laquelle la réglementation n'exige pas la présence simultanée du patient et du dispensateur de soins

La raison est enregistrée dans l'ET 21 Z 7 (raison utilisation vignette).

2.4 Pas d'enregistrement des données de la lecture du document d'identité (pas d'enregistrement 21)

- (☞4) - Pour les bénéficiaires âgés de moins de 3 mois. (C'est l'âge au moment de l'admission qui compte).
- (☞12) - Dans le cas où la prestation a déjà été effectuée, que le patient décède dans le mois qui suit la prestation/l'admission et que la vérification à posteriori n'a pas eu lieu.
- (☞4) - Pour les personnes qui bénéficient de l'assurance obligatoire soins de santé sur base d'une carte européenne d'assurance maladie ou d'un formulaire S2 ou d'un formulaire E111, E128 ou d'une médicarte australienne. Cela englobe TOUS les patients et uniquement les patients dont le CT1 = 18X.
- (☞8,10) - prestations de consultation multidisciplinaire sans la présence du patient : (pseudo)-codes 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346, 105350-105361, 350114-350125, 350136-350140, 350151-350162, 350173-350184, 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420, 350475-350486, 350674-350685, 350696-350700, 350711-350722 et 350733-350744.
- (☞17,18,19) - autres prestations sans la présence du patient :
 - rapport écrit d'une période d'hospitalisation : 350313-350324
 - mammographie de dépistage en 2e lecture : 450214-450225
 - convention 'obésité chez les enfants': conseil/soutien au 1^{er} niveau: 400676-400680
 - convention 'trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale': concertation de (p)réhabilitation: 400750-400761, 400875-400886, 400993-401004, 401111-401122
 - concertation pluridisciplinaire (psychiatrie infanto-juvénile):109454
 - convention 'troubles de l'alimentation': concertation multidisciplinaire: 401310
- (☞8,14) - forfaits pour l'alimentation parentérale à domicile : (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413 et 751951 et les codes 751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936, ainsi que pour les spécialités incorporées dans l'alimentation parentérale (à distinguer au moyen de la prestation relative).
 - chimiothérapie orale : (pseudo)-codes 767852 et 767863
 - transport urgent du patient vers l'hôpital B effectué et facturé par l'hôpital A : (pseudo)-codes 784416, 784431, 784453 (ces codes ne s'appliquent qu'aux transports en hélicoptère, voir bas de page ET 50 Z 4 S 13).
- (☞8) - dialyse au domicile du patient : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 et 767830-767841 ainsi que les produits pharmaceutiques facturés avec un code service 750.
- (☞11,14) - médication/prestations administrées/effectuées en SMUR (dans laquelle le patient n'est pas transporté à l'hôpital), à condition que la valeur 1 soit remplie dans l'ET 40 Z 12 et/ou l'ET 50 Z 50b
- (☞6) - Pour toutes les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique (art. 3 § 1 AII, § 1 B (2) prestations) et § 1 CI, Art.1 CI, Art. 18 § 2 B, e, Art. 24, Art. 24bis, Art. 32, Art. 33, Art. 33bis et Art. 33ter de la Nomenclature ; prestations de la convention Genetic Counseling (589750, 589761, 589772, 589783, 589794, 589805) ; AR du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations (592815, 592911, 592992, 593014, 593110), les tests Covid et les prestations 559812-559823, 559834-559845, 559856-559860 (*activité de laboratoire FIV*)).
- (☞5) - Pour les forfaits dans le cadre des conventions de revalidation visées aux articles 22, 6^o et 23, §3 de la loi coordonnée du 14/7/1994 c'est-à-dire les forfaits attestés par l'hôpital dans le cadre d'une convention de rééducation (il s'agit des pseudo-codes des paragraphes 16) et 17) de l'ET 30 Z 4 (+ un nombre limité de codes des conventions de rééducation facturés en R 50), qui sont facturés avec le code service 770 et le type de facture 5 ou 6). L'exception vaut également pour les prestations facturées avec le forfait de rééducation sur la même facture de type 5/6.
- (☞9) - Pour les pseudo-codes ambulants du paragraphe 18) de l'ET 30 Z 4 (conventions SEP/SLA/Huntington : 764853, 764816, 764831, 770136, 770151 et 770173)
 - Equipes mobiles : lorsque l'hôpital facture uniquement les pseudo-codes IN/OUT (793715, 793730, 793752 et 793774) et les visites à domicile des psychiatres (104473, 104495).
- (☞19) - Tous les produits radio-pharmaceutiques (voir liste sur le site de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/radiopharma/Pages/radio-pharmaceutiques-remboursables-listes-fichiers-reference.aspx>)
- (☞11) - La prestation « avis » du chapitre II de la nomenclature (109012).
- (☞11,12) - Pour les notes de crédit (ET 20 Z 11=3).
- (☞8,14,19) - Pour toutes les prestations, produits, services et médicaments non-remboursables.
 - (☞14) - Prestations effectuées sur le donneur (potentiel) et facturées au receveur (ET 30, 40, 50 Z 48 = 2)
 - (☞14) - Prestations à distance : prestations du point 1 de la circulaire avec les prestations temporaires COVID-19 (<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/tarifs-prestations-temporaires-COVID19.aspx>) + les prestations de l'art. 37 de la nomenclature
 - (☞14) - Factures d'hospitalisation à domicile (identifiables par le type de facture 7 et le pseudo-code service 980)
 - (☞19) - Pour les prestations avec norme 7 dans l'ET 50 Z 3
 - (☞20) - Pseudo-codes IN/OUT projet pilotes « soins transmuraux pour les enfants souffrant de maladies chroniques » (799956-799960 et 799971-799998).

RUBRIQUE : TYPE DE SUPPORT DOCUMENT IDENTITÉ**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 22**

Zone à remplir lors de la vérification de l'identité du patient en milieu hospitalier.

Zone facultative jusqu'à ce que la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité devienne obligatoire en milieu hospitalier.

