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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 1999

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des Soins de Santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

EDITION 1999 - CORRIGENDUM

Pages à remplacer :

- Page 7;

- Annexe 5.2.1, 5.2.2, 5.2.7, 5.2.8, 5.2.14, 5.2.20 jusque et y compris 5.2.28, 5.2.30, 5.2.31;

- ET 20 Z 3, Z 17, Z 19, Z 29-30-31, Z 34-35-36, Z 37, Z 41, Z 42-43-44-45;

- ET 30 Z 4 S 1, Z 4 S 4, Z 13, Z 17-18 S 1, Z 19, Z 32, Z 33;

- ET 40 Z 17-18, Z 19, Z 27, Z 40-41;

- ET 50 Z 3, Z 4 S 7, Z 5, Z 13 S 1, Z 14, Z 14 S 1, Z 15 S 2, Z 15 S 9, Z 15 S 10, Z 32, Z 33, Z 43, Z 46;

- ET 80 Z 98;

- ET 90 Z 98.

Remarque : Les adaptations relatives aux zones des enregistrements de type 30 et 40 ne sont pas destinées aux praticiens de l'art infirmier et aux laboratoires de biologie clinique.

CORRECTIONS, CLARIFICATIONS DES INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE - EDITION 1999

1. Obligation de facturation sur support magnétique pour toutes les prestations ambulatoires et délivrances dans l'établissement hospitalier, portées en compte via le tiers payant.

Dans sa réunion du 7 septembre 1998, le Comité de l'assurance du service des Soins de santé a approuvé un projet de règlement de modification de l'arrêté royal du 24 décembre 1963.
Suite à ce règlement, la délivrance des données de facturation sur support magnétique est devenue obligatoire pour toutes les prestations effectuées dans un établissement de soins pour lequel le régime tiers payant peut être appliqué.
Ce règlement est applicable à partir du 1er janvier 1999.

2. Supports magnétiques autorisés, page 7.

Comme déjà annoncé dans la 13ème mise à jour des instructions - Edition 1993, l'utilisation des bandes magnétiques est déconseillée car ces supports seront, à court terme, supprimés.
Ceci est stipulé à la page 7 sous le point 3.1..

3. Codes erreur, Annexe 5.2.1, 5.2.2, 5.2.7, 52.8, 5.2.14, 5.2.20 jusque et y compris 5.2.28, 5.2.30 et 5.2.31.

La liste des codes erreurs a été adaptée en fonction des présentes corrections apportées aux instructions de facturation - Edition 1999.

4. Autorisation tiers payant, E.T. 20 Z 3.

Cette zone se rapporte au contenu de la carte d'identité sociale et doit dès lors être complétée pour respecter la correspondance.

5. Causes du traitement, E.T. 20 Z 17.

La phrase "Elle n'est donné qu'à titre indicatif par les établissements hospitaliers et doit faire l'objet de vérifications par les organismes assureurs." est supprimée.
Les dépenses à charge des "maladies professionnelles et accidents de travail" peuvent être facturées à l'assurance maladie lorsque le remboursement par les tiers est supérieur à l'intervention de l'assurance maladie ou encore dans l'attente d'une intervention du tiers concerné, ...

6. Numéro d'admission, E.T. 20 Z 19.

Le code erreur F 201910 indique en effet que le numéro d'admission ne doit pas être renseigné lorsque la facturation est effectuée par l'hôpital de la prestation, qui est différent de l'hôpital de séjour.

7. Code titulaire 1 + 2, E.T. 20 Z 27.

En cas de C.T.1 ou C.T.2 modifié durant une période d'hospitalisation, la facture doit être dédoublée.

8. Réintroduction d'une facture rejetée, E.T. 20 Z 29-30-31, 34-35-36, 37 et 41.

Les zones 29-30-31, 34-35-36, 37 et 41 de l'enregistrement de type 20 ne doivent être utilisées que lorsque les références d'une facturation précédente doivent être mentionnées.
C'est à dire qu'en cas de facture originale (ET 20 Z 11 = 0), toutes ces zones sont égales à zéro.
Si l'ET 20 Z 11 ≠ 0, alors ces zones doivent contenir une valeur différente de zéro.
Cela a été stipulé dans les zones concernées.

9. Données de référence S.I.S., E.T. 20 Z 42-43-44-45.

Le libellé a été corrigé dans la version française : il faut lire carte **S**.I.S. et non C.I.S..

En cas d'hospitalisation s'étendant sur deux trimestres, le certificat de lecture de la carte d'identité sociale vaut pour la période d'hospitalisation.

10. Codification des services hospitaliers, E.T. 30 Z 4 S 1, Z 13 et E.T. 50 Z 13 S 1.

Suite à la décision du 20 août 1996, les codes service suivants sont utilisés :
N* remplace le service "n" = service 190 sur le support magnétique;
NIC remplace le service "N" = service 270 sur le support magnétique.
Les ET 30 Z 4 S 1 et Z 13, de même que l'ET 50 Z 13 S 1 ont été adaptés en ce sens.
Toutefois, les anciens services seront encore repris entre parenthèses.

11. Pseudo-codes journée d'entretien et forfait, ET 30 Z 4 S 4.

La présentation de cette page a été modifiée.

12. Prestation relative, ET 30 Z 17-18 S 1.

Dans la zone 17-18 S 1 : pseudo-codes à mentionner en cas de facturation des mini- ou maxiforfaits, le pseudo-code 761390-401 est remplacé par 0761390-401.

13. Signe + montant intervention de l'assurance, E.T. 30 Z 19.

Les deux positions à l'extrême droite sont toujours lues comme valeurs décimales.
Cette formulation corrige le remplissage erroné dans l'ET 30 Z 19 de la version française.

14. Exception tiers payant, E.T. 30 Z 32, E.T. 50 Z 32.

Les modalités, selon lesquelles l'exception à l'interdiction de l'application du régime tiers payant peut être autorisée, ont été fixées dans les circulaires O.A. 393/17, 18 et 29.
Le code erreur 303240 est adapté.

15. Code facturation intervention personnelle, E.T. 30 Z 33, E.T. 50 Z 33.

Cette donnée est nécessaire dans le cadre de la détermination de la franchise sociale ou fiscale.
Cette zone peut contenir la valeur 1 lorsque l'intervention personnelle a été facturée directement au tiers ou lorsque l'établissement qui facture a connaissance du fait que le paiement sera effectué par un tiers.

16. Transplantation, E.T. 30 Z 48.

La facturation de toutes les journées d'entretien, prestations et médication du donneur est effectuée au nom du receveur en concordance avec le statut social du receveur; les interventions personnelles éventuelles sont à charge du receveur.

17. Prestation relative, E.T. 40 Z 17-18, Signe + montant intervention de l'assurance E.T. 40 Z 19, Signe + intervention personnelle patient, E.T. 40 Z 27 et Numéro du produit, E.T. 40 Z 40-41.

* Le contenu de l'E.T. 4/1 Z 17-18 a été dédoublé en une zone "prestation relative" (E.T. 40 Z 17-18) et une zone "numéro du produit" (E.T. 40 Z 40-41).

* Les prestations pharmaceutiques ne devant plus être mentionnées dans la zone 17-18, la remarque 1) a été supprimée.

* "Forfait pour hospitalisation partielle" devient "forfait pour journée d'entretien" dans les zones 19, 27 et 40-41.

* Dans la zone 40-41, il a été stipulé que la zone ne devait pas être complétée pour les forfaits de prophylaxie. Dans ce cas, la zone doit être mise à zéro.

18. Norme prestation (pourcentage), E.T. 50 Z 3.

Pour la concordance entre le support magnétique et la facture papier, **il est permis** de mentionner, sur le support magnétique, des enregistrements pour lesquels le montant à charge de l'O.A. est de 0 BEF.
Exemple :

ET 50 zone 4	102535	(consultation d'un médecin spécialiste accrédité)
ET 50 zone 19	0	(à charge de l'O.A.)
ET 50 zone 27	600	(à charge du patient).

En matière de correspondance entre le support et la facture papier, cette procédure de travail reflète la réalité (le patient ne reçoit qu'une facture avec laquelle l'attestation de soins de la consultation est envoyée).

Par contre, lors du traitement par l'O.A., il existe le danger de reprendre de tels enregistrements dans les documents comptables et statistiques ou de les rejeter car les programmes de contrôle des prestations de nomenclature attendent un montant dans la zone 19 (en opposition aux pseudo-codes spécifiques pour les suppléments).

Pour éviter d'une part cette situation et d'autre part minimiser l'influence de tels enregistrements sur le pourcentage d'erreur, la norme 7 a été ajoutée dans l'ET 50 Z 3.
La valeur 7 doit être utilisée lorsqu'une prestation prévue dans la nomenclature est facturée entièrement à charge du patient (zone 19 = 0 BEF), conformément à l'exemple susmentionné et donc si la zone 4 ne mentionne pas, entre autres, un des pseudo-codes spécifiques, tels qu'énumérés dans la zone 4 suite 13 de l'ET 50.

19. Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature, E.T. 50 Z 4 S 7.

Dans l'ET 50 Z 4 S 7, les références du dernier arrêté roya1 réglant le remboursement du sang et des produits sanguins sont publiées.

20. Dates première et dernière prestation effectuée et date prescription, E.T. 50 Z 5, Z 6 et Z 20-21.

En matière d'analyses de laboratoires non remboursables, le code erreur R 500613 est complété.

Les prestations de radiologie sont des prestations pour lesquelles des séries de prestations peuvent être facturées; la date de début de la série sera mentionnée dans la zone 5 et la date de fin de la série sera indiquée dans la zone 6.
Si une prestation est facturée par enregistrement = date de début = date de fin = date de prestation.

Pour les honoraires forfaitaires de biologie clinique ambulatoire, la mention de la date de prescription dans les zones 5 et 6 est replacée par la date de réception de la prescription.

21. Lieu de prestation, E.T. 50 Z 14 et Z 14 S 1.

* Le Moniteur Belge du 19 mars 1998 publie l'arrêté royal du 13 février, portant exécution de l'article 64 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, stipulant que le remboursement de l'assurance maladie de certaines prestations dépend du fait que celles-ci soient effectuées dans des centres ou services agréés.

  L'arrêté royal du 2 juin 1998 (M.B. 9 juin 1998) fixe la date d'application de l'arrêté susmentionné au 1er septembre 1998.

  Les ET 50 Z 14 et Z 14 S 1 sont adaptés dans ce sens.

* De plus, dans le deuxième avenant à la convention nationale entre les établissements de soins et les organismes assureurs, le superforfait a été supprimé. L'E.T. 50 Z 14 S 1 a donc été adapté.

22. Identification du dispensateur, E.T. 50 Z 15 S 2, 9 et 10.

Le plan de codification des dispensateurs de soins a été complété par la structure du numéro d'identification des logopèdes.
L'ET 50 Z 15 suites 2, 9 et 10 ont donc été adaptés.

23. Code implant, E.T. 50 Z 43.

Il a été spécifié que le code implant correspondant doit être indiqué si la facturation de l'implant nécessite l'identification du produit de l'implantation.

24. Norme plafond, E.T. 50 Z 46.

La valeur 0 doit être mentionnée dans la zone 46 de l'ET 50 pour toutes les situations pour lesquelles le plafond n'est pas atteint ou qui ne sont pas soumises à un plafond.

25. Chiffres de contrôle de la facture et de l'envoi, E.T. 80 Z 98 et E.T. 90 Z 98.

La formulation de ces zones a été modifiée.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/1

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des Soins de Santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/1

Pages à remplacer :

- Page 7;
- Annexe 5.2.2, 5.2.3, 5.2.7, 5.2.8, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.18, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.26, 5.2.27, 5.2.28, 5.2.30, 5.2.31, 5.2.33;
- Annexe 6 et suites;
- Annexe 7, annexe 7 suite 1;
- Annexe 8.1., annexe 8.2., annexe 8.3., annexe 8.4.;
- ET 10 Z 28;
- ET 20 Z 10, Z 19, Z 38-39, Z 49;
- ET 30 Z 13;
- ET 40 Z 4 S 2, Z 17-18, Z 19, Z 34-35, Z 39;
- ET 50 Z 3 Suite, Z 4 S 14/1, Z 4 S 14/2, Z 13 S 3, Z 15 S 2, Z 17-18, Z 24-25, Z 30-31, Z 32, Z 33, Z 34.

1. Instructions de facturation sur support magnétique - Edition 1999 : date d'application

Comme mentionné dans le document "Procédure et planning pour l'introduction des nouvelles instructions - Edition 1999", la conversion au nouveau dessin d'enregistrement pour la facturation est planifiée pour le mois de facturation janvier 1999.
Le fichier de facturation des prestations qui ont été principalement effectuées dans le courant du mois de janvier 1999 et qui ont été transmises en février 1999, (pour lequel l'ET 10 Z 23 = 01), doit être établi selon le nouveau layout.
Actuellement, la Commission d'informatique suit de très près le développement de la phase test. Si un report de la date de conversion était décidé, vous en seriez informés par écrit.

2. Supports magnétiques autorisés, Page 7.

L'utilisation des bandes magnétiques est autorisée jusqu'au 31 décembre 1999.

3. Référence mutualité numéro de compte financier A ou B, Annexe 6, annexes 6 suites, E.T. 20 Z 38-39, Z 49 et Z 50.

Pour des raisons d'organisation chez certains organismes assureurs, les zones "référence mutualité numéro de compte financier A et B" doivent être étendues jusqu'à 22 positions.

Le dessin d'enregistrement sera par conséquent adapté de la façon suivante : les zones 38 et 39 de l'enregistrement de type 20 ont été fusionnées, avec comme contenu "référence mutualité numéro de compte financier A"; la zone 49 a été subdivisée en une zone 49 de 22 positions, avec comme contenu "référence mutualité numéro de compte financier B" et une zone 50 de 54 positions, réserve prévue pour un éventuel remplissage à venir.

Ces zones ne doivent être utilisées que lorsqu'il s'agit de réintroduction d'une facture rejetée par l'organisme assureur, pour laquelle un code référence a été communiqué par l'organisme assureur. C'est donc ce code référence qui doit être mentionné dans cette zone.
Pour les établissements qui travaillent avec le support de décompte, la référence concernée se trouve dans la zone 109-110 des enregistrements de type 20, 30, 40, 50 ou 80 de ce support de décompte.

A terme, cette référence aura une structure commune pour tous les organismes assureurs.

4. Libellé des zones, Annexe 7, E.T. 10 Z 28.

Dans le point 2. a., la manière de compléter les zones numériques et alphanumériques est précisée. Contrairement aux instructions actuelles, le contenu des zones alphanumériques est aligné à gauche et les positions non utilisées sont remplies de blanc. Les zones alphanumériques non définies doivent être remplies par des blancs.

Au point 2.e, il a été fait mention d'une exception au principe général (mentionné sous le point 2.a).
Dans la zone 28 de l'enregistrement de type 10, référence est faite à la remarque générale relative au remplissage des zones alphanumériques, à savoir la demande de limiter l'utilisation de "(", "%" et d'autres signes rares dans les zones alphanumériques.

5. <u>Facturation de la dialyse rénale ambulatoire</u>, Annexe 8.1., E.T. 20 Z 10, E.T. 30 Z 13.

Pour satisfaire à la demande de quelques établissements de soins de pouvoir établir une facture unique pour les patients qui subissent plusieurs formes de dialyse durant la période de facturation (journée d'entretien dialyse rénale ambulatoire et hemodialyse à domicile, en centre ou dialyse péritonéale), il est autorisé de rassembler ces 4 formes de dialyse dans une facture de type 9 (ET 20 Z 10) à condition que le code service 750 soit utilisé pour tous ces cas.

Il existe donc deux possibilités de facturer la dialyse rénale ambulatoire à domicile ou dans un centre (codes 0761493, 0761515, 0761552 et 0761596); à savoir,

1. type de facture 3 dans l'ET 20 Z 10
   code service 990 dans l'ET 30 Z 13.

2. type de facture 9 dans l'ET 20 Z 10
   code service 750 dans l'ET 30 Z 13.

<u>Remarque</u> : la journée d'entretien de dialyse rénale ambulatoire (0761272) doit toujours être facturée au moyen du type de facture 9 et du code service 750.

La journée d'entretien forfaitaire pour dialyse rénale à l'hôpital (0761283) doit toujours être facturée au moyen du type de facture 1 et du code service de séjour.

6. <u>Numéro d'admission</u>, E.T. 20 Z 19.

Dans le cas de prestations facturées aux patients hospitalisés, le contenu de cette zone **peut** être égale à zéro.

7. <u>Forfait prophylaxie</u>, E.T. 40 Z 4 S 2, Z 17-18, Z 19, Z 34-35, Z 39.

Dans sa réunion du 30 mars, le Conseil Général du service des soins de santé de l'INAMI a approuvé deux projets de modification de l'arrêté royal du 21 février 1997 relatif à l'antibioprophylaxie.

Suite à cela, la liste des montants forfaitaires a été adaptée comme suit :

Z-forfait	1	Bef	0751004
A1-forfait	226	Bef	0751026
A2-forfait	452	Bef	0751041
A3-forfait	677	Bef	0751063
A4-forfait	903	Bef	0751085
A6-forfait	1.355	Bef	0751100
A7-forfait	1.580	Bef	0751122
B1-forfait	386	Bef	0751225
B3-forfait	837	Bef	0751144
B4-forfait	1.063	Bef	0751166
D1-forfait	71	Bef	0751203

Les enregistrements de type 40 zone 4 suite 2, zone 17-18, zone 19, zone 34-35 et zone 39 ont été adaptés en ce sens.

Désormais, les montants mentionnés à côté des forfaits ne seront plus publiés dans nos instructions.

Les décisions prennent cours le premier jour du mois qui suit l'expiration d'un terme de 10 jours qui débute le jour suivant la publication au Moniteur Belge.

8. Facturation des tuteurs coronaires, E.T. 50 Z 3 suite, Z 4 S 14/1, Z 4 S 14/2 et Z 30-31.

L'arrêté royal du 24 mars 1998 publie le code nomenclature 0685694-0685705 relatif aux tuteurs coronaires. Cette prestation est remboursée forfaitairement, c.-à-d. qu'en dépit du nombre de tuteurs placés, un seul montant est remboursé.
Pour la facturation sur support magnétique, les normes "9" et "0" sont utilisées dans l'ET 50 Z 3.
La procédure à suivre a été renseignée dans l'ET 50 Z 3 suite.
Les ET 50 Z 4 suites 14/1 et 14/2 donnent des exemples de facturation.
L'ET 50 Z 30-31 est complété.

9. Pseudo-codes service, E.T. 50 Z 13 S 2.

Dans la version francophone, le premier cadre a été corrigé.

10. Identification du dispensateur, E.T. 50 Z 15 S 3.

Les numéros d'ordre pour l'identification des bandagistes ont été complétés.

11. Prestation relative, E.T. 50 Z 17-18.

La modification de la nomenclature au 1er novembre 1998 implique une adaptation de l'E.T. 50 Z 17-18, relative aux honoraires supplémentaires pour prestations techniques urgentes.

12. Prescripteur étranger, E.T. 50 Z 24-25.

Si les prestations sont prescrites par un médecin étranger, le pseudo-code 1.00000.07.999 doit être mentionné.
La liste des médecins étrangers qui sont autorisés à prescrire une prestation aux patients belges est publiée dans les circulaires O.A. n° 118.

13. Edition 1999 Corrigendum, E.T. 50 Z 30-31, Z 32, Z 33, Z 34.

Dans le corrigendum susmentionné, la présentation recto-verso de ces zones n'était pas correcte.

14. Données de référence de la carte S.I.S., E.T. 20 Z 42-43-44-45.

Le contenu de cette zone a été spécifié.

Remarque : le remplissage de cette zone alphanumérique déroge au principe général mentionné sous le point 2.a. de l'annexe 7 (voir également le point 2.e. de cette même annexe).

15. Codes erreur, Annexe 5.2..

La liste des codes erreur a été adaptée selon les modifications de cette mise à jour.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS - EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/2

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des Soins de Santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/2

Pages à remplacer :

- Page 10;
- Annexe 2 A, annexe 2 A.1, annexe 2 B;
- Annexe 5.2.2, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6, 5.2.7, 5.2.8, 5.2.9, 5.2.10, 5.2.11, 5.2.16, 5.2.23, 5.2.28, 5.2.33;
- Annexe 5.4 suite 2;
- Annexe 6, annexe 6.1, annexe 6.2, annexe 6.7;
- Annexe 7, annexe 7 suite 1;
- E.T. 10 Z 7, Z 22, Z 23;
- E.T. 20 Z 4, Z 5, Z 6a-6b, Z 10, Z 11, Z 11 S 1, Z 13, Z 19, Z 20-21, Z 22, Z 27, Z 41, Z 42-43-44-45;
- E.T. 30 Z 3, Z 4 S 4, Z 4 S 9, Z 5, Z 5 et 6a-6b suite 1, Z 27, Z 33, Z 47;
- E.T. 40 Z 15, Z 27;
- E.T. 50 Z 3, Z 4 S 2, Z 4 S 3, Z 4 S 10 jusque et y compris Z 4 S 23, Z 5, Z 13, Z 13 S 1, Z 13 S 2, Z 14, Z 14 S 1, Z 15, Z 15 S 1, Z 16, Z 17-18 S 1, Z 17-18 S 4, Z 19, Z 24-25, Z 27, Z 33, Z 34, Z 35, Z 43, Z 44-45, Z 47;
- E.T. 80 Z 27, Z 30-31;
- E.T. 90 Z 22, Z 23.

Pages à ajouter :

- E.T. 50 Z 4 S 24;
- E.T. 50 Z 14 S 2.

1. <u>Année et mois facturés</u>, page 10, annexe 2A, annexe 2 A1, annexe 2 B, annexe 5.2., annexe 6, annexe 6.1, annexe 6.2, annexe 6.7, E.T. 10 Z 7, E.T. 10 Z 22-23, E.T. 20 Z 41 et E.T. 90 Z 22-23

Vu l'importance de cette zone dans le cadre de la transmission des données statistiques émanant des organismes assureurs vers l'INAMI, une règle précise a été rédigée afin d'exclure les différentes interprétations éventuelles.

Dans cette zone, le mois durant lequel la plupart des prestations facturées sont effectuées, doit être mentionné. Ce mois peut être différent du mois dans lequel la facture a été établie. Pour établir clairement cette distinction, le titre de la zone a été modifié en "mois facturé" au lieu de "mois de facturation".

Les établissements et prestataires de soins qui, dans le passé, avaient interprétés cette zone autrement pourront, lors de la conversion vers la nouvelle règle, communiquer deux fichiers de facturation successifs durant un même mois. Cela ne pourra donner lieu à un rejet pour autant qu'un numéro d'envoi différent soit utilisé.

<u>Note</u> : la définition retenue est différente de celle de "mois de facturation" dans les états mensuels de biologie clinique ambulatoire.

Date d'application : période de facturation qui se termine dans la seconde moitié d'avril 1999; E.T. 10 Z 22 et 23 = 9904.

2. <u>Bordereau d'expédition</u>, Annexe 2 A.

La date de création (ET 10 Z 25-26) doit être mentionnée dans les données d'identification du support magnétique. De plus, l'attention est attirée sur le fait que le numéro de version doit être correctement introduit avec une valeur constante "0001999".
Les établissements hospitaliers et conseils médicaux doivent indiquer correctement la mention "Ambulant-Hospitalisé-Mixte". La notion "mixte" est ajoutée dans le cas où le support magnétique contient à la fois des prestations ambulatoires et hospitalisées.

***Remarque importante** :*
Puisque les données reprises sur le bordereau d'expédition sont régulièrement utilisées pour établir des <u>données statistiques</u> qui doivent être fournies à l'INAMI par les organismes assureurs, le remplissage <u>correct et complet</u> de ce bordereau est dès lors <u>primordial</u>.

Date d'application :
* mention "0001999" : E.T. 10 Z 4 = 0001999; toutes les facturations selon le layout 1999;
* mention "ambulant-hospitalisé-mixte" : à partir de l'année et mois 9909 (E.T. 10 Z 22 et 23).

3. <u>Description des zones</u>, Annexe 7 et annexe 7 suite 1.

La liste des zones "montant" reprise sous le point 2.b. est corrigée.

Sous le point e., il a été ajouté que cette zone doit être complètement égale à zéro lorsque les données de référence de la carte S.I.S. ne sont pas remplies.

Date d'application : E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

4. <u>Heure d'admission</u>, E.T. 20 Z 4,
<u>Date d'admission</u>, E.T. 20 Z 5,
<u>Date de sortie</u>, E.T. 20 Z 6a-6b,
<u>Heure de sortie</u>, E.T. 20 Z 22.

Pour simplifier la facturation, par les tiers (≠ de l'institution de séjour), des prestations ou délivrances aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P., I.H.P. ou centres de rééducation, les zones susmentionnées ne doivent pas être complétées.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 22 et 23 = 9904.

5. <u>Type de facture</u>, E.T. 20 Z 10.

Dans cette zone, il a été ajouté que le type de facture 4 doit être utilisé pour la facturation de toutes les prestations et délivrances aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P..

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

6. <u>Type de facturation</u>, E.T. 20 Z 11.

Quelques exemples relatifs à l'utilisation de cette zone ont été ajoutés.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

7. <u>Service 721 bis</u>, E.T. 20 Z 13.

En cas de prestations facturées aux patients hospitalisés, qui séjournent ailleurs, le contenu de cette zone peut être égal à zéro.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

8. <u>Numéro d'admission</u>, E.T. 20 Z 19.

Cette zone est complétée par la remarque suivante : dans le cas d'une facture scindée en une partie établie par l'administration de l'hôpital et une autre par le conseil médical, le numéro d'admission d'un même patient doit être identique sur les deux supports.
Le numéro d'admission peut être encrypté.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

9. Date accord traitement rééducation, E.T. 20 Z 20-21.

Dans le libéllé de la zone, il a été ajouté qu'il s'agit ici de traitements de rééducation.

Plus loin, il a été spécifié qu'il s'agit de la date de début de la période pour laquelle l'accord de traitement de rééducation a été accordé.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

10. Code titulaire 1 + 2, E.T. 20 Z 27.

Une faute de frappe a été corrigée.

11. Données de référence carte S.I.S., E.T. 20 Z 42-43-44-45.

Le numéro de version doit être mentionné en 2 positions.

En fonction de l'appareil de lecture, le numéro de version peut comporter 3 ou 2 positions. Seules les deux positions de droite qui doivent être reprises.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

12. Norme journée d'entretien, E.T. 30 Z 3.

Le deuxième paragraphe de la description est supprimé et dans la version francophone, la signification des valeurs 1, 2, 9 et 0 est complétée par la mention "décompte des journées d'entretien **du séjour hospitalier**".

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

13. Pseudo-code journée d'entretien et forfait, E.T. 30 Z 4 S 4 et S 9.

Dans la Zone 4 suite 4, le pseudo-code relatif aux honoraires forfaitaires pour prestations d'urgence de biologie clinique, en faveur de patients hospitalisés, payables par journée d'entretien a été mis à jour; il s'agit du pseudo-code 0591780.
Dans la Zone 4 suite 9, la liste des conventions type a été complétée par 3 pseudo-codes pour l'autocontrôle à domicile du glucose dans le sang chez les patients diabétiques.
Ces codes sont d'application à partir du 1/3/99.
Les pseudo-codes 0772170-0772181 et 0772251-0772262, applicables jusqu'au 31/12/1996, ont été supprimés.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

14. Date premier jour facturé, E.T. 30 Z 5.

Une exception à la règle générale, relative à la continuïté des périodes de séjour, a été mentionée.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

15. <u>Exemple de facturation</u>, E.T. 30 Z 5 et 6a-6b suite 1.

Le code service mentionné sur le doc. 721 bis est ajouté dans les E.T. 20 et 80 Z 13.
Le schéma a été actualisé en ce qui concerne les enregistrements des interventions personnelles.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

16. <u>Signe + intervention personnelle</u>, E.T. 30 Z 27 - E.T. 40 Z 27 - E.T. 50 Z 27 - E.T. 80 Z 27.

L'intervention personnelle réglementaire ne doit être mentionnée que lorsque la totalité a été portée en compte au patient.
Dans les autres cas, le montant effectivement porté en compte (parfois même zéro) doit être mentionné dans cette zone.

Dans l'E.T. 80, il a été mentionné qu'il s'agit de la somme des montants dans les zones 27 des E.T. 30, 40 et 50 qui précèdent.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

17. <u>Code facturation intervention personnelle</u>, E.T. 30 Z 33 - E.T. 40 Z 33 - E.T. 50 Z 33.

L'utilisation de cette zone a été spécifiée.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

18. <u>Date accord prestation</u>, E.T. 30 Z 47 - E.T. 40 Z 47 - E.T. 50 Z 47.

Il a été spécifié qu'il s'agit de la date de début de la période pour laquelle l'accord est donné.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

19. <u>Identification convention / établissement de séjour</u>, E.T. 40 Z 15.

L'utilisation de cette zone est définie plus précisément en ce qui concerne la facturation des médicaments délivrés par les officines hospitalières aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P..

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

20. <u>Norme prestation</u>, E.T. 50 Z 3.

La signification de la valeur 1 a été spécifiée.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

21. Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature, E.T. 50 Z 4 S 2 et S 3.

Dans l'E.T. 50 Z 4 S 2, un erreur de frappe a été corrigée.

Dans l'E.T. 50 Z 4 S 3, des pseudo-codes nomenclature, relatifs au remplacement de stimulateurs pour des patients qui ont déjà été implantés, ont été ajoutés.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

22. A.R. du 9 octobre 1998, E.T. 50 Z 4 S 10.

Une liste de pseudo-codes a été reprise pour la facturation des prestations de l'art. 15, § 15 de la nomenclature, effectuées auprès de nourrissons de moins de 6 mois.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

23. Kinésithérapie, E.T. 50 Z 4 S 11.

Une règle relative à la facturation des prestations de kinésithérapie a été reprise.

Date d'application : à partir des prestations effectuées à partir du 01/05/1999.

24. E.T. 50 Z 4 S 12 jusque S 23.

Ces pages ont été renumérotées.

25. Honoraires forfaitaires ou interventions personnelles, E.T. 50 Z 5, Z 13, Z 15 S 1, Z 16, Z 17-18 S 1, Z 19, Z 24-25.

Les différentes mentions relatives à l'énumération d'une série d'honoraires forfaitaires ou d'interventions personnelles ont été actualisées.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

26. Code service, E.T. 50 Z 13 S 1 et S 2.

Le code service 310, supprimé depuis le 30/06/95, a été supprimé de la liste.
Le pseudo-code service 780 a également été supprimé.

Date d'application : à partir des prestations effectuées à partir du 01/05/99.

27. Lieu de prestation, E.T. 50 Z 14 et Z 14 S 1.

Les exceptions relatives à l'identification du numéro du centre de dialyse ont été adaptées d'après une modification récente de la nomenclature.

Il a également été spécifié que le numéro de l'hôpital doit aussi être mentionné pour les suppléments pour des produits ou prestations non remboursables par l'AMI.
Date d'application : à partir des prestations effectuées à partir du 01/07/99.

28. <u>Numéro d'identification du prestataire</u>, E.T. 50 Z 15 et Z 15 S 1.

Dans la description, il a été mentionné que les règles générales ne sont pas d'application pour les praticiens de l'art infirmier.

Pour les suppléments pour les produits ou prestations non remboursables par l'AMI, cette zone est égale à zéro.

Pour les tissus d'origine humaine, le coordinateur de la banque de tissus est mentionné dans cette zone.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

29. <u>Prestation relative</u>, E.T. 50 Z 17-18 S 4.

Les pseudo-codes indiquant une intervention majorée de l'assurance pour les prestations de kinésithérapie restent inchangés dans le cadre de l'application de la nouvelle nomenclature entrée en vigueur le 01/05/99, dans le cadre de l'adaptation de la nouvelle nomenclature applicable à partir du 01/05/99.

Date d'application : à partir des prestations effectuées à partir du 01/05/99.

30. <u>Identification prescripteur</u>, E.T. 50 Z 24-25.

Dans le cas de tissus d'origine humaine, le prescripteur est celui qui implante le tissu, soit l'orthopédiste.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

31. <u>Membre traité</u>, E.T. 50 Z 34.

L'utilisation de cette zone est limitée à

art. 14, h), § 1er, II, 3° pour les prestations d'ophtalmologie
art. 17, § 1er, 7° pour les radiographies du système ostéo-articulaire (codes 0455011 à 0455280 et 0455814 à 0455862)
art. 17ter, A, 7° pour les radiographies du système ostéo-articulaire (codes 0466012 à 0466340).

Le membre traité ne doit dès lors être mentionné sur support magnétique que s'il doit également l'être sur la facture papier.

L'utilisation de cette zone a pour but de pouvoir contrôler les restrictions reprises dans la nomenclature des prestations de santé.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

32. <u>Prestataire conventionné</u>, E.T. 50 Z 35.

L'utilisation de cette zone est d'application pour tous les prestataires de soins.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

33. <u>Code implant</u>, E.T. 50 Z 43.

Pour les prestations de l'article 35, catégorie 5, aucun code implant ne doit être mentionné, sauf pour le pseudo-code 0684714-0684725.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

34. <u>Description du produit</u>, E.T. 50 Z 44-45.

L'utilisation de cette zone est étendue aux suppléments pour les produits ou prestations non remboursés par l'AMI (code 0960XXX dans la zone 4).

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 22 et 23 = 9909.

35. <u>Signe + montant supplément</u>, E.T. 80 Z 30-31.

Dans l'E.T. 80, il a été mentionné qu'il s'agit de la somme des montants dans les zones 30-31 des E.T. 30, 40 et 50 qui précèdent.
La longueur du champ dans l'E.T. 80 a été corrigée.

Date d'application : à partir de l'E.T. 10 Z 4 = 0001999, toutes les facturations selon le layout 1999.

36. <u>Codes erreur</u>, annexe 5.2.

La liste des codes erreur a été adaptée en fonction de la présente mise à jour.

Date d'application : en fonction de la date d'application des zones correspondantes.

Cette mise à jour est composée soit d'éclaircissements, soit d'alignements aux modifications de nomenclature.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/3

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des Soins de Santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/3

Pages à remplacer :

- page 5;
- page 12;
- annexe 1, annexe 1.1;
- annexe 5.2.5, 5.2.8, 5.2.13, 5.2.18, 5.2.19, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.26 et 5.2.27;
- annexe 8.4;
- E.T. 20 Z 19, Z 24-25;
- E.T. 30 Z 4 S 5, Z 4 S 7, Z 4 S 8, Z 4 S 12 jusque Z 4 S 18, Z 17-18, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 33;
- E.T. 40 Z 4 S 2, Z 14, Z 17-18, Z 19, Z 22, Z 24-25, Z 27, Z 30-31, Z 33, Z 34-35, Z 39, Z 40-41, Z 47;
- E.T. 50 Z 3, Z 4 S 2, Z 4 S 10, Z 4 S 12, Z 4 S 24, Z 13 S 1, Z 14, Z 14 S 1, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 17-18 S 1, Z 19, Z 22, Z 24-25, Z 26 S 1, Z 27, Z 30-31, Z 33, Z 99;

Pages à ajouter :

- annexe 9.1, 9.2, 9.3;
- annexe 10.1, 10.2, 10.3;
- annexe 11, 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5;
- E.T. 30 Z 4 S 19, Z 4 S 20;
- E.T. 50 Z 4 S 25.

1. **Supports magnétiques renvoyés**, page 5

   A la page 5, il a été ajouté que les supports magnétiques doivent être retournés en bon état à l'expéditeur.

   Date d'application = date de publication.

2. **Numéro d'identification du bénéficiaire**, page 12

   La description du numéro d'identification du bénéficiaire de l'A.N.M.C. a été adapté.

   Date d'application = date de publication.

3. **Liste des adresses des centres de calcul auxquels les supports magnétiques doivent être envoyés**, annexes 1 et 1.1

   L'adresse et la liste des personnes à contacter pour l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes et pour l'Union Nationale des Mutualités Socialistes ont été modifiées.

   Date d'application = date de publication.

4. **Annexes 5.2.5, 5.2.8, 5.2.13, 5.2.18, 5.2.19, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.26 et 5.2.27**

   Le libellé du code erreur R 402442 est supprimé de manière à permettre aux établissements hospitaliers de renseigner l'identité du prescripteur lorsqu'il s'agit de médicaments ou de produits délivrés aux bénéficiaires hospitalisés.

   Le libellé des codes erreur S 302740, S 402740, R 402441, R 500458, R 502010 et S 502740 a été modifié.

   Les codes F 200860 et E 500460 ont été renumérotés et deviennent respectivement F 200844 et E 500452.

   Les codes erreur F 204211, R 500514 et R 500614 ont été créés.

   Date d'application = date de publication.

5. **Utilisation des zones "intervention personnelle" et "supplément"**, annexe 9.1, 9.2, 9.3 et E.T. 30 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 33, E.T. 40 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 33, Z 39, Z 47, E.T. 50 Z 3, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 33

   Une annexe 9 a été introduite. Celle-ci spécifie l'utilisation des zones 19, 27, 30-31, 33 dans l'E.T. 30, des zones 19, 27, 30-31, 33, 39 et 47 dans l'E.T. 40 et des zones 3, 19, 27, 30-31 et 33 dans l'E.T. 50.

   Date d'application = date de publication.

6. **Tableaux reprenant les transferts les plus fréquents des nouveau-nés**, annexe 10.1 → 10.3

   Une annexe 10 relative aux transferts des nouveau-nés a été introduite.

   Date d'application = date de publication.

7. **Facturation des médicaments délivrés aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. ou I.H.P.**, annexe 8.4, annexe 11.1 → 11.5, E.T. 20 Z 24-25, E.T. 40 Z 14, Z 15, Z 19, Z 22, Z 27, Z 40-41

   L'annexe 11 explicite la transmission des données de facturation sur support magnétique des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. ou I.H.P..

   Les pages suivantes ont été adaptées en fonction des règles reprises dans l'annexe 11 : annexe 8.4, E.T. 20 Z 24-25, E.T. 40 Z 14, Z 15, Z 19, Z 22, Z 27, Z 40-41.

   Date d'application = date de délivrance à partir du 01/01/2000.

8. **Numéro d'admission**, E.T. 20 Z 19

   L'utilisation de cette zone est étendue (facultativement) aux facturations relatives à l'hospitalisation de jour.

   Date d'application = mois facturé ≥ avril 2000, E.T. 10 Z 22-23 ≥ 0200004.

9. **Code titulaire 1 + 2**, E.T. 20 Z 27 - **uniquement en néerlandais**

   Il s'agit d'une correction dans la version néerlandaise de la note.

   Date d'application = date de publication.

10. **Pseudo-code journée d'entretien et forfait**, E.T. 30 Z 4 S 5, Z 4 S 7, Z 4 S 8, Z 4 S 12 jusque Z 4 S 20, E.T. 50 Z 4 S 2

    E.T. 30 Z 4 S 5, au point 8, le pseudo-code 0761574 a été créé pour la dialyse péritonéale à domicile fractionnée (1/7).
    Une valeur de 1/7 du forfait complet, à savoir 3.857 BEF, lui est attribuée. Cette valeur est multipliée par le nombre de jours facturés de dialyse péritonéale à domicile.

    Date d'application = mois facturé ≥ janvier 2000, E.T. 10 Z 22-23 ≥ 0200001.

    E.T. 30 Z 4 S 7 et S 8, au point 14, la liste des pseudo-codes journée d'entretien et forfait relative aux hôpitaux et services psychiatriques a été mise à jour.

    E.T. 30 Z 4 S 12 jusque S 20, E.T. 50 Z 4 S 2, les listes de pseudo-codes de rééducation ont été actualisées.

    Date d'application = date de publication.

11. **Prestation relative**, E.T. 30 Z 17-18

    Le pseudo-code 0772004 relatif au jour de congé payé dans le cadre d'une convention de rééducation a été ajouté.

    Date d'application = date de publication.

12. **Antibioprophylaxie : code exception prophylaxie**, E.T. 40 Z 4 S 2, Z 17-18, Z 19, Z 34-35, Z 39

    Dans les instructions "Edition 1999" une zone 34-35 a été définie dans l'enregistrement de type 40 pour mentionner le "code exception prophylaxie". Cette mention dans le support magnétique dispense l'établissement hospitalier de la communication de ces données au médecin-conseil.

Cette indication reprise en bas de page sous le point (3) dans l'E.T. 40 Z 4 S 2 est donc supprimée.

Date d'application = mois facturé ≥ janvier 2000, E.T. 10 Z 22-23 ≥ 0200001.

De plus, il a été indiqué sur chaque page susmentionnée la date de l'A.R. qui modifie l'A.R. du 21 février 1997; à savoir, l'A.R. du 18 novembre 1998 (M.B. 12/12/98).

Date d'application = date de publication.

13. Identification du prescripteur, E.T. 40 Z 24-25

Au deuxième paragraphe, il a été ajouté que l'identification du prescripteur peut être renseignée pour les médicaments ou produits délivrés aux bénéficiaires hospitalisés. Aucune erreur ne pourra donc être portée en compte si la zone est complétée.

Date d'application = date de publication.

14. Signe + intervention personnelle patient théorique en cas d'administration d'antibiotiques péri-opératoires, E.T. 40 Z 39

L'intervention personnelle patient théorique en cas d'administration d'antibiotiques péri-opératoires a été spécifiée.

Date d'application = date de publication.

15. Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature, E.T. 50 Z 4 S 10, S 12, S 24, S 25

Le code nomenclature 0460051-0460062 (art. 17 et 17 bis) mentionné dans l'E.T. 50 Z 4 S 10 est supprimé à partir du 01/11/98, ainsi que le pseudo-code nomenclature correspondant.

Le pseudo-code pour la facturation de l'honoraire forfaitaire relatif à l'imagerie médicale a été publié.

La liste des codes relatifs aux suppléments pour produits et prestations non remboursables par l'A.M.I. a été dédoublée (ambulant-hospitalisé).
Les pseudo-codes 0960002 et 0999994 seront supprimés à partir du 01/04/2000.

Les règles de facturation concernant les prestations des praticiens de l'art infirmier effectuées durant le week-end ont été ajoutées dans l'E.T. 50 Z 4 S 24.

La liste des personnes à contacter auprès des O.A. se trouve donc à la suite 25.

Date d'application = date de publication.

16. Code service, E.T. 50 Z 13 S 1

Le code service 440 relatif au placement familial est dédoublé en 440 placement familial Tf dans un hôpital et 450 placement familial Tp dans une famille, avec entrée en vigueur le 01/04/2000.
Les codes 460, 470 et 480 sont supprimés.
Si le patient est soigné dans une fonction de soins intensifs agréée, le code 490 doit être mentionné.

Date d'application = autorisée = date de publication;
obligatoire = mois facturé ≥ avril 2000; E.T. 10 Z 22-23 ≥ 0200004.

17. **Lieu de prestation**, E.T. 50 Z 14, Z 14 S 1, Z 14 S 2

Pour les prestations de l'art. 17, § 1, 11° bis de la nomenclature, le remplissage du lieu de prestation est spécifié.

Il en est de même pour les prestations de biologie clinique pour lesquelles le remboursement ne dépend pas des conditions reprises dans l'art. 63 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Date d'application = date de publication.

18. **Identification du dispensateur**, E.T. 50 Z 15 S 1

Pour la facturation de l'honoraire forfaitaire relatif à l'imagerie médicale, le pseudo-numéro d'identification du prestataire (01.00001.06.999) doit être utilisé au lieu du numéro d'un radiologue.

Date d'application = autorisée = date de publication;
obligatoire = mois facturé ≥ avril 2000; E.T. 10 Z 22-23 ≥ 0200004.

19. **Prestation relative**, E.T. 50 Z 17-18 S 1

La prestation relative doit également être renseignée lorsqu'il s'agit d'un supplément attestable par le médecin spécialiste, relatif aux prestations exécutées au laser (art. 11, § 2 de la nomenclature).

En cas de facturation d'un des codes 0613830-0613841 ou 0616852-0616863, un des codes 0589050-0589061 ou 0589256-0589260 doit être mentionné comme prestation relative à partir du 1er juillet 1999, pour autant qu'un tuteur ait réellement été implanté.

Date d'application = date de publication.

20. **Signe + nombre d'unités**, E.T. 50 Z 22

Il est ajouté que pour les frais de déplacement dans le cadre de prestations de rééducation, le nombre de kilomètres parcourus à l'aller et au retour doit être mentionné.

Date d'application = mois facturé ≥ janvier 2000, E.T. 10 Z 22-23 ≥ 0200001.

21. **Identification prescripteur**, E.T. 50 Z 24-25

Pour les tissus d'origine humaine, le prescripteur est celui qui implante le tissu. Il ne s'agit pas nécessairement d'un orthopédiste.

Date d'application = date de publication.

22. **Norme prescripteur**, E.T. 50 Z 26 S 1

Il est spécifié que le médecin-spécialiste avec une qualification comme reprise à l'art. 4, § 1 de la nomenclature est un dentiste.

Date d'application = date de publication.

23. **Chiffres de contrôle de l'enregistrement**, E.T. 50 Z 99

Une faute de frappe a été corrigée.

Date d'application = date de publication.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS - EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/4

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des Soins de Santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/4

Pages à remplacer :

- annexe 5.2.3, 5.2.8, 5.2.14, 5.2.18, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.22, 5.2.28, 5.2.31, 5.2.33;
- annexe 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7;
- annexe 9.2, annexe 9.3;
- annexe 10.1, 10.2, 10,3;
- annexe 11.2;
- E.T. 10 Z 3, Z 9, Z 14;
- E.T. 20 Z 5, Z 10, Z 14, Z 18, Z 20-21, Z 24-25, Z 42-43-44-45, Z 49-50-51;
- E.T. 30 Z 4 S 4, Z 4 S 5, Z 4 S 6, Z 4 S 7, Z 4 S 9, Z 13;
- E.T. 40 Z 4, Z 4 S 1, Z 4 S 3, Z 13, Z 17-18, Z 19, Z 22, Z 24-25, Z 27, Z 39, Z 40-41;
- E.T. 50 Z 4 S 1, Z 4 S 2, Z 4 S 3, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 13 S 1, Z 13 S 2, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 16, Z 17-18 S 1, Z 17-18 S 2, Z 22, Z 24-25, Z 27, Z 30-31, Z 34;
- E.T. 80 Z 19.

Pages à ajouter :

- annexe 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5;
- E.T. 30 Z 4 S 9 BIS;
- E.T. 40 Z 20-21, Z 23, Z 37, Z 49, Z 50.

1. **Codes erreur**, annexe 5.2.3, 5.2.8, 5.2.14, 5.2.18, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.22, 5.2.28, 5.2.31, 5.2.33

   La liste des codes erreur a été adaptée.

   Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/4.

2. **Dessin d'enregistrement**, annexe 6 et suites

   Dans la zone 40 du dessin d'enregistrement, un certain nombre de zones ont été définies :

   · en ce qui concerne la mention des codes CNK pour les préparations magistrales,
   il s'agit des zones 37 : forme galénique
   23 : unité

   · par analogie à la collecte des données Pharmanet auprès des officines publiques,
   il s'agit des zones 20-21 : date prescription
   49 : numéro pharmacien titulaire
   50 : année de naissance

   Date d'application : Zone 20-21 : zone réservée, pas de date d'application.
   Zones 23, 37, 50 : zones facultatives.
   Zone 49 : à partir du mois de facturation septembre 2000 (E.T.10 Z23=09).

3. **Utilisation de la zone "intervention personnelle" et de la zone supplément**, annexes 9.2, 9.3

   Dans l'annexe 9.2, tableau 1.2.2, les zones 27 et 39 sont adaptées pour les M.S.P. et alimentation parentérale.

   Dans les schémas de l'annexe 9.3., la colonne relative aux enregistrements statistiques est complétée par "tuteurs coronaires".

   Date d'application : annexe 9.2. : 01/04/1999
   annexe 9.3. : date d'introduction des tuteurs coronaires.

4. **Tableaux reprenant les transferts les plus fréquents des nouveau-nés**, annexe 10.1, 10.2, 10.3

   Le tableau qui se rapporte aux situations possibles lorsque la mère séjourne dans le service M a été corrigé pour les cas où l'enfant séjourne dans le service N*.

   Dans les deux autres tableaux, la mention "valeur 0 BEF" a été ajoutée au code "0790020".

   Date d'application = date d'introduction de l'annexe 10.

5. **Délivrance des données de facturation sur support magnétique des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A. ou I.H.P.**, annexe 11.2, E.T. 20 Z 24-25

   Dans le schéma de l'enregistrement de type 20 zone 24-25, il est mentionné que : pour autant qu'une facture individuelle par patient ait été établie, le numéro de facture doit être mentionné.

   Date d'application = date d'introduction de l'annexe 11.

6. **Facturation sur support magnétique des maisons médicales**, annexe 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, E.T. 10 Z 3, Z 9, Z 14, E.T. 20 Z 10, Z 14, Z 18, Z 20-21, Z 42-43-44-45, E.T. 50 Z 4 S 1, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, Z 17-18 S 1, Z 22, Z 27, Z 30-31, E.T. 80 Z 19

   Le système de facturation sur support magnétique est à présent accessible pour les maisons médicales. Dans l'annexe 12, on a repris les zones du dessin d'enregistrement en mentionnant la manière de les compléter s'il s'agit d'une facturation par les maisons médicales.

   Remarque : lors de la facturation sur support magnétique, les délais de paiement sont ceux d'application pour le support magnétique.

   Date d'application : il s'agit ici d'une application facultative dépendant d'un accord sous-jacent entre les deux parties concernées.

7. **Code "Suppression facture papier"**, E.T. 10 Z 9

   Jusqu'à nouvel ordre, les O.A. laisseront tomber les contrôles B 100912 et B 100920.

   Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/4.

8. **Date d'admission**, E.T. 20 Z 5

   En cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type de facture 1), la date d'admission doit être mentionnée prioritairement; lorsque la date d'admission n'est pas connue (par ex. demande biologie clinique ou anatomopathologie), une date au choix dans la période d'admission peut être mentionnée dans cette zone.

   Date d'application : à partir du mois de facturation septembre 2000 (E.T. 10 Z 23 = 09).

9. **Forfaits postcure de rééducation et journées d'entretien forfaitaires dans le service A**, E.T. 20 Z 10, E.T. 30 Z 4 S 4, Z 13, E.T. 50 Z 13 S 2

   Les hôpitaux ont déjà été informés par circulaire que les forfaits postcure de rééducation et les journées d'entretien forfaitaires dans le service A, doivent être facturés par le type de facture 9 et le code service 760.

   Date d'application = date de publication de la circulaire.

10. **Données de référence carte SIS**, E.T. 20 Z 42-43-44-45

    Dans cette zone, il a été ajouté que la mention du certificat de la carte SIS n'est pas obligatoire pour les prestations de biologie clinique.

    Date d'application = 01/04/1999.

11. **E.T. 20 Z 49-50-51**

    Suite au regroupement des zones en vue de mentionner des données supplémentaires dans l'E.T. 40, cette zone a été renumérotée.

    Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/4.

12. **Forfait pharmaceutique**, E.T. 30 Z 4 S 4

Le forfait pharmaceutique (25 BEF par journée de séjour) pour les patients qui séjournent dans les M.S.P. doit être mentionné par le code 0750175 au lieu de 0750002.

Date d'application : à partir du mois de facturation septembre 2000 (E.T. 10 Z 23 = 09).

13. **Dialyse péritonéale fractionnée**, E.T. 30 Z 4 S 5

La valeur du forfait en cas de dialyse péritonéale fractionnée (code 0761574) s'élève à 3.571 BEF au lieu de 3.657 BEF.
Le code 0764514 est publié pour la facturation de l'intervention forfaitaire pour les centres de soins de jour.

Date d'application : code 0761574 : date d'introduction du code concerné.
code 0764514 : 01/01/2000.

14. **Frais de séjour**, E.T. 30 Z 4 S 6

Le code 0773021 (frais de séjour en préventorium) est supprimé à partir du 01/01/1999.
Les codes 0773430, 0773463, 0773474 et 0773500 relatifs aux centres médicaux pédiatriques ont été ajoutés.

Date d'application : date d'introduction des codes concernés.

15. **Hospitalisation en cas de placement familial et surveillance respiratoire et cardio-respiratoire à domicile des nourrissons**, E.T. 30 Z 4 S 7 & E.T. 30 Z 4 S 9 et S 9 BIS

Suite 7 : le pseudo-code pour le service T est corrigé et devient 0792385 au lieu de 0792384.

Suite 9 : de nouvelles prestations de rééducation fonctionnelle et professionnelle (conventions type) ont été ajoutées.
Dans la version française, une faute de frappe a été corrigée.

Date d'application = pseudo-code pour le service T = 01/04/1999;
pseudo-codes pour la rééducation = date d'introduction des codes concernés.

16. **Pseudo-code catégorie médicaments**, E.T. 40 Z 4 et suites 1, 3 et Z 19, Z 22, Z 23, Z 24-25, Z27, Z 37, Z 40-41

- Suite à la publication de l'A.R. du 01/03/2000, les interventions personnelles pour les génériques et les copies ont été diminuées.
  Trois nouveaux codes catégorie ont été définis : 0750890, 0750875 et 0754891.
  Voir E.T. 40 Z 24-25 pour la sommation des pseudo-codes.

  Date d'application : spécialités délivrées à partir du 01/04/2000.

- Pour les préparations magistrales, on a créé la possibilité de mentionner le détail des codes CNK (code 0750212) relatifs aux spécialités les plus importantes, utilisées dans la préparation.
  La méthodologie pour cette mention est décrite dans l'E.T. 40 Z 4 S 3.
  Voir également l'E.T. 40 Z 19, Z 22, Z 23, Z 27, Z 37, Z 40-41.
  Il s'agit provisoirement ici d'une adaptation facultative.

  Date d'application : le remplissage est libre, il n'y a pas d'obligation.

17. **Code service**, E.T. 40 Z 13

En cas de délivrances de l'officine hospitalière autres que des spécialités de médicaments, non remboursables par l'assurance obligatoire (0960293 - 0960304), cette zone doit être mise à zéro.

Date d'application = date d'introduction des codes 0960293-0960304.

18. **Prestation relative**, E.T. 40 Z 17-18

L'imputation des spécialités pharmaceutiques remboursables utilisées dans une solution pour alimentation parentérale est effectuée comme celle des spécialités délivrées aux bénéficiaires non hospitalisés.
Pour cette spécialité, l'intervention personnelle du patient est couverte par une participation fixe de 25 BEF par jour, de sorte que l'intervention calculée est considérée comme théorique.
En vue de détecter ces cas dans les contrôles des O.A., à savoir l'utilisation du pseudo-code ambulatoire (E.T. 40 Z 4) et l'intervention personnelle théorique (E.T. 40 Z 39), le pseudo-code pour alimentation parentérale (0754714) doit être mentionné dans l'E.T. 40 Z 17-18.

Date d'application : à partir du mois de facturation septembre 2000 (E.T. 10 Z 23 = 09).

19. **Date prescription**, E.T. 40 Z 20-21

Cette zone est réservée pour la mention de la date de prescription en cas de délivrances aux patients ambulatoires, par analogie à la collecte des données Pharmanet auprès des officines publiques.

Date d'application : aucune.

20. **Intervention personnelle théorique**, E.T. 40 Z 39

Dans cette zone, il est spécifié que l'intervention personnelle théorique pour les médicaments délivrés aux patients qui séjournent dans les M.S.P. doit être mentionnée, et également l'intervention personnelle théorique des médicaments qui sont utilisés dans une solution pour alimentation parentérale.

Date d'application = 01/04/1999.

21. **Numéro pharmacien titulaire**, E.T. 40 Z 49

Dans cette zone, le numéro du pharmacien titulaire de l'officine hospitalière doit être mentionné, par analogie à la collecte des données Pharmanet auprès des officines publiques.
Le pharmacien doit être mentionné tant pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulants.

Date d'application : à partir du mois de facturation septembre 2000 (E.T. 10 Z 23 = 09).

22. **Année de naissance**, E.T. 40 Z 50

Cette zone a été créée pour mentionner l'année de naissance du patient, par analogie à la collecte de données Pharmanet auprès des officines publiques.
Il s'agit ici d'une application facultative.

Date d'application : le remplissage de la zone est libre, il n'y a pas d'obligation.

23. Rééducation individuelle, E.T. 50 Z 4 S 2

Les pseudo-codes pour lentille sclérale sont supprimés à partir du 01/03/2000.

24. Matériel non implantable et matériel endoscopique implantable, E.T. 50 Z 4 S 3

Ces pseudo-codes sont supprimés à partir du 1er janvier 2000.

25. Marges de délivrance pour les implants, E.T. 50 Z 4 S 3

Sous le point 12. b), les codes 0685856 - 0685860 sont ajoutés.

Date d'application = 01/01/2000.

26. Code service, E.T. 50 Z 13, Z 13 S 1, Z 13 S 2

- En cas de marges de délivrance pour les implants et pour les prestations non remboursables par l'AMI, portés en compte aux patients hospitalisés ou ambulatoires, ce code est égal à zéro.

- Les codes service pour les Sp-affections chroniques, où la sous-spécialité est mentionnée, ont été corrigés en vue de la correspondance avec la codification de la Santé Publique.

- Les codes service 460 et 470 peuvent être utilisés jusque et y compris le 31/09/2000.

Date d'application = 01/04/1999.

27. Norme prestataire, E.T. 50 Z 16

L'énumération est complétée par 4 pseudo-codes avec la norme 9.

Date d'application : date d'application réglementaire des codes ajoutés.

28. Prestation relative, E.T. 50 Z 17-18 S 1

Dans le cadre de la facturation des codes nomenclature 0613896 - 0613900, le code prestation 0589175 - 0589186 doit être mentionné à partir du 1/1/2000, pour autant qu'un ou des cathéter(s) d'athérectomie munis d'un dispositif mécanique ai(ent) réellement été utilisé(s).

Date d'application : prestations à partir du 01/01/2000.

29. Biologie clinique : nouvelle nomenclature à partir du 01/05/2000, E.T. 50 Z 5, Z 13, Z 15 S 1, Z 16, Z 17-18 S 2, Z 24-25

Les nombreux honoraires forfaitaires 0592270, 0592292, 0592314, 0592336, 0592351, 0592373, 0592395, 0592410 et 0592631, 0592653, 0592675, 0592690, 0592712, 0592734, 0592756, 0592771 ont été introduits dans les zones concernées.
Les pseudo-codes de la zone prestation relative y associés ont été revus.
Il s'agit d'une solution temporaire, les instructions définitives suivront.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/05/2000.

30. Membre traité, E.T. 50 Z 34

Le membre traité ne doit pas être mentionné pour la radiographie du bassin (codes 0455276-0455280 et 0466270-0466281).

Date d'application = 01/04/1999.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS - EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/5

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 - 1150 BRUXELLES

Service des Soins de Santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/5

Pages à remplacer :

- page 7;
- annexe 1, annexe 1.1;
- annexe 5.1 suite 1;
- annexe 5.2.4, 5.2.8, 5.2.13, 5.2.14;
- annexe 8.1;
- annexe 9.2;
- E.T. 20 Z 5, Z 42-43-44-45;
- E.T. 30 Z 4 S 5, Z 4 S 8, Z 4 S 13, Z 17-18;
- E.T. 40 Z 4 S 1, Z 23, Z 37;
- E.T. 50 Z 17-18.

Pages à ajouter :

- annexe 13.

1. **Page 7, annexe 13**

Un point 2.6. a été créé. Celui-ci stipule que les modalités relatives au basculement de la facturation des prestations de soins de santé à l'EURO sont reprises à l'annexe 13.
Dans le courant de l'année 2001, une procédure test sera organisée.

Date d'application = 01/01/2002.

2. **Annexe 1 et annexe 1.1**

Les adresses du centre de calcul de la C.A.A.M.I. et de la Caisse des soins de santé de la S.N.C.B. ont été modifiées à l'annexe 1, de même que les personnes de contact de l'A.N.M.C. et de la C.A.A.M.I. figurant à l'annexe 1.1.

Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/5.
Pour la C.A.A.M.I., la date d'application est le 04/12/2000.

3. **Codes erreur**, annexe 5.1 suite 1

Dans les principes, il est stipulé qu'à partir du 01/01/2002, une liste minimale de contrôles obligatoires sera imposée à tous les organismes assureurs. Cette liste sera établie dans le courant de l'année 2001.

Date d'application = 01/01/2002.

4. **Codes erreur**, annexes 5.2.4, 5.2.8, 5.2.13 et 5.2.14

La liste des codes erreur a été adaptée selon les modifications reprises dans la présente mise à jour.
Les deux premiers codes erreur de l'annexe 5.2.14 figuraient auparavant au bas de l'annexe 5.2.13. Aucune autre modification n'a été apportée à cette page.

Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/5.

5. **Forfaits postcure de rééducation et journées d'entretien forfaitaires dans le service A**, annexe 8.1

L'annexe 8.1 a été adaptée pour la mention du code service 760 (E.T. 30 Z 13) et du type de facture 9 (E.T. 20 Z 10) pour les forfaits postcure de rééducation et les journées d'entretien forfaitaires dans le service A.

Date d'application = date de publication de la circulaire (correction de la mise à jour 1999/4).

6. **Utilisation de la zone "intervention personnelle" et zone "supplément"**, annexe 9.2

Dans la version francophone uniquement, la note en bas de page de l'annexe 9.2 est corrigée : "M.S.P." au lieu de "M.R.S.".

Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/5.

7. **Date d'admission**, E.T. 20 Z 5

Il a été ajouté que la date d'admission ne peut pas être antérieure **de plus de 30 jours** à la date de l'accord du Collège des Médecins Directeurs.

Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/5.

8. **Données de référence SIS**, E.T. 20 Z 42-43-44-45

Le format de cette zone a été précisé.

Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/5.

9. **Pseudo-code journée d'entretien et forfait**, E.T. 30 Z 4 S 5, S 8, S 9 BIS et S 13

E.T. 30 Z 4 S 5 : au point 10, deux codes ont été ajoutés pour les maisons de repos et de soins (0764153 = médecin coordinateur et 0764175 = soins palliatifs) et un code a été ajouté pour les maisons de repos pour personnes âgées (0764455 = soins palliatifs).

E.T. 30 Z 4 S 8 : le libellé de l'absence temporaire d'un établissement hospitalier (non-payé) a été modifié en absence temporaire **à visée thérapeutique**. La référence à l'A.R. du 24/12/63 a également été ajoutée.
La présentation des codes relatifs au prix de journée d'entretien pour les séjours dans des camps de vacances collectifs est modifiée. Le code 0791943, disparu lors de la mise à jour 1999/3, a été réintroduit pour le service Tp.

E.T. 30 Z 4 S 9 BIS : dans la version néerlandophone, une faute de frappe a été corrigée.

E.T. 30 Z 4 S 13 : le pseudo-code 0775950-0775961 relatif à l'exécution du programme de rééducation fonctionnelle pour les maladies neuromusculaires a été ajouté.

Date d'application = * pour l'E.T. 30 Z 4 S 5 = date d'application réglementaire, pas encore publiée;
* pour l'E.T. 30 Z 4 S 13 = la date d'entrée en vigueur des codes;
* pour les autres codes = date de publication de la mise à jour 1999/5.

10. **Prestation relative**, E.T. 30 Z 17-18

Dans cette zone, on précise la manière dont la valeur du montant forfaitaire pour la rééducation doit être indiquée.

Date d'application = premier jour du deuxième mois qui suit la publication de la mise à jour, sur base de la date prestation.

11. **Pseudo-code catégorie médicament**, E.T. 40 Z 4 S 1

Le code 0751030 relatif à l'oxygène a été ajouté dans les spécialités délivrées à des bénéficiaires non hospitalisés.

Date d'application = date d'application réglementaire, pas encore publiée.

12. **Unité**, E.T. 40 Z 23

Les valeurs "00 pour les données non communiquées" et "10 pour le gramme" ont été ajoutées.

Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/5.

13. **Forme galénique préparation magistrale**, E.T. 40 Z 37

La valeur "000 pour les données non communiquées" a été ajoutée.

Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/5.

14. **Prestation relative**, E.T. 50 Z 17-18

Une correction a été apportée en fonction de la nomenclature actuelle.
Il a été ajouté que la liste reprise dans cette zone n'est pas exhaustive.

Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/5.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/6

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/6

Pages à remplacer :

- page 7 ;
- page 9 ;
- annexe 1, annexe 1.1 ;
- E.T. 40 Z 4 S 1; Z 4 S 2; Z 4 S 3 ;
- E.T. 50 Z 5; Z 13 ; Z 15 S 1 ; Z 16 ; Z 24-25 ;

Pages à ajouter :

E.T. 40 Z 4 S 4 ;

1. **Page 7**

   Une phase-test est prévue concernant la conversion en euro des montants en BEF sur base de la parité.
   Il est conseillé de transmettre un support-test en euro (identifié 9991999 en E.T.10 Z 4) correspondant à un support-facturation réelle en BEF.
   Un essai (et ses suites) est attendu par chaque organisme assureur de la part de chaque société d'informatique gérant un programme de facturation.

   Date de début = 01/07/2001

2. **Annexe 1 et annexe 1.1**

   Les coordonnées du centre de calcul ainsi que les personnes de contact de l'A.N.M.C. ont été actualisées.

   Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/6

3. **Page 9**

   Dorénavant, les envoies multi-volume 3 ½ inch sont limité à 2 unités.

   Date d'application = date de publication de la mise à jour 1999/6

   Remarque : à moyen terme (± 01/07/2002), les disquettes 3½ inch ne pourront plus être lues par tous les organismes assureurs.

4. **Création de nouvelles catégories de remboursement Ag, Ar, Bg, Br, Cg, Cr, Csg, Csr, Cxg, Cxr pour les spécialités pharmaceutiques délivrés par un Office hospitalier à des patients ambulants et hospitalisé**. E.T. 40 Z 4 S. 1, E.T. 40 Z 4 S. 2, E.T. 40 Z 4 S. 3 et E.T. 40 Z 4 S.

   Suite à l'introduction de prix de référence pour certaines spécialités pharmaceutiques (AR 21/03/2001 et AR 26/03/2001 MB 31/03/2001) une série de nouveaux codes catégorie sont introduit afin de pouvoir assurer un suivi immédiat d'évolution des dépenses.

   Date d'application = 01/06/2001

5. **Modification des honoraires forfaitaires pour permanence médicale intra-hospitalière.** E.T. 50 Z 5, E.T. 50 Z 13, E.T. 50 Z 15 S 1, E.T. 50 Z 16 et E.T. 50 Z 24-25.

   Les nouveaux honoraires 0590166 à 0590225 ont été introduits dans la régle de facturation ad hoc des pages susmentionnées.

   Date d'application = 01/03/2001

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/7

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 aoüt 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/7

Pages à remplacer :

- annexe 5.2.1, annexe 5.2.27;
- E.T. 30 Z 4 S 5;
- E.T. 50 Z 4 S 17, Z 4 S 18, Z 4 S 20 à Z 4 S 25, Z 12, Z 14 S 1, Z 15, Z 17-18 S 1,Z 30-31, Z 34.

1. **Nouvelles catégories de dépendance B4 et B5 pour MRS,** E.T. 30 Z 4 S 5

   Ces 2 nouveaux forfaits sont introduits suite à la modification de l'arrêté royal du 19/5/1992 fixant l'intervention de l'assurance dans les maisons de repos et de soins (à paraître).

   Date d'application = 01/01/2001.

2. **Codes Nuit, week-end, jour férié,** E.T. 50 Z 12

   Il a été convenu que, pour les prestations de biologie clinique pour hospitalisés où ces codes ne doivent plus être appliqués depuis le 01/05/2000, ils peuvent encore être mentionnés de façon facultative.

   Date d'application = 01/05/2000.

3. **Numéros d'identification des services agréés d'imagerie médicale et de résonance magnétique nucléaire,** E.T. 50 Z 14 S 1

   Il est confirmé que lors de prestations d'imagerie médicale, on doit utiliser

   - en cas de scanner: le numéro de l'hôpital + 110;

   - en cas de R.M.N.: le numéro de l'hôpital + 111;

   - en cas de forfait engendré par des prestations d'imagerie médicale (dont éventuellement un (les) cas susmentionné(s) :

   le numéro de l'hôpital + 000.

   Date d'application = 13/08/1999.

4. **Identification du dispensateur lors de la facturation du forfait 0102771 (dossier médical global) par une maison médicale,** E.T. 50 Z 15

   Dans le cas susmentionné, c'est exceptionnellement le numéro de l'institution codifiée 0 8 XX5XX CD XXX qui apparaîtra dans cette zone.

   Date d'application = 31/12/2000.

5. **Rubrique signe + montant supplément ou marge de délivrance,** E.T. 50 Z 30-31

   Le titre de cette zone a été, pour plus de précision, complété par les mots "ou marge de délivrance".

   De plus, il y est explicitement mentionné que cette zone est à utiliser pour renseigner les montants à rembourser au patient dans le cadre des conventions d'oxygénothérapie.

   Date d'application = 01/04/2000.

6. **<u>Code membre traité</u>,** E.T. 50 Z 34

   Il est confirmé que les codes cités des art. 17, § 1er , 7° et 17 ter, A, 7° doivent être impérativement accompagnés de la mention gauche ou droite pour pouvoir contrôler notamment le respect des règles de cumul de la nomenclature.

   <u>Date d'application</u> = 01/10/2001.

7. **<u>Nouveaux codes dialyse</u>**, E.T. 30 Z 4 S 5

   Les 5 nouveaux codes introduits par règlement (M.B. 29/06/2001) sont ajoutés.

   <u>Date d'application</u> = 01/07/2001.

8. **<u>Modification de la nomenclature des prestations de l'art infirmier</u>**, E.T.50 Z 4 S 17, Z 4 S 18, Z 4 S 20 à Z 4 S 25

   La facturation des soins palliatifs introduits par modification de l'arrêté royal du 14/09/1984 (M.B. 29/09/2001) a été adaptée en vue de la transmission sur support magnétique.

   <u>Date d'application</u> = 01/10/2001.

<u>Rappel</u> : **Des tests se rapportant à la phase de conversion BEF/EUR (cf. annexes 13.6 et 13.7 pour les formules) sont actuellement attendus par les organismes assureurs.**

Ajoutons que l'union nationale '200' réceptionne et contrôle tous les essais pour les unions '200', '400' et '500'.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/8

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/8

Pages à remplacer :

- page 7 ;
- page 8;
- page 9 ;
- annexe 1.1 ;
- annexe 5.2.2, 5.2.11, 5.2.14, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.27, 5.2.28;
- E.T. 20 Z 11, Z 11 SUITE 1;
- E.T. 30 Z 4 S 9, Z 4 S 11, Z 4 S 12, Z 14, Z 30-31, Z 47;
- E.T. 50 Z 3, Z 3 SUITE, Z 4 S 1, Z 4 S 2, Z 4 S 3, Z 4 S 10, Z 4 S 18, Z 4 S 25, Z 14 S 1, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 17-18 S 1, Z 17-18 S 4, Z 20-21, Z 27, Z 30-31, Z 43.

Pages à ajouter :

- Annexe 14.1 ? 14.7;
- E.T. 50 Z 4 SUITE 3 BIS.

1. **Spécifications techniques,** Point 3 pages 7, 8 et 9 du texte d'introduction.

Les bandes magnétiques ne sont plus autorisées.
Les spécifications techniques pour les bandes magnétiques ont dès lors été supprimées.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/ 8.

2. **Annexe 1.1 et ET 50 Z 4 S 25**

La liste des personnes à contacter a été adaptée.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8.

3. **Date début et date fin des forfaits liés à une période d'un an,** Annexe 5.2.11.

Code erreur R 300610 :
Le libellé de ce code erreur est complété par la mention d'une exception pour forfaits annuels.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8.

4. **Codes erreur,** Annexe 5.2.2, 5.2.14, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.27 et 5.2.28.

Les prestations 0685613-0685624 et 0685635-0685646 doivent être ajoutées aux exceptions reprises dans le code erreur 504311.
La liste des codes erreur a été adaptée aux nouvelles instructions de cette mise à jour.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8.

5. **Annexe 6 et annexe 6.5**

Dans la mise à jour 1999/7, le texte "ou marge de délivrance" a été ajouté dans la rubrique de l'ET 50 Z 30-31.
Ce texte doit aussi être ajouté dans l'ET 50 Z 30-31 de l'annexe 6 et l'annexe 6.5.

Date d'application : 01/04/2000.

6. **Facturation par les maisons médicales,** Annexe 12.1.

En haut de l'annexe 12.1, il a été spécifié qu'il s'agit ici de la facturation effectuée par les maisons médicales.
La facturation sur support magnétique par les maisons médicales est une application facultative, indépendamment d'un accord sous-jacent des deux parties concernées.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8.

7. **Facturation obligatoire sur support magnétique par les maisons de soins psychiatriques,** Annexe 14.1 jusque et y compris Annexe 14.7.

La délivrance des données de facturation sur support magnétique imposée aux maisons de soins psychiatriques entre en vigueur pour la facturation du premier trimestre 2002.
Le numéro d'identification de la M.S.P. doit être utilisé comme numéro tiers-payant.
L'Annexe 14 des instructions contient un aperçu sommaire du contenu des différentes zones.

Date d'application : facturation du premier trimestre 2002.

8. **Type de facturation,** ET 20 Z 11 et ET 20 Z 11 suite 1.

Une période de séjour ou de soins peut être répartie sur 2 ou plusieurs factures partielles originales.

Une facture partielle originale ou complémentaire peut contenir des valeurs négatives.

Exemple :
Une intervention chirurgicale est mentionnée sur la facture et donne lieu à un forfait prophylactique Z. Sur une facture partielle suivante ou sur une facture complémentaire, il est mentionné, le même jour, une deuxième intervention chirurgicale qui donne lieu à un forfait prophylactique A1. Dès lors, sur cette facture partielle ou sur la facture complémentaire, le forfait prophylactique Z est facturé en négatif et le nouveau forfait prophylactique A1 est porté en compte. Le type de facture utilisé est, dans ce cas, 0 ou 2, car il ne s'agit pas ici d'une facture de correction mais d'une correction sur une facture partielle originale ou facture complémentaire.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8.

9. **Rééducation,** ET 30 Z 4 S 11 et ET 30 Z 4 S 12.

La liste des pseudo-codes rééducation des pages susmentionnées a été actualisée.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8.

10. **Lieu de prestation en cas de dialyse extramurale,** ET 30 Z 14.

Suite à l'A.R. du 21 mai 2001 (M.B. 29/06/01), 5 nouveaux pseudo-codes ont été introduits pour la dialyse extramurale (voir mise à jour 1999/7).
Pour la dialyse péritonéale 0761530, 0761471, 0761655 et 0761670, le numéro de l'hôpital de tutelle suivi de la valeur 564 dans les 3 dernières positions doit être mentionné comme lieu de prestation.
Pour l'hémodialyse, pseudo-code 0761456, le numéro de l'hôpital de tutelle suivi de la valeur 563 dans les 3 dernières positions doit être mentionné comme lieu de prestation.

Date d'application : arrêté royal susmentionné 01/07/2001.

11. **Mise à jour 1999/7,** ET 30 Z 30-31, ET 50 Z 4 S 18 et ET 50 Z 30-31.

Dans la mise à jour 1999/7, le texte suivant a été introduit dans l'ET 50 Z 30-31 :

«Les montants à rembourser au patient dans le cadre des conventions d'oxygénothérapie sont à porter en négatif dans cette zone»

Ce texte doit cependant être déplacé dans l'ET 30 Z 30-31.
Dans l'ET 50 Z 4 S 18, il a été spécifié que les pseudo-codes palliatifs pour praticiens de l'art infirmier sont précédés de la norme "9" dans la zone 3.

Date d'application : 01/04/2000.

12. **Date accord prestation,** ET 30 Z 47.

En cas de prestation de rééducation (type facture 5 ou 6), cette zone est égale à l'ET 20 Z 20-21.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8.

13. **Enregistrement de type 40 Z 4 S 3**

La présentation de cette page a été corrigée dans la version Néerlandaise uniquement.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8.

14. **Prestations de radiothérapie et code norme 9,** ET 50 Z 3 SUITE.

Si la situation du patient ambulant-hospitalisé change durant la période de prestation, alors le code de prestation (dans la Z 4) suit le statut du patient. Le type de facture (ambulant ou hospitalisé) est déterminé par le statut du patient au dernier jour de la période (= enregistrement avec le code norme 0).
Les enregistrements avec le code norme 9 doivent être mentionnés sur le support magnétique dans une série continue et être immédiatement suivis par le dernier enregistrement de prestation avec le code norme 0.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8.

15. **Facturation des implants**

15.1. **Défibrillateurs cardiaques implantables,** ET 30 Z 4 S 9, ET 50 Z 4 S 3, ET 50 Z 4 S 3 BIS, ET 50 Z 14 S 2, ET 50 Z 15 S 1, ET 50 Z 17-18 S 1 et ET 50 Z 20-21.

Les défibrillateurs cardiaques implantables font l'objet d'une convention type et sont momentanément facturés sous le pseudo-code nomenclature 0772380 dans l'ET 30 Z 4.
Cependant, il s'agit ici d'un implant sur lequel une marge de délivrance peut être portée en compte.
Avec l'entrée en vigueur à partir du mois de facturation mars 2002, ces dépenses doivent être facturées dans l'ET 50 Z 4 S 3, en mentionnant un nouveau pseudo-code nomenclature 0686302. Le type facture reste 5 (rééducation interne).

Le pseudo-code qui doit être mentionné pour la marge de délivrance est 0685823.

Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation des défibrillateurs cardiaques doit être mentionné comme lieu de prestation.
Le prestataire est le prestataire de l'implant.
La date de demande d'intervention est considérée comme la date de prescription.

Date d'application: à partir du mois de facturation mars 2002.
ET 10 Z 22-23 = 0200203.

15.2. Actualisation relative aux instructions de facturation des implants, ET 50 Z 3, ET 50 Z 4 S 1, ET 50 Z 4 S 2, ET 50 Z 4 S 3, ET 50 Z 4 S 3 BIS, ET 50 Z 15 S 1, ET 50 Z 17-18 S 1, ET 50 Z 27, ET 50 Z 30-31, ET 50 Z 43.

Toutes ces pages ont été actualisées en ce qui concerne les implants.

Date d'application : publication mise à jour 1999/8.

15.3 Endoprothèses, ET 50 Z 3 SUITE

La facturation des endoprothèses suit les mêmes principes que les tuteurs coronaires avec mention de la valeur norme 9.

L'utilisation de la valeur norme 9 pour les prestations de radiothérapie a été précisé.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8.

16. Augmentation des honoraires pour certaines prestations pour les enfants de moins de 7 ans; A.R. du 05/09/01 (M.B. 25/09/01), ET 50 Z 4 S 10.

Aucun pseudo-codes n'a été publié pour la facturation des prestations de l' A.R. du 05/09/01 en cas d'honoraires augmentés.
Le contrôle s'effectuera sur base de l'âge du patient.

17. Lieu de prestation, ET 50 Z 14 S 1 et ET 50 Z 14 S 2.

S'il s'agit de prestations liées à une prestation de base pour laquelle la mention d'un lieu de prestation spécifique est exigée, alors le lieu de prestation de la prestation de base doit être mentionné pour cette prestation (ex. honoraires supplémentaires, suppléments d'accréditation, …).

S'il s'agit d'alimentation parentérale à domicile, le numéro de l'hôpital doit être mentionné.

S'il s'agit de prestations effectuées dans un service de médecine nucléaire dans lequel un PET-scan est installé, le numéro de l'hôpital doit être mentionné suivi de 112 dans les 3 dernières positions.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/8 pour les 2 premiers alinéa;
29 août 2001 pour PET-scan.

18. **A.R. du 10 août 2001 portant modification de l'A.R. du 23 mars 1982 fixant l'intervention personnelle du bénéficiaire ou l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations,** ET 50 Z 17-18 S 4.

Si l'intervention personnelle est diminuée en application de l'A.R. du 10/08/01 susmentionné, les pseudo-codes 0761795-0761806 doivent être mentionnés comme prestation relative.

Date d'application : date de publication de l'A.R. du 25/09/01 concerné.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/9

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/9

Pages à remplacer :

- annexe 5.2.2, 5.2.3, 5.2.5, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.21, 5.2.22, 5.2.24;
- annexe 6;
- annexe 6.3.;
- ET 20 Z 10, Z 19;
- ET 30 Z 4 S 1, S 2, S 3, S 7, S 8, Z 5 et Z 6a-6b suite 1, Z 13, Z 27;
- ET 50 Z 13 S 1.

Pages à ajouter.

- annexe 5.2.14 bis;
- ET 30 Z 5 et Z 6a-6b suites 2, 3 et 4.
- ET 30 Z 24-25;

Nouveau financement des établissements hospitaliers en exécution des douzièmes budgétaires.

1. Conséquences sur les instructions de facturation sur support magnétique.

1.1. ET 30 Z 4 S1, S 7 et S 8.

Les pseudo-codes mentionnés sous le point 1 de la Suite 1 sont supprimés, à l'exception du code 0790020 pour le séjour du nouveau-né dans le service n. Ils sont remplacés par les nouveaux pseudo-codes 0768003 jusque et y compris 0768165.

De plus, un nombre de pseudo-codes nomenclature spéciaux (à savoir 0768504, 0768482, 0768471, 0768460, 0768445, 0768423, 0768401) sont repris pour la mention du montant par journée d'entretien à 100%. Ces codes n'ont une signification que dans le cadre de la facturation par les hôpitaux aux tiers. Ces codes ne sont pas à mentionner dans le cadre du support magnétique pour les O.A..

Les codes pour l'hospitalisation partielle, l'hospitalisation de placement familial et les séjours dans des camps de vacances collectifs en psychiatrie, sont également changés dans la Suite 7 et la Suite 8.

Conformément à la nouvelle directive de financement, les interventions personnelles du patient, relatives au séjour à l'hôpital, ne sont pas modifiées. Par contre, l'A.R. du 11 juin 2002 modifie les interventions personnelles pour certains groupes de personnes avec de longs séjours en psychiatrie. Dans ce cas, les pseudo-codes doivent être revus. La nouvelle codification sera communiquée le plus vite possible.