Ce code fait la distinction entre les différents types de support du document d'identité.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞14) 0	Pas de document d'identité (tel que visé à l'article 3 de l'AR du 18/09/2015)
(☞20)	Cette valeur peut seulement être utilisée lorsque l'ET 21 Z 5 = 7 (encodage manuel) ou 8 (encodage manuel a posteriori) et l'ET 21 Z 8 (raison encodage manuel) = 4 ou 7.
1	Carte d'identité électronique belge (ou Kids-id)
2	Carte d'identité électronique étranger ou document de séjour électronique
3	Carte ISI+
4	Vignette avec code-à-barres Lorsque cette valeur est utilisée, la raison doit être mentionnée dans l'ET 21 Z 7.
5	Attestation d'assuré social
6	Attestation de perte ou de vol d'une carte d'identité électronique belge, d'une carte électronique d'étranger ou d'un document de séjour électronique
(☞1) A	Saisie électronique (itsme®)
(☞1) B	Inscription via application de l'hôpital (seulement pour les patients ambulatoires)

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
10. Spécialités délivrées aux bénéficiaires hospitalisés dans les hôpitaux aigus (*):		
10.1 Forfait par admission	-	0756000
Forfait réduit par admission (réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après une hospitalisation précédente)	-	0767502
10.2 Médicaments forfaitarisés délivrés aux patients hospitalisés dans l'hôpital même (**):		
catégorie SA	-	0756022
catégorie SA _{gc}	-	0756044
catégorie SA _r	-	0756066
catégorie SB	-	0756081
catégorie SB _{gc}	-	0756103
catégorie SB _r	-	0756125
catégorie SC	-	0756140
catégorie SC _{gc}	-	0756162
catégorie SC _r	-	0756184
catégorie SC _s	-	0756206
catégorie SC _{sgc}	-	0756221
catégorie SC _{sr}	-	0756243
catégorie SC _x	-	0756265
catégorie SC _{xgc}	-	0756280
catégorie SC _{xr}	-	0756302
catégorie SF _a	-	0757680
catégorie SF _b	-	0757702
moyens de contraste cat B, B _{gc} , B _r à 85% (classe ATC V08)	-	0757864
catégorie A, A _{gc} , A _r à 85%	-	0759183
catégorie B, B _{gc} , B _r à 85%	-	0759205
catégorie C, C _{gc} , C _r à 85%	-	0759743
catégorie Cs, Cs _{gc} , Cs _r à 85%	-	0759765
catégorie Cx, Cx _{gc} , Cx _r à 85%	-	0759780
catégorie Fa à 85%	-	0759220
catégorie Fb à 85%	-	0759242
10.3 Médicaments non forfaitarisés:		
catégorie SA	-	0756324
catégorie SA _{gc}	-	0756346
catégorie SA _r	-	0756361
catégorie SB	-	0756383
catégorie SB _{gc}	-	0756405
catégorie SB _r	-	0756420
catégorie SC	-	0756442
catégorie SC _{gc}	-	0756464
catégorie SC _r	-	0756486
catégorie SC _s	-	0756501
catégorie SC _{sgc}	-	0756523
catégorie SC _{sr}	-	0756545

(*) La forfaitarisation ne concerne que:

- Les hôpitaux généraux aigus (services psychiatriques dans les hôpitaux généraux inclus); donc pas pour les hôpitaux chroniques (services Sp ou G isolés) ou les hôpitaux psychiatriques.
- Les patients hospitalisés, les hospitalisations classiques, donc pas pour les "hospitalisations de jour" (hôpital chirurgical de jour ou journées d'entretien forfaitaires)
- Médicaments spécialités (donc pas pour les aliments diététiques ou moyens diagnostiques) des catégories de remboursement A, B, C, Cs, Cx, Fa, Fb à l'exclusion de certains médicaments qui se présenteront sur une liste.

(☞ 20) Pour les admissions à partir du 1/7/2024, le forfait par admission est de 100% (au lieu de 75%) et les médicaments forfaitarisés doivent être enregistrés à 0 € (au lieu d'être facturés à 25%) (pseudo-codes points 10.2 et 10.4).

(**) Ces pseudo-codes sont également utilisés dans le cas exceptionnel décrit dans l'annexe 17.2.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT INTERVENTION DE L'ASSURANCE**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 88**

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

Il s'agit du montant remboursé par l'organisme assureur.

En général : voir art. 95, § 1 et § 3 de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour les bénéficiaires hospitalisés, § 2 a) pour les délivrances aux personnes non hospitalisés et § 2 b) pour les bénéficiaires qui séjournent dans les maisons de repos et de soins.

La tarification doit être effectuée sur base du Code Titulaire 1.

Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 0, alors on applique le régime non préférentiel.

Si le troisième chiffre du CT1 est égal à 1, alors on applique le régime préférentiel

- Si la zone 4 = 0756000 (ou 0767502), cette zone est égale au montant (réduit) du forfait.
- (☞20) Si la zone 4 = un pseudo-code du point 10.2 ou 10.4, cette zone est égale à 25% de la base de remboursement pour les admissions commencées avant le 1/7/2024 et égale à 0€ pour les admissions commencées à partir du 1/7/2024.
- Si la zone 4 = 0757293, 0757315 ou 0757330, cette zone est égale au prix du forfait comme prévu dans l'art. 2, 3 ou 4 de l'AR du 6/10/2008 (MB 14/10/2008), diminué de l'intervention personnelle prévue dans l'art. 6, 7 ou 8 du même AR.
- Pour les médicaments délivrés aux patients d'un hôpital chirurgical de jour et aux patients pour lesquels un forfait par jour peut être porté en compte, le montant de l'intervention de l'assurance est calculé selon les règles qui sont d'application pour les patients non hospitalisés.
- Pour les médicaments non remboursables, l'intervention de l'assurance est 0.
- Pour les médicaments délivrés aux patients hospitalisés, dans le cadre d'un forfait par jour, dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour (= forfaits avec code hospitalisé), les règles relatives à l'intervention de l'assurance et aux tickets modérateurs des bénéficiaires hospitalisés doivent être appliquées.
- S'il s'agit d'un enregistrement de détail d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750212), alors le contenu de cette zone est égal à zéro.
- Pour les produits de contraste (classe ATC V08) et les autres médicaments à 90% (85% à partir du 1/4/2019), l'intervention de l'assurance est diminuée de 10% (15% à partir du 1/4/2019).
- Si la zone 4 = 0753631 ou 0757956, cette zone est égale à l'intervention prévue dans l'AR du 21/12/2001 augmentée de l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013).
Si la zone 4 = 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060 cette zone est égale à l'intervention spécifique prévue dans l'AR du 16/9/2013 (MB du 20/9/2013).

Pour l'utilisation de cette zone, voir également l'annexe 9.2.

Ambulant HospitaliséKinésithérapie

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

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).

(☞ 14) Convention "hospitalisation à domicile"

Les pseudo-codes (aussi bien pour la facturation des forfaits que pour l'enregistrement de début/fin de prise en charge) sont repris dans l'annexe IV de la Convention Nationale hôpitaux-organismes assureurs.

Convention « équipes mobiles »

Début de prise en charge dans l'équipe mobile 2a	0793715	
Fin de prise en charge dans l'équipe mobile 2a	0793730	
Début de prise en charge dans l'équipe mobile 2b	0793752	
Fin de prise en charge dans l'équipe mobile 2b	0793774	

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

0793575

Transport urgent de malades

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

(☞ 16) Convention New Deal: financement à l'acte pour les patients avec relation de traitement fixe
Voir pseudo-codes 107435 à 107553 de l'art. 5, §2 de la convention.(☞ 20) Projets pilotes "soins transmuraux chez les enfants souffrant de maladies chroniques":

Début de prise en charge	0799956	0799960
Fin de prise en charge	0799971	0799982

(*) A partir de la date de prestation 1/1/2019, ces pseudo-codes peuvent uniquement être facturés pour les bénéficiaires transportés par un hélicoptère du CHU Sart Tilman ou de l'AZ St. Jan Brugge dans le cadre de l'aide médicale urgente.

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

		Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7	Colonne 8	Colonne 9	Colonne 10	Colonne 11
Enregistrement 50		50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
Z	libellé	(5) (10)	(5) (10)	(5)	(5)		(9)	(11)	(11)		(11)	(11)
1	TYPE ET	50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
3	NORME	9		9	9	0	9	0		0	0	
4	(PSEUDO)-CODE	426635		pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art. 8, §5bis, 5°, d)	forfait (1)	pseudo-code art 8, § 9	soin technique spécifique + éventuel. visite infirmière relais soins de plaie(s) (424395 424690, 424852, 427991), consultation infirmière (429015), prestations multiples et contraignantes chez les patients très dépendants (428035, 428050, 428072, 429273, 430511), prestation complémentaire soin de plaie(s) complexe (429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312).		voyage rural	Nomenclature soins diabétiques ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991 ou forfaits hospitalisation à domicile	
5	DATE DEBUT	jour 1		jour 1	jour 1	jour 1	si exécuté jour 1	si exécuté jour 1		si exécuté jour 1	si exécuté jour 1	
15	PRESTATAIRE	04XXXXXXCC4XX		04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX (3)	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX		04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	
17-18	PREST. RELATIVE	forfait (1)		forfait (1)	forfait (1')	426613 (2) ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2')	427534, 427556, 427571, 429251 ou 430496	0 ou pseudo-code annexe 87 du Règlement (2') ou code nomenclature « soins de plaie(s) complexes » (12)		0	0	
19	MONTANT O.A.	0		0	0	montant	0	montant		montant	montant	
20-21	DATE PRESCRIPTION	0		si exigé	0	date (6)	exigé	exigé (7)		0	exigé (8)	
22-23	NOMBRE	1		1	1	1	1	1		1	1	
24-25	PRESCRIPTEUR	0		si exigé	0	si exigé	exigé	exigé (7)		0	exigé (8)	
27	QP PERSONNELLE	0		0	0	montant	0	montant		montant	Montant (si nomencl.) ou 0 (si forfait HAD)	

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

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

(2) possible, pas nécessaire.

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

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

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

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

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

(7) excepté pour codes 424395, 424690, 424852, 427991 et 429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312 et 429015 en 428035, 428050, 428072, 429273, 430511 pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée

(8) excepté pour codes 423135 (dossier) et 423172 (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 427534, 427556, 427571, 429251 ou 430496 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 forment un bloc.

(12) seulement pour les prestations 429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312.

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	si PN imputé et prestation art. 8, § 5bis, 5°, d)
50	1	plusieurs pseudo-codes palliatifs possibles	
50	1	honoraires supplémentaires PN	si patient palliatif 1 fois par jour
50	1	prestation de base	obligation
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	
...			
(☞ 20)	50	1 pseudo-code(s) avec norme « 9 » dans la zone 3	si prestation 427534, 427556, 427571, 429251, 430496 imputée et
		prestation art. 8, § 9	
(☞ 11)	50	1 soins techniques spécifiques + éventuellement visite infirmière relais soins de plaie(s) (424395, 424690, 424852, 427991), préparation hebdomadaire de médicaments (424874), avis et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments (424896), prestation complémentaire soin de plaie(s) complexe (429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656, 429752, 430275, 430290, 430312), consultation infirmière (429015)	si exécutés
(☞ 20)	52 (**)	1 424395, 424690, 424852, 427991, 424896, 429015	si exécutée
	50	1 voyage rural	si exécuté
		plusieurs voyages ruraux possibles	
(☞ 14)	50	1 nomenclature patients diabétiques ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991 ou forfaits hospitalisation à domicile	si exécutée
(☞ 14)	52 (**)	1 nomenclature patients diabétiques ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991 ou forfaits hospitalisation à domicile	si exécutée

ATTENTION : les prestations suivantes peuvent se présenter de manière totalement autonome, c.à.d. sans ET 50 précédent ou suivant :

- toutes les prestations de la nomenclature diabétique excepté les codes 423231/334 (honoraires de suivi des diabétiques) qui sont toujours liés à au moins une injection d'insuline
- éducation au diabète chapitre V de l'AR du 10/1/1991
- les codes 424395/690/852, 427991 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s))
- le code 429015 (consultation infirmière)
- le code 424896 (avis et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments)
- forfaits hospitalisation à domicile

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

(*) 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.