1.2. ET 30 Z 24-25.

Il s'agit d'une zone non définie momentanément.
Cette zone est désormais définie comme suit:
"ordre de grandeur des frais de séjour, montant indicatif"
avec un format et type 1 A + 11 N.

Dans cette zone, le montant du prix de journée d'entretien à 100% est mentionné à titre indicatif.
Cette zone est complétée si la zone 4 (qui contient un code journée d'entretien) = 0768025, 0768051, 0768062, 0768106, 0768121, 0768143 ou 0768165.

1.3. ET 30 Z 27.

En application de l'A.R. du 5 mars 1997 et de l'art. 37bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, s'il s'agit d'enregistrements contenant des interventions personnelles en cas d'admission dans un hôpital, ils doivent directement être précédés par un enregistrement contenant le montant par jour correspondant (pseudo-codes 0768025, 0768106, 0768121, 0768143 ou 0768165). Les enregistrements contenant les interventions personnelles suivent la même subdivision que les enregistrements relatifs aux montants par jour.
Pour l'hôpital chirurgical de jour, aucune intervention personnelle n'est portée en compte pour le séjour.

1.4. Hôpital chirurgical de jour.

L'hôpital chirurgical de jour est une nouvelle notion, introduite parallèlement au nouveau financement des hôpitaux.

Il se rapporte aux prestations de chirurgie qui donne lieu, momentanément, à la facturation d'une journée d'entretien forfaitaire (mini ou maxiforfait ou forfait A, B, C, D).

Les règles de la facturation de l'hôpital chirurgical de jour sont dès lors identiques aux règles de facturation des mini- et maxiforfait et expériment A, B, C, D.
Contrairement à un séjour hospitalier habituel, aucune intervention personnelle n'est portée en compte au patient pour l'hôpital chirurgical de jour.
Des pseudo-codes nomenclature distincts sont définis (0768036-0768040 et 0768051-0768062). Voir ET 30 Z 4 point 1 bis).
Les codes ambulants 0768036 et 0768051 doivent être utilisés en cas d'admission normale en hôpital chirurgical de jour; ils sont utilisés avec le type de facture 9.
Les codes hospitalisés 0768040 et 0768062 doivent être utilisés en cas d'admission en hôpital chirurgical de jour d'un patient qui est hospitalisé ailleurs; dans ce cas, le type de facture 1 est utilisé et les codes prestations correspondants sont de type hospitalisé.

1.5. ET 30, 40 et 50 Z 13.

Pour l'hôpital chirurgical de jour, il n'y a pas de formulaire 721bis.
Cependant, pour l'hôpital chirurgical de jour, le code service spécifique 320 est attribué.
Ce code service doit être mentionné dans l'ET 30, 40 et 50 Z 13 lorsqu'il s'agit d'un hôpital chirurgical de jour normal (codes 0768036 et 0768051 avec le type de facture 9).
S'il s'agit d'un hôpital chirurgical de jour pour un patient qui est hospitalisé ailleurs, le code service de l'hôpital de séjour est mentionné (codes 0768040 et 0768062 avec le type de facture 1).

1.6. ET 20 Z 10.

Le type de facture 9 ou 1 est utilisé pour l'hôpital chirurgical de jour, selon qu'il s'agisse d'une hospitalisation normale en hôpital chirurgical de jour ou d'une admission d'un patient qui séjourne ailleurs.

1.7. ET 20 Z 19.

Pour l'hôpital chirurgical de jour (code ambulant ou hospitalisé, type de facture 1 ou 9), il s'agit d'un numéro encrypté de l'admission dans l'hôpital chirurgical de jour.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/10

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/10

Pages à remplacer :

- page 15;
- annexe 1.1;
- annexe 5.2.4, 5.2.10, 5.2.11, 5.2.13, 5.2.28;
- ET 20 Z 11, Z 11 S 1;
- ET 30 Z 3, Z 4 S 1, S 2, S 3, S 4, S 6, S 7, S 8, S 9, Z 5 et Z 6a-6b suite 3, Z 17-18, Z 24-25;
- ET 40 Z 4 S 3, Z 10, Z 13, Z 40-41;
- ET 50 Z 3 S 1, Z 4, Z 4 S 8, S 13, S 14, S 15, Z 10, Z 13, Z 13 S 2, Z 17-18 S 1, Z 24-25, Z 41-42.

Pages à ajouter.

- annexe 5.2.28 bis;
- ET 50 Z 3 S 2.

1. Structure du numéro d'identification du bénéficiaire à l'U.N.M.S., page 15.

La structure du numéro d'indentification du bénéficiaire à l'U.N.M.S. est modifiée.

Date d'application : prestations à partir du 01/11/2002.

2. Liste des personnes de contact, annexe 1.1.

La liste reprise en annexe 1.1. a été actualisée.

Date d'application : date de publication de la mise à jour 1999/10.

3. Codes erreur, annexes 5.2.4, 5.2.10, 5.2.11, 5.2.13, 5.2.28 et 5.2.28bis.

La liste des codes erreur a été adaptée.

Date d'application : date de publication de la mise à jour 1999/10.

4. Réintroduction de prestations rejetées, ET 20 Z 11, Z 11 S 1.

La valeur 1 de l'ET 20 Z 11 vaut aussi pour la réintroduction d'une facture partiellement rejetée.

Si, lors de la réintroduction de prestations rejetées, une modification a été apportée aux instructions entre le moment de l'introduction originale et celui de la réintroduction, la formulation de la date d'application de la modification est déterminante pour les règles à suivre lors de la réintroduction :
Si la date d'application était liée à une date de prestation, la réintroduction s'effectue selon les règles en vigueur lors de l'introduction originale;
Si la date d'application était liée à une date de facturation, la réintroduction s'effectue conformément à la réglementation modifiée.

Date d'application : date de publication de la mise à jour 1999/10.

5. Norme journée d'entretien, ET 30 Z 3.

L'hospitalisation chirurgicale de jour suit les mêmes règles de facturation que celles des mini, maxi-forfait et forfaits A, B, C et D.
Dès lors, pour l'hôpital chirurgical de jour, tant dans l'enregistrement du forfait par jour que dans celui du forfait par admission, la zone 3 (norme journées d'entretien) est égale à «zéro», et cela qu'il s'agisse de codes hospitalisés ou ambulants.

La norme 2 est réservée pour la facturation d'un séjour hospitalier classique, limitée à un enregistrement (ex. code prestation 0768025).

Date d'application : prestations à partir du 01/07/2002.

6. Services Sp dans le nouveau financement des hôpitaux, ET 30 Z 4 S 1.

Les pseudo-codes
0768084 Sp autre que palliatif: montant par admission
0768106 Sp autre que palliatif : montant par jour
0768460 Sp autre que palliatif : prix de journée à 100%
0768143 Sp palliatif : montant par jour
0768445 Sp palliatif : prix de journée à 100%
sont réservés pour la facturation des séjours dans les services Sp des hôpitaux généraux.
Pour les services Sp dans les hôpitaux psychiatriques, le financement est semblable à celui des services psychiatriques.
Pour la facturation, le pseudo-code 0768121 doit être utilisé.

Date d'application : prestations à partir du 01/07/2002.

7. Quote-part personnelle hospitalisation, ET 30 Z 4 S 1, Z 4 S 2et Z 4 S 3.

Suite à la publication de l'A.R. du 11 juin 2002 modifiant l'A.R. du 5 mars 1997, la liste des pseudo-codes nomenclature pour la mention de la quote-part personnelle en cas d'hospitalisation a été modifiée.

Date d'application : prestations à partir du 01/07/2002.

8. Pseudo-code journée d'entretien et forfait, ET 30 Z 4 S 4.

Dans la version française, le code 0750175 a été déplacé dans la colonne « ambulant ».

Date d'application : date de publication de la mise à jour 1999/10.

9. Centres médicaux pédiatriques, ET 30 Z 4 S 6.

Suite à l'A.R. du 3 juin 2002, des nouveaux pseudo-codes nomenclature ont été définis dans le cadre de la diminution de l'intervention de l'assurance pour les centres médicaux pédiatriques.
Ces codes ont été ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 6.

Date d'application : prestations à partir du 01/08/2002.

10. Nouveau financement des hôpitaux, ET 30 Z 4 S 7.

De nouveaux pseudo-codes nomenclature ont été publiés pour le prix de journée à 100 % en cas de séjour partiel dans les services psychiatriques A, K et T.

Date d'application : prestations à partir du 01/07/2002.

11. Placement familial dans l'hôpital, ET 30 Z 4 S 8.

Le code 0793520 a été ajouté pour la mention du prix de journée à 100% dans le placement familial dans l'hôpital et cela contrairement à ce qu'il a été stipulé dans la circulaire Hôp. 2002/10.

Date d'application : prestations à partir du 01/07/2002.

12. Rééducation et revalidation ET 30 Z 4 S 9.

Les pseudo-codes pour la facturation d'un programme de rééducation pour les maladies neuromusculaires ont été ajoutés dans la version néerlandaise de l'ET 30 Z 4 S 9.

Date d'application : date introduction de la convention de rééducation.

13. Exemple de facturation dans l'ET 30 Z 5 et Z 6a-6b S 3

L'exemple publié dans la mise à jour 1999/9 a été corrigé en ce qui concerne le pseudo-code "congé non-payé" dans l'ET 30 Z 4.

Date d'application : prestations à partir du 01/07/2002.

14. Prestation relative pour l'hospitalisation chirurgicale de jour, ET 30 Z 17-18.

Contrairement à ce qu'il a été stipulé dans le point 1 de la circulaire Hôp. 2002/10 :

« En cas d'hospitalisation chirurgicale de jour, la prestation chirurgicale liée à cette facturation doit être mentionnée dans l'enregistrement du montant par admission et peut être mentionnée dans l'enregistrement du montant par jour ». Cette règle est basée sur le lay-out de la note d'hospitalisation, où le code de prestation est mentionné après la ligne avec le forfait d'admission.

Date d'application : prestations à partir du 01/07/2002.

15. Montant indicatif ordre de grandeur frais de séjour, ET 30 Z 24-25.

Le prix de la journée à 100% doit également être mentionné en cas de séjour partiel dans les services psychiatriques et le placement familial dans l'hôpital.

Le placement familial à domicile et les camps de vacances collectifs ne font pas partie du financement en douzièmes budgétaires.
La mention du prix de la journée à 100% à titre informatif n'est donc pas nécessaire.

Date d'application : prestations à partir du 01/07/2002.

16. Matériaux et produits de soins pour la mucoviscidose, ET 40 Z 4 S 3 et Z 40-41.

L'A.R. du 21/03/2002 introduit l'intervention de l'assurance maladie dans les matériaux et produits de soins pour la mucoviscidose.
Des pseudo-codes nomenclature ont été définis en ce sens.
Ces codes sont publiés dans l'ET 40 Z 4.

Date d'application : prestations à partir du 01/01/2003.

17. Naissance multiple, ET 40 Z 10 et ET 50 Z 10

La valeur 3 a été définie dans la Z 10 des ET 40 et 50. Celle-ci doit être mentionnée lorsqu'il s'agit d'une naissance multiple et que les prestations, effectuées pour les nouveau-nés, sont facturées au nom de la mère.

Date d'application : à partir de la période de facturation avril 2003 ; donc ET 10 Z 23 = 04.

18. Code service ET 40 Z 13, ET 50 Z 13, Z 13 S 1 et Z 13 S 2.

S'il s'agit de prestations effectuées pour un nouveau-né alors que la mère séjourne dans l'hôpital (valeur 2 ou 3 dans les ET 40, 50 Z 10), le code service du service dans lequel séjourne le nouveau-né doit être mentionné.

Date d'application : à partir de la période de facturation avril 2003 ; donc ET 10 Z 23 = 04.

19. Produits visco-élastiques, ET 50 Z 3 S 2.

La facturation des prestations relatives aux combinaisons des produits visco-élastiques est explicitée dans l'ET 50 Z 3 S 2.

Date d'application : prestations à partir du 08/03/2002.

20. Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature, ET 50 Z 4.

La version française a été corrigée : le paragraphe relatif aux maisons médicales est supprimé.

Date d'application : date de publication de la mise à jour 1999/10.

21. Radio-isotopes, ET 50 Z 4 S 8.

Des pseudo-codes ont été créés pour le Samarium 153, Palladium 103 et Iodium 125.

Date d'application : Samarium: prestations à partir du 01/11/2001;
Iodium et Palladium: prestations à partir du 01/05/2002.

22. Exemple de facturation des implants, ET 50 Z 4 S13, Z 4 S 14 et Z 4 S 15.

Les exemples de facturation ont été actualisés.

Date d'application : date de publication de la mise à jour 1999/10.

23. Codification pour les services Sp, ET 30, 40 Z 13 et ET 50 Z 13 S 2.

A partir de la date prestation 01/01/03, le code service 690 est supprimé et remplacé par les codes service 640, 650 et 660.

Date d'application : prestations à partir du 01/01/2003.

24. Prestation relative, ET 50 Z 17-18 S 1.

Le remplissage de la zone prestation relative en cas de soins infirmiers (1er et 2ème tirets de l'ET50 Z 17-18 S 1) a été corrigé.
Les deux dernières lignes du 3ème tiret (facturation des prestations de l'art. 7, § 1 et art. 22, II, a)) sont supprimées.

En matière de prothèse dentaire, les codes nomenclature 0306810-0306821 et 0308232-0308243 ont été supprimé (4ème tiret).

Date d'application : date de publication de la mise à jour 1999/10.

25. Identification prescripteur, ET 50 Z 24-25.

Conformément à l'art. 17, § 1er, 1° de la nomenclature, il ne faut pas mentionner de prescripteur pour les prestations 0450192 et 0450214, à savoir la mammographie dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité.

Date d'application : prestations à partir du 15/06/2001.

26. Numéro bon de délivrance ou sac, ET 50 Z 41-42.

Le numéro du sac de sang comprend 21 positions, seules les 12 dernières positions sont mentionnées dans cette zone.

Date d'application : date de publication de la mise à jour 1999/10.

27. Fusions de fédérations.

A partir du 1er janvier, certaines fédérations fusionnent ; à savoir pour :

- l'A.N.M.C. :
  * 111 et 115 deviennent 111 ;
  * 116, 127 et 129 deviennent 129.

- l'U.N.M.S. :
  * 310 et 311 deviennent 311 ;
  * 309 et 328 deviennent 309 ;
  * 314 et 327 deviennent 314.

A partir du 1er janvier 2003, il y a une collaboration entre deux fédérations au sein de l'U.M.L..
La fédération 527 transfère ses membres néerlandophones vers la fédération 526.

Les facturations doivent s'effectuer selon la procédure propre à chaque organisme assureur. Pour de plus amples informations, veuillez consulter les sites web :

- www.mc.be
- www.socmut.be/fusions
- www.MLOZ.be

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/11

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/11

Pages à remplacer :

- page 22;
- annexe 5.2.4, 5.2.7, 5.2.9, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.15,5.2.18, 5.2.19, 5.2.21, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.25, 5.2.26, 5.2.27, 5.2.28;
- annexe 9.3;
- ET 30 Z 4 S 3, S 12, S 13, Z 5, Z 6a-6b;
- ET 40 Z 3, Z 4 S 3, Z 4 S 4, Z 39, Z 40-41;
- ET 50 Z 3, Z 4, Z 4 S 3 BIS, Z 5, Z 13, Z 14, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 16, Z 17-18 S 2, Z 19, Z 23, Z 24-25, Z 26 S 5, Z 27, Z 30-31.

1. **Structure du numéro d'identification du bénéficiaire à l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, page 15.**

   Dans la version néerlandophone des instructions, une faute de frappe a été corrigée.

   Date d'application : publication de la mise à jour 1999/11.

2. **Structure du numéro d'identification du bénéficiaire à la Caisse des Soins de santé de la S.N.C.B., page 22.**

   Une information relative à la rubrique 3 «année de naissance du titulaire» a été ajoutée.

   Date d'application : publication de la mise à jour 1999/11.

3. **Codes erreur, annexes 5.2.4, 5.2.7, 5.2.9, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.15, 5.2.18, 5.2.19, 5.2.21, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.25, 5.2.26, 5.2.27 en 5.2.28.**

   La liste des codes erreur a été adaptée.
   Les codes erreur suivants ont été définis dans le cadre de la transmission des données Carenet : F 200130, F 202421, F 202430, F 202431, F 202432, F 202433, F 202434, R 300130, R 300422, R 300423, R 300430, R 300434, R 301748, R 400130, R 400423, R 400430, R 400434, R 400459, R 401721, R 500130, R 500423, R 500424, R 500430, R 500434, R 500435, R 501520, R 502022.

   Date d'application : date de publication de la mise à jour 1999/11.

4. **Utilisation de la norme 7, Annexe 9.3. et ET 50 Z 3.**

   L'utilisation de la norme 7 est clarifiée dans l'annexe 9.3. et l'ET 50 Z 3.

   Date d'application : date de publication de la mise à jour 1999/11.

5. **Pseudo-code journée et forfait, ET 30 Z 4 S 3, S 12 et S 13.**

   5.1. ET 30 Z 4 S 3.

   Suite à l'A.R. du 17 décembre 2002, fixant les règles selon lesquelles une partie du prix d'hébergement des maisons de soins psychiatriques est mise à charge de l'Etat, trois nouveaux pseudo-codes relatifs aux tickets modérateurs sont publiés dans l'ET 30 Z 4 S 3.
   Les anciens codes peuvent encore être utilisés pour les patients qui séjournaient déjà dans la MSP au 1er janvier 2003, selon la procédure de transition prévue dans l'art. 1, § 2 de l'arrêté susmentionné.
   Si un patient se situe dans l'ancien et le nouveau régime dans le groupe 2, priorité doit être accordée à l'utilisation du nouveau code 0790812 au lieu du code 0790753.

   Date d'application : prestations à partir du 01/01/2003. Voir circulaire aux M.S.P. n°2003/1.

   5.2. ET 30 Z 4 S 12 et S 13.

   La liste des pseudo-codes en matière de rééducation fonctionnelle et professionnelle – conventions spécifiques – INAMI est actualisée.

   Date d'application : date introduction nouvelles conventions.

6. Dates premier et dernier jour facturé, ET 30 Z 5 et Z 6a-6b

Il est spécifié qu'en cas de forfait par admission, la date d'admission doit être mentionnée dans ces zones.

La date de sortie doit être communiquée s'il y a une interruption effective du séjour. En cas de prolongement de l'accord, aucune date de sortie ne doit être mentionnée.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/11.

7. Norme prestation, ET 40 Z 3.

La valeur « 1 » est adaptée pour les pseudo-codes pour les médicaments de catégorie Bg ou Br.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/11.

8. Pseudo-code catégorie médicament, ET 40 Z 4 S 3 et S 4.

Suite aux deux arrêtés royaux du 24 octobre 2002, publiés dans le Moniteur Belge du 20 novembre 2002, les pseudo-codes nomenclature relatifs aux aliments diététiques et moyens de diagnostiques et matériel de soins remboursables ont été introduits dans la zone.

Date d'application : délivrances effectuées à partir du 1er décembre 2002. Voir circulaire aux Hôpitaux généraux et psychiatriques n°2003/2.

9. Intervention personnelle patient théorique, ET 40 Z 39 et Numéro du produit, ET 40 Z 40-41.

La référence à l'arrêté royal relatif aux médicaments est actualisée. Il s'agit de l'A.R. du 21 décembre 2001.

La valeur de l'intervention personnelle théorique pour les médicaments de la catégorie de remboursement B est convertie en EUR.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/11.

10. Honoraires forfaitaires pour les prestations de biologie clinique ambulatoire, ET 50 Z 4, Z 5, Z 13, Z 15 S 1, Z 16, Z 17-18 S 2, Z 19, Z 24-25, Z 27 et Z 30-31.

Suite à l'arrêté royal du 18 décembre 2002 (M.B. 24/12/2002) les instructions concernant les honoraires forfaitaires en biologie clinique ambulatoire sont modifiés.

Date d'application : prestations à partir du 1er janvier 2003. Voir circulaire aux Laboratoires de biologie clinique, réf 1804/GE/MG/2003.95.

11. Contribution forfaitaire des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence, ET 50 Z 4 S 3, Z 15 S 1, Z 19, Z 27 et Z 30-31.

Suite à l'A.R. du 19 février 2003 (M.B. 28 février 2003), le code 0960256 relatif à la contribution forfaitaire des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence a été introduit en vue de l'exécution de la transmission de données comme fixée dans l'article 2 de l'arrêté royal précité.
Dans ce cas, la norme prescripteur doit être égale à zéro.

Date d'application : prestations à partir du 1er mars 2003.

12. Lieu de prestation, ET 50 Z 14et Z 14 S 2.

Le lieu de prestation pour les prestations de biologie clinique qui sont effectuées dans un établissement de soins doit toujours être égal au numéro d'identification du laboratoire de l'établissement de soins ; même lorsqu'il s'agit de prestations pour lesquelles le remboursement ne dépend pas des conditions reprises à l'article 63 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et ces prestations ne sont pas effectuées dans les locaux du laboratoire concerné.

S'il s'agit d'un déplacement d'un patient, le numéro d'identification de l'hôpital qui facture doit alors être mentionné dans cette zone.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/11.

13. Nombre de coupes, ET 50 Z 23.

Pour le dernier paragraphe, il est spécifié que l'A.R. du 27/02/2002 supprime cette réglementation à partir du 01/03/2002.

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/11.

14. Norme prescripteur, ET 50 Z 26 S 5.

Le tableau des combinaisons est complété par la mention du dispensateur, médecin spécialiste en médecine nucléaire et qui est donc compétent pour exécuter les 22 prestations de l'art. 24 qui sont analogues aux 22 prestations de l'art 18, § 2B, e (voir art 19, § 5 quinquies).

Date d'application : publication de la mise à jour 1999/11.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 1999

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/11 corrigendum

Pages à remplacer :

- ET 40 Z 4 S 3.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS - EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/12

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/12

Pages à remplacer :

- Page 7;
- Annexe 5.2.10, 5.2.18, 5.2.25 et 5.2.27;
- Annexe 7;
- Annexe 8.1 et 8.2;
- Annexe 9.1 et 9.2;
- Annexe 11.3;
- Annexe 14.4;
- ET 20 Z 6a-6b;
- ET 30 Z 5, Z 17-18 et Z 19
- ET 40 Z 4 S 1, S 2, S 3;
- ET 50 Z 4 S 3 BIS, S 10, S 11, S 12, S 17, S 18, S 21, S 23, S 24, Z 13, Z 14, Z 14 S 2, Z 15, Z 15 S 1 jusque et y compris S 14, Z 17-18 S 1, Z 19, Z 23, Z 24-25, Z 26 S 3, Z 27 et Z 30-31.

Pages à ajouter :

- ET 40 Z 16;
- ET 50 Z 4 S 24 BIS, S 24 TER;
- ET 50 Z 15 S 15, S 16, S 17, S18, S 19, S 20, S 21, S 22, S 23 et S 24.

Pages à supprimer :

- annexes 13.1, 13.2, 13.3, 13.4, 13.5, 13.6, 13.7, 13.8.

1. Page 7

Le point 2.6. relatif au basculement de la facturation des prestations de soins de santé à l'Eur est supprimé.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

2. Annexe 5.2.10, 5.2.18, 5.2.25, 5.2.27

La liste des codes erreur a été adaptée en fonction des modifications de la présente mise à jour.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

3. Annexe 7

On attire l'attention sur l'importance d'un emploi correct des zones « intervention personnelle » et « supplément ». Voir aussi l'annexe 9.
De plus, un renvoi en franc belge a été supprimé.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

4. Actualisation de l'annexe 8 et de l'annexe 9

Dans l'annexe 8.1 le point concernant la biologie clinique ambulatoire a été modifié. Un nouveau point a été ajouté pour l'hôpital chirurgical de jour.
Dans l'annexe 8.1 et 8.2, la valeur zéro est, à chaque fois, ajoutée dans l'ET 40 Z 13.

L'annexe 9.1 a été actualisée dans le cadre du nouveau financement des hôpitaux. Un enregistrement « montant par admission » et un enregistrement « montant par jour » ont été intégrés.
En outre, les montants en BEF ont été remplacés par des montants en €.

Dans l'annexe 9.2, des catégories de médicaments ont été ajoutées : spécialités de référence, aliments diététiques et moyens diagnostiques et matériel de soins, matières et produits de soins pour mucoviscidose.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

5. Annexe 11, 13 et 14

5.1 Annexe 13

L'annexe 13, concernant le basculement à l'Euro, a été retirée de la publication.

5.2 Annexe 11.3 et 14.4

Dans l'ET 40 Z 13, la valeur zéro peut également apparaître en regard du code service 990.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

6. Date de sortie, ET 20 Z 6a-6b

Il est précisé qu'en cas de prestations effectuées pour des patients hospitalisés qui séjournent ailleurs (type facture 1), la zone peut être égale à zéro.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

7. Date premier jour (pouvant être) facturé, ET 30 Z 5

On a précisé la manière selon laquelle cette zone doit être complétée en cas d'un second forfait par admission, à savoir lors d'un transfert d'un service général vers un service Sp, et inversement.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

8. Prestation relative, ET 30 Z 17-18

Il a été ajouté que cette zone est égale à zéro lorsque le code 0790020 (séjour d'un nouveau-né dans un service N*(n)) est mentionné dans la zone 4.
De plus, "journée d'entretien" est remplacé par " montant par jour d'hospitalisation".

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

9. Signe + montant intervention de l'assurance, ET 30 Z 19

La correspondance entre le tarif et la date de prestation est accentuée en cas de montants forfaitaires liés à une période.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

10. Pseudo-code catégorie médicament, ET 40 Z 4 S1, S2, S3

L'appellation des catégories a été modifiée. Les spécialités recoivent la lettre « S », les aliments diététiques la lettre « D » et les moyens diagnostiques et matériel de soins la lettre « M ».

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

11. Médicaments gratuits, ET 40 Z 16

Cette nouvelle zone a été créée pour permettre de mentionner les médicaments gratuits sur le support magnétique.

Date d'application : 1er octobre 2003

12. (Pseudo-) code nomenclature, ET 50 Z 4 S 3 BIS, S 12

Le point 10 relatif à la contribution forfaitaire des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence est déplacé de la S 3 BIS vers la S 12.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

13. (Pseudo-) code nomenclature, ET 50 Z 4 S 10

En application de l'A.R. du 26 mars 2003, qui publie un certain nombre de prestations pour lesquelles la valeur relative est augmentée de 25 % lorsqu'elles sont effectuées chez des enfants de moins de 5 ans, de nouveaux pseudo-codes ne seront pas définis.
Les codes 0460213, 0460224, 0460935 et 0460946 sont supprimés à partir du 1/4/2003.

Date d'application : 1er avril 2003

14. Fécondation in vitro, ET 50 Z 4 S 11, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 19, Z 24-25, Z 27 et Z 30-31

Suite à l'A.R. du 4 juin 2003 - M.B. du 16 juin 2003, selon lequel les coûts de la fécondation in vitro sont repris dans le budget de l'hôpital, le nombre de prestations doit être enregistré au moyen d'une série de pseudo-codes nomenclature. Les zones montants pour ces codes seront toujours égales à zéro.

Date d'application : 1er juillet 2003

15. (Pseudo-) code nomenclature, ET 50 Z 4 S 17, S 18, S 21, S 23, S 24, S 24 BIS et S 24 TER

Faisant suite à une modification de la nomenclature des praticiens de l'art infirmier, les pages des instructions de facturation susmentionnées ont été adaptées.

Date d'application : 1er juillet 2003

16. Code service, ET 50 Z 13

Suite à la décision prise par le CTH, il a été spécifié que : «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)».

Il est également ajouté que cette zone est mise à zéro en cas d'honoraires forfaitaires pour soins d'urgence.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

17. Lieu de prestation, ET 50 Z 14, S 2

Les codes qualification pour l'agrément de la pathologie cardiaque B ont été publiés :
Code 120 : agrément pour B1, B2 et B3
Code 121 : agrément B1 uniquement.

Dans l'ET 50 Z 14 S 2, il a été spécifié que «si la prestation relative est complétée, le lieu de prestation doit alors correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui a été mentionnée comme prestation relative».

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

18. Identification du dispensateur, ET 50 Z 15 et suites

La liste d'identification des dispensateurs a été actualisée.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

19. Prestation relative, ET 50 Z 17-18 S 1

Pour les codes nomenclature de kinésithérapie, on a précisé que la prestation relative est égale à zéro lorsqu'il n'y a qu'un seul tarif, mais bien le tarif augmenté.

Date d'application : Publication de la mise à jour 1999/12

20. Nombre de coupes, ET 50 Z 23

Il est précisé qu'à partir de la date prestation 01/04/2003, le nombre de coupes ne doit plus être mentionné pour aucune prestation (A.R. 26/03/03 – M.B. 31/03/03).

Date d'application : Prestations à partir du 01/04/2003

21. Norme prescripteur, ET 50 Z 26 S3

L'A.R. du 26 mars 2003 modifie l'article 17bis de la nomenclature et ajoute un article 17quater. De ce fait, l'ET 50 Z 26 S3 a été modifié.

Date d'application : Prestations à partir du 1/4/2003

22. Implants art. 35bis, ET 50 Z 27 et Z 30-31

L'A.R. du 18/03/2003 (M.B. 28/03/2003) modifie l'art. 35bis de la nomenclature. Un ticket modérateur réglementaire est prévu pour les prestations de l'art. 35bis, § 1, catégories 1b et 2b. Les ET 50 Z 27 et Z 30-31 ont été adaptés en ce sens.

Date d'application : Prestations à partir du 1/4/2003

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS - EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/12 corrigendum

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/12 corrigendum

Pages à remplacer :

- ET 50 Z 4 S 21, S 24.

1. Nomenclature patients diabétiques, ET 50 Z 4 S 21, S 24

La nomenclature patients diabétiques est toujours sur prescription médicale, excepté pour 0423135 (dossier) et 0423172 (présence d'un infirmier référent) pour lesquels aucune prescription médicale n'est exigée.
La valeur de la norme prescripteur est 1 ou 0.

Les pages susmentionnées doivent être corrigées.

Date d'application : 1er juillet 2003

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS - EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/13

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/13

Pages à remplacer :

- Page 14;
- Annexe 5.2.2, 5.2.5, 5.2.7, 5.2.11, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.17, 5.2.18, 5.2.19, 5.2.24, 5.2.26, 5.2.27, 5.2.29, 5.2.30, 5.2.31, 5.2.32 et 5.2.33;
- Annexe 6, 6.2, 6.4 et 6.6;
- ET 10 Z 11;
- ET 20 Z 7, Z 8a-8b, Z 18, Z 27 S 2;
- ET 30 Z 4 S 4; Z 4 S 5, Z 19, Z 27 et Z 30-31;
- ET 40 Z 19, Z 27, Z 30-31 et Z 39;
- ET 50 Z 4 S 3, Z 19, Z 27 et Z 30-31;

Pages à ajouter :

- page 12 bis;
- pages 15 bis et 15 ter;
- Annexe;
- Annexe 15.1, 15.2, 15.3, 15.4, 15.5;
- ET 20 Z 32;
- ET 80 Z 32.

1. **<u>Fusions de mutualités</u>, pages 12 bis, 14, 15 bis et 15 ter, ET 20 Z 7, Z 8a-8b et Z 18.**

   Suite aux fusions au 1er janvier 2004 de mutualités de l'A.N.M.C., de mutualités de l'U.N.M.N. et de mutualités de l'U.N.M.S., les pages 12 bis (pour l'A.N.M.C.), 14 (pour l'U.N.M.N.) et 15 bis, 15 ter (pour l'U.N.M.S.) ont été ajoutées pour clarifier la situation.

   Dans l'ET 20 Z 7, Z 8a-8b et Z 18, une remarque renvoie aux pages susmentionnées.

   <u>Date d'application</u> : 1er janvier 2004.

2. **<u>Aperçu des annexes</u>, Annexe.**

   Une page, donnant un aperçu de toutes les annexes, a été ajoutée.

   Cette page doit être classée avant les annexes et après la page 23.

   <u>Date d'application</u> : 1er janvier 2004.

3. **<u>Monnaie (Bef ou Euro)</u>, Annexes 5.2.2, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.18, 5.2.19, 5.2.26, 5.2.27, 5.2.30, 5.2.31, 5.2.32, 5.2.33 et ET 10 Z 11, ET 30 Z 19, Z 27, Z 30-31, ET 40 Z 19, Z 27, Z 30-31, ET 50 Z 19, Z 27 et Z 30-31.**

   Dans l'ET 10 Z 11, la valeur 0 a été ajoutée pour les facturations pour lesquelles l'ET 10 Z 22-23 > 0200312.

   Suite à cet ajout, les codes erreurs ont été modifiés et la remarque relative au code monnaie a été supprimée dans toutes les zones "montant".

   <u>Date d'application</u> : Mois de facturation janvier 2004.

4. **<u>Identification bénéficiaire</u>, Annexes 5.2.5, 5.2.7, 5.2.11, 5.2.17, 5.2.24, 5.2.29, 5.2.31, annexes 6, 6.2, 6.6 et ET 20 Z 8, Z 32, ET 80 Z 32.**

   A partir du 01/01/2004, le numéro du registre national est utilisé comme identification du bénéficiaire à l'O.A..

   Une nouvelle zone 32 "flag identification bénéficiaire" a été créée dans les ET 20 et 80.

   Suite à cette nouvelle zone 32 dans les ET 20 et 80, le dessin d'enregistrement a été modifié et de nouveaux codes erreurs ont été créés.

   <u>Date d'application</u> : Mois de facturation janvier 2004

5. **<u>Annexe 6.4</u>**

   Dans la mise à jour 1999/12, la nouvelle zone 16 "médicaments gratuits" n'avait pas été reprise dans l'annexe 6.4.

   <u>Date d'application</u> : 1er octobre 2003.

6. Règles d'arrondis pour les médicaments, Annexe 15.1, 15.2, 15.3, 15.4, 15.5.

Dans l'annexe 15 et suites, on communique la procédure selon laquelle les prix des médicaments doivent être arrondis.
Usage doit être fait des prix à la date de délivrance.

Date d'application : Mois de facturation janvier 2004.

7. Code titulaire 2, ET 20 Z 27 S 2

Une remarque relative à la nouvelle codification, applicable au 1er janvier 2004, pour l'identification du type de convention internationale a été ajoutée.

Date d'application : 1er janvier 2004.

8. Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel dans les MSP, ET 30 Z 4 S 4.

En cas de congé payé individuel dans les MSP, la quote-part personnelle doit être diminuée de €6,20 (voir art. 5 § 1 de la Convention).

Les pseudo-codes 0790856, 0790871, 0790893, 0790915, 0790930 et 0790952 ont été créés pour renseigner la quote-part personnelle en cas de congé payé individuel dans les MSP.

Date d'application : Mois de facturation janvier 2004.

9. Reconversion MRPA en MRS avec effet rétroactif, ET 30 Z 4 S 5.

Des nouveaux pseudo-codes relatifs à la reconversion susmentionnée ont été créés.

Date d'application : A partir de la date de reconversion de l'établissement individuel.

10. Montant de l'intervention de l'assurance, ET 40 Z 19, Intervention personnelle patient, ET 40 Z 27, Montant supplément, ET 40 Z 30-31 et Intervention personnelle patient théorique, ET 40 Z 39.

Ces zones ont été redéfinies.

Date d'application : 1er janvier 2004.

11. Alimentation entérale par sonde au domicile du patient, ET 50 Z 4 S 3.

Les pseudo-codes 0754611, 0754633, 0754655 et 0754670 ont été repris dans cette zone.

Date d'application : 1er janvier 2004.

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 DE DONNEES DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS - EDITION 1999

MISE A JOUR 1999/14

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/14

Pages à remplacer :

- Page de garde;
- Pages 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 14;
- Annexe 5.1 suite 2 et suite 3;
- Annexe 5.4, annexe 5.4 suite 1;
- ET 20 Z 3, Z 42-43-44-45;
- ET 30 Z 4 S 1, S 2, S 3, Z 13;
- ET 50 Z 3 S 2.

Pages à ajouter :

- Pages 24, 25, 26, 27, 28;
- ET 50 Z 3 S 3, Z 4 S 15 BIS et S 15 TER.

Pages à supprimer :

- Annexe 5.4 suite 2.

1. **Pages 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, annexe 5.1 suites 2 et 3, annexe 5.4 et annexe 5.4 suite 1.**

Suite à l'introduction de CareNet, les notions de "support magnétique" et "support de décompte" sont remplacées par les termes généraux de "fichier de facturation" et "fichier de décompte".
Quelques précisions relatives à la suppression de la facture papier sont également adaptées.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/14.

2. **Page 14.**

Une clarification a été ajoutée à la page 14 en ce qui concerne les fusions de fédérations de l'UNMN.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/14.

3. **Transmission des fichiers de facturation et de décompte par CareNet, pages 24, 25, 26, 27 et 28.**

CareNet permettra l'échange de données de manière entièrement informatisée et sécurisée.
La procédure de transmission des fichiers de facturation et de décompte par CareNet est expliquée aux pages 24 jusque et compris 28 des instructions.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/14.

4. **Autorisation tiers payant, ET 20 Z 3.**

Avec la mise en production de CareNet, l'autorisation tiers payant pourra également être délivrée par CareNet.

La signification de la valeur 1 est modifiée en "Exception reçue par CareNet ou mentionnée sur la carte SIS".

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/14.

5. **Données de référence SIS, ET 20 Z 42-43-44-45.**

La phrase "Pour les praticiens de l'art infirmier et les maisons médicales, le contenu de cette zone est égal à zéro." est supprimée.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/14.

6. **Tickets modérateurs hospitalisation dans le MAF, ET 30 Z 4 S 2**

A partir du 01/01/2004, tous les tickets modérateurs de l'hospitalisation dans les hôpitaux généraux sont repris dans le MAF. L'ET 30 Z 4 S 2 a par conséquent été adapté.
Cette adaptation est basée sur un projet d'AR approuvé par le Comité de l'assurance du 26 janvier 2004.

En outre, le mot « franchise » est remplacé par « MAF » dans l'ET 30 Z 4 S 1, S2 et S 3.

Date d'application : Date de prestation 01/01/2004.

7. <u>Code service</u>, ET 30 Z 13

Dans le cas d'un deuxième forfait d'admission durant la même hospitalisation, le service de la deuxième admission doit être mentionné dans l'enregistrement du deuxième forfait d'admission.

<u>Date d'application</u> : Date publication de la mise à jour 1999/14.

8. <u>Norme prestation</u>, ET 50 Z 3 S 2 et S 3, Z 4 S 15 BIS et S 15 TER.

Depuis le 1er novembre 2003, l'assurance obligatoire soins de santé intervient dans le coût des drug eluting stents, et ce dans le cadre d'une procédure de l'article 35, catégorie 5, de la nomenclature.
Les instructions sont adaptées dans l'ET 50 Z 3 S 2 et S 3.

Un exemple de suite d'enregistrements est repris dans l'ET 50 Z 4 S15 BIS et S15 TER.

<u>Date d'application</u> : Date de prestation 01/11/2003 **<u>à l'exception</u>** des obligations relatives à la zone 17-18 qui entrent en vigueur à la date de prestation 01/03/2004.

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 1999

MISE A JOUR 1999/15

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/15

Pages à remplacer :

- Page de garde;
- Pages 11, 14, 15 bis, 26 et 27;
- Annexes 5.2.4, 5.2.5, 5.2.9, 5.2.11, 5.2.15, 5.2.17, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.24, 5.2.28 et 5.2.29;
- Annexe 5.4 et 5.4 suite 1;
- Annexe 9.2, 9.3;
- Annexe 12.2, 12.4;
- Annexe 15.1, 15.2 et 15.5;
- ET 20 Z 8a-8b, Z 14, Z 18, Z 32 et Z 42-43-44-45;
- ET 30 Z 4 S 4, S 5, S 6, S 8, Z 17-18 S 1;
- ET 40 Z 3, Z 22, Z 40-41;
- ET 50 Z 3 S 1 jusque et y compris S 3, Z 4 S 3, S 9, S 14, S 15, S 15 BIS, S 15 TER, S 18, S 23, S 24 TER, Z 15 S 3, S 7, Z 17-18, Z 17-18 S 1 jusque et y compris S 4.

Pages à ajouter :

- Annexe 9.4;
- Annexe 15.6 et 15.7;
- ET 30 Z 4 S 5 BIS;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 15 QUATER et Z 17-18 S 5.

1. Adaptations du texte, page de garde, page 11, ET 20 Z 14, ET 50 Z 15 S 3, S 7.

- Sur la page de garde, le texte “sur support magnétique ou par voie électronique” est remplacé par “des fichiers de facturation”;

- A la page 11, les termes “services psychiatriques” ont été modifiés en “établissements psychiatriques”;

- Dans l’ET 20 Z 14, le numéro de classement des circulaires OA 395 a été ajouté;

- Dans l’ET 50 Z 15 S 3, point 6), il a été ajouté que les numéros d’ordre compris entre 40001 et 49999 peuvent également être attribués pour les bandagistes;

- Dans la version francophone de l’ET 50 Z 15 S 7, le dernier paragraphe a été corrigé comme suit : “le reste de la division dont le dividende est formé …”.