(**) 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.

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
	norme dispensateur	:	toujours 1
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
(☞1)	prescripteur	:	médecin/dentiste
	norme prescripteur	:	toujours 1

(☞20) *Remarque : la colonne 6 est répétée autant de fois que des actes infirmiers différents sont effectués dans le cadre de la prestation 427534, 427556, 427571, 429251 ou 430496.*

Prestation technique spécifique (colonne 7).

- (☞11) Toujours sur prescription médicale, excepté pour la visite de l'infirmier relais soins de plaie(s) (424395, 424690, 424852, 427991), la prestation complémentaire soins de plaie(s) complexes (429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312), la consultation infirmière (429015) et la prestation multiple et contraignante chez un patient très dépendant (428035, 428050, 428072, 429273, 430511) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.
- (☞11) Les codes pour la visite de l'infirmier relais soins de plaie(s), la prestation complémentaire soins de plaie(s) complexes, la consultation infirmière et la prestation multiple et contraignante chez un patient très dépendant 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
(☞3)	norme dispensateur	:	valeur 1, 2(**) ou 9(*)
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
(☞1)	prescripteur	:	médecin/dentiste
	norme prescripteur	:	toujours 1

- (*) *La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques précédents (dans le cas de la prestation 427534, 427556, 427571, 429251 ou 430496).*
- (☞3,20)(**) *Uniquement pour les prestations 428035, 428050, 428072, 429273 et 430511.*

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 atteste la prestation
	norme dispensateur	:	1 ou 2
	date prescription	:	toujours 0
	nombre prestations	:	toujours 1
	prescripteur	:	toujours 0
	norme prescripteur	:	toujours 0

Nomenclature soins diabétiques ou éducation au diabète chapitre V de l'AR du 10/1/1991

- (☞14) **ou forfaits hospitalisation à domicile (colonne 10).**

Toujours sur prescription médicale, excepté pour 423135 (dossier) et 423172 (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
	norme dispensateur	:	toujours 1
	date prescription	:	date prescription médicale
	nombre prestations	:	toujours 1
(☞1)	prescripteur	:	médecin
	norme prescripteur	:	valeur 1 ou 0

Prestation technique.

Deux cas sont possibles :

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

Manière de compléter les zones

(☞18) dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a attesté la prestation
(☞18) norme dispensateur	:	1 ou 2
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 426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
date prescription	:	date 703 ou message MyCarenet 410000 (demande de toilette)
nombre prestations	:	toujours 1
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0

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

Manière de compléter les zones

(☞18) dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a attesté la prestation
(☞18) norme dispensateur	:	1 ou 2
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 426613 (si hospitalisation) ou 0 (dans les autres cas)
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
(☞1) prescripteur	:	médecin/dentiste
norme prescripteur	:	toujours 1

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

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier qui a effectué la prestation
norme dispensateur	:	toujours 1
(☞20) prestation relative	:	427534, 427556, 427571, 429251 of 430496
date prescription	:	date prescription médicale
nombre prestations	:	toujours 1
(☞1) prescripteur	:	médecin/dentiste
norme prescripteur	:	toujours 1

Prestation technique spécifique.

- (☞ 11) Toujours sur prescription médicale, excepté pour la visite de l'infirmier relais soins de plaie(s) (424395, 424690, 424852, 427991), la prestation complémentaire soins de plaie(s) complexes (429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, (☞ 20) 429752, 430275, 430290, 430312), la consultation infirmière (429015) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.
- (☞ 11) Les codes pour la visite de l'infirmier relais soins de plaie(s), la prestation complémentaire soins de (☞ 20) plaie(s) complexes et la consultation infirmière 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 |
| (☞ 18,20) | norme dispensateur | : | valeur 1 ou 9(*) |
| (☞ 11) | prestation relative | : | pseudo-code de l'annexe 87 du Règlement (si prestation de l'art. 8, §1, 3 ^o) ou code nomenclature « soins de plaie(s) complexes » (si honoraire complémentaire de soins de plaie(s) complexes, sauf 429516, 429531 et 429553) ou 0 (dans les autres cas) |
| | date prescription | : | date prescription médicale |
| | nombre prestations | : | toujours 1 |
| (☞ 1) | prescripteur | : | médecin/dentiste |
| | norme prescripteur | : | toujours 1 |

- (*) *La norme 9 doit être utilisée lorsqu'il y a différents dispensateurs dans les enregistrements statistiques (☞ 20) précédents (dans le cas de la prestation 427534, 427556, 427571, 429251 ou 430496).*

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'exams génétiques (aussi bien pour les honoraires forfaitaires par date de prélèvement (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.

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 (cette exception ne vaut pas pour la biologie clinique).

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

Pour les forfaits « oncofreezing », la date de prélèvement doit être mentionnée.

Maisons médicales :

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

(☞18) Pour le pseudo-code 0109594 (jusqu'au 31/12/2023) ou 0400396 (à partir du 1/1/2024): date fin = date début.

(☞12) Pour les prestations à l'acte, la date de prestation doit être mentionnée.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires ou montant global prospectif :

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 les coûts de typage et de transport des cellules souches hématopoïétiques (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))

date de fin = date de début

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.

(☞14) Conventions « hospitalisation à domicile », « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles »,

(☞17,18) « obésité chez les enfants », trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale

(☞20) et « soins transmuraux chez les enfants souffrant de maladies chroniques » : Z 5 = Z 6

Remarques :

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

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

(☞12) 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, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, forfaits refroidissements cuir chevelu, mains et pieds, dialyse rénale dans un hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe 1, 2, (☞3,14) 3, 4, 5, 6, 6bis et 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3, forfait manipulation cathéter à chambre, hospitalisation à domicile ou autres prestations ambulatoires.

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. Cette règle est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 31/1/2014 inclus.

S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examens génétiques (aussi bien l'honoraire forfaitaire par date de prélèvement 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.

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 :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591076, 0591091, 0591113, 0591135, honoraires forfaitaires par date de prélèvement 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)

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.

* Montant global prospectif : service d'admission

* 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.

(☞3) * Pour les prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50 et 9.51, 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.

* Pour le code ambulatoire 599970, le code service 190 ou 180 doit être mentionné. La nomenclature prévoit explicitement que la prestation doit être effectuée dans le service N*.

(☞14,20)* Pour les pseudo-codes 793715, 793730, 793752, 793774 (début et fin de prise en charge convention équipes mobiles) et 799956-799960, 799971-799982 (début et fin de prise en charge soins transmuraux chez les enfants souffrant de maladies chroniques), cette zone est égale à zéro.

(☞14) * Convention "hospitalisation à domicile »:

- forfaits facturés par l'hôpital + pseudo-codes à 0 € pour début et fin de prise en charge: pseudo-code service 980
- forfaits facturés par le médecin généraliste ou l'infirmier: pseudo-code service 990

(*) Lorsqu'il s'agit d'un séjour d'un nouveau-né, cela peut également être un pseudo-code service (170 ou 180).

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 forfait
 - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la radiologie dans le secteur hospitalisé;
 - s'il s'agit d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intra-hospitalière ou des honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs;
 - s'il s'agit d'une quote-part personnelle forfaitaire en matière de prestations techniques médicales spéciales;
 - s'il s'agit 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 ;
 - s'il s'agit des codes 0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936.
 - s'il s'agit de dialyse de détoxification (convention dialyse hépatique) (0761972-0761983).
 - s'il s'agit du montant global prospectif.
- (☞14) - s'il s'agit des pseudo-codes 0184693 à 0184763 (convention art. 56 thrombectomie mécanique)
- * 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.
- (☞20) * Le numéro d'identification de l'hôpital s'il s'agit des pseudo-codes pour le début et fin de prise en charge dans le projet "soins transmuraux chez les enfants souffrant de maladies chroniques" (799956-799960, 799971-799982).

- * Le numéro de l'hôpital + 172 (centre «neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de CRPS») s'il s'agit des prestations 174532 à 174661 inclus.
- * Le numéro de l'hôpital + 173 (centre « valves endobronchiques unidirectionnelles») s'il s'agit des prestations 180773–180784 et 180795-180806.
- (☞9) * Le numéro de l'hôpital + 174 (centre « implants pour le traitement de l'incontinence fécale») s'il s'agit des prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 157511-157522, 181672-181683, 181694-181705, 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803 et 182814-182825.
- (☞7) * Le numéro de l'hôpital + 175 (centre « neurostimulateurs des dysfonctionnements des voies urinaires inférieures») s'il s'agit des prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626.
- (☞13) * Le numéro de l'hôpital + 176 (centre « neurostimulation du nerf hypoglosse en cas de l'apnée obstructive du sommeil») s'il s'agit des prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166
- (☞20) * Le numéro de l'hôpital + 177 (centre « neurostimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face») s'il s'agit des prestations 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 et 185172-185183.
- (☞20) * Le numéro de l'hôpital + 178 (centre «athérectomie rotationnelle coronaire percutanée») s'il s'agit des prestations 184936-184940 et 184951-184962.
- * 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

Convention reconstruction mammaire: numéro hôpital + 190

(☞20) Convention chirurgie complexe pancréas + 185231-185242: numéro hôpital + 193

Convention chirurgie complexe œsophage : numéro hôpital + 194

Ces numéros d'agrément doivent être mentionnés pour tous les pseudo-codes repris dans les conventions, également pour les codes « *Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin spécialiste référant qui ne fait pas partie du staff du centre* » et « *Participation à la concertation multidisciplinaire par le médecin généraliste traitant* », qui sont éventuellement facturés par le médecin spécialiste ou le médecin généraliste lui-même et pas par l'hôpital.

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

(☞17) Convention obésité chez les enfants: numéro hôpital + 195 (sauf pour le forfait annuel pour le médecin généraliste ou le pédiatre (400654))

(☞12) Convention perfusion par machine lors d'une transplantation rénale et aphérèse pour un donneur vivant ABO-incompatible :

Le numéro INAMI du centre de transplantation (numéro hôpital + 000) doit figurer dans cette zone (pas de numéro d'agrément nécessaire) pour les prestations 318592-318603, 318614-318625, 318636-318640.

Pour les prestations 318651-318662 et 318673-318684, cette zone doit être complétée avec le numéro du centre de dialyse (numéro hôpital + 560).

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.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 15 SUITE 1

Fécondation in vitro (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 ou 0559860) : Numéro du prestataire.

Alimentation parentérale

Lors de l'indication du code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936 ou 751951 dans la zone 4, le contenu de cette zone est égal à 0.

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

- (☞ 11) Pour les prestations 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776193, 0776204, 0776230, 0776241 0776473, 0776484, 0776495 et 0776506, cette zone doit être mise à zéro.

Prestations mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants) : point 5quater dans l'ET 50 Z 4 S 3 : zéro.

Convention SAOS (à partir du 1/1/2018)

Pour les forfaits du point 5quinquies dans l'ET 50 Z 4 S 3, cette zone doit toujours être remplie.

Pour les pseudo-codes 779936, 779951 et 765951 (nCPAP), il s'agit du "médecin posant le diagnostic" ; pour les pseudo-codes 779870, 779892 et 779914 (AOM), il s'agit du spécialiste AOM (voir art.17 §1 de la convention).

Selon l'art. 3, §6 de la convention, les prestations accordées par le médecin-conseil restent remboursables pendant la période de prise en charge que le médecin-conseil a déjà accordée, même dans le cas où le centre ne dispose provisoirement pas d'un médecin posant le diagnostic ou d'un spécialiste OAM. Dans ce cas, le pseudo-numéro prestataire 01.00001.06.999 est mentionné dans cette zone.