Date d’application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

2. Codes erreur, annexe 5.2.20.

Les codes erreur S 404010 et S 404210 sont modifiés en R 404010 et R 404210.

Date d’application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

3. Adaptation des instructions relatives au support de décompte, pages 26, 27, annexe 5.2.4, 5.2.9, 5.2.15, annexe 5.4, 5.4 suite 1.

A la demande du C.I.N., les pages 26, 27, annexe 5.4 et 5.4. suite 1 ont été adaptées.

Par analogie au code erreur R 500119, les codes erreur R 200119, R 300119 et R 400119 ont été ajoutés avec le libellé : Enregistrement rejeté suite à une erreur dans un autre enregistrement faisant partie du bloc.

Date d’application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

4. Code facturation intervention personnelle, annexe 9.3.

Le supplément pour les spécialités de référence peut être pris en compte totalement ou partiellement par un tiers (ex. Hôpital). Dans le tableau 1.2.2., la description des ET 40 Z 27 et Z 33 ont dès lors été adaptées.
Rappel : Si le supplément n’est pas totalement porté en compte, la zone 33 doit être égale à 1.

Date d’application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

5. Règles d’arrondis pour les médicaments, Annexe 15.1, 15.2, 15.5, 15.6 et 15.7.

Quelques remarques ont été formulées à l’annexe 15.1.

En vue de clarifier la règle du plafond pour les médicaments de catégorie B, quelques exemples supplémentaires ont été ajoutés dans les annexes 15.6 et 15.7.

Dans l’exemple repris à l’annexe 15.2, il est spécifié que le plafond n’est pas atteint avec le nombre d’unités correspondant au plus grand conditionnement.

Dans l’exemple Zoladex (annexe 15.5), le montant du plafond a été adapté.

A l’annexe 15.5, un exemple supplémentaire, dans lequel le ticket modérateur est limité à la base de remboursement, a été élaboré.

Date d’application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

6. <u>Numéro d'Inscription à la Sécurité Sociale</u>, pages 14, 15 bis, annexe 5.2.5, 5.2.11, 5.2.17, 5.2.24, 5.2.29, ET 20 Z 8a-8b et Z 32.

Le terme "Numéro de registre national" a été remplacé par "Numéro d'Inscription à la Sécurité Sociale" dans les pages 14, 15 bis, dans la zone "Identification du bénéficiaire" (ET 20 Z 8a-8b), dans la zone "Flag identification du bénéficiaire" (ET 20 Z 32) et dans les codes erreur correspondants.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

7. <u>Numéro de la mutualité de destination</u>, annexe 12.2, 12.4, ET 20 Z 18.

A partir de la facturation relative au mois de juin 2004, pour l'A.N.M.C., le numéro de la mutualité de destination pour les maisons médicales est égal au numéro de la mutualité d'affiliation, au lieu de 100.

<u>Date d'application</u> : A partir des facturations relatives au mois de juin 2004.

8. <u>Données de référence carte SIS</u>, ET 20 Z 42-43-44-45.

La phrase "L'utilisation de la carte SIS et le remplissage de cette zone sont, dans une première phase, uniquement destinées ….." est supprimée.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

9. <u>Pseudo-code journée d'entretien et forfait</u>, ET 30 Z 4 S 4, S 5, S 5 BIS, S 6, S 8, Z 5 et 6A-6B S 3.

Il est communiqué que le code 0591780 de l'ET 30 Z 4 S 4 est supprimé à partir du 01/05/2000 et que les codes 0773043 et 0773065 de l'ET 30 Z 4 S 6 sont valables jusqu'au 31/12/1999.

Dans l'ET 30 Z 4 S 8, le libellé du pseudo-code existant 0791501 devient "congé non payé" et un nouveau pseudo-code 0791604 est créé pour l'"absence thérapeutique".

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

Par analogie au nouveau financement des MRS – MRPA, une série de nouveaux pseudo-codes a été créée dans l'ET 30 Z 4 S 5 et S 5 BIS.

<u>Date d'application</u> : Date prestation 1er janvier 2004.

10. <u>Maxi-forfait oncologie</u>, ET 30 Z 17-18 S 1, ET 40 Z 40-41.

En sa séance du 2 mars 2004, la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier – organismes assureurs a décidé, par analogie avec le maxiforfait visé à l'article 4, § 4, point c) de la convention conclue avec les hôpitaux, de porter également en compte un maxiforfait en cas d'administration d'une médication chimiothérapique répondant aux conditions cumulatives suivantes :

1° la médication visée a déjà été enregistrée sous le code ATC LO1, mais n'est pas encore remboursable ;
2° l'utilité thérapeutique pour cette indication enregistrée (ATC-LO1) a été démontrée ;
3° la médication a été administrée en dehors d'un essai clinique ;
4° la perfusion doit – pour des raisons thérapeutiques – nécessairement être administrée par voie intravasculaire, intracavitaire ou intravésicale sous perfusion ou par instillation et requiert de ce fait une surveillance infirmière ou médicale.

Le maxiforfait est facturé en mentionnant le pseudocode connu 0761235-0761246 dans l'ET 30 Z 4 ; le nouveau pseudocode 0761095-0761106 doit être mentionné comme prestation relative dans la Z 17-18.
Le médicament en question doit être mentionné dans un ET40 de la même facture individuelle. Le pseudocode catégorie 0751015 ou 0750820 figure dans l'ET 40 Z 4 selon qu'il s'agit d'un patient ambulatoire ou hospitalisé.
Pour autant qu'il y en ait un, le code CNK de la spécialité pharmaceutique doit être mentionné dans l'ET 40 Z 40-41.
Pour les spécialités pharmaceutiques privées de code CNK, il convient de mentionner le pseudocode CNK-code 07799984, s'il s'agit d'un médicament qui vient de l'étranger ou 07799992, s'il s'agit d'un médicament national. De plus, une description de cette spécialité pharmaceutique doit être mentionnée dans l'ET 40 Z 42-45.

Date d'application : - Pour la facturation d'un maxi-forfait : 1er avril 2004.
- Pour la mention de la spécialité pharmaceutique (en cas de code CNK inconnu) : à partir de la date mentionnée sur la circulaire aux hôpitaux 2004/2 corrigendum.

11. Remboursabilité de la spécialité INOMAX, Annexe 9.2, ET 40 Z 3, Z 22.

La remboursabilité d'INOMAX est limitée à l'administration au sein de l'hôpital (néonatalogie), dans la cat. A et se limite à max. 96 heures.
Pour avoir une idée de la durée réelle de traitement et en vue d'éviter qu'une éventuelle durée de traitement plus longue ne soit imputée au patient, la quantité supérieure au 96 heures doit être introduite dans un enregistrement séparé sur la facture en indiquant la norme 9 dans l'ET 40 Z 3.
Dans l'ET 40 Z 22, le nombre d'unités, exprimées en heures, est spécifié.
L'annexe 9.2 a été adaptée en ce sens.

Date d'application : 1er juin 2004.

12. Secteur des implants, Annexe 5.2.21, 5.2.28, ET 50 Z 3 S 1, S 2, S 3, Z 4 S 3, S 14, S 15, S 15 BIS, S 15 TER.

- **Tuteurs coronaires**

Depuis le 1er novembre 2003, les tuteurs coronaires sont remboursés par le biais de la prestation 0687875-0687886 et non plus via la prestation 0685694-0685705.
L'ET 50 Z 3 S 1 et Z 4 S 14 et S 15 ont été actualisées.
Les codes erreur R 500419 et R 504311 sont adaptés en ce sens.

Date d'application : 1er novembre 2003.

- **Drug eluting stents**

A partir du 1er juin 2004, les drug eluting stents placés chez des patients non traités par antidiabétique oral et/ou insuline (donc hors "catégorie 5") pourront faire l'objet d'un remboursement comme tuteur coronaire. Une nouvelle catégorie a dès lors été ajoutée à la liste des tuteurs coronaires.
L'ET 50 Z 3 S 1, S 2 et S 3, Z 4 S 15 BIS et S 15 TER ont été adaptés.

Date d'application : 1er juin 2004.

- **Neurostimulateurs pour ischémie chronique critique non-opérable des membres inférieurs**

  A partir du 1er septembre 2003, l'assurance obligatoire intervient également dans les coûts liés au renouvellement de l'appareil dans les cas d'end of life et d'infection. Les nouveaux pseudo-codes ont été introduits dans l'ET 50 Z 4 S 3.

  Date d'application : 1er septembre 2003.

13. Norme prestation, ET 50 Z 3 S 3, S 4, ET 50 Z 4 S 14, S 15, S 15 QUATER.

Dans la version néerlandophone, le code 0686886 a été corrigé en 0687886 dans l'ET 50 Z 3 S 3.

Pour la facturation des canules artérielles et drainage veineux, les instructions ont été formulées dans l'ET 50 Z 3 S 4.
Un exemple de suite d'enregistrements est repris dans l'ET 50 Z 4 S 15 QUATER.

Les exemples de suite d'enregistrements de l'ET 50 Z 4 S 14 et S 15 ont été actualisés.

Date d'application : 31 mars 2004.

14. Visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques, ET 50 Z 4 S 18, S 23, S 24 TER.

Les dispositions pour les prestations 0424395/690/852 (visite d'une infirmière relais pour soins de plaie(s) spécifiques) ont été modifiées de sorte que cette nomenclature n'entraine plus de prestation de base pour les patients qui ne sont pas au forfait (A.R. 25/04/2004, point 2°) c. à d. que ces prestations peuvent se présenter de manière autonome sans qu'il n'y ait d'enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

Date d'application : 1er juin 2004.

15. Codification des radio-isotopes, ET 50 Z 4 S 9.

Les pseudo-codes nomenclature 0699230 – 0699241, libellés "I 123 utilisé pour l'exploration de patients présentant un syndrôme parkinsonien cliniquement douteux", ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 9 (A.M. 15/04/2004, M.B. 20/04/2004).

Date d'application : 01/05/2004.

16. Prestation relative, ET 50 Z 17-18, Z 17-18 S 1 jusque et y comprise S 5.

La description de cette zone a été revue et une liste des prestations, pour lesquelles une prestation relative doit être mentionnée, a été ajoutée.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/15.

17. Prestation physiothérapie K 15, 0558795-0558806, ET 50 Z 17-18 S 2.

A partir du 1er avril 2004, il convient de mentionner une prestation relative lorsque le tarif B est appliqué pour la prestation de physiothérapie 0558795-0558806 (3ème alinéa de l'art. 7 de l'A.R. du 23/03/1982).

Date d'application : 1er avril 2004.

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 1999

MISE A JOUR 1999/16

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE

MISE A JOUR 1999/16

Pages à remplacer :

- Page 18;
- Annexes 1, 1.1, 5.2.8, 5.2.19;
- Annexe 5.4 suite 1;
- Annexe 6
- ET 20 Z 8;
- ET 30 Z 4 S 5, S 15, 16, 17, 18, 19, 20, Z 29, Z 32;
- ET 40 Z 4 S 3, Z 40-41;
- ET 50 Z 3 V 1, Z 4 S 3 BIS, S 13, S 15 QUATER, S 18, S 23, Z 15 S 8, S 11, Z 17-18 S 3, Z 24-25, Z 32.

Pages à ajouter :

- ET 30 Z 4 S 21, S 22, S 23, S 24;
- ET 40 Z 36, Z 40-41 S 1.

1. Communication : Notes WEB.

En plus des instructions de facturation sur support magnétique, les notes WEB sont publiés dès aujourd'hui, sur le site web de l'INAMI (www.inami.be).
Il s'agit de clarifications des instructions de facturation ou d'autre information utile relative à la facturation. Vous trouverez ces notes dans la rubrique dispensateurs de soins - Information générale - Instructions de facturation par support magnétique.

2. Abréviation uniforme pour les Mutualités Libres, page 18, annexe 1 et 1.1.

Nouvelle abréviation pour l'Union Nationale des Mutualités Libres :
M.L.O.Z. (Mutualités Libres - Onafhankelijke Ziekenfondsen)

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/16.

3. Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs, annexe 1.1.

Il y a une modification dans la liste des personnes à contacter pour l'A.N.M.C. :
M. VAN DE VOORDE R. est remplacé par Madame PLATTIAU E.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/16.

4. Codes erreur, annexe 5.2.8, 5.2.19.

* Le libellé du code erreur S 204335 est modifié : "date de délivrance" est remplacé par "date de prestation".

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/16.

* Le libellé du code erreur B 403601 est modifié en "Flag DCI non numérique".
En outre, le code erreur R 403603 est défini (voir point 11).

Date d'application : 6 mois après le mois de publication de la réglementation concernée.

5. Principes relatifs à la délivrance d'un fichier de décompte, annexe 5.4 suite 1.

Le point 3 est complété : En cas de paiement sur 2 comptes bancaires différents, un seul fichier de décompte est transmis. S'il y a un paiement distinct par mutualité, on transmet soit un fichier de décompte distinct par mutualité, soit un seul fichier de décompte commun, à condition que la référence du paiement soit mentionné par mutualité dans la zone 109-110".

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/16.

6. Identification du bénéficiaire, ET 20 Z 8.

A partir du 1er janvier 2006, l'utilisation du numéro NISS est obligatoire.

Date d'application : Date de facturation 1/1/2006.

7. Pseudo-code journée d'entretien et forfait, ET 30 Z 4 S 5, S 15, S 16 jusque et y comprise 24.

Correction : les codes 0763092 et 0763173 de l'ET 30 Z 4 S 5 sont valables à partir du 01/07/2004 au lieu du 01/01/2004.

Dans l'ET 30 Z 4 S 15, les pseudo-codes nomenclature pour la rééducation fonctionnelle pour bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle et pour les centres de référence IMOC.

Actualisation des pseudo-codes rééducation, ET 30 Z 4 Suites 16 jusque et y comprise 24
Les pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 Suites 16 jusque et y comprise 20 sont supprimés à partir du 01/01/2004.
Les pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 Suites 21 jusque et y comprise 24 sont valables à partir du 01/01/2004.

8. Exception tiers payant, ET 30 Z 32 et ET 50 Z 32.

Les références aux circulaires OA et à l'AR du 10 octobre 1986 ont été actualisées.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/16.

9. Pseudo-code catégorie médicament, ET 40 Z 4 S 3

Suite au 8ème avenant à la Convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs, un pseudo-code catégorie est défini pour les honoraires et forfaits oxygène.

Date d'application : Date de prestation 1/8/2004

Les 8 pseudo-codes pour la mucoviscidose ont été supprimés et remplacés par un nouveau pseudo-code.

Date d'application : Date de facturation 1/4/2005

POUR INFO : Pour l'utilisation des pseudo-codes pour les spécialités délivrées aux indépendants non hospitalisés (ET 40 Z 4 S 1, point 3) : voir note WEB.

10. Numéro du produit, ET 40 Z 40-41, Z 40-41 S 1

Dans la deuxième phrase de l'ET 40 Z 40-41 le texte "… et pour les matières et produits de soins pour mucoviscidose" a été supprimé.
Dans l'ET 40 Z 40-41 S 1, de nouveaux pseudo-codes CNK ont été créés pour les honoraires et forfaits mucoviscidose.

Date d'application : Date de facturation 1/4/2005

Dans l'ET 40 Z 40-41 S 1, 7 nouveaux pseudo-codes CNK ont été créés pour les honoraires et forfaits oxygène.

Date d'application : Date de prestation 1/8/2004

11. Flag DCI, annexe 6, ET 40 Z 36.

Dans l'avenir, les médicaments pourront être prescrits (sur base volontaire) sous le nom de l'ingrédient (= DCI =dénomination commun internationale).

Afin d'identifier ces prescriptions via la facture électronique, un FLAG DCI est prévu dans l'ET 40 Z 36.

Date d'application : 6 mois après le mois de publication de la réglementation concernée.

12. Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature, ET 50 Z 3 S 1, Z 4 S 3 BIS, S 13, S 15 QUATER, S 18, S 23

Dans l'ET 50 Z 4 S 3 BIS, des nouveaux codes sont ajoutés pour les endoprothèses et le défibrillateur de remplacement. Le 3ème tiret de l'ET 50 Z 3 S 1 est également complété avec ces codes.

Les corrections suivantes sont apportées :
- Les prestations 682754/765 et 682776/780 (lentilles intra-oculaires) n'exigent pas de prestation relative. Dans l'exemple de l'ET 50 Z 4 S 13, la zone "prestation relative" est mise à ZERO.
- Dans l'exemple de l'ET 50 Z 4 S 15 QUATER, le code 685856 (marge de délivrance) est remplacé par le code hospitalisé 685860.
- Dans l'ET 50 Z 4 S 18 et dans l'ET 50 Z 4 S 23, le code "42**3**395" doit être remplacé par le code "42**4**395".

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/16.

13. Identification du dispensateur, ET 50 Z 15 V 8 et S 11.

- Suite à une modification de la nomenclature pour certains médecins, en vigueur à partir du 1er janvier 2005 (A.R. pas encore publié), les codes de qualification "000" et "009" sont ajoutés à la liste dans l'ET 50 Z 15 S 8.

- Dans la version francophone, la qualification suivante a été corrigée dans l'ET 50 Z 15 S 11 : Médecine nucléaire et médecine physique et rééducation (physiothérapie) "99**2**" au lieu de "991".

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/16.

14. Prestation relative, ET 50 Z 17-18 S 1, S 3 et S 4.

Correction : * Les prestations 682754/765 et 682776/780 sont supprimées de la liste.
* Pour les endoprothèses (0687050 jusque et y compris 0687201) AUCUNE prestation relative est remplie. Ces prestations sont supprimées de la liste.

La prestation 612850/861 a été supprimée de la nomenclature (A.R. du 4/5/2004, date d'application 1/7/2004).

Les prestations suivantes sont ajoutées à la liste :
687271 jusque et y compris 687304 (A.R. du 4/5/5004, date d'application 1/7/2004)
687956/960 et 730015 jusque et y compris 732900 (A.R. du 20/2/2004, date d'application 1/3/2004)
688494 (A.R. du 21/9/2004, date d'application 1/11/2004)
733014 jusque et y compris 733106 et 733154 jusque et y compris 733261 (A.R. du 12/1/2005, date d'application 1/3/2005)

15. Identification du prescripteur, ET 50 Z 24-25.

La remarque dans l'ET 50 Z 24-25 relative à la mammographie préventive a été actualisée (les codes hospitalisés ont été ajoutés).

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/16.

16. Dent traitée, ET 50 Z 29.

La référence à l'A.R. du 24/12/'63 est remplacée par la référence au règlement du 28/07/2003.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 1999/16.

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 2006

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR

Les véritables modifications par rapport à la dernière version de l'édition 1999 sont indiquées avec le sigle (☞).

1. Le numéro de la mutualité, page 14

« (K, A, P, O, T et F) et la tuberculose (B) » est supprimé et remplacé par « (72X.XXXCC000) ».

Le traitement des factures concernant les établissements psychiatriques est interprété différemment par l'OA 100 et l'OA 300. Cela est précisé.

Date d'application : Date de publication de l'Edition 2006.

2. Utilisation obligatoire du numéro NISS, page 15, ET 20 Z 8a-8b.

Il est précisé que l'utilisation du numéro NISS est obligatoire à partir du mois facturé janvier 2006.

3. Fusion des mutualités, page 17 et 19.

Au 01/01/2006, les fusions suivantes s'effectuent :
- les mutualités 203 et 236 fusionnent pour devenir la mutualité 203.
- les mutualités 409 et 416 fusionnent pour devenir la mutualité 409.

4. Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs, annexe 1.1.

La liste des personnes à contacter a été actualisée.

Date d'application : Date de publication de l'Edition 2006.

5. Codes d'erreurs, annexe 5.2.1, 5.2.4, 5.2.7, 5.2.8, 5.2.10, 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18, 5.2.23, 5.2.24, 5.2.26.

- Le code erreur F 204211 est supprimé.
  En effet, il est possible que l'ET 20 Z 3 = 1, alors que les données de référence de la carte SIS ne sont pas mentionnées dans l'ET 20 Z 42-45, à savoir si l'exception est reçue par CareNet.

  Date d'application : Publication de l'Edition 2006.

- La description du code erreur R 300515 a été modifiée.
- De nouveaux codes erreurs sont créés : B 100722, F 200522, F 200711, E 202761, E 202762, S 203210, F 203210, E 204321, R 300525, R 300549, R 400525, R 400549, R 401349, R 500436, R 500437, R 500463, R 500525, R 500549, R 501442, R 501541.

  Date d'application : Mois facturé 04/2006, sauf pour les codes erreur S 203210 et F 203210 qui sont applicables à partir du mois facturé 01/2006.

6. Code « suppression facture papier », annexes 5.2.1, 5.2.2, 5.2.5, annexe 11.1, ET 10 Z 9.

Toutes les prestations facturées par un hôpital par la voie de la note d'hospitalisation individuelle entrent en ligne de compte pour la suppression de la facture papier.
Il s'ensuit que le code S.F.P. = 3 peut également se présenter en combinaison avec les types de facture 3, 4, 5 et 6 (et donc pas uniquement avec les types de facture 1 ou 9).
L'ET 10 Z 9 et les codes erreur correspondants ont été modifiés conformément. Dans l'annexe 11.1, le contenu de l'ET 10 Z 9 a également été élargi.

Date d'application : Factures à partir du 1er juillet 2005.

7. Fichier de décompte: remplissage des zones montant, annexe 5.4 suites 2, 3 et 4.

L'annexe 5.4 est complétée d'une représentation schématique et de 2 exemples relatifs au remplissage des zones montant sur le fichier de décompte.

Date d'application : Date de publication de l'Edition 2006.

8. Elargissement de la zone « code facturation intervention personnelle », annexe 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, ET 30 Z 33, ET 50 Z 33

La zone « code facturation intervention personnelle **»** Z 33 est adaptée :
La signification de la valeur « 1 » est élargie : l'intervention personnelle et/ou le supplément a été pris en charge, en tout ou en partie, par un autre tiers (contenu de la Z 27 et/ou Z 30-31 est inférieur au montant attendu ou égale à zéro).
Une valeur « 2 » est ajoutée (voir point 12).

Conformément à ces modifications, les tableaux de l'annexe 9 sont adaptés.

Date d'application : Date de publication de l'Edition 2006.

9. Facturation de la nutrition parentérale au domicile du patient, annexe 15, ET 40 Z 27.

Quelques exemples concrets concernant la facturation de la nutrition parentérale sont repris dans l'annexe 15.

Dans l'ET 40 Z 27, une précision est mentionnée relative à la nutrition parentérale.

Date d'application : Date de publication de l'Edition 2006.

10. <u>Version fichier</u>, ET 10 Z 4.

La republication des instructions «Edition 2006» ne modifie pas la structure du fichier de facturation. La version du fichier reste donc « 1999 ».

<u>Date d'application</u> : Date de publication de l'Edition 2006.

11. <u>Code fichier de décompte</u>, ET 10 Z 10.

Le libellé de cette zone a été actualisé.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de l'Edition 2006.

12. <u>Monnaie</u>, annexe 5.2.2, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.27, 5.2.28, 5.2.32, 5.2.33, 5.2.34, 5.2.35, annexe 6, 6.1, 6.7, ET 10 Z 11, ET 90 Z 11.

Cette zone est mise à zéro.
Les codes erreurs B 101103, B 101110, B 301915, B 302415, B 302715, B 303015, B 401915, B 402715, B403015, B 403915, B 501915, B 502715, B 503015, B 801515, B 801915, B 802715, B 803015, B 803815, B 901103, B 901110, B 901515 et B 901915 sont supprimés.
Le libellé des codes erreurs B 101101 et B 901101 devient « Contenu zone différent de zéro ».

<u>Date d'application</u> : Date de publication de l'Edition 2006.

13. <u>Montant par admission pour les services G isolés et les services Sp autres que palliatifs</u>, ET 30 Z 4 S 1, Z 5, Z 13.

Suite à l'AR du 11 juillet 2005 (MB 25 juillet 2005), un montant par admission ne peut plus être imputé dans les services G isolés et dans les services Sp autres que palliatifs.
Cela signifie que, dans l'ET 30 Z 4 S 1, le pseudo-code 0768084 est supprimé et le pseudo-code 0768003 ne peut plus être utilisé par les services G isolés.
Dans les zones 5 et 13, la remarque relative à l'imputation d'un second forfait d'admission (en cas de transfert d'un service aïgu vers un service Sp) n'est plus valable.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2005.

14. <u>Dialyse dans un centre collectif d'autodialyse</u>, ET 30 Z 4 S 4.

Un code hospitalisé (0761526) est ajouté dans la S 4 pour la dialyse dans un centre collectif d'autodialyse.

<u>Date d'application</u> : mois facturé octobre 2005.

15. <u>Pseudo-codes pour les camps de vacances collectifs en MSP et séjour temporaire en psychiatrie</u>, ET 30 Z 4 S 6, S 7 et S 8.

Afin que les OA doivent effectuer le minimum de transformations entre la facturation et la comptabilisation, les adaptations suivantes sont réalisées :

- Suppression de un des deux groupes de pseudo-codes pour les camps de vacances collectifs (point 13 e)).

- Suppression des pseudo-codes pour le montant par admission, le montant par jour et le montant prix de journée 100% pour le séjour temporaire de jour (services A1 et T1), pour le séjour de jour (service K1), pour le séjour de nuit (service K2) et pour l'hospitalisation partielle de nuit (services A2 et T2).
  Suppression du pseudo-code pour le placement familial dans l'hôpital (service Tf).
  Ces prestations sont dorénavant facturées sous les pseudo-codes normaux pour le montant par admission et le montant par jour (0768003, 0768025 et 0768121).

Date d'application : Prestations à partir du 01/01/2006.

16. Pseudo-codes rééducation, ET 30 Z 4 S 9, S 16.

Dans la suite 9, des nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés pour la surveillance cardio-respiratoire des nourrissons menacés de mort subite.

Date d'application: 1/1/2003

Dans la suite 9, un pseudo-code est ajouté pour « la consultation interdisciplinaire ambulatoire de la clinique du pied ».

Dans la S 16, des nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés pour les centre de référence Spina Bifida, pour les centres de référence pour les troubles du spectre autistique et pour les centres de référence multidisciplinaires de la douleur chronique.

Date d'application: date d'application des conventions de rééducation concernées

17. Factures à 100%, ET 20 Z 27, ET 30 Z 33, ET 40 Z 4 S 2, ET 50 Z 4 S 14, Z 33.

Une "facture à 100%" est une facture pour laquelle les tickets modérateurs, qui sont normalement à charge du patient, sont portés par une autre réglementation.

Les accidents de travail dans le cadre des conventions internationales en sont un exemple. Les coûts remboursables des soins de santé sont entièrement à charge de l'étranger. Le patient ne doit donc pas payer de ticket modérateur.
Non seulement les tickets modérateurs, mais également des prestations non remboursables sont prises en charge par l'étranger.
Afin de pouvoir facturer correctement ces situations, les modifications suivantes sont apportées aux instructions :

ET 20 Z 27 : Il est mentionné quels CT2 peuvent se présenter en cas d'accidents de travail dans le cadre des conventions internationales.

Z33 : Pour indiquer qu'il s'agit des "factures à 100%" pour lesquelles aucun ticket modérateur est en charge du patient, une nouvelle valeur est introduite.

Afin d'indiquer qu'il s'agit des prestations originellement non remboursables qui sont prises en charge dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales, cinq nouveaux pseudo-codes sont créés.
ET 40 Z 4 S 2 : un nouveau pseudo-code pour des médicaments non remboursables.
ET 50 Z 4 S 14 : 4 nouveaux pseudo-codes pour des prestations non remboursables.

Date d'application: Le mois de facturation janvier 2006.

18. Norme prestataire ET 40 Z 3.

Les codes concernant les moyens diagnostiques et l'alimentation diététique sont ajoutés à la description de la « valeur 1 ».

Date d'application : Date de publication de l'Edition 2006.

19. Spécialités délivrées aux travailleurs indépendants non hospitalisés qui sont remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire, ET 40 Z 4 S 1.

L'A.R. du 28 septembre 2005 (Moniteur Belge du 6 octobre 2005) modifiant l'A.R. du 29 décembre 1997 définit les médicaments de la catégorie de remboursement Cs-10 (vaccins antigrippaux) comme gros risques. Cela signifie que ces médicaments, délivrés aux travailleurs indépendants non hospitalisés, sont remboursés par l'assurance obligatoire.

Dans l'ET 40 Z 4 S 1, un nouveau pseudo-code (0754773) est créé pour les spécialités de la catégorie Cs, délivrées aux travailleurs indépendants non hospitalisés et remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire.

Date d'application : Prestations à partir du 1er octobre 2005.

20. (Pseudo-)code nomenclature, ET 50 Z 4 S 2, S 3.

Dans la suite 2, un pseudo-code a été ajouté pour une séance individuelle de rééducation fonctionelle par un orthoptiste et 2 pseudo-codes pour les prestations de diététique et de podologie.

Dans la suite 3, des pseudo-codes ont été ajoutés pour les prothèses capillaires.

Date d'application:
- séance de rééducation fonctionnelle par un orthoptiste: prestations à partir du 1/7/2004;
- prestations de diététique/podologie: prestations à partir du 1/3/2003
- prothèses capillaires: délivrances à partir du 1/1/2002, sauf pour le pseudo-code 0755414-0755425 qui est applicable pour les délivrances à partir du 1/3/2003.

21. Prestations pour lesquelles les valeurs relatives sont augmentées pour certains bénéficiaires : ET 50 Z 4 S 12.

Suppression des pseudo-codes nomenclature pour certaines prestations de l'art. 17 et 17bis effectuées chez des enfants de moins de 5 ans et pour certaines prestations de l'art. 15, §15 effectuées chez les nouveau-nés et nourrissons de moins de 6 mois.

Ces prestations sont dorénavant facturées sous les codes nomenclature normaux et le contrôle s'effectuera sur base de l'âge du patient.

Date d'application : Prestations à partir du 01/01/2006.

22. <u>Contribution forfaitaire des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence</u>, ET 50 Z 4 S 14, Z 19, Z 27, Z 30-31.

L'article 31 de la Loi de Santé du 27 avril 2005 (M.B. du 20 mai 2005) modifie l'article 107quater de la loi sur les hôpitaux.
A partir du 1er juillet 2005, le montant de la contribution forfaitaire est fixée à 9,50 EUR pour les assurés ordinaires et à 4,75 EUR pour les bénéficiaires de l'intervention majorée.
Sur la facture électronique, ces nouveaux montants doivent être mentionnés sous le pseudo-code existant 0960256.
Dans les zones susmentionnées, les références à l'AR du 19/2/2003 sont remplacées par des références à l'art.31 de la Loi de Santé et le montant du 12,50 EUR est remplacé par 9,50 EUR ou 4,75 EUR.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2005.

23. <u>Nuit, week-end, jour férié</u>, ET 50 Z 12.

Les honoraires d'urgence pour la biologie clinique ambulatoire ont été supprimés. Par conséquent, le remplissage de l'ET 50 Z 12 est facultatif pour les prestations de biologie clinique ambulatoire.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2005.

24. <u>Lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14, Z 14 S 2.

- Le code d'agrément du programme de soins pathologie cardiaque T (transplantation cardiaque et transplantation cœur-poumon) (=122) est ajouté.

  <u>Date d'application</u> : Date de publication de l'Edition 2006.

- Il est précisé que pour certaines prestations de l'art. 35 et l'art. 35bis, un lieu de prestation spécifique doit être rempli. Il s'agit du matériel de consommation et des implants dont la prestation de base, devant être remplie comme prestation relative, exige un lieu de prestation spécifique.

  <u>Par exemple</u> :
  - <u>Prestation de base</u>: 589024 (Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) d'une sténose et/ou occlusion d'une artère coronaire).
    Ce code est mentionné dans l'art. 2 de l'AR du 13/02/1998. <u>Dans l'ET 50 Z 14 le "numéro de l'hôpital + 120" doit donc être mentionné comme lieu de prestation</u>.
  - Prestation 687886 (Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs stent(s) à l'occasion de la prestation 589013-589024).
    Prestation relative: 589024
    Lieu de prestation = numéro de l'hôpital + 120
  - Prestation 686464 (drug eluting stent)
    Prestation relative: 687886
    Lieu de prestation = numéro de l'hôpital + 120

<u>Date d'application</u> : Date d'application des prestations concernées.

25. <u>Identification du dispensateur</u>, ET 50 Z 15 S 1, S 2, S 4, S 5, S 6, S 7 et S 18.

Il est précisé qu'en cas d'alimentation parentérale la zone "prestataire" est égale à zéro.

Les numéros d'identification des établissements de rééducation fonctionnelle sont actualisés.

Deux nouveaux agréments relatifs aux banques de tissus sont ajoutés (220 et 221).

<u>Date d'application</u> : Date de publication de l'Edition 2006.

26. <u>Liste "prestation relative"</u>, ET 50 Z 17-18 et suites.

- Le dernier paragraphe (« Les OA ne peuvent pas effectuer de rejet lorsqu'une prestation relative est mentionnée alors que celle-ci n'est pas exigée. ») est supprimé. Cela signifie concrètement que pour les prestations ne figurant pas dans la liste (et publiées dans la nomenclature avant la date mentionné au dessus de la liste), aucune prestation relative ne peut être mentionnée.
  <u>Date d'application</u>: Date de publication de l'Edition 2006.

- Suite à l'AR du 20 février 2004 (MB 27 février 2004), les prestations 730015 jusque et y compris 731161 et les prestations 731194 jusque et y compris 732922 sont ajoutées à la liste.
  <u>Date d'application</u>: prestations à partir du 1/3/2004.

- Suite à l'AR du 14 mars 2005 (MB 25 mars 2005), les prestations 694610 jusque et y compris 694960 et les prestations 733515 jusque et y compris 733600 sont ajoutées à la liste.
  <u>Date d'application</u>: prestations à partir du 1/4/2005.
- Suite à l'AR du 11 juillet 2005 (MB 25 juillet 2005), les prestations 695133-695144 et 695214-695225 sont ajoutées à la liste.
  <u>Date d'application</u>: prestations à partir du 1/9/2005.

- Dans l'AR du 4 mai 2004 (MB 27 mai 2004), le libellé de la prestation 687610-687621 a été modifié. Par conséquent, ces prestations n'exigent plus de prestation relative à partir du 1/7/2004. Ceci est précisé dans la colonne "remarques" de la liste.
  (voir Circ. Hôp. 2005/5).
  <u>Date d'application</u>: prestations à partir du 1/7/2004.

- La prestation 0731172-0731183 n'aurait pas dû être reprise dans la liste et doit donc être supprimée. La ligne "730015 jusque et y compris 732922" est donc scindée en 2 lignes.
  (voir Circ. Hôp. 2005/6).

- Il est indiqué que les codes suivants sont supprimés à partir du 1/3/2004 :
  684670-684703
  686512 jusque et y compris 686722
  687330 jusque et y compris 687444
  689113 jusque et y compris 689360.
  Les codes 599815 jusque et y compris 599955 sont supprimés à partir du 1/7/2005.

27. Implants, annexe 5.2.29, ET 50 Z 4 S 3, S 4, S 5, S 21, Z 19 et Z 43.

Les instructions relatives aux implants ont été actualisées.

- Dans l'annexe 5.2.29, les codes erreurs R 504311 et R 504312 ont été complétés par les codes 638174-683185, 683196-683200, 683432-683443, 683454-683465, 683476-683480, 683491-683502, 683513-683524, 683535-683546,686453-686464, 689754-689765, 689776-689780, 695074-695085, 695096-695100, 695111-695122, 695133-695144, 695155-695166, 695170-695181, 695192-695203, 695214-695225, 695236-695240, 695251-695262, 695273-695284, 695295-695306, 695310-695321, 695332-695343, 695354-695365, 695376-695380, 695391-695402, 695413-695424, 695435-695446, 695450-695461.
- Dans l'ET 50 Z 4 S 3, S 4 et S 5, des pseudo-codes ont été ajoutés pour les neurostimulateurs, les implants cochléaires controlatérals et les drug eluting stents.
- Dans l'ET 50 Z 19, le point relatif aux implants a été complété.
- Dans l'ET 50 Z 43, l'énumération des pseudo-codes dans le dernier paragraphe a été complétée.

Dans l'ET 50 Z 4 S 21, un exemple relatif à la facturation d'une combinaison des produits visco-élastiques est ajouté.

Date d'application : Date de publication de l'Edition 2006.

28. Date de prescription, ET 50 Z 20-21

Si la norme prescripteur est égale à 3 (prestation effectuée au bénéfice de ses propres patients), alors la zone « date prescription » (ET 50 Z 20-21) doit être égale à 0, par analogie à la zone « prescripteur ».

Date d'application : Date de publication de l'Edition 2006.

29. Norme prescripteur, ET 50 Z 26 S 1

Si la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients, la norme prescripteur est égale à 3.
Actuellement, le code norme 0 est mentionné dans la S 1 pour la situation « la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients ».
Le code norme 0 est remplacé par le code norme 3.

Les codes 0377090 à 0377145 sont ajoutés dans le titre.

Date d'application : Date de publication de l'Edition 2006.

CORRECTIONS, ACTUALISATIONS etc.

Ces petites modifications et corrections sont effectuées sans indication du sigle (☞).

INTRO

- Révision des pages d'introduction 1-10 (modification de la structure, déplacement des passages, sans ajouter ni supprimer du texte).
- page 2 : 2ième paragraphe : "au niveau national" est ajouté.
- page 11 : Le fichier "920000" est supprimé sous le premier point de "La phase 1".
- Les spécifications techniques relatives aux cassettes et les instructions relatives aux fusions du 1/1/2004 sont supprimées.
- page 14 : "décompte" est remplacé par "facturation".
- Annexe 2 B: "état pour le décompte" est remplacé par "état pour la facturation"
- Annexe 3: retravaillée: le texte de l'actuelle page3 est intégré dans cette annexe
- Annexe 5.1 suite 1: le cadre en bas de la page est supprimé
- Annexe 6.4: correction: zone 36: "RESERVE" est remplacé par "FLAG DCI"
- Annexe 8.1:
    - Point 3: "0761036 → 0761**235**"
    - Point 4: "0761040 → 0761**246**"
    - Point 5, 1er tiret: ET 30 **Z 4 S 4 point 8)** au lieu de l'énumération (incomplète) des codes
- Annexe 8.2:
    - Point 3: ET 50 Z 4, **point 5.** au lieu de "S 2" et une énumération des codes
    - Point 4: suppression des références aux Zones et Suites
- Annexe 8.3, 2ème tiret: supprimer "seulement 0772380"
- Annexe 10: Le code "0790005" est chaque fois remplacé par "0768025".
- Annexe 11:
    - titre : « …par support magnétique **ou électronique** … »
    - suppression du dernier alinéa de l'annexe 11 et partout intercalation de "MSP"
    - la référence à l'AR du 21/12/1963 est remplacée par une référence au Règlement du 28/7/2003
    - suppression de l'ET 10 Z 11 et de l'ET 90 Z 11 (monnaie)
    - ET20 Z 3: ajout de "ou par Carenet"
    - ET 40 Z 19 + Z 22 + Z 40-41: la référence à l'AR a été actualisée
    - ajout de l'ET 40 Z 36: Flag DCI: peut éventuellement être égal à 1, lorsque la prescription est rédigée par un médecin étranger à l'hôpital
- Annexe 12: suppression de l'ET 10 Z 11 et de l'ET 90 Z 11
- Annexe 13 (= ancienne annexe 14):
    - Suppression de l'ET 10 Z 11 et de l'ET 90 Z 11
    - ET 40 Z 19 + Z 22 + Z 40-41: la référence à l'AR a été actualisée
    - ajout de l'ET 40 Z 36

ET 10 – 20

- ET 10 Z 14: "0940 ou 0941" dans l'avant dernière phrase.
- ET 10 Z 25-26 : "support magnétique" est remplacé par "fichier de facturation"
- ET 20 Z 24-25: ajout de "MSP" dans la remarque.
- ET 20 Z 38-39: suppression de "-110" dans la 2ème phrase.
- ET 20 Z 49-50-51: suppression de "109-" dans la 2ème phrase.