Frais de déplacement rééducation fonctionnelle (771072 et les prestations reprises dans le point D) de l'ET 50 Z 4 S 2): zéro.

Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente (0793553), décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (0793575) et le transport urgent de malades (0784416 à 0784486 inclus): 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 ».

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

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).

Conventions chirurgie complexe: Numéro d'identification médecin spécialiste en chirurgie

- (☞ 14) Convention « hospitalisation à domicile »

Pseudo-codes début/fin prise en charge: médecin spécialiste qui prend la décision d'hospitalisation à domicile et supervise le traitement

Pseudo-codes 107170, 107192, 107214, 418574, 418596, 418611, 596750, 596772, 795255, 795270, 795292: prestataire (médecin, praticien de l'art infirmier, pharmacien hospitalier)

Autres pseudo-codes (795211, 795351, 795373, 795395): pseudo-prestataire 01.00001.06.999

Convention « équipes mobiles »:

Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): numéro équipe mobile.

Pseudo-codes visite à domicile (104473, 104495): numéro d'identification du psychiatre.

- (☞ 20) Projets pilotes "soins transmuraux chez les enfants souffrant de maladies chroniques" (pseudo-codes 799956-799960, 799971-799982): médecin spécialiste qui prend la décision d'hospitalisation à domicile et supervise le traitement

- (☞ 10) Convention détection variole du singe (557233-557244, 557270-557281): n° d'identification d'un spécialiste en biologie clinique actif.

- (☞ 12) Convention perfusion par machine lors d'une transplantation rénale et apherèse pour un donneur vivant ABO-incompatible :

318592-318603, 318614-318625, 318636-318640 : numéro d'identification du médecin qui réalise la transplantation.

318651-318662 et 318673-318684 : numéro d'identification du néphrologue.

- (☞ 17) Convention obésité chez les enfants

Forfait trimestriel (400632-400643) et forfait pour les conseils complémentaires d'un kiné, psychologue, diététicien (400691): pseudo-prestataire 01.00001.06.999

Forfait annuel (400654): numéro d'identification du médecin généraliste ou du pédiatre

Conseil/soutien au 1^{er} niveau (400676-400680) et prise en charge par le pédiatre (104090): numéro d'identification du pédiatre

- (☞ 18) Convention « trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale »

Concertation (p)réhabilitation, forfait évaluation (p)réhabilitation et forfait annuel (p)réhabilitation : pseudo-prestataire 01.00001.06.999

Séance de kinésithérapie individuelle: numéro d'identification du kinésithérapeute

Examen d'admission et forfait coordination processus de (p)réhabilitation: numéro d'identification du médecin MPR

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 19 SUITE 1

Implants (à partir du 1/7/2014) (AR du 24/6/2014):

Catégorie I = implants, Catégorie II = dispositifs médicaux invasifs

- Catégorie A : remboursés sur la base du prix individuel lorsqu'ils sont repris sur une liste nominative
Catégorie B : remboursés de façon non-forfaitaire sans être repris sur une liste nominative et si le prix ne dépasse pas la marge de sécurité
Catégorie C : remboursés de façon non forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative (une marge de sécurité est fixée)
Catégorie D : remboursés de façon forfaitaire sans être repris sur une liste nominative
Catégorie E : remboursés de façon forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative
Catégorie F : remboursés sur base du prix de vente TVA incluse (fixé par le CMD)
Catégorie G : remboursés dans le cadre d'une "Application Clinique Limitée"
Catégorie H : remboursés dans le cadre d'un contrat conclu avec l'INAMI

Information statistique relative aux honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, en cas de pseudo-codes de l'art. 8, § 5, 3°, c avec la norme 9, le contenu de cette zone est égal à zéro.

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

(☞ 14,20) Conventions « hospitalisation à domicile », « équipes mobiles », « soins transmuraux chez les enfants souffrant de maladies chroniques »: en cas de pseudo-codes pour début et fin de prise en charge dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

« Enregistrements à zéro » dans le cadre du montant global prospectif : toujours égal à zéro

Lait maternel (pseudo-code 695052-695063).

(☞ 16) Base légale : AR du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi (voir liste, PARTIE II, TITRE 2, chapitre IV).

(☞ 16) Avant le 1/9/2023

L'intervention dans le coût du lait maternel est fixée comme suit :

- a) pour une quantité de 200 ml ou moins, l'assurance rembourse la différence entre le prix de base, qui est de 0,32 EUR/10 ml, et l'intervention forfaitaire de 0,30 EUR à charge du bénéficiaire;
b) par tranche de 20 ml supplémentaire, l'intervention de l'assurance est fixée à 0,62 EUR

Règles de calcul

- Le nombre de millilitres est arrondi vers le bas, par tranche :
p.ex 188 ml → pour le calcul : 180ml : 18 tranches de 10 ml (8 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)
p.ex 233 ml → pour le calcul : 220 ml : 20 tranches de 10 ml et 1 tranche de 20 ml (13 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)
En dessous de 200ml, il y a, donc, des tranches de 10 ml et au dessus de 200ml des tranches de 20 ml.
- L'intervention personnelle est de 0,30 € pour la première tranche de 200ml et 0,02 € pour chaque tranche supplémentaire de 20 ml.
- Cas particulier : quantité > 9 999 ml : la facturation doit être scindée en différents enregistrements (vu que la zone 22 ne compte que 4 positions)

Exemple 1

556 ml est facturé → zone 22 = 556

556 ml → $20 * 10 \text{ ml} + 17 * 20 \text{ ml} = 540 \text{ ml}$ (16 ml est insuffisant pour la prochaine tranche de 20 ml)

Remboursement (Z 19) = $(20 * 0,32 \text{ €}) - 0,30 \text{ €} + (17 * 0,62 \text{ €}) = 16,64 \text{ €}$

Intervention personnelle (Z 27) = $0,30 \text{ €} + (17 * 0,02 \text{ €}) = 0,64 \text{ €}$

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 26 SUITE 1

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

(☞20) Combinaisons valides pour les prestations de radiologie
 (☞20) art. 5 (prestations 307090 à 307145, 307230 à 307366,
 377090 à 377145, 377230 à 377241 et 377274 à 377366)

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

Pour les implants avec des listes nominatives, le montant exact de la marge de délivrance et de la marge de sécurité est publié par l'INAMI dans les listes concernées.