ET 30-40

- ET 30 Z 4
  - suppression des points 1 a), c) et d)
  - suppression des phrases relatives au passage au nouveau financement des hôpitaux (S1, 2 et 3)
  - suppression du point 2 D
  - suppression du point 5 (Honoraires forfaitaires pour prestations d'urgence de biologie clinique)
  - suppression du point 7 a) (superforfait)
  - suppression des points 12 a), b), c) et d)
  - point 15: supplément type de chambre: suppression de "et §3"
  - point 16: suppression du code 0772870 (surveillance cardio-respiratoire, supprimé le 1/1/2003) et du code 772380 (défibrillateurs cardiaques implantables); lay-out (signes d'énumération, regroupements avec titres analogues au plan comptable)
  - point 17: suppression des (*) et (**) actuelles, les codes supprimés à partir du 1/1/2004 sont indiqués avec (*) et les codes supprimés à partir du 31/12/2004 avec (**)
  - point 18: enlèvement des codes supprimés, les codes supprimés le 31/12/2004 sont indiqués avec (*) + suppression des prix en FB
- ET 30 Z 5: exemple nouveaux-nés : jours 2 et 3 : journée d'entretien "0790005" est remplacé par "0768025"
- ET 30 Z 13: ajout: "ou jours d'absence à visée thérapeutique" + ajout des codes de la dialyse rénale
- ET 30 Z 30-31: dernière alinéa: suppression de "et §3"
- ET 40 Z 4 S 4: l'exemple est supprimé (des exemples plus récents se trouvent dans l'annexe 14)
- ET 40 Z 22: ajout de "MSP" + référence à l'AR du 21/12/2001
- ET 40 Z 24-25: dernier alinéa: correction : code 0750116 au lieu de 0750166

ET 50-90

- ET 50 Z 3: libellé de la norme 6: art.35, §18, **a)**
- ET 50 Z 3 S 1: 2ème tiret, 3ème ligne: remplacer "AR du 23/04/97" par "nomenclature"et le 3ième tiret, première ligne : indiquer avec une (x) les codes 0685694-0685705 supprimés au 01/11/2003.
- ET 50 Z 4 S 1: indication avec (*) des codes supprimés le 31/12/'04 (codes hospitalisés de la rééducation professionnelle, point 5.A)
- ET 50 Z 4 S 2: suppression des anciens codes: 771610/621, 771676/680, 771746, 771761, 771971/982; enlèvement des (**) actuelles, les codes supprimés le 1/3/2003 sont indiqués avec (*), les codes supprimés le 31/12/2004 avec (**)
- ET 50 Z 4 S 3: suppression des anciens codes 0686350/361
- ET 50 Z 4 S 5, b) : ajout du code 0687971/982 (défibrillateurs de remplacement) dans le titre et dans le 2ème tiret; suppression de (*), suppression du point 10
- ET 50 Z 4 S 9: les codes supprimés le 31/12/2005 (concentré érythrocytaire et concentré érythrocytaire CMV negatif) sont indiqués avec (*)
- ET 50 Z 4 S 12: correction de la date de l'AR relatif aux tissus d'origine humaine; suppression des anciens codes avec * et **
- ET 50 Z 4 S 14: suppression des anciens codes avec *
- ET 50 Z 4 S 26: correction de l'AR: "18.06.90" au lieu de "16.08.90"

- ET 50 Z 5: suppression des anciens codes des honoraires forfaitaires 592270 à 592410, 592631 à 596771, 590100, 590122, 590144; correction de la date de l'AR relatif aux tissus d'origine humaine
- ET 50 Z 6: correction de la date de l'AR relatif aux tissus d'origine humaine
- ET 50 Z 13: suppression des anciens codes des honoraires forfaitaires 592270 à 592410, 592631 à 596771, 590100, 590122, 590144
- ET 50 Z 14 S 2: 3ème astérisque: ajout des codes 687971-982
- ET 50 Z 15: suppression de la phrase "La zone 15 et suites ont été totalement actualisées"
- ET 50 Z 15 S 1: suppression des anciens codes des honoraires forfaitaires 592270 à 592410, 592631 à 596771, 590100, 590122, 590144; ajout des codes 687971-982; correction 0960116 au lieu de 0960120
- ET 50 Z 15 S 16: correction: code 312 = A+C au lieu de A+B+C
- ET 50 Z 16 : suppression des anciens codes des honoraires forfaitaires 592270 à 592410, 592631 à 596771, 590100, 590122, 590144
- ET 50 Z 17-18 : petites corrections dans la liste : code 44**9**912-44**9**923, honoraires forfaitaires au lieu de honoraires de consultance pour le code 460972, suppression de la ligne 682754-682780 (uniquement en FR, en NL c'est déjà fait dans la MAJ16), suppression de la ligne 694013-694606 dans la S 3 (uniquement en NL), date de suppression 1/**3**/2004 pour les codes 694013-694525 et 694551-694606
- ET 50 Z 19: suppression du 1èr alinéa sous "cas exceptionnels" (relative aux honoraires d'urgence de la biologie clinique)
- ET 50 Z 23: suppression de tout le texte, sauf le 2ème alinéa
- ET 50 Z 24-25: suppression des anciens codes des honoraires forfaitaires 592270 à 592410, 592631 à 596771, 590100, 590122, 590144
- ET 50 Z 30-31: ajout du code 0687971-982 (défibrillateurs de remplacement) ; les mots "franchise sociale et fiscale » sont remplacés par "maximum à facturer "
- ET 80 Z 15: suppression de la remarque relative au FB

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 2006

MISE A JOUR 2006/1

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/1

Pages à remplacer :

- Aperçu des annexes;
- Annexe 1.1;
- Annexes 5.2.16, 5.2.17, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.28;
- Annexes 6, 6.5 ;
- Annexes 9.2, 9.4 ;
- Annexes 14.1, 14.2, 14.3, 14.4, 14.5, 14.6, 14.7;
- ET 20 Z 8, Z 27 S 2;
- ET 30 Z 4 S 4, S 7, S 9, S 10;
- ET 40 Z 4 S 1, S 2, S 3, Z 5, Z 6, Z 17-18, Z 19, Z 22, Z 24-25, Z 34-35, Z 39, Z 40-41, Z 47;
- ET 50 Z 4 S 5, S 15, S 16, S 17, S 18, S 19, S 20, S 21, S 22, Z 17-18 S 1, S 3, Z 27, Z 30-31.

Pages à ajouter :

- Annexes 14.8, 14.9;
- Annexes 16.1 à 16.23;
- Annexes 17.1, 17.2;
- ET 40 Z 4 S 3bis.

Pages à supprimer :

- ET 50 Z 15 S 2 à S 24.

1. Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs, annexe 1.1.

Le numéro de fax des personnes à contacter à l'U.N.M.S. a été modifié.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/1.

2. Intervention personnelle théorique en cas de spécialités de référence, annexe 9.2, annexe 14, ET 40 Z 39.

En cas de spécialités de référence, la réglementation (voir art. 95 de l'AR du 21/12/2001) stipule que, pour les patients hospitalisés, la différence entre le prix et la base de remboursement est à charge de l'hôpital. Ce montant ne peut donc pas être imputé au patient, ni à l'OA et ne peut donc pas être repris dans la zone 39.

Date d'application : Mois facturé juillet 2006 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0200607).

3. Règles d'arrondi, annexe 14.

Les règles d'arrondi actuelles sont en contradiction avec la réglementation. Le ticket modérateur doit être ARRONDI au lieu de tronqué. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas (voir art. 89 de l'AR du 21/12/2001).
Les règles et les exemples sont adaptés dans ce sens.
Les prix et les plafonds du ticket modérateur sont également actualisés.

Date d'application : Mois facturé juillet 2006 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0200607).

4. Numéro d'identification INAMI, annexe 16.

La structure des numéros d'identification INAMI est désormais reprise dans la nouvelle annexe 16 au lieu de l'ET 50 Z 15. En effet, il ne s'agit pas seulement des numéros d'identification des prestataires individuels (qui peuvent figurer dans l'ET 50 Z 15), mais aussi, par exemple, des numéros INAMI des institutions de soins, groupes de prestataires, … (qui ne peuvent pas figurer dans l'ET 50 Z 15).

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/1.

5. Codes compétence kinésithérapie, Annexe 16.12.

A propos du concours de sélection des kinésithérapeutes, autorisés à attester des prestations en cabinet et au domicile du patient, des nouveaux codes compétence sont ajoutés dans l'annexe 16.12.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/1.

6. Utilisation correcte de la zone "mois facturé", ET 10 Z 23.

Des analyses de la statistique STATMD, il appert que certains hôpitaux ne remplissent pas correctement la zone "mois facturé". C'est pourquoi, un appel a été fait pour appliquer correctement la définition de cette zone. Le remplissage correct de cette zone est en effet primordial, pour pouvoir tirer des conclusions sensées de l'analyse des statistiques susmentionnées.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/1.

7. Identification bénéficiaire, ET 20 Z 8a-8b.

Le dernier paragraphe, relatif aux fusions au 1/1/2004 a été supprimé.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/1.

8. Code Titulaire, ET 20 Z 27 S 2.

A partir du 1er juillet 2006, les petits risques seront probablement remboursés par l'assurance obligatoire pour 2 groupes spécifiques de travailleurs indépendants (débutants et pensionnés avec bas revenus).
Les combinaisons CT 1/ CT 2 450/460 et 451/461 existantes seront utilisées. La signification de ces codes doit donc être élargie.

Suite à cette option, aucune adaptation ne doit être effectuée au niveau de la facturation.

Il s'agit néanmoins d'une solution temporaire. En effet, le but est qu'au 01/01/2008 tous les travailleurs indépendants reçoivent le droit au remboursement des petits risques par l'assurance obligatoire.
A ce moment, la structure et la logique du CT 1/ CT 2 seront probablement complètement revues.

Date d'application : Date d'application de l'A.R. concerné.

9. Pseudo-code journée et forfait, ET 30 Z 4 S 7, S 9, S 10.

* Hospitalisation partielle en psychiatrie

Contrairement à ce qui a été communiqué dans l'Edition 2006 des instructions, les pseudo-codes 0793203, 0793225, 0793240, 0793262 et 0793505 (services A2 et T2) ne sont PAS supprimés (voir circulaire Hôp. 2006/3, Hôp. Psy. 2006/2)

Date d'application : Prestations à partir du 01/01/2006.

* Nouveaux pseudo-codes rééducation

Suite à la nouvelle convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré, un numéro de code est supprimé et 3 nouveaux codes sont créés dans l'ET 40 Z 4 S 9.

Date d'application : à partir de la date du début de la période de rééducation au 1er janvier 2006.

Dans le cadre de la nomenclature des aides à la mobilité, une convention de rééducation fonctionnelle a été conclue pour la rédaction de rapports de fonctionnement multidisciplinaires. De nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 10.

Date d'application : Prestations à partir du 01/10/2005.

10. Forfaitarisation des médicaments en hôpital, annexes 5.2.16, 5.2.17, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.21, annexe 9.2, annexe 14, ET 30 Z 4 S 4, ET 40 Z 4 S 1, S 2, S 3, S 3 BIS, Z 5, Z 6a-6b, Z 17-18, Z 19, Z 24-25, Z 34-35, Z 39, Z 40-41, Z 47.

A partir du 01/07/2006, les médicaments délivrés dans les hôpitaux seront forfaitarisés.
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, à l'exclusion de certains médicaments qui se présenteront sur une liste.

Il s'agit d'une forfaitarisation partielle. L'hôpital reçoit un forfait par admission (différent d'hôpital à hôpital). Les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation sont facturés à 25% de la base de remboursement. Les médicaments qui n'entrent pas dans le cadre de la forfaitarisation, sont facturés comme avant.
L'intervention personnelle du patient reste un forfait de 0,62 EUR par jour.
Dans L'ET 30 Z 4 S 4, la terminologie du ticket modérateur forfaitaire est adaptée.

Pour les séjours à partir du 1/7/2006, deux nouvelles séries de pseudo-codes catégorie sont créées dans l'ET 40 Z 4 S 3 BIS, pour les spécialités délivrées dans les hôpitaux généraux aigus aux bénéficiaires hospitalisés. Un nouveau pseudo-code est aussi créé pour la facturation du forfait par admission. Les pseudo-codes catégorie existants dans l'ET 40 Z 4 S 1 continuent à être utilisés dans certaines situations (voir note en bas de page ET 40 Z 4 S 1).

Les forfaits antibiotiques et les instructions s'y rapportant sont supprimés.

De nouvelles instructions spécifiques sont formulées pour les médicaments forfaitarisés:

- En cas de facturation du forfait par admission, les zones 5 et 6 contiennent la date d'admission ; la zone 40-41 est égale à zéro.
- En cas de facturation de médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation, l'intervention AMI (Z 19) est égale à 25% de la base de remboursement et la zone intervention personnelle théorique (Z 39) est mise à zéro.
- Pour les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation, aucun accord du médecin conseil n'est nécessaire (Z 47 = 0).

Le libellé des codes erreur R 400453, R 400459, R 400651, R 401753, B 403401, R 403403 et R 404040 est adapté.
En outre, 3 nouveaux codes erreur sont créés : R 400514, R 400614 et R 404711.

Dans l'annexe 9.2, une colonne est ajoutée pour les médicaments qui entrent dans le cadre de la forfaitarisation.

Dans l'annexe 14, des règles et des exemples, relatifs au calcul et au remplissage de la zone "intervention AMI" en cas de forfaitarisation, sont ajoutés.

Une annexe 17 est ajoutée avec instructions dans le cas de délivrance de médicaments aux patients hospitalisés pendant un examen ou une prestation spécifique dans un autre hôpital.

Date d'application : Admissions à partir du 01/07/2006
Les patients admis dans l'hôpital avant le 1/7/2006 restent dans l'ancien système sans forfaitarisation pour le reste de leur séjour

11. Nombre d'unités, ET 40 Z 22.

Il est précisé que dans la Z 22 le nombre est égal à 1 en cas des matériels et produits de soins pour les soins à domicile de bénéficiaires souffrant de mucoviscidose.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/1.

12. Marge de délivrance des implants, annexe 5.2.28, annexe 6, annexe 6.5, annexe 9.4, ET 50 Z 4 S 5, S 15, S 16, S 17, S 18, S 19, S 20, S 21, S 22, Z 27, Z 30-31.

La loi programme du 27 décembre 2005 assimile, à partir du 1/1/2006, la marge de délivrance des implants à une intervention personnelle dans le cadre de l'application du maximum à facturer.
Par conséquent, le montant de la marge de délivrance doit dorénavant être mentionné dans la zone 27 au lieu de la zone 30-31.
Les instructions et les exemples repris dans l'annexe 9.4 et dans l'ET 50 Z 4, Z 27 et Z 30-31 sont adaptés en ce sens.
Dans la dénomination de la zone 30-31 et dans les codes erreur correspondants, les mots "ou marge de délivrance" sont supprimés.

Date d'application : mois facturé mars 2006 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0200603).

13. Prestation relative, ET 50 Z 17-18 S 1, S 3.

Suite à l'AR du 10 février 2006 (MB du 27/02/2006), la prestation 0683852-0683863 est ajoutée à la liste.

Date d'application : prestations à partir du 01/04/2006.

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 2006

MISE A JOUR 2006/2

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/2

Pages à remplacer :

- Annexes 17.1, 17.2;
- ET 40 Z 4 S 1, S 3 BIS ;
- ET 40 Z 30-31.

Pages à ajouter :

- ET 40 Z 4 S 3 TER.

1. <u>Forfaitarisation des médicaments en hôpital</u>, annexes 17.1, 17.2, ET 40 Z 4 S 1, S 3 BIS, S 3 TER, Z 30-31

La méthode de facturation des médicaments délivrés dans un autre hôpital que l'hôpital de séjour, a été modifiée. La facture destinée à l'OA est établie par l'hôpital de prestation.
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. Le solde (75%) 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%.
L'annexe 17 est donc complètement retravaillée.
Dans l'ET 40 Z 4 S 1, le texte du 2ème tiret de la note en bas de page a été supprimé. En effet, dans le nouveau système, les médicaments délivrés dans un hôpital aigu à un patient hospitalisé dans un hôpital psychiatrique ou chronique ne sont plus facturés sous les anciens pseudo-code du point 1.
Dans l'ET 40 Z 4 S 3 TER, deux nouvelles série de pseudo-codes sont créées pour les médicaments forfaitarisés délivrés aux patients séjournant dans un autre hôpital.

<u>Date d'application</u> : Admissions à partir du 01/07/2006.

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 2006

RIZIV-INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging – Service des soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/3

Pages à remplacer :

- Pages 6, 13, 14 , 15, 25 ;
- Annexe 1, 1.1 ;
- Annexe 5.1 ;
- Annexe 5.2.16, 5.2.19, 5.2.20 ;
- Annexe 5.4, 5.4 S 1 ;
- Annexe 9.2 ;
- Annexe 14.2, 14.7, 14.8 ;
- Annexe 16 ;
- ET 20 Z 8, Z 11, Z 11 S 1, Z 18 ;
- ET 30 Z 4 S 3, S 8, S 10, S 13, S 14, S 15, S 16, S 21, S 24, S 25, Z 5, Z 6a-6b, Z 17-18 ;
- ET 40 Z 4 S 2, S 3bis, S 4, Z 22, Z 23, Z 30-31, Z 37, Z 40-41 S 1;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 2, S 5, S 10, S 33, Z 15 S1, Z 17-18 S 1, S 2, S 3, S 4.

Pages à ajouter :

- ET 40 Z 4 S 5, S 6, S 7 ;
- ET 50 Z 3 S 5.

1. **<u>Factures de correction</u>, pages 6, 13, ET 20 Z 11, Z 11 S 1**

   Page 6 : Les praticiens de l'art infirmier peuvent introduire des notes de crédit par support électronique pour des jours de prestation complets.

   Page 13 : Dans le cas de réintroduction d'une facture créditée, la note de crédit doit précéder la refacturation.

   ET 20 Z 11 : La signification du type 1 de facturation est complétée avec «ou créditée ».

   ET 20 Z 11 S 1 : 3ème tiret : la 2ème phrase est formulée plus clairement.

2. **<u>Traitement des hôpitaux psychiatriques par l'UNMS</u>, page 14, ET 20 Z 18**

   A partir du 1er janvier 2007, le traitement des hôpitaux psychiatriques (7/20xxx/cc) est transféré vers les mutualités.

   <u>Date d'application</u> : Le 1er janvier 2007.

3. **<u>Dissolution de la mutualité MRB (107)</u>, page 15**

   Le 1er janvier 2007, la mutualité MRB (Mutualité 107), sera dissoute. Selon leur rôle linguistique, les membres de la mutualité MRB seront transférés vers 2 autres mutualités.

   <u>Date d'application</u> : Le 1er janvier 2007.

4. **<u>Liste des adresses et des personnes à contacter dans les organismes assureurs</u>, annexe 1, annexe 1.1.**

   Les personnes à contacter de la M.L.O.Z. sont modifiées.
   Changement d'adresse pour la Caisse des soins de santé de la **SNCB-Holding.**

5. **<u>Fichier de décompte et codification des anomalies</u>, annexe 5.1, annexe 5.4, 5.4 suite 1**

   Une nouvelle zone « Résultat OA » (zone 119) est ajoutée dans les enregistrements de type 30, 40 et 50 du fichier de décompte.
   Cette zone est complétée si les zones 111b, 112b ou 113 b contiennent un code erreur XX1940. Elle est remplie avec le montant tarifé par l'OA.

   Les messages Carenet 920098 et 920099 seront également complétés avec cette information.

   Afin d'élargir sensiblement le nombre de possibilités de créer un code erreur, les deux dernières positions du code erreur deviendront alphanumériques. La structure est partiellement maintenue.

   <u>Date d'application</u> : Le 1er janvier 2007.

6. **<u>Règles d'arrondi</u>, annexe 14.2, 14.7, 14.8**

   Dans l'annexe 14.2, il est précisé que la règle d'arrondi est appliquée sur 3 décimales, càd pour arrondir à 2 décimales, on ne tient compte que de la 3ème décimale.

Les exemples en annexe 14.7 et 14.8 sont corrigés : Les médicaments COSOPT et BONEFOS appartiennent à la classe ATC 4. Ils ont donc un plafond ticket modérateur majoré.
Voir circulaire Hôp 2006/9 ou circulaire OA 2006/179 du 16/5/2006.

Date d'application : Mois facturé juillet 2006 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0200607).

7. Structure des numéros d'identification INAMI, annexe 16

L'annexe 16 est complètement retravaillée. Elle est divisée en 2 chapitres : d'une part « dispensateurs de soins » et d'autre part « établissements ».
La profession est identifiée par 2 positions au lieu d'une position.

La dénomination « formation complémentaire » est remplacée par « médecins stagiaires » pour les qualifications « 010 » jusque et y compris « 097 ».

7 nouveaux codes de qualification sont ajoutés pour les médecins : 018, 180, 184, 581, 583, 586 et 983.

Remarque : Numéros INAMI pour les logopèdes.
Les numéro INAMI, attribués aux logopèdes francophones à partir du 6 juillet 2006, commencent par 60.

Jusqu'à l'épuisement de la série 58, des numéros commençant par 58 sont encore attribués aux logopèdes néerlandophones. Ensuite, des numéros commençant par 60 seront également attribués aux logopèdes néerlandophones.

Tous les numéros attribués avant, commençant par 58, restent valables.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/3.

8. Code journée d'entretien, ET 30 Z 4 S 3, S 8, S 10, S 13, S 14, S 15, S 16, S 21, S 24, S 25, Z 17-18.

Rééducation

- Un nouveau pseudo-code est créé dans l'ET 30 Z 4 S 3 pour l'intervention personnelle pour la ventilation assistée par pression positive continue par voie nasale durant le sommeil.

  Date d'application : Prestations à partir du 1/8/2006.

- Pour certaines conventions de rééducation (p.ex. 774XXXXXXXX), des jours de congé payé peuvent être imputés. Cependant, lorsque la capacité normale de facturation est dépassée, les jours de congé payé (comme les forfaits journaliers normaux) sont facturés à un prix réduit. C'est pourquoi, un nouveau pseudo-code est créé dans l'ET 30 Z 4 S 21 pour les "jours de congé payé durant une période de rééducation en cas de dépassement de la capacité normale de facturation". Ce pseudo-code est également ajouté dans le 4ème paragraphe de l'ET 30 Z 17-18.

  Date d'application : Prestations à partir du 1/1/2007.

- Un nouveau pseudo-code est créé dans l'ET 30 Z 4 S 8 pour les jours de congé non payé durant une période de rééducation.

  Date d'application : Prestations à partir du 1/1/2007.

- Les pseudo-codes 0776893, 0776926, 0776930, 0776963 (enfants atteints de maladies chroniques) et 0777291-0777302, 0777313-0777324, 0777335-0777346 (Zeepreventorium – Asthmacentrum à De Haan) sont ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 14 et S 15.

- Les pseudo-codes suivants sont transférés au point 16) Rééducation fonctionnelle et professionnelle - Conventions types :
  - Conventions de rééducation médico-psycho-sociale spécialisées
  - Maladie métabolique
  - Accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée
  - Rééducation fonctionnelle pour bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle (969)
  - Centres de références IMOC
  - Spina Bifida - centres de références
  - Centres de références pour les troubles du spectre autistique
  - Centres de références multidisciplinaires de la douleur chronique

Petites corrections

ET 30 Z 4 S 10 : le libellé des pseudo-codes 0770313 jusque 0770383 inclus a été modifié.

ET 30 Z 4 S 14 : le pseudo-code 0772424 était mentionné deux fois et est supprimé une fois.
Le pseudo-code 0777630 est supprimé le 31/12/2005.

ET 30 Z 4 S 15 : les pseudo-codes 0775795-0775806 sont supprimés le 01/01/2004, alors que les pseudo-codes 0775515-0775526 ne le sont pas.
Les pseudo-codes 0775950-0775961 sont supprimés.
Le pseudo-code 0777652 est supprimé le 31/12/2005.

ET 30 Z 4 S 16 : les pseudo-codes 0773636-0773640 sont supprimés le 31/12/2004, alors que les pseudo-codes 0773614-0773625 ne le sont pas.
Les pseudo-codes 0774712 jusque 0774826 inclus et 0776134-0776145 sont supprimés le 31/12/2004.

ET 30 Z 4 S 24 : pseudo-code 078**2**342 au lieu de 0783342
ET 30 Z 4 S 25 pseudo-code 078**2**412 au lieu de 0783412
} uniquement en néerlandais

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/3.

9. Supplément chambre, ET 30 Z 4 S 8, Z 17-18

La facturation pour un patient qui séjourne dans une chambre individuelle ou une chambre à 2 lits, mais pour laquelle aucun supplément de chambre ne peut être imputé (voir p.ex. AR du 14/6/2006), doit être établie comme suit : dans la zone "prestation relative" de l'enregistrement "montant par jour", le type de chambre dans laquelle le patient séjourne réellement est indiqué, mais aucun enregistrement "supplément" ne suit.

Date d'application : 1/1/2007.

10. Date premier et dernier jour facturé, ET 30 Z 5, Z 6a-6b.

Certains forfaits de rééducation se rapportent à une période supérieure à 1 mois,
p.ex. le pseudo-code 0773592. Au 1er paragraphe de la Z 5 et Z 6, les mots « forfait mensuel » sont remplacés par « forfait de rééducation lié à une période déterminée ».

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/3.

11. Enregistrement de détail des préparations magistrales, annexe 5.2.16, annexe 5.2.19, annexe 5.2.20, ET 40 Z 4 S 2, S 4, S 5, S 6, S 7, Z 22, Z 23, Z 37.

Le caractère facultatif de l'enregistrement de détail des préparations magistrales est supprimé.

Les codes erreur R 400417 et R 400418 sont créés. Cela signifie que chaque facturation d'une préparation magistrale doit être suivie d'au moins un enregistrement de détail.
Lorsqu'il s'agit d'une spécialité incorporée dans une préparation magistrale, le code CNK de cette spécialité doit être mentionné dans l'enregistrement de détail.
Lorsqu'il s'agit d'une préparation magistrale sans principes actifs, le code CNK « générique » (0586784) de l'excipient de pommade doit être renseigné dans l'enregistrement de détail.
Dans l'ET 40 Z 22, il est mentionné que la quantité doit être exprimée dans l'unité la plus appropriée et arrondie à 4 chiffres significatifs.

Dans la zone 37 (forme galénique), une nouvelle valeur est ajoutée pour les préparations préfabriquées. Il est également indiqué qu'en cas d'imputation d'honoraires supplémentaires, la valeur est précédée par « 1 ».

2 nouveaux codes erreur sont créés : R 401913 et R 402713.

Date d'application : délivrances à partir du 01/01/2007.

12. Forfaitarisation des médicaments, annexe 9.2, ET 40 Z 4 S 3BIS, Z 30-31

Dans la note en bas de page relative au pseudo-code 0757260 (médicaments non remboursables chapitre IV hors indication et sans information au médecin-conseil), il est ajouté que l'ET 40 Z 16 doit être égal à 1 (médicaments gratuits).

Les pseudo-codes 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024 et 0757046 sont ajoutés à la valeur 1 de l'ET 40 Z 3.

Le pseudo-code 0756626 (médicaments non forfaitarisés de catégorie D) est ajouté dans l'ET 40 Z 30-31.
Les pseudo-codes 0756626 et 0757245 sont ajoutés à l'annexe 9.2.

Date d'application : Hospitalisations à partir du 1/7/2006.

13. Unité, ET 40 Z 23

La signification de la valeur « 06 » est corrigée dans la version francophone des instructions : « **Centimètre** carré » au lieu de « Décimètre carré ».

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/3.

14. Oxygénothérapie – 10ème avenant à la Convention Pharmaciens – OA, ET 40 Z 22, Z 40-41 S 1

La facturation de l'oxygénothérapie dans le cadre du 10ème avenant, reste jusqu'à nouvel ordre, basée sur les instructions de la circulaire hop 2006/13 (Circulaire OA 2006/233).

Cela signifie que pour les prestations effectuées à partir du 1er juin 2006, les pseudo-codes CNK 0710084 jusque et y compris 07100142 ne peuvent plus être utilisés dans l'ET 40 Z 40-41. A partir de cette date, les codes CNK et les montants repris dans une liste doivent être utilisés. Cette liste est mise à jour mensuellement et mise à disposition sur le site de l'INAMI.

Dans le cas de l'installation et de la livraison par le pharmacien, il s'agit des codes CNK génériques ; dans le cas de l'installation et de la livraison par la firme, il s'agit des codes CNK spécifiques.

Dans l'ET 40 Z 22, le nombre d'unités délivrées doit être mentionné.

Date d'application : prestations à partir du 1er juin 2006.

15. Mise en place des tuteurs coronaires / drug eluting stents sur plusieurs jours, ET 50 Z 3 S 1, S 2, S 3, S 5, Z 4 S 17

Les instructions ont été adaptées et ont été précisées dans l'ET 50 Z 3 S 5 et dans la Z 4 S 17.
Voir Circulaire Hôp 2006/13 ou circulaire OA 2006/233.

Date d'application : Mois facturé juillet 2006 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0200607)

16. Facturation de la prestation 0688472, ET 50 Z 3 S 4

Suite à l'AR du 19/04/2006 (MB du 14/06/2006), une liste de produits relative à la prestation 0688472 sera établie.
La facturation est analogue à celle du matériel utilisé en chirurgie cardiaque minimale invasive.

Date d'application : Prestations à partir du 1er août 2006.

17. Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature, ET 50 Z 4 S 2, S 5, S 10, S 33, Z 15 S 1.

4 nouveaux pseudo-codes sont ajoutés pour les prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50. Pour ces prestations, l'ET 50 Z 15 est égal à zéro. Le type de facture (ET 20 Z 10) est égal à 5 ou 6.

Le libellé du pseudo-code 0687971-0687982 est ajouté avec « + accessoires ».

Un nouveau pseudo-code 0698530-0698541 est créé pour les radio-isotopes.

La personne à contacter pour la facturation des soins infirmiers est modifiée pour l'OA 100.

L'ET 50 Z 15 doit être égal à zéro pour TOUTES les prestations non remboursables.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/3.

18. Prestation relative, ET 50 Z 17-18 S 1, S 2, S 3, S 4.

Les prestations suivantes sont ajoutées à la liste :

- 0308350-0308361, 0309131 jusque 309164 inclus, 0378350-0378361, 0379131 jusque 0379164 inclus. Ces prestations ont été reprises dans la nomenclature à partir du 1/9/2005 (AR du 6/12/2005). Cependant, elles ont été oubliées dans la liste « prestation relative ».

Par la circulaire Hôp 2006/9 (circulaire OA 2006/179), elles ont été reprises dans cette liste avec comme date d'application : mois facturé juin 2006.

- 0350416-0350420 : participation à la concertation oncologique multidisciplinaire
- 0308335-0308346 : renouvellement anticipé prothèse dentaire, > 12 ans
- 0378335-0378346 : renouvellement anticipé prothèse dentaire, < 12 ans
- Les codes 0459970-0459981 et 0460003 (Honoraires complémentaires échographies – art. 17bis) devraient, comme les codes analogues de l'art. 17 et de l'art. 17ter, déjà être repris dans la liste. Ils sont à présent repris dans la liste avec la date d'application « Prestations à partir du 1er décembre 2006 ».
  La prestation relative ne doit pas être remplie dans le cas de traction continue ou aspiration thoracique continue pour les codes 0459104, 0460003 et 0469103.
- 0613130 jusque 0613163 inclus (AR du 16/3/2006, date d'application 1/6/2006)
- 0693630 jusque 0693700 inclus (AR du 3/5/2006, date d'application 1/8/2006).

Les prestations suivantes sont supprimées :

- Pour les prestations 0109616 (forfait maisons médicales) et 0201235 jusque et y compris 0201261 (anesthésie lors de l'extraction d'une dent) aucune prestation relative ne doit être remplie.
- 0306950-0306961, 0307156-0307160 (AR du 6/12/2005, supprimé le 1/9/2005)
- 0694956-0694960 (AR du 16/3/2006, supprimé le 1/6/2006).
- 0951031, supprimé le 1/7/2000.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/4

Pages à remplacer :

- Page 17 ;
- Annexe 1.1 ;
- Annexe 5.2 ;
- Annexe 9.1, 9.2, 9.3, 9.4 ;
- Annexe 6 ;
- Annexe 11 ;
- Annexe 16.1, 16.3, 16.5, 16.7, 16.14, 16.15, 16.16, 16.17, 16.18, 16.19, 16.20, 16.21, 16.22, 16.23 ;
- ET 20 Z 10, Z 20-21 ;
- ET 30 Z 4 S 1, S 3, S 4, S 5, S 9, S 13, S 14, S 15, S 16, S 23, S 25, Z 13, Z 17-18, Z 17-18 S 1, Z 27, Z 30-31, Z 33, Z 48;
- ET 40 Z 4 S 1, S 2, S 3, S 4, Z 13, Z 22, Z 23, Z 27, Z 30-31, Z 33, Z 37, Z 39;
- ET 50 Z 4 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, Z 13, Z 13 S 1, S 2, Z 14, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 17-18 S 1, S 3, S 4, Z 27, Z 30-31, Z 33, Z 43, Z 48.

Pages à ajouter :

- Annexe 16.24 ;
- ET 30 Z 4 S 4 bis, Z 51, Z 52 ;
- ET 40 Z 51, Z 52 ;
- ET 50 Z 51, Z 52.

1. Fusion des mutualités 228 et 230, page 17

Le 1er janvier 2007, les mutualités 228 et 230 ont fusionné et deviennent la mutualité 228.

Date d'application : Le 1er janvier 2007.

2. Données de contact de l'ANMC, annexe 1.1

Une adresse e-mail est ajoutée aux données de contact de l'ANMC.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

3. Codes erreur, annexe 5.2

Les doubles codes erreur sont éliminés de la liste des codes erreur. Les codes supprimés sont barrés et à côté figure(nt) le(s) code(s) par le(s)quelle(s) il(s) est(sont) remplacé(s).
Quelques nouveaux codes sont ajoutés : S 202020, R 300742, R 400742, R 500649, R 500742, R 502049, R 502240, R 504412, B 900104.

Les organismes assureurs adapteront leurs programmes en conséquence pour le 1er juillet 2007 au plus tard.

Les codes erreur suivants sont ajoutés :
S 301746 et S 501746.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

4. Médicaments délivrés aux patients qui séjournent dans une MSP, annexe 5.2.18, annexe 11

L'annexe 11 est corrigée en supprimant chaque fois le mot « MSP ». Les médicaments délivrés aux patients qui séjournent dans les MSP, doivent en effet être repris dans la facturation globale de la MSP (voir annexe 13) et ne sont pas facturés par une officine hospitalière.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

Le code erreur R 401413 est créé.

Date d'application : Facturation du 2ème trimestre 2007.

5. Structure des numéros d'identification INAMI, annexes 16.1, 16.3, 16.5, 16.7, 16.14 jusque et y compris 16.24

Les numéros tiers payant – groupements de dispensateurs de soins et les codes qualification pour le personnel soignant sont déplacés vers la rubrique « dispensateurs de soins ».

Dans l'annexe 16.5, le code qualification 573 a été ajouté pour les médecins spécialistes .

Dans l'annexe 16.7, 4 nouveaux codes qualification ont été ajoutés pour les dentistes.

Dans l'annexe 16.19, deux nouveaux agréments de banque de tissus ont été ajoutés : 222 (sang de cordon) et 223 (cellules-souche).

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

A partir du 01/07/2007, chaque établissement MRPA-MRS a un numéro INAMI unique. Les différents types de reconnaissances sont encodés dans les 3 dernières positions du numéro.
Les annexes 16.16 et 16.19 sont adaptées en conséquence.

Date d'application : 01/07/2007 (facturation du 3ème trimestre 2007).

6. Prestations R30-R60, ET 20 Z 10, ET 50 Z 4 S 2

Dans l'ET 20 Z 10, il est explicitement stipulé que les prestations R30-R60 doivent être facturées sous le type de facture 5 ou 6.
Pour éviter tout malentendu, les pseudo-codes concernés dans l'ET 50 Z 4 S 2, sont déplacés vers le point 5 bis.

Date d'application : Prestations à partir du 1/8/2006.

7. Prestations de biologie clinique pour des patients séjournant dans un centre de rééducation, ET 20 Z 20-21, ET 50 Z 13.

Pour des prestations de biologie clinique effectuées pour des patients séjournant dans un centre de rééducation, une exception est prévue dans l'ET 20 Z 20-21 (date de l'accord traitement de rééducation). Cette zone peut être égale à zéro.
Les prestations concernées doivent bien être facturées sous le type de facture 5 (rééducation interne) ; les codes hospitalisés doivent être utilisés et le code service doit être « 770 ».

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

8. Code journées d'entretien, ET 30 Z 4 S 3, S 5, S 9, S 13, S 14, S 15, S 16, S 23, S 25

Rééducation

- Dans l'ET 30 Z 4 S 3, point C, il est précisé que les pseudo-codes pour le ticket modérateur en cas de certaines conventions de rééducation, peuvent uniquement être utilisés pour des bénéficiaires sans régime préférentiel (CT 1 – CT 2 = XX0).
  Pour des bénéficiaires avec régime préférentiel (CT 1 – CT 2 = XX1), aucun enregistrement ne peut être mentionné pour le ticket modérateur.

  Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

- La liste des pseudo-codes est actualisée. Il s'agit principalement de l'ajout des forfaits de rattrapage.

MRPA

De nouveaux pseudo-codes sont ajoutés pour les forfaits MRPA court séjour.

Date d'application : 1/7/2007 (facturation du 3ème trimestre 2007).

9. Forfaits hôpital de jour, ET 20 Z 10, ET 30 Z 4 S 4, S 4bis, Z 13, Z 17-18, Z 17-18 S 1, ET 50 Z 13, Z 13 S 2

Les forfaits MINI, MAXI, A, B, C et D ont été revus.
A partir du 1/7/2007, les forfaits mini et maxi ne pourront plus être facturés suite à des prestations mentionnées sur une liste nominative.
Les forfaits A, B, C et D sont supprimés et remplacés par 7 nouveaux forfaits, pour lesquels de nouveaux pseudo-codes sont prévus dans l'ET 30 Z 4.
Un nouveau pseudo-code service est également créé.

Date d'application : 1/7/2007

10. Prestation relative, ET 30 Z 17-18 S 1

Un nouveau pseudo-code 0761913-0761924 « prestation relative » est ajouté pour le maxiforfait lors de l'administration de Herceptin dans le cadre de la convention art. 56.

Date d'application : Mois facturé janvier 2007.
(Circulaire Hôp 2006/18 du 4 décembre 2006 – Circulaire OA 2006/397 du 5/12/2006).

11. <u>Mention de l'intervention personnelle et du supplément sur la facture</u>, annexes 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, ET 30 Z 27, Z 30-31, Z 33, ET 40 Z 27, Z 30-31, Z 33, ET 50 Z 27, Z 30-31, Z 33

Suite à la mauvaise interprétation de la valeur 1 dans la zone 33, les instructions sont clarifiées.
Si l'intervention personnelle et/ou supplément est directement pris en charge par le CPAS ou par une compagnie d'assurance privée, le montant de l'intervention personnelle et/ou du supplément doit être mentionné sur la facture. Dans la zone 33, la valeur 0 doit être utilisée. La valeur 1 dans la zone 33 ne peut être utilisée que si l'intervention personnelle et/ou le supplément n'est pas imputé ou est en charge d'une législation hors AMI.

<u>Date d'application</u> : 1/7/2007.

12. <u>Association « bassin de soins »</u>, annexe 5.2.3, annexe 5.2.8, annexe 5.2.15, annexe 5.2.21, annexe 5.2.30, annexe 5.2.33, annexe 5.2.35, annexe 6, annexe 6.1, annexe 6.2, annexe 6.3, annexe 6.4, annexe 6.5, annexe 6.6, annexe 6.7, ET 30 Z 51, ET 30 Z 52, ET 40 Z 51, ET 40 Z 52, ET 50 Z 51, ET 50 Z 52

1. <u>Mention du numéro d'identification de l'association "bassin de soins" sur la facture électronique</u>

   Actuellement, une codification en 11 positions (commençant par 715) existe pour les associations "classiques".
   Dans certaines situations, ce numéro doit être mentionné dans la zone "lieu de prestation" (voir ET 50 Z 14).

   Les prestations effectuées en application de la nouvelle forme d'assocation "bassin de soins", doivent pouvoir être distinguées sur la facture en mentionnant une nouvelle série de numéros d'identification sous la forme « 0716XXXCDXXX » dans la nouvelle zone 52 de l'ET 30, ET 40 et ET 50.

2. <u>Mention du site hospitalier sur la facture électronique</u>

   Les sites hospitaliers sont codifiés par le SPF Santé Publique en 4 positions numériques.
   Pour les prestations dans le cadre d'une association « bassin de soins », le code du site où la prestation a été effectuée doit être mentionné dans la nouvelle zone 51 (6N) de l'ET 30, ET 40 et ET 50 sous la forme « 00XXXX ».

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2007

13. <u>Pseudo-code catégorie médicament</u>, ET 40 Z 4 S 1, S2, S 3, S 4, Z 22, Z 23, Z 27, Z 37

<u>Spécialités délivrées par les officines hospitalières aux travailleurs indépendants non hospitalisés</u>
L'ET 40 Z 4 S 1 renvoie à une note WEB pour information complémentaire.

<u>Traitement de substitution à base de méthadone</u>
Un nouveau pseudo-code catégorie 0755974 est ajouté pour une intervention forfaitaire pour la délivrance fractionnée des traitements de substitution à base de méthadone.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1er décembre 2006.
(Circulaire Hôp 2006/18 du 4 décembre 2006 – Circulaire OA 2006/395 du 5/12/2006).

Enregistrement de détail des préparations magistrales
Obligatoire à partir du 1/7/2007 (voir Circulaire Hôp. 2007/5 du 12 mars 2007 – Circulaire OA 2007/80 du 9 mars 2007).
Le fichier de référence des principes actifs est disponible sur le site de l'INAMI, sous la rubrique « Médicaments » - « Préparations magistrales ».
Pour les préparations magistrales non remboursables (0750116) , l'enregistrement de détail n'est pas obligatoire. Toutefois, la zone « forme galénique » (Z 37) doit bien être remplie.