Pour les implants sans listes nominatives, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies vers le bas.

Si plusieurs implants sont facturés via un seul enregistrement (pas possible pour certains implants, voir ET 50 Z 22 S1), alors, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies par unité et ensuite multipliées par le nombre d'unités.

La marge de délivrance pour les défibrillateurs cardiaques implantables (à partir du 1/1/2014) doit toujours être calculée sur base des montants de base des tranches, également dans le cas d'un(e) appareil/électrode après la liquidation complète de l'enveloppe (appareil/électrode à 1€) ou dans le cas de la dernière tranche ou dans le cas d'un remplacement sous garantie.

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

(☞ 12) Exception : pour les prestations à l'acte, la zone peut être > 0.

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

(☞ 14,20) Conventions « hospitalisation à domicile », « équipes mobiles », « soins transmuraux chez les enfants souffrant de maladies chroniques »: en cas de pseudo-codes pour le début/fin de prise en charge dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

(☞ 14) Hospitalisation à domicile: pour les interventions forfaitaires, aucune intervention personnelle ne peut être facturée. Cette zone est donc toujours égale à zéro.

Remarque: un ticket modérateur peut bien être attesté pour les éventuelles prestations de l'art. 8 effectuées lors une hospitalisation à domicile.

« Enregistrements à zéro » dans le cadre du montant global prospectif : toujours égal à zéro

(☞ 10) Convention détection variole du singe (557233-557244, 557270-557281) : toujours égal à zéro

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

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT SUPPLEMENT OU MONTANT POUR PRODUITS, PRESTATIONS OU SERVICES NON-REMBOURSABLES

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

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

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

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

Transport urgent de malades

- Hélicoptère CHU Sart Tilman ou AZ St. Jan Brugge: La différence entre le montant facturé et l'intervention de l'assurance est mentionnée dans cette zone.
- Autres transports urgents de malades (appel 100/112): L'indemnité forfaitaire facturée au patient (60€) est mentionnée dans cette zone.

Implants :

- Aucun supplément ne peut être imputé et mentionné dans cette zone sauf pour la prestation « cortex osseux » (167694-167705).
- Les implants non remboursables (pseudo-code 960234-960245) peuvent, seulement, être facturés au patient s'ils sont notifiés (le code de notification doit être mentionné dans la zone 55-56).

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

(☞12) Exception : pour les prestations à l'acte, la zone peut être > 0.

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

(☞14,20) Conventions « hospitalisation à domicile » et « équipes mobiles », « soins transmuraux chez les enfants souffrant de maladies chroniques » : en cas de pseudo-codes pour le début/fin de prise en charge dans l'ET 50 Z 4, le contenu de cette zone est toujours égal à zéro.

Hospitalisation à domicile: pour les interventions forfaitaires, aucun supplément ne peut être facturé. Cette zone est donc toujours égale à zéro.

Dentistes:

Les montants qui sont facturés (au patient) pour les ancrages mécaniques, pour l'utilisation d'un substitut dentinaire bioactif et lors d'un traitement endodontique, en cas de score DETI classe B, documenté dans le dossier, sont mentionnés dans cette zone.

Les "majorations" qui sont facturés (au patient) dans le cadre des tarifs maximaux (point 6.2 de l'Accord National Dento-Mutualiste 2020-2021), sont mentionnées dans cette zone.

Montant global prospectif: toujours égal à zéro.

« Enregistrements à zéro »: supplément possible

(☞10) Convention détection variole du singe (557233-557244, 557270-557281) : toujours égal à zéro

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

RUBRIQUE : JUSTIFICATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 175

À partir du 1/4/2024, cette zone est utilisé dans le cadre de la facturation New Deal par les médecins généralistes (eFact).

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
N (19corr,20)	Situation d'exception dans laquelle un médecin New Deal facture les prestations de référence de l'article 2 (101076, 103412, 103434, 106610) pour un patient avec une relation thérapeutique fixe (soirs, nuits, week-ends ou jours fériés, si l'état du patient nécessite des soins urgents ces jours et heures, qui ne peuvent être reportés) Dans ce cas, le pseudo-code 107575 doit toujours être rempli comme prestation relative dans l'ET 50 Z 17-18. (Cette valeur ne doit être utilisée que si la facturation est effectuée par un médecin New Deal individuel et <u>non</u> si le tiers facturant (ET 10 Z 14) est un poste de garde).
0	Tous les autres cas

RUBRIQUE : SITE HOSPITALIER

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 287

Cette zone doit contenir le numéro du site où la prestation a été effectuée.

Cette zone ne doit être remplie que pour les prestations effectuées dans le cadre d'une association « bassin de soins ».

Un hôpital qui effectue des prestations dans le cadre d'une association « bassin de soins » sur un site sans lits (donc sans numéro de site) (p.ex. polyclinique), peut demander un numéro pour ce site auprès du SPF Santé Publique.

(☞ 13) A partir de la date de prestation du 01/07/2023, cette zone doit également être complétée pour les prestations 161991-162002 et 182836-182840 et pour les pseudo-codes de la convention « reconstruction mammaire ».

A partir d'une date encore à déterminer, cette zone devra également être complétée pour les prestations qui ne sont remboursées que dans les cliniques du sein coordinatrices agréées, comme cela sera prévu par l'AR portant exécution de l'art. 64 de la Loi et éventuellement La Liste.

(☞ 20) A partir de la date de prestation 1/1/2025, cette zone doit être complétée pour toutes les prestations de « La Liste » (implants et des dispositifs médicaux invasifs).

Le numéro d'identification d'un site est composé de 4 positions (cf. codification SPF Santé Publique) et est précédé de 2 zéros.

RUBRIQUE : CODE ENREGISTREMENT**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 14 N - 333**

Pour certains dispositifs médicaux et certains actes médicaux l'intervention de l'assurance maladie est subordonné à l'enregistrement de données. Afin de prouver qu'il y a eu enregistrement de données un code d'enregistrement généré après enregistrement des données doit être mentionné dans cette zone.

Ce code d'enregistrement a la structure suivante :

0XXXXAAZZZZZZCC

XXX = type produit ou prestation (voir ci-dessous)

AA = année

ZZZZZZ = numéro d'ordre

CC = check-digit (= reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 11 premiers chiffres du code d'enregistrement et le diviseur est égal à 97)

Les tableaux ci-dessous reprennent, pour chaque enregistrement de données, le code XXX ainsi que la date de début et de fin de l'obligation de mentionner le code d'enregistrement dans cette zone.

Implants et dispositifs médicaux

En cas de facturation des dispositifs médicaux pour lesquels la zone « Qermid » du fichier de référence «LIST» est égale à 2, le code d'enregistrement doit être mentionné dans cette zone, sauf dans les enregistrements statistiques (norme 9). Cette zone est égale à zéro pour la marge de délivrance ou pour la marge de sécurité du matériel avec code Qermid = 2.

En cas de facturation des montants de récupération pour les défibrillateurs cardiaques le code d'enregistrement doit être mentionné dans cette zone.

	Implant – nom du registre	XXX	Date prestation à partir du	Jusqu'au (inclus)	Remarque
(☞13)	Défibrillateurs cardiaques et électrodes	101	01/01/2017	Date de prestation 31/12/2023	Uniquement pour la facturation des montants de récupération
(☞13)	Stimulateurs cardiaques et électrodes	105	01/12/2018	Date d'enregistrement 31/03/2023	
(☞13)	Hospitalisation avec FFR - Angioplastie coronaire	107	01/06/2019	Date d'enregistrement 31/03/2023	Valable pour les hôpitaux qui n'utilisaient pas le S2S de la Smals. Pour les hôpitaux qui utilisent le S2S Smals une procédure provisoire a été mise en place (voir ci-dessous)
(☞13)	Hospitalisation avec PCI - Angioplastie coronaire	108	01/06/2019	Date d'enregistrement 31/03/2023	
(☞13)	Hospitalisation avec FFR et PCI - Angioplastie coronaire	109	01/06/2019	Date d'enregistrement 31/03/2023	
(☞13)	Prothèses articulaires du genou - orthoprude	201	01/09/2015	Date d'enregistrement 28/02/2023	
(☞13)	Prothèses articulaires de la hanche - orthoprude	202	01/09/2015	Date d'enregistrement 28/02/2023	
(☞16)	Implants permettant l'ancrage d'une prothèse externe - amputation	203	01/02/2017	Date de prestation 30/9/2023	
(☞18)	Filets implantables pour réparation d'un prolapsus, pour un placement par voie vaginale - filets vaginaux	305	01/01/2020	Date de prestation 31/12/2023	
	Neurostimulateurs en cas de douleurs chroniques (FBSS et FNSS) - Neuro-Pain	401	01/01/2018		
	Neurostimulateurs DRG en cas de CRPS des membres inférieurs - Neuro-Pain	401	01/12/2019		
(☞20)	Capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose – première implantation	501	01/10/2019	Date de prestation 31/10/2023	
(☞20)	Capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose – remplacement	502	01/10/2019	Date de prestation 31/10/2023	

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 57-58-59 SUITE 1

Solution provisoire pour les hôpitaux qui utilisent le S2S de la Smals pour l'enregistrement des dilatations coronaires jusqu'à ce que Healthdata dispose de son propre S2S :

- Facturation des dilatations coronaires avec ou sans FFR : les hôpitaux mentionnent le code avec XXX = 104 qu'ils reçoivent après envoi des données via S2S ;
- Facturation des FFR sans dilatation coronaire : celles-ci n'étant pas enregistrées dans le registre Smals les hôpitaux doivent mentionner le code d'enregistrement 104199999939.

Liste des hôpitaux concernés :

NUMÉRO D'AGRÉMENT	CENTRE	SITE	ADRESSE	CP	VILLE
71005780-156	Jan Yperman Ziekenhuis	Ieper	Briekestraat 12	8900	IEPER
71007760-156	CHU / UVC Brugmann	Victor Horta	Place Arthur Van Gehuchten / Arthur Van Gehuchtenplein 4	1020	BRUXELLES / BRUSSEL
71011720-156	AZ Delta	Wilgenstraat	Wilgenstraat 2	8800	ROESELARE
71012611-156	Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis	Aalst	Moorselbaan 164	9300	AALST
71014391-156	UZ Brussel		Avenue du Laerbeek / Laarbeeklaan 101	1090	BRUXELLES / BRUSSEL
71032209-156	UZ Leuven	Gasthuisberg	Herestraat 49	3000	LEUVEN
71041018-156	Centre Hopsitalier EpiCURA	Hornu	Route de Mons 63	7301	HORNU
71059527-156	AZ Nikolaas	Sint-Niklaas	Moerlandstraat 1	9100	SINT-NIKLAAS
71071801-156	CHU de Charleroi	Hôpital Civil Marie Curie	Chaussée de Bruxelles 140	6042	LODELINSART

Anatomo-pathologie et examens génétiques

Examen	XXX	Date prestation à partir du	Jusqu'au (inclus)	Remarque
(☞ 13,20) Companion Diagnostics (PITTER) – nomenclature, article 33ter	050	01/07/2019	Date d'enregistrement 31/8/2023	Au lieu du code d'enregistrement réel, le pseudo-code d'enregistrement 0509999999956 peut être mentionné (*)

(*) L'enregistrement dans PITTER reste obligatoire bien évidemment. Si le Service suspecte que les labos n'enregistrent pas ou enregistrent peu dans PITTER, les services de contrôle viendront sur place pour vérifier. En cas de non-respect de l'obligation d'enregistrement, la mention obligatoire des codes d'enregistrement dans la facturation pourrait alors être réintroduite.