Pansements actifs
Un nouveau pseudo-code 0757271 est ajouté pour les pansements actifs non remboursables.
Le coût est mentionné dans la zone « supplément » (Z 30-31).

Date d'application : Prestations à partir du 1er juillet 2007.

14. Code service, ET 40 Z 13

En cas de forfait par admission pour les médicaments, le service d'admission doit être mentionné dans la zone « code service ».

Date d'application : Admissions à partir du 1/7/2006.

15. Intervention personnelle patient théorique, ET 40 Z 39

Le dernier paragraphe de l'ET 40 Z 39 ne vaut pas seulement pour les hôpitaux psychiatriques mais également pour les MSP. Le prix total des médicaments non remboursables doit être mentionné dans cette zone puisque le ticket modérateur forfaitaire couvre également ces médicaments.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

16. Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature, ET 50 Z 4 S 1, Z 15 S 1

2 nouveaux pseudo-codes relatifs aux greffes hématologiques sont ajoutés : 0269872-0269883 et 0269894-0269905.
Les codes 0269931-0269942 et 0269953-0269964 ont été supprimés.

Date d'application : Prestations à partir du 1er décembre 2006.
(Circulaire Hôp 2007/2 du 9 janvier 2007).

Des nouveaux pseudo-codes relatifs aux frais de déplacement sont ajoutés dans le cadre de la rééducation.

Date d'application : Prestations à partir du 1er janvier 2006.

Les forfaits existants pour l'alimentation parentérale et entérale sont remplacés par des nouveaux forfaits. Sous réserve de la publication des A.R. concernés, des nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 3.

Date d'application : en fonction de la date de publication des A.R concernés.

17. Neurostimulation pour le traitement des mouvements irréguliers, ET 50 Z 4 S 3, Z 43, annexe 5.2.29

Le système de facturation de la neurostimulation pour le traitement des mouvements irréguliers est remplacé par un système de facturation « classique » avec un nombre de pseudo-codes limités et des listes des produits admis.
Les nouveaux pseudo-codes sont mentionnés dans l'ET 50 Z 4 S 3. Ils sont également ajoutés dans les codes erreur R 504311 et R 504312.
Le numéro d'identification du produit doit être mentionné dans l'ET 50 Z 43.

Date d'application : Prestations à partir du 1er mars 2007.

18. Code service, ET 50 Z 13 S 1

La table de codification des codes service est actualisée.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

19. Lieu de prestation, ET 50 Z 14, Z 14 S 2

Un numéro d'agrément est ajouté pour le programme de soins « pathologie cardiaque C ».

Date d'application : Prestations à partir du 1/5/2007.

En cas de facturation des frais de déplacement des médecins, le lieu de prestation est égal à zéro.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

20. Prestation relative, ET 50 Z 17-18 S 1, S 3, S 4

0690012-0693626 : bandes plâtrées et autre matériel de plâtre : la prestation relative peut toujours être remplie, mais est OBLIGATOIRE pour les indépendants.

Les prestations suivantes sont ajoutées à la liste :
- 0201353-0201364 : cette prestation a été oubliée dans la version francophone ; la liste est à présent corrigée
- 0682533 jusque 0682581 inclus : matériel de consommation (AR du 22/11/2006, date d'application 1/2/2007).
- 0684235-0684246 : Urologie et néphrologie, catégorie 3. Le libellé est complété avec les mots "suite à la prestation 0432751-0432762".
  (AR du 28/09/2006, date d'application 1/12/2006).
- 0699510 jusque 0699764 inclus et 0699856 jusque 0699860 inclus: matériel de consommation (AR du 28/09/2006, date d'application 1/12/2006).
- 0697314-0697325, 0697432 jusque 0697465 inclus, 0697535 jusque 0697561 inclus : dispositifs médicaux (AR du 22/11/2006, date d'application 1/2/2007).
- 0685355-0685366 : matériel de consommation (AR du 6/3/2007, date d'application 1/5/2007)

Les prestations suivantes sont supprimées :
- 0730656 jusque 0730682 inclus (AR du 28/09/2006, date d'application 1/12/2006).

21. Intervention personnelle des implants, ET 50 Z 27, Z 30-31

Pour la nouvelle prestation 0683874-0683885, une intervention personnelle est prévue. Celle-ci doit être mentionnée dans la zone 27.

Date d'application : Prestations à partir du 1/5/2007.

22. Code implant, ET 50 Z 43, annexe 5.2.29

Le texte de l'ET 50 Z 43 est complété par « art. 35bis : dispositifs médicaux invasifs ».

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

Dans les codes erreur R 504311 et R 504312, le code 0686792-0686803 est ajouté et le code 0683712-0683723 est supprimé.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2006.

23. Transplantation, ET 50 Z 48, ET 30 Z 48

Les frais du typage de donneurs potentiels sont imputés au receveur et doivent être indiqués avec la valeur 2 dans la zone 48.
Le libellé de la valeur 2 a été clarifié en ce sens (également dans l'ET 30).

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/4.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/5

Pages à remplacer :

- p. 2;
- annexe 5.2.2, 5.2.4, 5.2.29, 5.2.30, annexe 6, 6.1, 6.5, annexe 9.1, 9.3, 9.4, annexe 16.4, 16.5, 16.6;
- ET 20 Z 5, Z 10, Z 11, Z 20-21, Z 27, Z 27 S 1, S 2, S 3;
- ET 30 Z 4 S 4, Z 13, Z 17-18, Z 17-18 S 1, Z 19, Z 22, Z 33;
- ET 40 Z 19, Z 22;
- ET 50 Z 4 S 5, S 14, Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 1, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 16, Z 17-18 S 1, S 2, S 3, Z 19, Z 20-21, Z 22, Z 24-25, Z 27, Z 30-31, Z 33, Z 43.

Pages à ajouter :

- ET 10 Z 13;
- ET 30 Z 33 S 1;
- ET 50 Z 4 S 5 BIS, Z 24-25 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, S 6, Z 33 S 1, Z 49.

Pages à supprimer :

- ET 20 Z 27 S 4.

1. Nombre mensuel de fichiers de facturation, p.2, annexe 5.2.2, annexe 6, 6.1, ET 10 Z 13.

La procédure générale relative au nombre mensuel de fichiers de facturation a été reformulée. Le principe de base reste valable : seul un fichier de facturation par mois et par tiers payant est accepté (pour les hôpitaux, au maximum deux fichiers par numéro de tiers payant).
S'il y a dérogation à ce principe de base, cela doit être renseigné dans une nouvelle zone "contenu de la facturation" (ET 10 Z 13).

Date d'application : Mois facturé janvier 2008 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0200801).

2. Codes qualification, annexes 16.4, 16.5, 16.6.

De nouveaux codes qualification sont introduits pour les médecins spécialistes en médecine aiguë ou en médecine d'urgence.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2007.

3. Date d'admission, annexe 5.2.4, ET 20 Z 5, Z 20-21.

Le remplissage de la zone "date d'admission" en cas de rééducation interne et de séjours en MRS, MRPA, MSP ou IHP a été clarifié.
De plus, la description du code erreur F 200521 a été adaptée.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/5.

4. Petits risques pour les travailleurs indépendants, ET 20 Z 27, Z 27 S 1, S 2, S 3, ET 30 Z 19, ET 40 Z 19, ET 50 Z 19.

Pour les prestations effectuées à partir du 1er janvier 2008, tous les travailleurs indépendants ayant droit aux gros risques auront également droit aux petits risques via l'assurance obligatoire.
En outre, les indépendants qui ont actuellement droit au régime préférentiel pour les gros risques, auront, à partir du 1er janvier 2008, également droit au régime préférentiel pour les petits risques.

Suite à cette nouvelle réglementation, 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.

Date d'application : Prestations à partir du 1/1/2008.

5. <u>Forfaits douleur chronique</u>, ET 20 Z 10, ET 30 Z 4 S 4, Z 13, Z 17-18, ET 50 Z 13, Z 13 S 2.

Suite à l'art. 4, §8 de la nouvelle Convention Nationale entre les Etablissements de soins et les Organismes assureurs, 6 nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 4.
Ces forfaits doivent être facturés sous le type de facture 9.
Le code service à utiliser est le 840.
(voir Circ Hôp 2007/9 du 26 juin 2007 et Circ OA 2007/218 du 25 juin 2007).

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2007.

6. <u>Maxi-forfait oncologie</u>, ET 30 Z 17-18 S 1.

L'art. 4, §4 de la nouvelle Convention Nationale entre les Etablissements de soins et les Organismes assureurs prévoit une adaptation de la description des situations dans lesquelles un maxi-forfait peut être porté en compte. Le libellé des pseudo-codes prestation relative a été adapté de manière analogue.
(voir Circ Hôp 2007/9 du 26 juin 2007 et Circ OA 2007/218 du 25 juin 2007).

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2006/5.

7. <u>Convention Herceptine</u>, ET 30 Z 17-18 S 1.

La convention Herceptine (art. 56) a pris fin le 31/5/2007.
Le pseudo-code prestation relative 0761913-0761924 a dès lors été supprimé.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/6/2007.

8. <u>Note de crédit – signes algébriques de la zone 22</u>, ET 20 Z 11, ET 30 Z 22, ET 40 Z 22, ET 50 Z 22.

Il est précisé que dans le cas d'une note de crédit, non seulement les zones « montant » doivent être négatives mais également la zone 22 (nombre).

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2006/5.

9. <u>Facturation à 100% dans le cadre du maximum à facturer</u>, annexe 9.1, 9.3, 9.4, ET 30 Z 33, Z 33 S 1, ET 50 Z 33, Z 33 S 1.

Le 1er décembre 2007, entre en vigueur l'A.R. du 8 juin 2007 (MB du 29 juin 2007).
Cet AR prévoit que, dès qu'il est établi qu'un bénéficiaire du maximum à facturer a été hospitalisé, l'organisme assureur auprès duquel le bénéficiaire est affilié ou inscrit informe l'hôpital par voie électronique que le bénéfice du maximum à facturer a été octroyé pour l'année calendrier concernée.
Pour ce bénéficiaire, l'hôpital facture à 100% à l'organisme assureur. Ce qui signifie que l'intervention AMI et l'intervention personnelle sont mentionnées dans la zone 19.
Dans la zone 33, une nouvelle valeur 3 est créée. Cette valeur doit être utilisée pour toutes les prestations pour le bénéficiaire concerné, et également pour les prestations sans ticket modérateur.

<u>Date d'application</u> : 1/12/2007.

10. <u>Défibrillateurs cardiaques implantables</u>, annexes 5.2.29, 5.2.30, ET 50 Z 4 S 5, S 5 BIS, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 20-21, Z 30-31, Z 43.

Suite à la nouvelle convention relative aux défibrillateurs cardiaques implantables, des nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 5 BIS. Pour ces prestations, le code implant doit être mentionné. Ces nouveaux pseudo-codes sont dès lors repris dans la description des codes erreur R 504311 et R 504312.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2007.

11. <u>Initiatives d'Habitations Protégées</u>, ET 50 Z 4 S 14.

Suite au projet d'adaptation de l'annexe 52 du Règlement du 28 juillet 2003 (note de frais individuelle IHP), trois nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 14 pour la facturation des frais de séjour et les coûts éventuels surplus au frais de séjour.

<u>Date d'application</u> : premier jour du trimestre suivant celui de la publication du Règlement modifiant le Règlement du 28 juillet 2003.

12. <u>Suppression de la contribution forfaitaire pour les patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence</u>, ET 50 Z 4 S 14, Z 15 S 1, Z 16, Z 19, Z 27, Z 30-31.

La nouvelle nomenclature relative à la prise en charge urgente dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés (AR du 19 mars 2007, MB du 14 mai 2007) remplace la contribution forfaitaire qui peut être réclamée, sur la base de l'art. 107quater de la loi sur les hôpitaux, aux patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence.

L'AR du 27 avril 2007 (MB du 5/6/2007) prévoit qu'à partir du 1/7/2007, il ne sera plus possible de percevoir une contribution forfaitaire sur la base de l'art.107quater de la loi sur les hôpitaux.
Le pseudocode 0960256 est donc supprimé.
(voir Circ Hôp 2007/9 du 26 juin 2007 et Circ OA 2007/218 du 25 juin 2007).

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2007.

13. <u>Lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 1.

Des numéros d'agrément pour les fonctions reconnues de soins urgents spécialisés et pour les fonctions agréées de première prise en charge des urgences ont été ajoutés.
(voir Circ Hôp 2007/9 du 26 juin 2007 et Circ OA 2007/218 du 25 juin 2007).

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2007

14. Liste « prestation relative », ET 50 Z 17-18 S 1, S 2, S 3.

Les prestations suivantes sont ajoutées à la liste :

- 0682614-0682625 (AR du 6 mars 2007, MB du 20 mars 2007)
- 0590833 et 0590855 (AR du 19 mars, MB du 14 mai 2007)
- 0303590 jusqu'à 0303623 inclus et 0373590 jusqu'à 0373623 inclus (AR du 11 mai 2007, MB du 25 mai 2007)

Date d'application : Date d'application des AR concernés.

15. Identification du prescripteur, R 50 Z 24-25, Z 24-25 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, S 6.

La zone "identification prescripteur" est retravaillée.
Une liste de prestations pour lesquelles un prescripteur doit être complété, a été insérée.
Pour la mammographie dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité, un prescripteur doit à présent être mentionné. Si l'invitation de l'autorité vaut comme prescription, le pseudo-prescripteur 01.00001.06.999 doit être mentionné.

Date d'application : 1/1/2008

16. Zone réservée, annexes 6, 6.5, ET 50 Z 49

La zone 49 de l'enregistrement de type 50 est réservée dans le cadre d'un projet pilote relatif à l'activité de l'aide soignant au sein d'un service de soins infirmiers à domicile.

Date d'application : Prestations à partir du 1/9/2007.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/6

Pages à remplacer :

- Annexes 1.1, 5.2.1, 5.2.3, 5.2.7, 5.2.8, 5.2.9, 5.2.10, 5.2.11, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.15, 5.2.17, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.24, 5.2.26, 5.2.27, 5.2.28, 5.2.29, 5.2.30, 5.2.33, 5.2.35, 5.4, 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, 9.1, 9.3, 9.4, 15.1, 15.2, 15.3, 15.4, 16.1, 16.3, 16.4, 16.5, 16.6, 16.7, 16.14, 16.15, 16.18, 16.19;
- ET 20 Z 27 S 2, Z 38-39, Z 42-45, Z 49-51;
- ET 30 Z 4 S 9, S 11, S 12, S 25, Z 5, Z 10, Z 14, Z 17-18 S 1;
- ET 40 Z 4, Z 4 S 1, S 2, S 3, Z 17-18, Z 30-31, Z 42-45;
- ET 50 Z 4, Z 4 S 3, S 12, S 14, Z 5, Z 6, Z 13, Z 14, Z 14 S 1, Z 15 S 1, Z 17-18, Z 20-21, Z 22, Z 24-25, Z 43.

Pages à ajouter :

- Page 18 bis;
- Annexe 16.15 bis;
- ET 20 Z 53, Z 54, Z 55, Z 56, Z 57, Z 58;
- ET 30 Z 4 S 9 BIS.

Pages à supprimer :

- ET 50 Z 17-18 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5;
- ET 50 Z 24-25 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, S 6.

1. <u>Centralisation U.N.M.N</u>.

A partir du 1/3/2008, le circuit de facturation de l'U.N.M.N est modifié suite à la centralisation des paiements.
Tous les tiers recevront une lettre avec des directives pratiques relatives à l'envoi des factures (documents papier + supports magnétiques).

2. <u>Cessation des activités de la mutualité 307</u>, p. 18 bis.

Au 1/1/2008, la mutualité 307 cessera ses activités.
Tous les membres de cette mutualité sont transférés vers les mutualités 306, 311, 317, 319 et 325.
De plus amples instructions à ce sujet sont reprises à la page 18 bis.

3. <u>Liste des personnes à contacter</u>, annexe 1.1.

L'adresse e-mail de l'ANMC et les personnes de contact de l'UNML ont été modifiées.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2006/6.

4. <u>Codes erreur</u>, annexes 5.2.1, 5.2.9, 5.2.10, 5.2.11, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.17, 5.2.20, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.24, 5.2.27 et 5.2.28.

Le libellé du code erreur R 300441 est complété.
Le libellé du code erreur R 300513 est corrigé.
Les codes erreur S 502743 et S 503043 sont supprimés.
Quelques nouveaux codes erreur sont créés: R 500317, R 500411, R 500440 et R 500552.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2006/6.

Le code erreur B 100723 est créé (suite à la nouvelle zone 13 dans l'ET 10).

<u>Date d'application</u> : Mois facturé janvier 2008 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0200801).

Suite à l'intégration des petits risques, les codes erreur E 300551, E 400551 et E 500551 sont créés.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/1/2008.

Suite à la nouvelle valeur 3 dans la Z 33 de l'ET 30 et de l'ET 50 (facturation à 100% dans le cadre du MAF), une série de nouveaux codes erreur est créée: R 301946, R 302746, R 303310, R 303320, R 303321, R 501946, R 502746, R 503310, R 503320, R 503321.

<u>Date d'application</u> : Date d'application de la facturation à 100% dans le cadre du MAF.

5. <u>Suppression de la contribution forfaitaire des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence</u>, annexe 5.2.28, ET 50 Z 13

A partir du 1/7/2007, il n'est plus possible de facturer une contribution forfaitaire pour les soins d'urgence (0960256) (voir point 12 de la mise à jour 2006/5).
Le code erreur E 502745 est supprimé pour les prestations à partir du 1/7/2007.
Dans l'ET 50 Z 13, la référence à cette contribution forfaitaire est complétée avec sa date de suppression.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2007.

6. <u>Référence mutualité</u>, annexes 5.2.7, 5.2.8, 5.4, 6.2, ET 20 Z 38-39, Z 49-51.

Les zones 109 et 110 de l'ET 20, 30, 40, 50 et 80 du fichier de décompte et les zones 38-39 et 49-51 de l'ET 20 du fichier de facturation deviennent alphanumériques.

<u>Date d'application</u> : Mois facturé janvier 2008 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0200801).

7. <u>Alimentation parentérale</u>, annexe 15, ET 40 Z 17-18, ET 50 Z 4 S 3.

Suite à la publication de l'AR du 20/7/2007 (MB du 14/8/2007), l'annexe 15 et l'ET 40 Z 17-18 ont été actualisés.
Dans l'ET 50 Z 4 S 3, la date d'application des nouveaux pseudo-codes est remplie.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/9/2007.

8. <u>Codes compétence des médecins, des dentistes, des aides soignants et des services hospitaliers</u>, annexes 16.1, 16.3, 16.4, 16.5, 16.6 , 16.7, 16.14, 16.15, 16.15 bis, 16.18, 16.19, ET 30 Z 14.

La liste des codes compétence des médecins et des dentistes est supprimée.
Référence est faite à la liste officielle des codes compétence, publiée sur le site de l'INAMI (rubrique « Dispensateurs de soins - Information générale - Codes compétence ») et mise à jour régulièrement.

Une série de codes compétence a été créée pour les aides soignants.

Les codes compétence des services de pathologie cardiaque et des services de dialyse ont été actualisés.

<u>Date d'application</u>: Date de publication de la mise à jour 2006/6.

9. <u>Garantie de paiement liée à la consultation du réseau</u>, annexes 5.2.3, 5.2.8, 5.2.15, 5.2.21, 5.2.30, 5.2.33, 5.2.35, 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, et 6.7, ET 20 Z 42-45, Z 53, Z 54, Z 55, Z 56, Z 57, Z 58.

Sous réserve de la publication de l'AR modifiant l'art. 159bis de l'AR du 3 juillet 1996, une <u>garantie de paiement</u> est prévue lorsque la facturation <u>pour des patients ambulants dans les hôpitaux</u> est effectuée sur base des données d'assurabilité obtenues via Carenet (message 801900).

Lors de la consultation du réseau (Carenet), un « numéro d'agrément de garantie de paiement » est délivré (analogue au certificat de lecture de la carte SIS).
Ce numéro est calculé sur base des données suivantes (communiquées dans le message 801900):

- numéro NISS ou numéro d'inscription
- N° mutualité
- Date début période assurabilité
- Date fin période assurabilité
- Date communication information
- CT1
- CT2
- MAF année en cours
- MAF année – 1
- MAF année - 2

Afin de pouvoir appliquer la garantie de paiement, le « numéro d'agrément de garantie de paiement » et toutes les données susmentionnées doivent être mentionnés sur le fichier de facturation.
A cet effet, 6 nouvelles zones sont créées dans l'enregistrement de type 20 du fichier de facturation (Z 53, 54, 55, 56, 57 et 58).
En outre, la signification de la zone 42-45 (données de référence de la carte SIS) est étendue.

L'AR prévoit que la garantie de paiement vaut pour la durée complète du mois civil dans lequel le réseau a été consulté, mais la Commission de Convention peut fixer un autre délai.
A ce sujet, des accords doivent encore être pris au sein de la Commission de Conventions Hôpitaux – Organismes Assureurs (par ex. fixer un délai maximum entre la date de consultation du réseau et la date de réception du fichier de facturation par l'OA).

<u>Date d'application</u>: 6 mois après la publication de l'AR concerné et au plus tard le 1/7/2008 (sous réserve de la publication de l'AR).

10. <u>Intégration des petits risques pour les travailleurs indépendants</u>, annexes 9.1, 9.3 et 9.4, ET 20 Z 27 S 2, ET 30 Z 10, Z 17-18 S1, ET 40 Z 4, Z 4 S 1, S 2, ET 50 Z 4, Z 17-18.

A partir du 1/1/2008, les travailleurs indépendants ont droit aux petits risques via l'assurance obligatoire (voir nouvelles instructions de facturation à ce sujet dans le point 4 de la mise à jour 2006/5).

Dans la présente mise à jour, les pseudo-codes spécifiques qui étaient prévus pour les travailleurs indépendants et toutes les références aux « petits risques » sont supprimés pour les prestations à partir du 1/1/2008.

<u>Date d'application</u>: Prestations à partir du 1/1/2008.

11. Conventions de rééducation, ET 30 Z 4 S 9, S 9 BIS, S 11, S 12, S 25.

La liste des pseudo-codes relatifs aux conventions de rééducation est actualisée.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/6.

12. Date premier jour facturé, ET 30 Z 5.

L'instruction relative au contenu de l'ET 30 Z 5 en cas de forfait par admission est actualisée.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/6.

13. Pseudo-code catégorie médicament, ET 40 Z 4 S 3.

La numérotation des points « honoraires et forfaits oxygène » et « honoraires et forfaits méthadone" est corrigée.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/6.

14. Pansements actifs non remboursables, ET 40 Z 30-31.

A partir du 1/7/2007, les pansements actifs non remboursables doivent être facturés sous un pseudo-code distinct (0757271) (voir point 13 de la mise à jour 2006/4).
Ce pseudo-code est ajouté à la petite liste dans l'ET 40 Z 30-31.

Date d'application: Prestations à partir du 1/7/2007.

15. Tissus d'origine humaine, annexes 5.2.23 et 5.2.26, ET 50 Z 4 S 12, Z 5, Z 6, Z 14 S 1, Z 15 S 1, Z 20-21, Z 24-25

Suite à la préparation de 2 nouveaux AR relatifs à l'intervention dans la délivrance de tissus d'origine humaine, les instructions de facturation sont clarifiées.

Les tissus sont demandés par le médecin qui les implantera. Le numéro d'identification de ce médecin doit être mentionné dans l'ET 50 Z 24-25.
Les tissus sont délivrés par une banque de tissus agréée (la banque de tissus de l'hôpital où les tissus sont implantés ou une autre banque de tissus). Le numéro de cette banque de tissus agréée doit être repris dans l'ET 50 Z 14. Le médecin responsable de la banque de tissus est indiqué dans l'ET 50 Z 15.
Le médecin qui implante les tissus, doit établir une attestation pour démontrer que les tissus ont effectivement été utilisés comme greffes pour le bénéficiaire concerné. Cette attestation est transmise à l'OA. Un double doit être transmis à la banque de tissus.
Dans l'ET 50 Z 5, la date de l'implantation doit être mentionnée; la Z 6 reprend la date de signature de l'attestation relative à l'utilisation.
La facturation des tissus est effectuée par l'hôpital où les tissus sont implantés.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/6.

Afin d'affiner le contrôle sur la facturation des tissus, un nouveau code erreur est créé: R 500425. En outre, la signification du code erreur R 501441 est étendue.

Date d'application: date d'application des AR concernés (sous réserve de leur publication)

16. Produits, prestations, services non remboursables, ET 40 Z 4 S 2, Z 42-45, ET 50 Z 4 S 14.

La codification des produits, prestations ou services non remboursables (codes 960xxx) a été revue.
La description du produit doit toujours être remplie (dans l'ET 40 Z 42-45 ou dans l'ET 50 Z 44-45).

Date d'application: Prestations à partir du 1/4/2008.

17. Facturation en série, ET 50 Z 5, Z 6, Z 22.

Les instructions de facturation actuelles prévoient que certaines prestations (p.ex. kinésithérapie) peuvent, sous certaines conditions, être facturées en série, càd via un seul enregistrement de type 50 et avec un nombre d'unité plus élevé que 1 et avec une date de début et une date de fin qui reflètent la période du traitement.

A partir du 1/1/2008, des séries d'un seul traitement ne peuvent plus être facturées via un seul enregistrement de type 50. Elle doivent être facturées ligne par ligne (enregistrement individuel par prestation).
Seule une exception est faite pour les honoraires de surveillances (art. 25, §1).

Date d'application: Prestations à partir du 1/1/2008.

18. Lieu de prestation, ET 50 Z 14, Z 14 S 1.

Un nouveau code d'agrément est créé pour la pathologie cardiaque E.

Date d'application: Prestations à partir du 1/11/2007.

Le code nomenclature 0590166, pour lequel un agrément « première prise en charge des urgences » est nécessaire, est supprimé à partir du 1/12/2007.
Un nouveau code nomenclature (0590310) est ajouté aux prestations pour lesquelles un agrément «soins urgents spécialisés » est nécessaire.

Date d'application: Prestations à partir du 1/12/2007.

19. Liste "prestation relative", ET 50 Z 17-18.

La liste des prestations pour lesquelles une prestation relative doit être remplie est supprimée de la brochure. Elle est remplacée par une liste publiée sur le site de l'INAMI et actualisée mensuellement.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/6.

20. Liste “prescripteur”, ET 50 Z 24-25.

La liste des prestations pour lesquelles un prescripteur doit être rempli est supprimée de la brochure. Elle est remplacée par une liste publiée sur le site de l’INAMI et actualisée mensuellement.

Date d’application: Prestations à partir du 1/1/2008.

21. Défibrillateurs cardiaques implantables, annexes 5.2.29 et 5.2.30, ET 50 Z 43.

Dans la mise à jour 2006/5, une série de nouveaux pseudo-codes ont été publiés dans l’ET 50 Z 4 S 5 BIS pour les défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes. Il a été stipulé que, pour toutes ces prestations, un code implant doit être mentionné dans l’ET 50 Z 43.
Cependant, aucune liste de produits admis n’est établie pour les électrodes. La zone 43 (code implant) ne peut donc pas être remplie pour ces électrodes.
L’ET 50 Z 43 et les codes erreur R 504311 et R 504312 sont corrigés en ce sens.

Date d’application: Prestations à partir du 1/7/2007 (voir Circ. Hôp.2007/13 du 31 juillet 2007 et Circ. OA 2007/299 du 1er août 2007).

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/7

Pages à remplacer :

- Pages 4 et 12
- Annexes 1, 1.1, 2A, 3, 4, 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.5, 5.2.7, 5.2.11, 5.2.13, 5.2.14, 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.27, 5.2.28, 5.2.29, 5.2.30, 5.2.35, 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, 7, 12.2, 12.3, 12.4, 14.1, 14.2, 15.2, 15.3, 15.4, 16.18, 16.19, 16.20, 16.21, 16.24;
- ET 20 Z 38-39, Z 49-50-51;
- ET 30 Z 4, Z 4 S 4, S 6, S 9, S 11, S 12, S 14, S 15, Z 6, Z 11, Z 19, Z 22, Z 30-31, Z 33, Z 33 S 1;
- ET 40 Z 4 S 4, Z 13, Z 22, Z 23, Z 24-25, Z 30-31, Z 33, Z 37;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 2, S 4, S 5, S 5 BIS, S 14, S 15, S 20, S 33, Z 5, Z 6, Z 11, Z 13, Z 13 S 1, Z 14, Z 15, Z 15 S 1, Z 16, Z 22, Z 27, Z 30-31, Z 33, Z 33 S 1.

Pages à ajouter :

- Annexes 5.2.18bis, 5.2.21bis;
- ET 10 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41, Z 43a, Z 49-50-51-52;
- ET 30 Z 4 S 12 BIS, S 12 TER;
- ET 90 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41, Z 43a, Z 49-50-51-52;

Pages à supprimer :

- ET 50 Z 4 S 33.

1. Spécifications techniques, pages 4, 12, annexes 3, 4

Utilisation des disquettes
Dés qu'il sera possible de facturer via MyCarenet, il ne sera plus permis d'enregistrer les fichiers de facturation sur disquette.

A partir du 1er juillet 2008 les disquettes multi-volumes ne pourront plus être utilisées.

Renvoi des supports de facturation aux tiers
Le support est seulement renvoyé aux tiers dans le cas d'un envoi refusé (conséquence d'erreurs bloquantes ou d'un pourcentage d'erreurs trop élevé).

Date d'application : 1 juillet 2008.

Un fichier de facturation par support
Désormais, un support ne peut contenir qu'un seul fichier de facturation.

Date d'application : 1 juillet 2008.

2. Données de contact, annexes 1, 1.1., ET 50 Z 4 S 33

Les adresses de l'U.N.M.N, de l'U.N.M.L et de la M.L.O.Z ont été modifiées.
Les personnes de contact pour l'U.N.M.N, la M.L.O.Z et la C.A.A.M.I ont été adaptées.

L'ET 50 Z 4 S 33 a été supprimé.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

3. Codes erreurs, annexes 5.2.2, 5.2.5, 5.2.7, 5.2.13, 5.2.22, 5.2.23, 5.2.27

Les codes erreurs suivants ont été ajoutés :

- B 101424 : Numéro de tiers différent de celui du bordereau d'expédition
- B 102220 : Année facturée différente de celle du bordereau d'expédition
- B 102320 : Mois facturé différent de celui du bordereau d'expédition
- B 201011 : Type de facture incompatible avec la mutualité de destination
- F 202720 : CT1-CT2 incompatible avec l'engagement de paiement
- R 301943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
- R 301944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
- R 401943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
- R 401944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
- R 500426 : Soins dentaires préventifs à tarifer différemment car pas de contact l'année précédente.
- R 501943 : Montant intervention de l'assurance erroné sans communication d'engagement de paiement.
- R 501944 : Montant intervention de l'assurance erroné avec communication d'engagement de paiement.
- R 502011 : Date de prescription absente et numéro de prescripteur présent
- R 502012 : Date de prescription présente et numéro de prescripteur absent (ou norme prescripteur = 3)

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7

4. Règles d'arrondis pour les médicaments, annexes 14.1 et 14.2

Une précision a été apportée concernant le calcul du pourcentage du ticket modérateur : le pourcentage est calculé sur le montant non-arrondi de la base de remboursement multipliée par le nombre d'unités.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7

5. Codes qualifications, annexes 16.19, 16.20, 16.21 et 16.24

Un certain nombre de numéros d'agréments pour les banques de tissus ont été ajoutés.

Les codes-qualifications pour les laboratoires de biologie clinique ont été actualisés.
Des nouveaux groupes de prestations et des nouveaux codes qualifications ont été ajoutés concernant la biologie moléculaire.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

6. Facturation de l'alimentation parentérale, annexes 15.2, 15.3, 15.4, ET 50 Z 15 S 1

Les exemples en annexe 15 ont été corrigés :
- Dans les annexes 15.2 et 15.3, le pseudo-code 0750934 dans l'ET 40 Z 4 a été remplacé par 0750912.
- Dans l'annexe 15.4, le pseudo-code 0750724 dans l'ET 40 Z 4 a été remplacé par 0756022 et le montant dans l'ET 40 Z 19 a été corrigé (selon les règles de forfaitarisation des médicaments pour les patients hospitalisés).

Dans l'ET 50 Z 15 S 1, les pseudo-codes 0751354, 0751376, 0751391 et 0751413 ont été ajoutés.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

7. Nouvelle structure des numéros de compte dans le cadre du SEPA, annexe 2A, annexes 5.2.2, 5.2.3, 5.2.35, annexes 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, annexe 7 ; ET 10 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41, Z 43a, Z 49-50-51-52, ET 30 Z 11, ET 50 Z 11 ; ET 90 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41, Z 43a, Z 49-50-51-52.

Dans le cadre du projet-SEPA, l'IBAN (*International Bank Account Number)* et le BIC (*Bank Identifier Code*) du compte financier doivent être mentionnés sur la facture à partir du 1/1/2009.
L'IBAN comprend au maximum 34 positions alphanumériques et a une longueur fixe pour chaque pays (pour la Belgique : 16 caractères). Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national.
Le BIC comprend au maximum 11 positions alphanumériques et désigne la banque du bénéficiaire.

Dans le dessin d'enregistrement du fichier de facturation, 4 nouvelles zones sont prévues pour ces nouveaux numéros de comptes.
Ces zones doivent obligatoirement être complétées à partir du mois facturé janvier 2009.
De plus, les "anciens" numéros de comptes (12 positions numériques) doivent encore provisoirement être mentionnés (jusqu'à plus ample information) dans les zones prévues à cet effet (ET 10 et ET 90 Z5-6a et Z 8a).

Les codes erreurs ont été adaptés et complétés en conséquence.

Date d'application : Mois facturé janvier 2009.

8. <u>Références mutualités,</u> annexe 7, ET 20 Z 38-39, Z 49-51.

Dans la mise à jour 2006/6 les zones 38-39 et 49-51 de l'enregistrement de type 20 ont été définies comme étant de type alphanumérique.

Selon la règle générale de l'annexe 7, les zones alphanumériques doivent être remplies par des blancs si elles ne sont pas utilisées.
Le libellé des zones 38-39 et 49-51 de l'enregistrement de type 20 a été adapté en conséquence.

<u>Date d'application</u> : Mois facturé janvier 2008
(Voir Circ Hôp 2008/4 du 29/1/2008 et Circ O.A. 2008/56 du 30/1/2008)

9. <u>Pseudo-code journée d'entretien ou forfait,</u> ET 30 Z 4, Z 4 S 6, S 9, S 11, S 12, S 12 BIS, S 12 TER, S 14, S 15.

Dans l'ET 30 Z 4, il est précisé que les enregistrements « montant par jour » et « intervention personnelle » doivent toujours rester ensembles, même dans le cas d'une note de crédit, d'une facture de correction ou d'une réintroduction.

Les pseudo-codes pour les centres médicaux pédiatriques ont été supprimés.

Dans l'ET 30 Z 4 S 9, 2 pseudo-codes ont été ajoutés pour l'oxygène gazeux médicinal dans le cadre de la convention-type sur l'oxygénothérapie de longue durée à domicile.

Les pseudo-codes qui concernent les anciennes conventions ventilations ont été supprimés et remplacés par de nouveaux codes pour les conventions SAOAS, SOH et AVD.

Dans l'ET 30 Z 4 S 14 et S 15, les codes supprimés en 2004 et 2005 sont enlevés.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

10. <u>Frais de transport</u>, ET 30 Z 4 S 4, Z 22.

Un nouveau pseudo-code sera ajouté pour les frais de transport pour dialyse ou chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique.
Dans la zone 22, il est précisé que pour ces frais de transport de même que pour les frais de déplacement pour prématurés, le nombre de kilomètres doit être mentionné.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1er juillet 2008 (sous réserve de publication de l'avenant à la convention entre les hôpitaux, les services psychiatriques et les organismes assureurs concernés).

11. Forfaits mensuels, trimestriels, et annuels dans le cadre de la rééducation fonctionnelle, annexe 5.2.11, ET 30 Z 6, Z 19.

- Date de fin postérieure à la date actuelle et/ou le mois facturé.

  Un forfait peut être facturé dès que toutes les conditions de remboursement de la convention sont remplies.

  Certains forfaits de rééducation peuvent donc être facturés avant la fin de la période à laquelle ils se rapportent.
  C'est pourquoi, une exception est prévue dans les codes erreurs R 300610 et R 300647 pour certaines conventions de rééducation :
  - conventions de rééducation fonctionnelle médico-psycho-sociale (7.76.0xx.xx)
  - les centres de référence pour les maladies métaboliques (7.89.0xx.xx)
  - les centres de référence de la mucoviscidose (7.89.1xx.xx)
  - les centres de référence pour les maladies neuromusculaires (7.89.2xx.xx)
  - les centres de référence en spina bifida (7.89.55x.xx)

  Les conventions-type suivantes ne peuvent pas être facturées avant la fin de la période à laquelle elles se rapportent :
  - convention pour l'autogestion du diabète sucré (7.86.0xx.xx ou 7.86.1xx.xx)
  - convention pour l'autogestion du diabète sucré chez les enfants (7.86.7xx.xx)

- Modification de tarif durant la période à laquelle le forfait se rapporte.

  En cas d'une modification de tarif durant la période à laquelle le forfait se rapporte, le tarif appliqué doit correspondre à une date dans cette période, sauf si une autre règle est explicitement prévue dans la convention de rééducation concernée.
  Si la convention ne prévoit aucune règle spécifique à ce sujet, l'établissement peut appliquer le tarif le plus favorable.

  Jusqu'à présent, la convention avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires de soins palliatifs est la seule qui prévoit explicitement que le forfait facturé doit correspondre au tarif applicable à la date de la première intervention de l'équipe pour un patient donné.

Date d'application : Mois facturé juillet 2008 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0200807).

12. Dialyse – frais d'eau, d'électricité et de téléphone, annexe 5.2.14, ET 30 Z 30-31

Les frais d'eau, d'électricité et de téléphone qui doivent être payés par le centre de dialyse au patient (voir art.3, §2, a) de l'AR du 23 juin 2003), doivent être mentionnés en négatif dans la zone « supplément » (Z 30-31).

Le code erreur R 303012 a été modifié.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2008.

13. MAF - Facturation à 100 %, annexes 5.2.14, 5.2.28, ET 30 Z 33, Z 33 S 1, ET 40 Z 33, ET 50 Z 33, Z 33 S 1.

Les instructions (publiées dans la mise à jour 2006/5) ont été affinées.
Une valeur 4 a été ajoutée dans l'ET 30 et l'ET 50 Z 33.
Les exemples de l'ET 30 et l'ET 50 Z 33 S 1 ont été complétés.

Un certain nombre de prestations tombent en dehors du champ d'application du MAF (voir Circ Hôp 2008/7 du 18/3/2008) :

- Journée d'entretien à partir du 366e jour d'admission dans un hôpital psychiatrique (voir pseudo-codes dans l'ET 30 Z 4 S 2, point d) et e))
- radio-isotopes (voir pseudo-codes dans l'ET 50 Z 4 S 10 en S 11)

Ces prestations ne peuvent jamais être facturées à 100 % dans le cadre du MAF et ne peuvent jamais être signalées avec les valeurs 3 ou 4 dans la zone 33.

Les prestations et services non-remboursables (par ex : supplément de chambre, frais divers,…) tombent de toute manière en dehors du champ d'application du MAF et ne peuvent, par conséquent, jamais être indiqués par les valeurs 3 ou 4.

Dans l'enregistrement 40, aucunes valeurs 3 ou 4 ne sont prévues dans la zone 33, car le ticket modérateur ne peut jamais être facturé dans l'ET 40 (cf. le ticket modérateur forfaitaire de 0,62 EUR par jour qui est facturé dans l'ET 30) pour les patients hospitalisés (domaine d'application du MAF à 100%).

Les codes erreurs R 303311 et R 503311 ont été ajoutés et les codes erreurs R 303310, R 303320, R 303321, R 503310, R 503320, R 503321 ont été modifiés.

Des questions et réponses pratiques à ce sujet sont publiées sur le site web de l'INAMI (Dispensateurs de soins – Hôpitaux – Instructions de facturation sur support magnétique ou éléctronique – Commission Informatique – notes).

Date d'application : Année MAF 2008
(voir Circ Hôp 2008/10 du 3/4/2008 et Circ O.A. 2008/148 du 2/4/2008)

14. L'enregistrement de détail des préparations magistrales, annexes 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18, 5.2.18 bis, 5.2.19, 5.2.19 bis, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.21 bis, ET 40 Z 4 S 4, Z 22, Z 23, Z 37

L'enregistrement de détail est obligatoire pour les prestations à partir du 1/9/2008.

Une série d'améliorations et de précisions ont été apportées.

- Dans toutes les zones "restantes" des enregistrements de détail (à l'exception des zones 2, 4,19, 22, 23, 27, 37, 40-41 et 99), les valeurs de l'enregistrement de facturation sont reprises.
  P.ex. la date de délivrance doit être identique dans tous les enregistrements du bloc.
  Sur toutes ces zones « restantes » (3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25, 28, 30-31, 32, 33, 34-35, 36, 38, 39, 42-45, 47, 48, 49, 50, 51 et 52), un code erreur R 40xx17 est prévu.

- En cas de facturation d'une préparation magistrale, la zone 37 (forme galénique) doit toujours être remplie. La valeur "000 = données non communiquées" est supprimée.

- Zones 22 (quantité) et 23 (unité)
  La valeur "00 = données non communiquées" est supprimée.
  L'unité "%" est supprimée. La quantité doit toujours être convertie en mg, ml,…
  Une unité supplémentaire est prévue: microlitre.

Lorsque la quantité, exprimée dans l'unité la plus petite possible, est plus petite que 1, alors on arrondit vers le haut (donc quantité = 1).

- "Pseudo-enregistrement de détail"

  Si, pour l'une ou l'autre raison, il n'est vraiment pas possible d'établir un enregistrement de détail, un « pseudo-enregistrement de détail » doit être communiqué.
  Dans cet enregistrement, le pseudo-code CNK 0589002 est mentionné dans la Z 40-41. Dans la zone 23, une unité arbitraire est choisie. La quantité dans la zone 22 est mise à 1.
  Par après, l'INAMI vérifiera dans les statistiques si cette possibilité n'a pas été utilisée à tort, càd que le pourcentage de "pseudo-enregistrements de détail" n'est pas trop élevé.

Date d'application : Prestations à partir du 1/9/2008.

15. Produits pharmaceutiques non-remboursables, ET 40 Z 13, Z 24-25, Z 30-31.

Les pseudo-codes pour les produits pharmaceutiques non-remboursables sont ajoutés dans les libellés des zones 13, 24-25 et 30-31.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

16. Marge de sécurité des implants, ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 5 BIS, S 15, S 20, Z 13, Z 27, Z 30-31.

La marge de sécurité des implants sera intégrée dans le MAF.
Cela signifie que le montant mis à charge du bénéficiaire comme marge de sécurité (tel que défini à l'article 35, §4 et l'article 35bis, §4 de la nomenclature) est, dans le cadre du MAF, assimilé à une intervention personnelle.

Pour les prestations à partir du 1/7/2008, la marge de sécurité doit être facturée de la même façon que la marge de délivrance : via un enregistrement distinct, en mentionnant le code-nomenclature de l'implant comme prestation relative et le montant dans la zone 27.
Un nouveau pseudo-code est donc créé pour la marge de sécurité
L'enregistrement avec la marge de sécurité doit se trouver avant l'enregistrement avec la marge de délivrance.

METHODE ACTUELLE

(Pseudo-) code nomenclature Z 4	Prestation relative Z 17-18	Intervention AMI Z 19	Intervention personnelle Z 27	Supplément Z 30-31
Code nomenclature de l'implant	0	Montant intervention AMI	Eventuel ticket modérateur réglementaire	Montant marge de sécurité
Pseudo-code marge de délivrance	Code-nomenclature de l'implant	0	Montant marge de délivrance	0

NOUVELLE METHODE A PARTIR DU 1/7/2008

(Pseudo-) code nomenclature Z 4	Prestation relative Z 17-18	Intervention AMI Z 19	Intervention personnelle Z 27	Supplément Z 30-31
Code nomenclature de l'implant	0	Montant intervention AMI	Eventuel ticket modérateur réglementaire	0
Pseudo-code marge de sécurité	Code nomenclature de l'implant	0	Montant marge de sécurité	0
Pseudo-code marge de délivrance	Code nomenclature de l'implant	0	Montant marge de délivrance	0

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2008

17. <u>(Pseudo-) code nomenclature,</u> ET 50 Z 4 S 2, S 4, S 5, S 14.

Des pseudo-codes sont ajoutés pour les prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.51.

<u>Date d'application</u> : Date d'entrée en vigueur des conventions concernées.

Les pseudo-codes pour les neurostimulateurs en cas de dysfonction des voies urinaires inférieures sont supprimés. Ils ont été remplacés par des codes nomenclature de l'art. 35, §1, E, catégorie 1. Ces codes nomenclature ont été ajoutés dans les codes erreurs R 504311 et R 504312.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/11/2007

Les pseudo-codes 0740272-0740283 (art 35 bis catégorie 3) et 0693910-0693921 (art. 35, catégorie 5) sont ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 5 et dans les codes erreurs R 504311 et R 504312.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir respectivement du 1/1/2008 et du 1/4/2008.

Dans l'ET 50 Z 4 S 14 un pseudo-code est ajouté pour les autres produits ou services non remboursables qui sont pris en charge par les pays étrangers dans le cadre des conventions internationales sur les accidents de travail.

<u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 1/7/2008.

18. <u>Précisions des instructions de facturation concernant les défibrillateurs cardiaques implantables,</u> ET 50 Z 4 S 5 BIS.

Dans la mise à jour 2006/5, une série de nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés pour la facturation des défibrillateurs cardiaques. Ces pseudo-codes sont d'application à partir du 1/7/2007.
Comme auparavant, ces prestations se réfèrent toujours à une convention de rééducation fonctionnelle. Elles doivent donc être facturées sous les types de factures 5 ou 6 (ET 20 Z 10).
Les mutualités chrétiennes et socialistes traitent ces conventions de rééducation fonctionnelle au niveau national. Les documents de facturation papiers doivent donc être envoyés aux Unions Nationales. (Voir p. 14 et ET 20 Z 18).

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1er juillet 2007.

19. <u>Maisons médicales – facturation du dossier médical global et du passeport diabétique</u>, annexes 12.2, 12.3, 12.4, ET 50 Z 5, Z 6, Z 15.

Dans le cas d'une facturation de prestations 0102771 (DMG) et 0102852 (pass-diabète), la date de la première prestation effectuée (Z5) = date de la dernière prestation effectuée (Z 6) = AAAA0101.
Dans la Z 15, le numéro d'identification de la maison médicale doit être mentionné.

<u>Pour rappel :</u>
Le code 0102852 (passeport diabétique) doit toujours être précédé par le code 0102771 (DMG).
Voir à ce propos le code erreur R 500411 (publié dans la mise à jour 2006/6).

L'annexe 12 est actualisée.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1 janvier 2008
(Voir lettre aux maisons médicales et CIRC OA 2008/94 du 22 février 2008).

20. Table de codification des services hospitaliers, ET 50 Z 13 S 1.

Le code service 360 (K2) (hospitalisation de nuit en service K) est aussi possible dans un hôpital général.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7

21. Honoraires de permanence – lieu de prestation – code-service – prestataire – norme prestataire et prestation relative, ET 50 Z 13, Z 15, Z 16.

Lieu de prestation
Comme prévu dans la mise à jour 2006/6, le lieu de prestation pour les prestations 590181 et 590310 doit être égal au "numéro de l'hôpital + 131".
Pour les prestations 590203 et 590332, aucun agrément spécifique ne doit être communiqué (puisqu'aucun numéro d'agrément n'est prévu pour les fonctions agréées de soins intensifs).
Pour ces codes, le lieu de prestation est donc égal au "numéro de l'hôpital + 000".

Code service
Pour les prestations 590310 et 590332, le pseudo-code service du maxiforfait (730) ou du forfait d'hospitalisation de jour (840) ou le code service de l'hôpital de jour chirurgical (320) doit être rempli dans l'ET 50 Z 13.
Pour les prestations 590181 et 590203, le service d'admission doit être mentionné dans l'ET 50 Z 13 (ou 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).

Prestataire et norme dispensateur
Pour tous les codes nomenclature susmentionnés:
- le numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde, doit être rempli comme dispensateur dans l'ET 50 Z 15
- la norme 9 doit être remplie dans l'ET 50 Z 16

Date d'application : Prestations à partir du 1/12/2007
(Voir Circ Hôp 2008/4 du 29/1/2008 et Circ O.A. 2008/56 du 30/1/2008).

Prestation relative
Pour les prestations 590310 et 590332, une prestation relative doit être remplie.
Quelle prestation relative doit être mentionnée?
- En cas d'attestation d'honoraires de permanence suite à un maxiforfait: pseudo-code « prestation relative » du maxiforfait (0761331, 0761353 ou 0761095)
- En cas d'attestation d'honoraires de permanence suite à un montant « hôpital de jour chirurgical »: prestation qui a donné lieu à l'attestation du montant « hôpital de jour chirurgical » (= prestation de la liste A de l'hôpital de jour chirurgical)
- En cas d'attestation d'honoraires de permanence suite à un forfait d'hospitalisation de jour: prestation qui a donné lieu à l'attestation de ce forfait d'hospitalisation de jour et qui est reprise dans la liste limitative de la Circ. Hôp 2008/5

Les prestations 590310 et 590332 ont été ajoutées à la liste "prestation relative" sur le site de l'INAMI (voir rubrique Dispensateurs de Soins – Information Générale – Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique).

Date d'application : Prestations à partir du 1/4/2008
(Voir Circ Hôp 2008/10 du 3/4/2008 et Circ OA 2008/148 du 2/4/2008).

22. Agrément pathologie cardiaque E, annexe 16.18, ET 50 Z 14.

L'agrément 124 reçoit la signification "E+B3" et un numéro d'agrément complémentaire 125 est créé pour "E sans B3".

Lors de la facturation des prestations 697631/642 et 589551/562, un numéro d'agrément 124 est exigé.
Pour les prestations 697572/583, 697594/605, 697616/620, 697653/664, 589492/503, 589514/525 et 589536/540, un agrément 124 ou 125 est exigé.

Date d'application : Prestations à partir du 1/5/2008 (voir Circ Hôp 2008/12 du 24/4/2008).

23. Nombre d'unités, ET 50 Z 22.

Il est précisé que le nombre d'unité peut être plus grand que 1 pour les frais divers dans les hôpitaux.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/7.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/8

Pages à remplacer :

- Pages 1, 3;
- Aperçu des annexes ;
- Annexes 1, 1.1, annexes 5.2.2, 5.2.3, 5.2.14, 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18, 5.2.18bis, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.21bis, 5.2.28, 5.2.29, 5.2.32, annexes 6, 6.1, 6.6, annexes 16.20, 16.21, 16.24;
- ET 10 Z 31-34, Z 36-41, Z 43a, Z 49-52;
- ET 20 Z 10, Z 24-25;
- ET 30 Z 4 S 3, Z 4 S 8, Z 4 S 9, Z 4 S 9 BIS, Z 4 S 14, Z 5, Z 6, Z 17-18, Z 19;
- ET 40 Z 4, Z 4 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, Z 23, Z 30-31, Z 37;
- ET 50 Z 4 S 2, Z 4 S 5 BIS, Z 4 S 13, Z 4 S 14, Z 13, Z 13 S 1, Z 14 S 1, Z 14 S 2, Z 22, Z 26 S 5.

Pages à ajouter :

- Page 18ter;
- Annexes 16.20bis et 16.25, annexes 18.1, 18.2, 18.3, 18.4, 18.5;
- ET 10 Z 15;
- ET 80 Z 20-21.

1. **<u>Fusions des Mutualités Socialistes</u>, page 18ter.**

   Des instructions ont été ajoutées concernant les fusions au 1/1/2009.

   <u>Date d'application:</u> 1/1/2009.

2. **<u>Liste des adresses des centres de calcul auxquels les supports magnétiques doivent être envoyés</u>, annexe 1.**

   L'adresse du MLOZ, "Allée de la Minerva, 2" a été remplacée par "Allée de la Minerva, 8".

   <u>Date d'application:</u> Date de publication de la mise à jour 2006/8.

3. **<u>Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs</u>, annexe 1.1.**

   Les données de contact pour le C.S.S. de la S.N.C.B.-Holding ont été adaptées.

   <u>Date d'application:</u> Date de publication de la mise à jour 2006/8.

4. **<u>Codes d'erreurs</u>, annexes 5.2.14, 5.2.28, 5.2.29.**

   Les codes erreur R303020 et R 503020 (Montant supplément différent de zéro et patient protégé) ont été ajoutés.

   <u>Date d'application</u>: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

   Les codes nomenclature 613056 jusqu'au 613185 inclus, 699871-699882 et 720414-720425 ont été ajoutés dans le code erreur R 504311.

   <u>Date d'application:</u> Date d'application des prestations concernées.

5. **<u>Codes qualification des laboratoires</u>, annexes 16.20, 16.20bis, 16.21, 16.24, 16.25**

   Les codes qualification des laboratoires de biologie clinique ont été actualisés.
   Des nouveaux groupes de prestations et des nouveaux codes qualification ont été ajoutés en ce qui concerne l'art. 24bis.

   <u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2006/8.

6. **<u>Facturation électronique obligatoire pour les MRPA/MRS/CSJ</u>, pages 1, 3, aperçu des annexes, annexe 5.2.2, annexes 6, 6.1, annexe 18, ET 10 Z 15, ET 20 Z 25-25, ET 30 Z 4 S 8, ET 50 Z 4 S 14.**

   Dans l'art. 5, §4bis de la Convention entre les Maisons de Repos pour Personnes Agées, les Maisons de Repos et de Soins, les Centres de Soins de Jour et les Organismes assureurs, une facturation électronique obligatoire via cd-rom est prévue à partir du 1er janvier 2009.

   Le remplissage spécifique des zones du fichier de facturation est précisé dans la nouvelle annexe 18.

Une nouvelle zone (ET 10 Z 15) est également prévue pour le numéro d'accréditation du CIN (= numéro que le fournisseur de logiciel ou les institutions reçoivent du CIN s'ils ont reçu un avis favorable sur leurs tests de facturation).

Sur la page 1 et dans l'ET 20 Z 24-25, les termes « note de frais récapitulative » et « note de frais individuelle » sont introduits.

Dans l'ET 30 Z 4 S 8 le pseudo-code ambulant 0791490 a été créé. Celui-ci doit être utilisé pour enregistrer les absences.

Date d'application: 1 octobre 2009 (sauf si la Commission des Conventions décide de reporter la date après l'évaluation des tests de facturation).

Pour info : la facturation des médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans une MRPA/MRS/CSJ ne change pas.

7. IBAN et BIC compte financier, annexes 5.2.2, 5.2.3, ET 10 Z 31-34, Z 36-41, Z 43a, Z 49-52.

Dans la mise à jour 2006/7, des nouvelles zones ont été créées pour l'IBAN et le BIC du compte financier. Ces zones doivent être complétées à partir du mois facturé janvier 2009.

Durant l'année 2009, les numéros de comptes étrangers ne peuvent pas encore être utilisés et le code pays de l'IBAN et du BIC est donc toujours égal à "BE".

Les zones 43a et 49-52 peuvent seulement être complétées par les hôpitaux. Si elles ne sont pas complétées, elles doivent être remplies par des blancs.

Date d'application: Mois facturé janvier 2009.
Ca veut dire que les zones « IBAN » et « BIC » doivent être égales à zéro jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008.

8. Changement de mutualité pendant la période de rééducation fonctionnelle, ET 20 Z 7, ET 30 Z 5.

Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité auprès de laquelle le patient était affilié à la date de début de la période à laquelle le forfait se rapporte.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

9. Pseudo-code journée d'entretien et forfait, ET 30 Z 4 S 3, S 14.

Dans l'ET 30 Z 4 S 3, le libellé des pseudo-codes pour la quote-part personnelle en MSP a été actualisé.

Dans l'ET 30 Z 4 S 14, il a été précisé que les journées qui dépassent la capacité maximale ne doivent pas être mentionnées sur la facture en ce qui concerne les forfaits de rééducation fonctionnelle

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

10. <u>Nouvelles conventions diabète,</u> ET 30 Z 4 S 9, S 9 BIS, Z 19.

A partir du 1/10/2008, la facturation des 3 conventions concernées (autogestion de patients atteints de diabète sucré, insulinothérapie par perfusion continue au moyen d'une pompe à insuline portable, cliniques curatives du pied diabétique) doit obligatoirement être effectuée via le fichier de facturation électronique de l'hôpital.

Le nouveau texte de la convention d'autogestion de patients atteints de diabète sucré prévoit explicitement que le prix à utiliser est le prix qui est en vigueur à la date de fin du mois de dispensation effective de prestation.
Dans l'ET 30 Z 19, la convention diabète doit donc être mentionnée comme exception à la règle générale.
Cette nouvelle règle est applicable à partir du 1/10/2008.

<u>Date d'application:</u> 1/10/2008.

Quelques nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 9 et S 9 BIS.

<u>Date d'application:</u>
- pseudo-code 770070 : prestations à partir du 1/7/2008
- pseudo-codes 772461 et 773496 : prestations à partir du 1/8/2008
- pseudo-codes 770033 et 770055 : autorisés pour les prestations à partir du 1/7/2008 ; obligatoires pour les prestations à partir du 1/10/2008 (pour les prestations jusqu'y compris le 30/9/2008 l'ancien pseudo-code 773231 peut encore être utilisé)

11. <u>Date de premier jour et de dernier jour facturé</u>, ET 30 Z 5, Z 6.

Pour les forfaits de rééducation fonctionnelle liés à une période déterminée, le premier jour facturé est égal au premier jour de la période et le dernier jour facturé est égal au dernier jour de la période.
Cette règle ne vaut pas seulement pour les forfaits de rééducation (mais aussi, par exemple, pour les forfaits de dialyse). C'est pourquoi elle est généralisée.

<u>Date d'application</u>: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

12. <u>Prestation relative pour les forfaits de rééducation fonctionnelle</u>, ET 30 Z 17-18.

Pour les forfaits de rééducation, la valeur du montant forfaitaire est mentionné à l'aide d'un pseudo-code dans la zone "prestation relative". La structure de ce pseudo-code est modifiée.

<u>Date d'application:</u> Prestations à partir du 1/1/2009.

13. <u>Pseudo-code catégorie médicament</u>, ET 40 Z 4, Z 4 S 1, S 2, S 3.

Il a été précisé que pour les liquides à perfusion dans le cadre de la nutrition parentérale des groupes de remboursement B-181 à B-186 (remboursés à 100% de la base de remboursement), le pseudo-code de la catégorie A doit être utilisé.

Le libellé des pseudo-codes du point 1 dans l'ET 40 Z 4 S 1 a été précisé.
Les codes supprimés pour les antibiotiques ont été enlevés du document.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2006/8.

14. Enregistrement de détail des préparations magistrales, annexes 5.2.16, 5.2.17, 5.2.18, 5.2.18bis, 5.2.19, 5.2.20, 5.2.21, 5.2.21bis, ET 40 Z 4 S 2, S 4, S 5, Z 23, Z 37.

L'enregistrement de détail obligatoire entre en vigueur pour les délivrances à partir du 1 janvier 2009.

Les organismes assureurs n'effectuent provisoirement qu'un nombre limité de contrôles:

- Pas de contrôle du tarif sur base des enregistrements statistiques.

- Contrôles à effectuer:

    - Chaque préparation magistrale doit être accompagnée d'au moins 1 enregistrement de détail
    - Le code CNK mentionné dans l'enregistrement de détail doit être connu dans le fichier de référence
    - La forme galénique doit être remplie (dans l'enregistrement de facturation)

Les codes erreurs R 40xx17 (excepté le R 400417) ont donc été provisoirement supprimés.
Provisoirement, les codes erreurs (non-bloquants) de la zone 19, 22 et 23 (excepté R 401913) ne peuvent pas être utilisés pour les préparations magistrales.

Date d'application : Délivrances à partir du 1/1/2009.

15. Supplément, ET 40 Z 30-31.

Le pseudo-code 756626 a été ajouté dans le libellé de la zone « supplément » dans l'enregistrement de type 40.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

16. Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente, ET 50 Z 4 S 13, Z 14 S 2, Z 22.

Cette convention prévoit qu'un SMUR belge qui intervient sur le territoire français peut facturer à un organisme assureur belge un montant forfaitaire de 410,63 euros par demi-heure.
Le montant est facturé dans l'enregistrement de type 50 sous le pseudo-code 793553.
Dans la zone 22 le nombre de demi-heures commencées doit être mentionné.
Le numéro de l'hôpital est mentionné comme lieu de prestation (zone 14).

Ce forfait peut être facturé par les hôpitaux qui disposent d'un agrément SMUR et qui se trouvent dans la zone géographique d'application de la convention.

Date d'application: Prestations à partir du 1/1/2008.

17. Codes 960 pour les frais divers, ET 50 Z 4 S 14.

Le libellé des codes 960433-960444 est adapté comme suit : « produits d'hygiène sans code APB ».
Les produits d'hygiène non remboursables avec code APB, qui ne sont pas des médicaments reconnus, sont facturés sous le pseudo-code 960396-960400 (autres produits parapharmaceutiques).

Etant donné que les pseudo-codes sous le point "frais divers dans les hôpitaux" sont, en pratique, également utilisés par les MSP, le titre de ce point est adapté.
Les pseudo-codes supprimés le 1/4/2008 peuvent encore être utilisés par les MSP jusqu'y compris la facturation du 4éme trimestre 2008.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

18. Code service, ET 20 Z 10, ET 50 Z 4 S 2, Z 4 S 5 BIS, Z 13, Z 13 S 1.

- Il a été précisé que le code 770 doit toujours être utilisé pour les prestations R30-R60 et pour les défibrillateurs cardiaques implantables (en combinaison avec le type de facture 5 ou 6 dans l'ET 20 Z 10).

- Dans le tableau de l'ET 50 Z 13 S 1, un nouveau code service 480 a été ajouté pour le service de traitement intensif des patients psychiatriques.

Date d'application: Date de publication de la mise à jour 2006/8.

19. Lieu de prestation, ET 50 Z 14 S 1, Z 14 S 2.

Pour les prestations 590435, 590446 et 590472 (assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés pendant un transport avec accompagnement médical), le numéro d'identification de la fonction reconnue de soins urgents spécialisés de l'hôpital du médecin accompagnant doit être mentionné dans l'ET 50 Z 14 (numéro de l'hôpital + 131).

Date d'application: Prestations à partir du 1/9/2008 (voir Circ. Hôp 2008/21 et Circ. O.A. 2008/386 du 19 septembre 2008).

En cas de facturation d'un stimulateur du nerf vague, le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire doit être mentionné comme lieu de prestation.

Date d'application: Prestations à partir du 1/11/2008.

20. Norme prescripteur, ET 50 Z 26 S 5.

Le 1 juin 2008, un article 24bis a été inséré dans la nomenclature.

La plupart des règles concernant la « norme prescripteur » et qui sont valables pour l'art.24, valent aussi pour l'art.24bis.
Exception: les prestations de l'art.24bis ne peuvent pas être exécutées par des spécialistes agréés pour une autre spécialité que la biologie clinique pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité.

L'ET 50 Z 26 S 5 a été actualisé en conséquence.

Date d'application: Prestations à partir du 1 juin 2008.

21. <u>Nouvelle zone “date de la facture"</u>, annexe 5.2.32, annexes 6, 6.6, ET 80 Z 20-21.

Dans le cadre de la suppression de la vignette de concordance, les organismes assureurs devront désormais transmettre annuellement un fichier au SPF Finances avec la mention des numéros de factures individuelles, de la date de la facture et du montant total de chaque facture individuelle.

C’est pourquoi, à partir du 1 janvier 2009, les hôpitaux doivent mentionner la date de la facture pour chaque facture individuelle dans la zone 20-21 de l’enregistrement de type 80 du fichier de facturation électronique.

<u>Date d’application:</u> Factures (individuelles) établies à partir du 1 janvier 2009 (aussi si celles-ci contiennent des prestations de 2008 ou s’il s’agit de corrections / réintroductions de factures de 2008).

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/9

Pages à remplacer :

- Pages 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11;
- Annexes 1.1, 2.A.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.8, 5.2.9, 5.2.10, 5.2.11, 5.2.14, 5.2.17, 5.2.20, 5.2.23, 5.2.24, 5.2.27, 5.2.28, 5.2.32, 5.2.34, 5.2.35, 5.4. S1, 6.1, 6.7, 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5, 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, 13.1, 13.2, 13.3, 13.4, 13.5, 13.6, 13.7, 16.19, 16.24, 16.25;
- ET 10 Z10, Z 31-34, Z 36-41, Z 43a, Z 49-52 ;
- ET 20 Z 3, Z 4, Z 5, Z 6a-6b, Z 10, Z 22, Z 42-45, Z 53, Z 54, Z 55, Z 56, Z 57, Z 58 ;
- ET 30 Z 4 S 4, Z 4 S 25, Z 17-18 S 1, Z 32;
- ET 40 Z 4 S 3 TER, Z 5, Z 6a-6b, Z 14, Z 19, Z 24-25, Z 27, Z 40-41, Z 47;
- ET 50 Z 4 S 3, S 12, S 13, S 22, S 23, S 24, S 27, S 29, S 30, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 1, S 2, S 3, Z 15 S 1, Z 22, Z 32, Z 33, Z 33 S 1, Z 34.

Pages à ajouter :

- Annexes 1.1 bis, 5.2.8bis;
- ET 50 Z 14 S 3.

1. **<u>Actualisation texte CareNet/ MyCareNet</u>, p1, p4, p6, p7, p8, p9, p10, p11, annexes 2.A.1, 5.4 S1, ET10 Z10, ET20 Z3, Z42-45, Z53, Z54, Z55, Z56, Z57, Z58.**

   Suite à l'entrée en production de MyCareNet pour les infirmières dans le cadre des soins à domicile, les pages des instructions mentionnées ci-dessus sont actualisées.

   <u>Date d'application</u> : 1/1/2009.

2. **<u>La liste des personnes de contact dans les organismes assureurs</u>, annexes 1.1, 1.1 bis.**

   Les données de contact pour l'UNMN ont été adaptées.

   <u>Date d'application:</u> Date de publication de la mise à jour 2006/9.

3. **<u>Codes erreur</u>, annexes 5.2.2., 5.2.3, 5.2.4, 5.2.8, 5.2.8bis, 5.2.9, 5.2.10, 5.2.11, 5.2.14, 5.2.17, 5.2.20, 5.2.23, 5.2.24, 5.2.27, 5.2.28, 5.2.32, 5.2.34, 5.2.35**

   Les codes erreur suivant ont été ajoutés :
   B103103, B103603, B104303, B104903, B104309, F 204533, F205311, F205411, F205511, F205611, F 205711, F205811, F204225, F204226, R300649, R300625, R300424, R300449, R400649, R400625 ,R500442, R500625, R502256, R500449, F802010, B900111, B904309.

   Les codes erreur suivants ont été adaptés :
   R303310, R300540, S402740, R503310, R500424.

   Les codes erreur suivants ont été supprimés :
   R200119, B802101.

   <u>Date d'application:</u> Date de publication de la mise à jour 2006/9.

4. **<u>Agrément banques de tissus</u>, annexe 16.19**

   Le numéro d'agrément 223 reçoit le libellé « cellulothérapie » et les numéros d'agrément 225 et 226 ont été supprimés.

5. **<u>Actualisation des annexes 11, 12 et 13</u>, annexes 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5, 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, 13.1, 13.2, 13.2 bis, 13.3, 13.4, 13.5, 13.6 et 13.7.**

   Les zones IBAN et BIC (créées dans la MAJ 2006/7), les zones concernant la garantie de paiement liée à la consultation du réseau (créées dans la MAJ 2006/6), la zone « numéro d'accréditation CIN » (ET10 Z15) (créée dans la MAJ 2006/8), la zone « Contenu de la facturation » (ET10 Z13) (créée dans la MAJ 2006/5), la zone « Date de la facture » (ET80 Z20-21) (créée dans la MAJ 2006/8) et les zones « site hospitalier » et « identification association bassin de soins » (ET30, 40, 50 Z51 Z52) (créées dans la MAJ 2006/4) ont été ajoutées dans les annexes mentionnées ci-dessus.

6. <u>Nouveaux codes qualification des laboratoires</u>, annexes 16.24, 16.25.

La liste des codes qualification a été actualisée.

7. <u>IBAN/BIC compte financier</u>, ET10 Z31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41, Z43a, Z 49-50-51-52.

Il existe des codes d'identification de banque (BIC) qui comptent 11 positions.
Pendant l'année de transition 2009, durant laquelle, seuls les numéros de comptes belges peuvent être utilisés, les 3 dernières positions du BIC ne sont pas nécessairement des blancs. Le libellé des zones BIC a été corrigé en ce sens.

Les numéros BIC et IBAN doivent être remplis sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent le numéro.

Attention : C'est aussi valable pour les zones correspondantes dans l'enregistrement de type 90.

<u>Date d'application :</u> Mois facturé janvier 2009.

8. <u>Conventions SEP/SLA et Huntington</u>, ET20 Z4, Z5, Z6a-6b, Z10, Z22, ET30 Z4 S25.

Les conventions SEP/SLA et Huntington prévoient une intervention par jour et par patient, quel que soit le lieu de séjour (hôpital ou structure résidentielle).
Les montants sont facturés aux organismes assureurs par l'hôpital.
Ils peuvent être facturés en plus du prix de journée normal.

Dans l'ET 30 Z 4, 6 nouveaux pseudo-codes sont créés (3 codes hospitalisés et 3 codes ambulants).
Les codes hospitalisés sont utilisés pour les jours durant lesquels le patient est hospitalisé. Ces jours sont facturés sous le type de facture 1 (hospitalisation).
Les codes ambulants doivent être utilisés pour les jours durant lesquels le patient séjourne dans une structure résidentielle (MRS, MSP). Ces jours sont facturés sous le type de facture 4 (facture MRPA-MRS-MSP-IHP).

La date et l'heure d'admission et de sortie (ET 20 Z 4, Z 5, Z 6 et Z 22) doivent être mentionnées.

Toutes les autres zones sont remplies suivant les règles de facturation existantes pour les types de facture 1 et 4.

<u>Date d'application</u> : Date d'application de la convention concernée.

9. <u>Ticket modérateur forfaitaire pour les produits pharmaceutiques pour les patients qui séjournent dans une MSP,</u> ET30 Z4 S4.

Vu que le ticket modérateur forfaitaire pour les patients en MSP doit être repris dans le MAF et pas le ticket modérateur durant la période de nutrition parentérale, le pseudo-code 0750175 a été dédoublé.
Le ticket modérateur forfaitaire pour les produits pharmaceutiques pour les patients qui séjournent dans une MSP est dorénavant facturé avec le nouveau pseudo-code 0751811.

<u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 1/1/2009 (voir Circ-Msp-2009-2 et Circ-OA-2009-76).

10. <u>Correction libellé pseudo-code prestation relative</u>, ET30 Z17-18 S1.

Le code ATC L03AX03 a été ajouté dans le libellé du pseudo-code 0761353-364.

11. <u>Intervention forfaitaire pour le traitement de l'infertilité féminine</u>, ET40 Z4 S3 TER, Z5, Z6a-6b, Z14, Z19, Z24-25, Z27, Z40-41, Z47, ET50 Z4 S13, Z14 S3.

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 6/10/2008, 3 pseudo-codes ambulants ont été créés dans l'ET 40 Z 4 pour les forfaits PMA1, PMA2 et PMA3.

La date de prestation (ET 40 Z 5 = Z 6) est égale à la date de réalisation de l'activité de laboratoire en cas de forfait PMA1 ou PMA2 et est égale à la date de l'induction de l'ovulation en cas de forfait PMA3.

Les forfaits PMA1 et PMA2 peuvent uniquement être attestés par un hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé de médecine de la reproduction A ou B. Ces hôpitaux ont un numéro d'agrément (numéro de l'hôpital + 140 ou 141) qui doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 40 Z 14).

L'intervention de l'assurance (ET 40 Z 19) est égale au prix du forfait comme mentionné dans l'art. 2, 3 ou 4 de l'A.R., diminué de l'intervention personnelle prévue dans l'art. 6, 7 ou 8.

L'intervention personnelle (ET 40 Z 27) est égale au montant prévu dans l'art. 6, 7 ou 8 de l'AR.

Pour ces 3 nouveaux pseudo-codes, le numéro d'identification du prescripteur (médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique) doit être mentionné dans l'ET 40 Z 24-25.

Vu qu'il s'agit d'interventions forfaitaires, aucun numéro de produit ne doit être complété. L'ET 40 Z 40-41 est donc égal à zéro.

La date de l'accord du médecin conseil doit être complétée dans l'ET 40 Z 47.

A l'enregistrement des forfaits labo (voir pseudo-codes 0559812 à 0559860 dans l'ET 50 Z 4 S 13) rien ne change, sauf le numéro d'agrément du centre de médecine de la reproduction qui doit être mentionné comme lieu de prestation.

<u>Date d'application</u>: Prestations à partir du 1/1/2009 (voir Circ-hôp-2008/29 du 16/12/2008 + Circ-OA-2009-6).

12. <u>Nouveau pseudo-code prothèses capillaires</u>, ET50 Z4 S3.

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 19/12/2008 modifiant l'AR du 24/10/2002, un nouveau pseudo-code a été ajouté dans l'ET50 Z4 S3 pour les prothèses capillaires pour le traitement d'alopécie cicatricielle d'origine radiothérapeutique.

<u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 1/2/2009 (voir Circ-Hôp-2009-5 et Circ-Oa-2009-76).

13. <u>Consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile,</u> ET50 Z4 S23, S24, S27, S29, S30.

L'AR du 15/12/2008 crée, une nouvelle rubrique VII dans l'art. 8, §1, 1° de la nomenclature (Consultation infirmière) incluant une nouvelle prestation 429015 (consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile).

Les instructions de facturation ont été complétées.

<u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 1/2/2009.

14. <u>Convention dialyse hépatique</u>, ET50 Z4 S13, Z14 S2, Z15 S1.

La nouvelle prestation « dialyse de détoxification » (0761972-0761983) est facturée dans l'enregistrement de type 50.
Le numéro de l'hôpital doit être mentionné comme lieu de prestation.
Le numéro du prestataire doit être mentionné (Z 15).

<u>Date d'application :</u> Date d'application de la convention concernée.

15. <u>Convention franco-belge en matière d'aide médicale urgente</u>, ET50 Z15 S1.

Pour le pseudo-code 0793553, le prestataire = 0.

16. <u>Implants</u>, ET50 Z4 S22, Z22, Z33 S1.

* Facturation de plusieurs implants et plafonnement de la marge de délivrance.
  L'exemple général (ET50 Z4 S22) a été remplacé par un exemple concret.

* Marge de sécurité des implants: correction ET50 Z33 S1
  L'exemple est adapté.
  La marge de sécurité doit être mentionnée en ET50 Z27 via un enregistrement séparé avec le pseudo-code 618741.

* Facturation de plusieurs implants identiques via un seul enregistrement.
  L'ET50 Z22 précise maintenant que lorsque plusieurs implants identiques sont facturés via un seul enregistrement, le nombre d'unités dans les enregistrements "marge de sécurité" et "marge de délivrance" s'y rapportant doit également être égal au nombre d'implants identiques.

<u>Date d'application</u>: Date de publication de la mise à jour 2006/9.

17. <u>Utilisation de la zone 32</u>, ET30 Z32, ET50 Z32.

La zone 32 a été recodée : les valeurs 3 jusque 6 incluse sont groupées.

<u>Date d'application :</u> Mois facturé avril 2009.

18. <u>MAF facturation à 100% - radio-isotopes</u>, ET50 Z33.

Suite à l'entrée en vigueur de l'article 147 de la Loi-programme du 22/12/2008 (MB 29/12/2008), les radio-isotopes entrent en ligne de compte pour le MAF à partir du 1/1/2009. Les radio-isotopes délivrées aux patients hospitalisés (pour lesquels un droit au MAF a été communiqué) peuvent, donc, être facturées à 100% et peuvent être indiquées avec la valeur 3 ou 4 dans l'ET50 Z33.

Les radio-isotopes sont, donc, supprimées de la note en bas de page de l'ET50 Z33.

<u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 1/1/2009.

19. <u>Membre traité</u>, ET50 Z34.

Il ressort de l'article 14h de la nomenclature que :
- les prestations 247575 à 247660 incluse peuvent être attestées par œil ;
- les prestations 247553 à 247660 incluse peuvent être cumulées réciproquement si elles sont exécutées sur deux yeux différents.

Pour les prestations d'ophtalmologie concernées, l'œil traité doit être mentionné sur la facture.

<u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 1/4/2009 (voir Circ-Hôp-2009-5 + Circ-Oa-2009-76).

20. <u>Tissus d'origine humaine</u>, ET50 Z4 S12, ET50 Z5, ET50 Z6, ET50 Z14 S1.

Dans la mise à jour 2006/6, les instructions au sujet de la facturation des tissus d'origine humaine ont été publiées.
Le nouveau arrêté royal, dont il est question dans cette mise à jour, a été publié entre-temps (AR du 7-12-2008, MB 22/12/2008).
La date de l'AR a été complétée dans l'ET50 Z4 S12, Z5 et Z6.
Dans l'ET50 Z14 S1, un tableau récapitulatif reprend les numéros des banques de tissus à mentionner.

<u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 1/1/2009 (Circ-Hôp-2009-1 + Circ-Oa-2009-15).

21. <u>Facturation MAF 100% pour les factures de rééducation fonctionnelle,</u> Annexe 5.2.14, 5.2.28.

La facturation MAF 100% peut aussi être appliquée pour des factures de rééducation fonctionnelle de type 5. Si l'hôpital est au courant du droit-MAF d'un patient hospitalisé, la facturation à 100 % doit être appliquée pour toutes les prestations que cet hôpital facture pour ces patients hospitalisés donc aussi pour les prestations de rééducation fonctionnelle qui sont facturées via une facture de type 5 séparée. Les codes erreur R 303310 et R 503310 ont été adaptés en ce sens.

<u>Date d'application :</u> Année MAF 2009.

22. <u>Correction des annexes 6.1 et 6.7 de la version française des instructions</u>, annexes 6.1 et 6.7

Les zones 44 des enregistrements de type 10 et de type 90 sont bien des zones à 4 positions <u>numériques</u> contrairement à ce qui figure dans la dernière version des instructions.

Les annexes 6.1 et 6.7 sont, donc, adaptées en ce sens.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/10

Pages à remplacer :

- Annexe 16.25;
- ET 30 Z 4 S 9 à S 21 inclus;
- ET 40 Z 4 S 3, Z 22, Z 27, Z 30-31, Z 40-41 S 1;
- ET 50 Z 4 S 23, S 24, S 27, S 30, Z 17-18, Z 24-25.

Pages à enlever :

- Annexes 5.2.1 à 5.2.35 inclus;
- ET 30 Z 4 S 22, S 23, S 24, S 25.

1. **<u>Code qualification laboratoire,</u> annexe 16.25.**

   Un nouveau code qualification a été ajouté pour les laboratoires d'anatomopathologie.

2. **<u>Codes erreur</u>**

   Les annexes 5.2.1 à 5.2.35 inclus sont supprimés de la brochure.
   Dorénavant, les codes erreur seront seulement publiés dans le fichier Excel séparé.

   <u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2006/10.

3. **<u>Pseudo-codes conventions de rééducation fonctionnelle,</u> ET 30 Z 4 S 9 à S 21 inclus.**

   Les pages concernant les conventions de rééducation fonctionnelle ont été revues :
   - Les pseudo-codes qui sont supprimés depuis plus de 2 ans ont été enlevés du document.
   - Les forfaits de rattrapage étaient éparpillés partout et ont été maintenant rassemblés sous 1 point. Un certain nombre de nouveaux pseudo-codes pour les forfaits de rattrapage ont également été ajoutés.

   <u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2006/10.

4. **<u>Interventions dans le cadre des trajets de soins,</u> ET 40 Z 4 S 3, Z 22, Z 27, Z 30-31, Z 40-41 S 1, ET 50 Z 4 S 23, S 24, S 27, S 30.**

   4.1 <u>Soins infirmiers à domicile</u> (6e avenant à la Convention Praticiens de l'art infirmier – O.A.)

   Une intervention de l'assurance est accordée pour les prestations spécifiques en matière d'éducation à l'autogestion du patient diabétique qui sont effectuées par des praticiens de l'art infirmier à domicile dans le cadre des trajets de soins.

   Il s'agit des 3 prestations suivantes :
   - L'éducation de départ et la mise en œuvre de l'insulinothérapie ou du traitement aux incrétinomimétiques (pseudo-code 423813)
   - Le suivi du patient traité à l'insuline ou aux incrétinomimétiques (pseudo-code 423835)
   - Le supplément d'éducation en cas de situations problématiques (pseudo-code 423850)

   L'honoraire pour chacune de ces prestations s'élève à 20 euros (remboursement complet par l'assurance maladie, donc pas d'intervention personnelle).

   Les prestations peuvent uniquement être attestées par les infirmières qui ont reçu un numéro d'enregistrement spécifique de l'INAMI. Une série de nouveaux codes compétence seront créés.

   Les prestations doivent toujours être prescrites.

   Les 3 prestations concernées sont complètement indépendantes de la nomenclature (elles tombent en dehors du cadre des forfaits, ne sont pas comptabilisées pour le calcul du plafond journalier, n'occasionnent aucune prestation de base ou d'indemnité pour déplacement rural). Ces prestations peuvent donc exister de manière autonome, c'est-à-dire sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant.

Si d'autres prestations infirmières (de l'art.8 de la nomenclature) sont aussi effectuées durant une même journée de soins, les prestations concernant le trajet de soins (423813, 423835 ou 423850) doivent toujours être mentionnées comme dernier enregistrement de la journée de soins concernée.

Les zones « date prescription » et « prescripteur » doivent toujours être complétées.
La zone « intervention personnelle » est toujours égale à zéro.

4.2 **Officines hospitalières** (16e et 17e avenant à la Convention Pharmaciens – O.A.)

Généralités

Une série d'interventions sont prévues pour la délivrance du matériel dans le cadre du trajet de soins « diabète » et du programme « éducation et autogestion » d'une part (tigettes, lancettes et glucomètres) et d'autre part, dans le cadre du trajet de soins « insuffisance rénale chronique » (tensiomètre).

Ces interventions valent dans le cas d'une délivrance dans une officine publique (circuit Pharmanet OT-OA), mais également en cas de délivrance par une officine hospitalière à un patient qui séjourne dans une maison de repos.

Trajet de soins « diabète »
2 interventions forfaitaires ont été prévues :
- intervention de 83,83 EUR, composée de 8,48 EUR d'honoraire pour le pharmacien et de 75,35 EUR pour un paquet contenant 3 conditionnements de 50 tigettes et un conditionnement de 100 lancettes (par semestre)
- intervention de 28 EUR, composée de 5,83 EUR d'honoraire pour le pharmacien et de 22,17 EUR pour un glucomètre (par 3 ans)

Programme « éducation et autogestion » (hors trajet de soins)
2 interventions forfaitaires ont été prévues :
- intervention de 61,67 EUR, composée de 8,48 EUR d'honoraire pour le pharmacien et de 53,19 EUR pour un paquet contenant 2 conditionnements de 50 tigettes et un conditionnement de 100 lancettes (par an)
- intervention de 28 EUR, composée de 5,83 EUR d'honoraire pour le pharmacien et de 22,17 EUR pour un glucomètre (par 3 ans)

Trajet de soins « insuffisance rénale chronique »
Une intervention maximale de 75 EUR, composée de 15 EUR d'honoraire pour le pharmacien et de 60 EUR maximum pour un tensiomètre, est prévue.

Les interventions sont toujours composées de 2 parties: d'une part un honoraire pour le pharmacien et d'autre part une intervention dans le coût du matériel.

Dans le cadre du trajet de soins « diabète » et du programme « éducation et autogestion », il s'agit d'interventions forfaitaires.
Aucunes listes reprenant les produits qui rentrent en ligne de compte ne seront publiées.
Aucune intervention personnelle, ni supplément ne peuvent être comptés au patient.

Dans le cadre du trajet de soins « insuffisance rénale chronique », en revanche, il s'agit d'une intervention maximale.
Une liste, reprenant les codes CNK et les prix (coût du matériel) des tensiomètres qui rentrent en ligne de compte pour le remboursement, sera publiée sur le site Web de l'INAMI.
L'intervention maximale dans le coût du matériel s'élève à 60 EUR.
Si le prix du tensiomètre est inférieur à 60 EUR, l'intervention dans le coût du matériel est limitée au prix effectif.
Si le prix est supérieur à 60 EUR, le patient paye alors un supplément.

Instructions de facturation "Diabète"

4 nouveaux pseudo-codes catégorie ont été créés dans l'ET 40 Z 4.
8 nouveaux pseudo-codes CNK ont été créés dans l'ET 40 Z 40-41.

Les tigettes et les lancettes ne sont pas facturées par conditionnement, mais bien par paquet.

Chaque délivrance d'un paquet de tigettes et de lancettes ou d'un glucomètre est facturée via 2 enregistrements séparés : un enregistrement avec le coût du matériel et un enregistrement avec l'honoraire.
Ces 2 enregistrements ont le même pseudo-code catégorie (Z4) mais un (pseudo-)code CNK (Z40-41) différent.

Les honoraires sont facturés sous des pseudo-codes CNK.
Le coût du matériel pour les tigettes et les lancettes et pour le glucomètre est également facturé sous un pseudo-code CNK.

Le tableau ci-dessous reprend les pseudo-codes CNK et les pseudo-codes catégorie correspondants :

Pseudo-CNK	Dénomination	Inter-vention	Pseudo-code Z4
07104664	Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes - honoraires	8,48	0757352
07104680	Trajet de soins diabète – glucomètre - honoraires	5,83	0757374
07104656	Trajet de soins diabète – tigettes et lancettes – le coût du matériel	75,35	0757352
07104672	Trajet de soins diabète – glucomètre – le coût du matériel	22,17	0757374
07105372	Programme "éducation et autogestion" – tigettes et lancettes - honoraires	8,48	0757396
07105398	Programme "éducation et autogestion" – glucomètre - honoraires	5,83	0757411
07104698	Programme "éducation et autogestion" – tigettes et lancettes – le coût du matériel	53,19	0757396
07105380	Programme "éducation et autogestion" – glucomètre – le coût du matériel	22,17	0757411

Instructions de facturation "Insuffisance rénale chronique"

Dans l'ET 40 Z 4, un nouveau pseudo-code catégorie est créé.
Un nouveau pseudo-code CNK est créé dans l'ET 40 Z 40-41.

Chaque délivrance d'un tensiomètre est facturée via 2 enregistrements séparés : un enregistrement avec le coût du matériel et un enregistrement avec l'honoraire.
Ces 2 enregistrements ont le même pseudo-code catégorie (Z4) mais un (pseudo-)code CNK (Z40-41) différent.

L'honoraire est facturé sous un pseudo-code CNK.
Le coût du matériel est facturé sous les codes CNK spécifiques de la liste publiée sur le site de l'INAMI.

Lorsque le prix du tensiomètre est plus élevé que l'intervention maximale de 60 EUR, alors le supplément à charge du patient est mentionné dans la zone 30-31 de l'enregistrement dans lequel le coût du matériel est facturé.

4.3 Consultations

L'art. 9 de l'AR relatif aux trajets de soins (AR du 21/1/2009, MB 6/2/2009) prévoit que les bénéficiaires d'un trajet de soins ne sont pas redevables d'une intervention personnelle pour certaines consultations.
Lorsque ces consultations peuvent être facturées en tiers payant selon la réglementation à ce sujet (voir les exceptions à l'interdiction du régime tiers payant dans l'AR du 10/10/1986), alors l'honoraire total est mentionné dans la zone 19 et la zone 27 est égale à zéro.

Date d'application: Prestations à partir du 1/6/2009 pour l'"Insuffisance rénale chronique"
1/9/2009 pour le"Diabète".

5. Listes "prescripteurs" et "prestation relative", ET 50 Z 17-18, Z 24-25

Les listes "prestation relative" et "prescripteur" (Fichiers Excel) ont été uniformisées. Donc, elles contiennent maintenant les mêmes Lay-out et colonnes.
Les remarques les plus importantes sont reprises dans des feuilles de données séparées.

Les modifications de ces listes seront, désormais, reprises dans l'introduction de chaque mise à jour (voir ci-dessous).

Les instructions qui étaient encore mentionnées dans l'ET 50 Z17-18 et dans l'ET 50 Z 24-25, ont été intégrées dans les fichiers Excel.

Liste "prestation relative"

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
304931	304964	20/3/2009	16/4/2009	1/5/2009
374931	374964	20/3/2009	16/4/2009	1/5/2009
683550	683561	30/3/2009	20/4/2009	1/6/2009
691876	691880	19/3/2009	8/4/2009	1/6/2009
715470	715584	26/4/2009	12/5/2009	1/7/2009
720532	720845	2/4/2009	20/4/2009	1/6/2009
734134	734204	12/2/2009	27/2/2009	1/4/2009 (*)
734592	734592	12/2/2009	27/2/2009	1/4/2009 (*)

(*) La mention d'une prestation relative n'est obligatoire que pour les prestations à partir du 1/6/2009.
La prestation relative est égale à :

- En cas de révision : 293451-293462
- En cas de primo-implantation : nouveau pseudo-code 768935-768946

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
695133	695144	2/04/2009	20/4/2009	1/6/2009
695214	695225	2/04/2009	20/4/2009	1/6/2009
730494	730542	2/04/2009	20/4/2009	1/6/2009

Liste "prescripteur"

Code ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
423813	423850	Pseudo-codes		01/06/2009

Date d'application: Date d'application des prestations concernées

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/11 Corrigendum
(Correction : voir soulignée en jaune)

Pages à remplacer :

- Annexes 5.4, 11.1, 12.1, 13.1, 14.2, 16.1, 16.3, 16.5, 16.6, 16.7, 16.8, 16.9, 16.14, 16.15, 18.1 ;
- ET 10 Z 9, Z 10 ;
- ET 20 Z 17 ;
- ET 30 Z 4 S 6 , S 21;
- ET 50 Z 4 S 5 bis, Z 44-45.

1. **<u>Fichier de décompte,</u> annexe 5.4**

   Le fichier de décompte est élargi avec une zone complémentaire de 200 positions alphanumériques. Dans cette zone de texte, la mutuelle/ l'organisme assureur peut (facultativement) donner un commentaire complémentaire lors d'un refus.

   En outre, les zones « compte A » et « compte B » (zones 104 et 105 des enregistrements de type 20 et 80) sont supprimées. Ces zones seront désormais toujours égales à 0.

   <u>Date d'application :</u> Fichiers de décompte établis à partir du 1/1/2010.

2. **<u>Actualisation des plafonds ticket modérateur des médicaments,</u> annexe 14.2.**

   A partir du 1er juillet 2009, les plafonds ticket modérateur particuliers ne sont plus prévus pour les médicaments de la classe ATC4. Le tableau de l'annexe 14.2 a été actualisé.

   <u>Date d'application :</u> Délivrances à partir du 1/7/2009.

3. **<u>Numéros d'identification – INAMI</u>, annexes 16.1, 16.3, 16.5, 16.6, 16.7, 16.8, 16.9, 16.14 et 16.15.**

   Dans le cadre du trajet de soins "diabète", un numéro d'agrément est prévu dans la nomenclature rééducation fonctionnelle pour les fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies. Dans la structure des numéros INAMI, ces prestataires reçoivent un numéro commençant par 69 et avec le code compétence 004.

   Des nouveaux codes qualification ont été ajoutés pour les infirmières, kinésithérapeutes, diététiciens et podologues dans le cadre du trajet de soins « diabète ».

   <u>Date d'application :</u> 1/9/2009 (= date d'application du trajet de soins « diabète »).

4. **<u>Code "suppression facture papier" et code fichier de décompte</u>, annexes 11.1, 12.1, 13.1, 18.1, ET 10 Z 9, Z 10.**

   Les zones 9 et 10 de l'enregistrement 10 sont supprimées.
   A partir du mois facturé janvier 2010, ces zones doivent toujours être mises à 0.

   <u>Date d'application :</u> Mois facturé janvier 2010 (ET 10 Z 22-23 $\geq$ 0201001).

5. **<u>Causes du traitement</u>, ET 20 Z 17.**

   La signification de la valeur "0000" dans cette zone a été modifiée : les mots "ou patient ambulant" ont été supprimés. La cause du traitement (si connue) doit également être communiquée pour les patients ambulants.

   <u>Date d'application :</u> Date de publication de la mise à jour 2006/11.

6. Remboursement forfaitaire en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP, ET 30 Z 4 S 6.

Le 2e avenant à la Convention nationale entre les Maisons de soins psychiatriques et les Organismes assureurs prévoit une intervention forfaitaire supplémentaire par bénéficiaire et par jour de séjour en vue d'améliorer l'accessibilité.
Cette intervention de 4 EUR par jour de séjour doit être facturée via un enregistrement séparé sous le nouveau pseudo-code 762775. Le montant de cette intervention doit être mentionné en positif dans la zone 19 et en négatif dans la zone 27.

La facturation se déroulera donc dorénavant via 3 enregistrements séparés.

1er enregistrement :

Z 4 :	pseudo-code du point 13) (voir ET 30 Z 4 S 6)
Z 19 :	prix d'hébergement
Z 27 :	zéro

2e enregistrement :

Z 4 :	pseudo-code du point 2 D (voir ET 30 Z 4 S 3)
Z 19 :	intervention personnelle en négatif
Z 27 :	intervention personnelle en positif

3e enregistrement :

Z 4 :	pseudo-code 762775
Z 19 :	intervention forfaitaire accessibilité en positif
Z 27 :	intervention forfaitaire accessibilité en négatif

Date d'application : Date d'entrée en vigueur de la majoration du prix de la partie B1 de 2 EUR (adaptation de l'art. 4 de l'AR du 10 décembre 1990).

7. Les forfaits de rattrapage – conventions de rééducation, ET 30 Z 4 S 21.

Le pseudo-code 785536-785540 a été ajouté à la liste des forfaits de rattrapage.

Date d'application : 1/10/2008.

8. Marge de délivrance pour les prothèses de la parole, ET 50 Z 4 S 5 bis.

Le 5e avenant à la Convention avec les fournisseurs d'implants prévoit que la marge de délivrance des prestations en rapport avec la prothèse de la parole et ses accessoires (fournitures prévues dans l'article 3, 3° de la Convention mentionnée ci-dessus) est prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
Cette marge de délivrance doit être facturée sous le nouveau pseudo-code 785352-785363.
Le montant doit être mentionné dans la zone 19.

Date d'application : 1/7/2009

9. Libellé du produit, ET 50 Z 44-45.

Il est précisé que cette zone doit également être complétée pour les services non remboursables par l'AMI (et donc pas seulement pour les produits ou les prestations).

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/11.

10. Liste "prestation relative"

Correction
Le code nomenclature 734592 a été remplacé par le code 734591 (aussi bien dans la liste que dans la feuille de données "opmerkingen – remarques 5 »).

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
770394*	770405*	Pseudo-codes		1/10/2009
771971*	771982*	Pseudo-codes		1/10/2009
785352	785363	Pseudo-codes		1/07/2009

(*)Les frais de déplacement pour le transport vers un centre de rééducation fonctionnelle conventionné avec une voiture du centre ou un transporteur privé (pseudo-codes 771971 – 771982 et 770394 – 770405), sont facturés à tarif réduit lors du transport collectif de plusieurs personnes.
A partir du 1/10/2009, une prestation relative sera utilisée pour indiquer les différents tarifs :
- 1 passager : tarif à 100% → prestation relative = 0081001
- 2 passagers : tarif réduit de 20% → prestation relative = 0080802
- 3 passagers ou plus : tarif réduit de 30% → prestation relative = 0080706

11. Liste "prescripteur"

Corrections
* La date d'application des pseudo-codes dans le cadre du trajet de soins "diabète" a été corrigée (1/9/2009 au lieu de 1/6/2009).

* Une série de pseudo-codes manquants pour les tissus d'origine humaine ont été ajoutés.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
639332	639785	26/4/2009	29/6/2009	1/8/2009
564255		29/4/2009	15/5/2009	1/7/2009
769753	769812	18/5/2009	5/6/2009	1/8/2009

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
655874 *		12/12/2007	3/1/2008	1/3/2008
677891 *	677950 *	12/12/2007	3/1/2008	1/3/2008

(*) les prestations existent encore mais n'exigent plus de prescripteur à partir du 1/3/2008

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/12

Pages à remplacer :

- Annexes 11, 11.1, 16.17, 16.18, 16.19;
- ET 20 Z 10;
- ET 30 Z 4 S 9, S 14, S 15, S 21, Z 6a-6b, Z 17-18, Z 19;
- ET 40 Z 17-18;
- ET 50 Z 4 S 2, S 5, S 5bis, S 9, S 21, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, S 3, Z 15 S 1, Z 20-21, Z 24-25, Z 27, Z 38, Z 39-40, Z 41-42, Z 43.

Pages à ajouter :

- Page 18 quater ;
- ET 30 Z 4 S 9bis ;
- ET 50 Z 43 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, S 6

Page à supprimer :

- ET 30 Z 17-18 S 1.

1. **<u>Fusion des Mutualités Socialistes,</u> page 18 quater.**

   Des instructions concernant les fusions au 1/1/2009 sont ajoutées.

   <u>Date d'application</u> : mois facturé septembre 2009.

2. **<u>Actualisation d'introduction annexe 11</u>, annexes 11, 11.1.**

   Les instructions de l'annexe 11 sont mises en accord avec le principe de base (un seul fichier de facturation par mois et par numéro de tiers payant), c'est-à-dire que les médicaments délivrés aux patients dans une MRPA-MRS-IHP doivent, soit être facturés via le fichier de facturation (ambulant) de l'hôpital, soit sur un fichier de facturation séparé avec comme numéro de tiers payant, le numéro de l'office de tarification agréé.
   La possibilité d'établir 2 fichiers séparés, tous deux sous le numéro de l'hôpital, disparait donc, à moins que l'on fasse usage de la possibilité d'obtenir une dérogation systématique du nombre de fichiers de facturation via le CIN (voir point 3 de la p.2).

   <u>Date d'application</u> : Publication de cette mise à jour.

3. **<u>Codes qualification centre de médecine de la reproduction,</u> annexe 16.18.**

   Les numéros d'agrément 140 et 141 ont été ajoutés.

4. **<u>Agrément banque de tissus</u>, annexe 16.19.**

   Le numéro d'agrément 223 reçoit le libellé « cellules-souche hépatique » et les numéros d'agrément 225 jusqu'à 230 inclus ont été ajoutés.

5. **<u>Chirurgie robot-assistée</u>, annexe 16.18, ET 50 Z 4 S 5, Z 14 S 3.**

   Suite à la déclaration d'accord concernant une intervention dans les coûts du matériel de consommation pour une prostatectomie radicale assistée par robot effectuée par voie endoscopique, un nouveau pseudo-code (777114-777125) a été ajouté dans l'ET 50 Z 4 S 5.

   Pour ce pseudo-code, une prestation relative (261796-261800) doit être complétée. Ce pseudo-code est, donc, également ajouté à la liste prestation relative.

   Seuls les hôpitaux qui remplissent les critères du point 4 de la déclaration d'accord peuvent facturer la prestation concernée.
   Ces hôpitaux recevront un numéro d'agrément (numéro de l'hôpital + 150). Ce numéro d'agrément doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

   <u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 1/10/2009.

6. **<u>Centres de référence de la douleur chronique – Facturation de l'honoraire de participation</u>, ET 20 Z 10, ET 30 Z 4 S 14, ET 50 Z 4 S 2, Z 13, Z 15 S 1.**

   L'honoraire de participation dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle avec les centres de référence de la douleur chronique doit être facturé, dorénavant, dans l'ET 50, mais avec le type de facture 5 ou 6 et le code service 770 (par analogie aux prestations R30-R60).

Le dispensateur doit être mentionné dans la zone 15.
Dans la zone 14, le numéro du centre de rééducation doit être mentionné.

Date d'application : prestations à partir du 1/11/2009.

7. Nouvelles conventions de rééducation fonctionnelle, annexe 16.17, ET 30 Z 4 S 9, S 9bis, S 14, S 15, S 21, Z 6a-6b, Z 19.

1. Avenant à la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints du diabète sucré:
   - Ajout de 6 nouveaux pseudo-codes en ET 30 Z 4 S 9.
     Il s'agit à chaque fois des forfaits qui se rapportent à une période déterminée et pour lesquels, donc, une date de début et de fin (Z 5 ≠ Z 6) doivent être remplies.
   - Les 3 forfaits annuels (786015, 786030, 786052) et le forfait matériel pour 6 mois (786100) peuvent être facturés avant la date de fin de la période à laquelle ils se rapportent.
     Une exception supplémentaire est, donc, prévue dans l'ET 30 Z 6.
   - En cas de modification de tarif pendant la période à laquelle se rapportent les forfaits, le tarif en vigueur à la date de fin, doit être utilisé (ou à la date de facturation si celle-ci a lieu avant la date de fin).
     Il s'agit, ici, des mêmes règles d'application pour les forfaits (mensuels) déjà existants issus de la convention concernée (voir ET 30 Z 19).

2. Rééducation fonctionnelle pédiatrique « Clairs Vallons ».
   - Les pseudo-codes 776893, 776926, 776930, 776963 (ET 30 Z 4 S 15) et 784195-784206 (ET 30 Z 4 S 21) sont supprimés pour les prestations à partir du 15/6/2009.
   - Les libellés des pseudo-codes 777291-777302 et 777313-777324 sont généralisés à "rééducation fonctionnelle pédiatrique".

3. Convention avec les centres de référence en néphrologie pédiatrique
   - Ajout d'un nouveau pseudo-code en ET 30 Z 4 S 14 (787511-787522).
   - Il s'agit d'un forfait annuel qui peut être facturé avant la date de fin.
     Une exception supplémentaire est, donc, prévue dans l'ET 30 Z 6.
   - En cas de modification du tarif pendant la période à laquelle se rapportent les forfaits, le tarif en vigueur à la date fin, doit être utilisé (ou à la date de facturation si celle-ci a lieu avant la date de fin).
     Cette règle est ajoutée à l'ET 30 Z 19.
   - Dans l'annexe 16.17, les nouveaux numéros d'agréments de ces centres sont ajoutés.

Date d'application : Date d'application des conventions concernées.

8. Défibrillateurs cardiaques implantables – compensation durée de vie, ET 50 Z 4 S 5bis.

La durée de vie plus courte que prévue des défibrillateurs cardiaques a entrainé des dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie. En compensation, les firmes sont tenues de fournir gratuitement un certain nombre d'appareils. Pour ces appareils, un montant de 1 Euro peut être facturé à l'assurance maladie. La marge de délivrance se monte à 148,74 Euro (comme pour un défibrillateur 'ordinaire').

Dans l'ET 50 Z 4 S 5 BIS, les pseudo-codes suivants ont été ajoutés :

699915-699926 Marge de délivrance pour un défibrillateur cardiaque implantable - compensation durée de vie
148,74 Euro

699930-699941 Défibrillateur cardiaque implantable - compensation durée de vie
1 Euro

Date d'application : Demandes à partir du 1/9/2009.

9. Marge de délivrance et marge de sécurité, ET 50 Z 4 S 5bis, S 21, Z 27.

- Les instructions concernant le plafonnement de la marge de délivrance ont été précisées :
  Si le plafond est atteint et donc, que la marge de délivrance ne peut plus être facturée, alors un enregistrement « marge de délivrance » est établi avec la norme plafond (zone 46) égale à 7 et le montant (zone 27) égal à zéro.
- Une règle d'arrondi est introduite pour la marge de délivrance et la marge de sécurité des implants pour lesquels il n'existe pas de listes limitatives :
  Elles doivent être arrondies vers le bas.
  L'exemple de l'ET 50 Z 4 S 21 a été actualisé.

Date d'application : prestations à partir du 1/11/2009.

10. Facturation du sang humain total et des produits sanguins labiles, ET 50 Z 4 S 9, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 3, Z 15 S 1, Z 20-21, Z 24-25, Z 38, Z 39-40, Z 41-42.

Suite à l'entrée en vigueur de l'A.M. du 28 juin 2009 et à l'approbation, par le Comité d'assurance le 27/07/2009, du projet de nouveau A.R. fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans les coûts du sang humain total et de certains produits sanguins labiles (remplaçant l'AR du 23/11/2006), un certain nombre de nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 9.

Date d'application pour les nouveaux pseudo-codes et prix : 24/07/2009 (voir Circ Hôp 2009/10 et Circ OA 2009/325).

De plus, les instructions de facturation ont été précisées par la même occasion.

Zone 5 (date première prestation) = la date d'administration

Zone 6a-6b (date de dernière prestation) = la date d'administration

Zone 14 (lieu de prestation) = le numéro d'agrément de l'établissement de transfusion sanguine

Zone 15 (identification du dispensateur) = le médecin responsable de l'établissement de transfusion sanguine

Zone 20-21 (date prescription) = date à laquelle le sang a été demandé / prescrit

Zone 24-25 (identification prescripteur) = numéro d'identification du médecin qui a demandé (prescrit) le sang.
En général, il s'agira du même médecin qui a signé l'attestation relative à l'utilisation du « sang » et qui a administré le « sang » mais ce n'est pas nécessairement le cas.

Zone 26 (norme prescripteur) = 1

Zone 38 (identification administrateur du sang) = médecin de l'établissement hospitalier qui a signé l'attestation relative à l'utilisation et qui a effectué l'administration.

Zone 39-40 (numéro de l'attestation d'administration) = numéro de l'attestation prouvant que le sang humain total ou les produits sanguins labiles ont bien été administrés

Zone 41-42 (numéro bon de délivrance ou sac) = le numéro du bon de délivrance ou du sac.

Date d'application de ces instructions : Prestations à partir du 1/1/2010.

Attention : Jusque maintenant, les hôpitaux mentionnent le numéro de l'établissement de transfusion dans la zone 15. A partir de la date d'application de ces nouvelles instructions (Prestations à partir du 1/1/2010), ce numéro devra être mentionné dans la zone 14.

11. Intervention dans la délivrance des tissus face aux greffes hématologiques, ET 50 Z 14 S 2.

La colonne « Remarque » dans la table avec les numéros d'agrément des banques de tissus a été complétée.

Les instructions concernant le lieu de prestation pour les prestations de l'art. 20, §1, a) de la nomenclature (Greffes hématologiques) ont été précisées.

12. Code implant, ET 50 Z 43, S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, S 6

Dans l'ET 50 Z 43, un aperçu des (pseudo-)codes nomenclature pour lesquels des listes de produits admis existent, est repris.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour

13. Prestation relative, ET 30 Z 17-18, Z 17-18 S 1, ET 40 Z 17-18.

- Les prestations des enregistrements de type 30 et 40 pour lesquelles une prestation relative doit être mentionnée, ont été intégrées dans la liste « prestation relative ». La zone 17-18 de l' ET 30 et 40 renvoie seulement à la liste Excel « prestation relative ». L'ET 30 Z 17-18 S 1 est supprimé.

- Forfaits de rééducation fonctionnelle : Depuis le 1/1/2009, une nouvelle codification est prévue pour la prestation relative des forfaits de rééducation fonctionnelle. Les instructions concernées sont précisées dans la feuille de données « Opmerkingen – Remarques 7 » de la liste Prestation Relative :
  - Pour tous les forfaits de rééducation de l'ET 30, une prestation relative doit être mentionnée.
  - Pour les forfaits de rééducation pour lesquels un seul tarif existe, la prestation relative sera, par conséquent, toujours égale à 0081001.
  - Dans l'éventuel enregistrement « intervention personnelle » (voir pseudo-codes ET 30 Z 4 S 3), aucune prestation relative n'est mentionnée.

- Correction honoraire de permanence (feuille de données « opmerkingen – remarques 2 » de la liste « prestation relative ») : la liste limitative des prestations pour lesquelles un honoraire de

permanence peut être facturé, a entre-temps été reprise dans la nomenclature même ; Le renvoi à la circ. Hôp 2008/5 est, donc, remplacé par le renvoi à l'art. 25 de la nomenclature.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
699915	699926	Pseudo-codes		1/9/2009
777114	777125	Pseudo-codes		1/10/2009

14. Liste "prescripteur"

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
752113	752706	Pseudo-codes sang		1/1/2010

15. Codes erreur, Fichier Excel « Codes erreur »

Les codes erreur actuels sont trop vagues et laissent trop de possibilités d'interprétations. C'est pourquoi, lors des derniers Groupes de travail « Codes erreur », il a été décidé d'introduire des nouveaux « codes erreur alphanumériques de détail » dont l'objectif est d'augmenter la précision des informations transmises aux tiers lors des rejets.
Le système permet d'une part de conserver la règle existante en catégorie générale sous forme numérique et d'autre part d'insérer les règles « détails » en sous catégories sous forme alphanumérique.

Ces codes alphanumériques seront utilisés selon les possibilités techniques des OA (utilisation progressive).
Il a été décidé de créer pour chaque nouveau contrôle de détail, un code numérique et un code de détail alphanumérique tant que tous les OA n'ont pas adapté leurs programmes.
Lorsque tous les O.A. seront en mesure d'utiliser ces codes alphanumériques, seuls les codes alphanumériques seront utilisés comme codes de détail.
Suite à l'introduction de ces codes erreur alphanumériques, des modifications ont été apportées au lay-out du fichier Excel « codes erreur », soit :

- création d'un code « Type modification 5 » : Nouveau code de détail alphanumérique
- mise en évidence (caractère gras) des codes erreur généraux afin de les différencier des codes de détail alphanumériques.

15.1 Codes erreur alphanumériques de détail

Les codes erreur alphanumériques de détail suivants ont été créés :

R 3004B0, R 3004B1, R 3004B2, R 3004B3, R 4004A0, R 4004A1, R 4004A2, R 4004A3, R 4004A4, R 4004A5, R 4004A6, R 4004A7, R 4004A8, R 4004A9, R 4004B0, R 4004B1, R 4004B2, R 4004B3, R 4004B4, R 4004B5, R 4004B6, R 4004B7, R 5004G0, R 5004G1, R 5004G2, R 5004G3, R 5004G4, R 5004K0, R 5004K2, R 5004K3, R 5004K4, R 5004L0, R 5004L1, R 5014C1, R 5014C2, R 5014C3, R 5014C4, R 5014C5, R 5014C6, R 5014C7, R 5014C8, R 5014C9, R 5014D0, R 5014D1, R 5014D2, R 5014D3, R 5014D4, R 5014D5, R 5014D6, R 5014D7, R 5014D8, R 5014D9, R 5014F0, R 5014F1, R 5014F2, R 5014F3, R 5014F4, R 5014F5, R 5014F6, R 5014F7, R 5014F8, R 5014F9, R 5014G0, R 5014G1, R 5014G2, R 5014G3, R 5014G4, R 5014H0, R 5014H1, R 5014H2

15.2 Codes erreur numériques

Les codes erreur suivants ont été créés :
B 100911, B 101011, B 204209, R300455, R 301941, R 400455, R 404921, R 404922, R 404940, R 500455, R 500615, R 501240, R 501542, R 502442.

Les codes erreur suivants ont été adaptés :
B 100901, B 101001, B 100903, B 101003, B 100912, B 100920, R 404210, S 404211, R 501946.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2009/12.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/13

Pages à remplacer :

- Annexes 6, 6.5, 12.3, 13.5, 16.14, 16.18, 16.20, 16.24, 16.25;
- ET 10 Z 5-6a, Z 8a, Z 31-34, Z 36-41, Z 43a, Z 49-52;
- ET 20 Z 13;
- ET 30 Z 19;
- ET 40 Z 4 S 3;
- ET 50 Z 3, S 1, S 3, Z 4 S 3, S 5, S 18, S 19, Z 14 S 2, S 3, Z 15 S 1, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 43 S 1, S 2, S 5, S 6.

Page à ajouter :

- ET 50 Z 55-56.

1. **<u>Codes qualification</u>, annexes 16.14, 16.20, 16.24, 16.25.**

Un nouveau code de compétence « 005 » a été ajouté dans l'annexe 16.14 pour les fournisseurs de matériel d'autogestion.

Un nouveau groupe de prestations a été ajouté pour les laboratoires.

Des nouveaux codes de compétence ont été ajoutés pour les laboratoires de biologie clinique, de génétique humaine et d'anatomo – pathologie.

<u>Date d'application</u> : Voir circulaires dans lesquelles les codes de compétence concernés ont été publiés officiellement.

2. **<u>IBAN/BIC</u>, ET 10 Z 5-6a, Z 8a, Z 31-34, Z 36-41, Z 43a, Z 49-52.**

L'exception « A partir de la date de création 1/11/2009, cette zone peut également être remplie pour des facturations arriérées antérieures au mois facturé janvier 2009 » est ajoutée.
Il est également ajouté que l'utilisation de l'IBAN et du BIC sera obligatoire à partir du mois facturé janvier 2011 et qu'à partir de cette date, les zones avec l'« ancien » numéro de compte (Z 5-6a et Z 8a) ne seront plus remplies.

<u>Date d'application :</u> Date de publication de la mise à jour.

3. **<u>Code service</u>, ET 20 Z 13.**

Il est spécifié que cette zone doit, seulement, être remplie en cas de type de facture 1.
De plus, il est fait référence au message Carenet 721000.

<u>Date d'application :</u> Date de publication de la mise à jour.

4. **<u>Convention de néphrologie pédiatrique (7.89.7xx.xx)</u>, ET 30 Z 19.**

Dans la mise à jour 2006/12, les instructions de facturation pour la nouvelle convention de néphrologie pédiatrique ont été ajoutées.
La règle concernant la modification du tarif pendant la période à laquelle se rapportent les forfaits, a été reprise dans le point d'introduction de la mise à jour, mais a été oublié dans l'ET 30 Z 19.
C'est, maintenant, corrigé.

<u>Date d'application</u> : Date d'application de la convention concernée.

5. **<u>Nouveau pseudo-code "pompes à élastomère »</u>, ET 40 Z 4 S 3.**

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 7/10/2009 (MB 20/10/2009), une nouvelle section 7 « pompes à élastomère » a été insérée dans la partie 1, chapitre 2 de l'annexe à l'AR du 24/10/2002 concernant les moyens diagnostiques et le matériel de soins.
Un nouveau pseudo-code 754390 a, donc, été créé dans l'ET 40 Z 4 S 3.
La tarification suit les règles de la catégorie de remboursement B.

<u>Date d'application</u>: Prestations à partir du 1/12/2009.

6. Grippe A/H1N1, ET 50 Z 3.

- Consultations et visites.

Dans le cadre de la vaccination contre la grippe A/H1N1, le ticket modérateur des consultations, visites, suppléments d'urgence et indemnité supplémentaire de déplacement est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.
À cet effet, un nouveau code norme 4 a été créé dans l'ET 50 Z 3.
L'honoraire complet doit être mentionné dans la zone 19 et la zone 27 est égale à zéro.

- Préparations magistrales avec Tamiflu.

Dans le 20e avenant à la Convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs, une intervention est prévue pour les préparations magistrales avec Tamiflu destinées au traitement de la grippe A/H1N1.
Ces préparations magistrales (totalement remboursées) doivent être facturées sous le pseudo-code existant 750035.
La spécialité Tamiflu n'est pas reprise dans le fichier des spécialités remboursables. C'est pourquoi, le code CNK du Tamiflu Stock Stratégique Pandémie (2646545) sera repris dans le fichier de référence avec les principes actifs des préparations magistrales.
Ce code CNK doit être mentionné dans la zone 40-41 de l'enregistrement de détail (pseudo-code 750212) du fichier de facturation.

7. Conventions art. 56, ET 50 Z 4 S 3, Z 14 S 2, Z 15 S 1.

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 28/01/2009, deux conventions ont été établies entre d'une part le Comité de l'assurance et d'autre part, certains hôpitaux.

Ces conventions prévoient un certain nombre d'interventions forfaitaires mensuelles.

Instructions de facturation

3 nouveaux pseudo-codes (ambulants) sont créés dans l'ET 50 Z 4.
Ces forfaits sont facturés avec le type de facture 3 et avec comme lieu de prestation, le numéro de l'hôpital.

Date d'application : Date d'application des conventions concernées.

8. Marge de délivrance des implants, ET 50 Z 3 S 3, Z 4 S 18, S 19.

Dans la mise à jour 2006/12, il était prévu que, pour les prestations à partir du 1/11/2009, un enregistrement « marge de délivrance » devait être établi si le plafond était déjà atteint. Dans cet enregistrement, les zones « montant » sont égales à zéro et la norme plafond est égale à 7 (voir ET 50 Z 4 S 5 BIS et ET 50 Z 46).

Suite à l'introduction de cette nouvelle règle, les exemples de l'ET 50 Z 4 S 18 et S 19 ont été adaptés.
L'ET 50 Z 3 S 3 fait également référence à ces exemples.

Date d'application: Prestations à partir du 1/11/2009.

9. Marge de délivrance « prothèses de la parole », ET 50 Z 27.

Il est spécifié que la marge de délivrance pour les prothèses de la parole (785352/363) ne peut pas être mentionnée dans la zone 27.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2009.

10. Endoprothèses, annexe 16.18, ET 50 Z 3 S 1, Z 4 S 5, Z 14 S 3, Z 43 S 5, S 6.

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 18/3/2009 modifiant l'art. 34 et l'art. 35 de la nomenclature (MB 30/7/2009), les instructions concernant les endoprothèses sont adaptées.

- Les pseudo-codes dans l'ET 50 Z 4 S 5 sont supprimés.

- La méthode de facturation via des enregistrements statistiques (voir ET 50 Z 3 S 1) reste inchangée.

- Pour pouvoir facturer les prestations concernées (aussi bien les actes médicaux que le matériel), l'hôpital doit disposer d'un agrément du Service des Soins de Santé de l'INAMI. Pour un certain nombre de prestations, un agrément supplémentaire de pathologie cardiaque B3 est nécessaire.
  2 nouveaux numéros d'agrément sont, donc, créés :
  N° Hop. + 151 = agrément endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3
  N° Hop. + 152 = agrément endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B3

Date d'application : Prestations à partir du 1/1/2010.

11. Notification des implants, annexes 6, 6.5, 12.3, 13.5, ET 50 Z 19, Z 30-31, Z 55-56.

L'A.R. du 1er mars 2009 portant exécution de l'article 35septies, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, prévoit une procédure de notification pour les implants.
A partir du 1/5/2010, la notification sera une condition de remboursement : les implants qui ne sont pas notifiés bien qu'ils soient soumis aux conditions de notification, ne pourront plus faire l'objet d'une intervention de l'assurance maladie obligatoire et ne pourront plus être facturés au bénéficiaire.
Tous les produits notifiés recevront un code de notification unique, qui devra, dans certains cas, être mentionné sur la facture.
A cet effet, une nouvelle zone 55-56 (8 N + 4 N) est créée dans l'enregistrement de type 50.

Dans l'aperçu ci-dessous, il est expliqué dans quelles situations, cette nouvelle zone doit être remplie.

1. Implant non remboursable

- Notifié
  Le produit peut être facturé au patient.
  Il est mentionné sur le fichier de facturation sous le pseudo-code (existant) 960234-960245.
  Le montant est mentionné dans la zone 30-31 (supplément).
  Le code de notification doit être mentionné dans la nouvelle zone 55-56.

- Pas notifié
  Le produit ne peut pas être facturé au patient.
  Il n'est pas mentionné sur le fichier de facturation.

2. Implant remboursable avec une liste des produits admis

Les listes de produits admis contiendront uniquement les produits notifiés. Pour les prestations avec des listes limitatives, il suffit, donc, de compléter le code implant (zone 43). Le code de notification ne doit pas être mentionné (zone 55-56 = 0).
Pour ces prestations, la méthode de facturation reste inchangée.

3. Implant remboursable sans liste des produits admis

- Notifié
  Le produit peut être facturé à l'assurance maladie obligatoire.
  Le code de notification doit être mentionné dans la zone 55-56.

- Pas notifié
  Le produit ne peut pas être facturé (ni aux OA, ni au patient).
  Il n'est, donc, pas mentionné sur le fichier de facturation.

Une liste avec les (pseudo-) codes nomenclature pour lesquels il n'existe aucunes listes limitatives et pour lesquels un code de notification doit être mentionné sur la facture, sera mise à disposition.

Date d'application : Prestations à partir du 1/5/2010.

12. Code implant, ET 50 Z 43 S1, S 2.

La liste des (pseudo-)codes nomenclature pour lesquels un code implant doit être mentionné, est actualisée.

Date d'application : Date d'application des codes nomenclature concernés.

13. Liste « prestation relative »

- Dans la description de la facturation des soins infirmiers non forfaitaires (voir ET 50 Z 4 S 28 et S 29), il est prévu qu'en cas de facturation d'un honoraire supplémentaire PN, ce code PN doit être mentionné comme prestation relative pour la prestation de base et pour la prestation technique.
  Cette règle est, maintenant, également reprise explicitement dans la liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
634012	634325	18/3/2009	30/7/2009	1/1/2010
715013	715046	10/9/2009	25/9/2009	1/11/2009
735475	735781	20/9/2009	9/10/2009	1/12/2009

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
731113	731124	10/9/2009	25/9/2009	1/11/2009
732454	732502	20/9/2009	9/10/2009	1/12/2009

14. Liste « prescripteur »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
558051	558062	27/9/2009	20/10/2009	1/12/2009
558095	558143 *	27/9/2009	20/10/2009	1/12/2009

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
558456	558460	27/9/2009	20/10/2009	1/12/2009

(*) La prestation 558132-558143 peut également être attestée, sans prescription du médecin spécialiste traitant, par le médecin spécialiste en rééducation urologique (code compétence 454). Lorsque le prestataire a le code compétence 454, il n'est pas obligatoire de remplir la zone "prescripteur".

15. Codes erreur, Fichier Excel « Codes erreur »

15.1 Codes erreur numériques

Les codes erreur suivants ont été créés :

B 100511**,** F 202222, R 300452**,** R 300553, R 300653**,** R 502640, R 502747, R 503540, B 505501, R 505502, R 505503, B 505504, R 505511, R 505520, R 505540.

Les codes erreur suivants ont été adaptés :

B 102501, B 103114, B103604, B104314, B104904, B 200501, B 200601, B 202001, B 205501, B 300501, B 300601, B 304701, B 400501, B 400601, B 402001, B 404701, R 500347, B 500501, B 500601, B 502001, R 504320, B 504701, B 800501, B 800601, B 802001.

Les codes erreur suivants ont été supprimés :

B103101, B103601, B104301, B104901.

15.2 Codes erreur alphanumériques

Les codes erreur suivants ont été créés :

R 5014G5, R 5014G6, R 5014G7.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/14

Pages à remplacer :

- Annexes 9.4, 16.18, 16.19, 16.25;
- ET 10 Z 9;
- ET 50 Z 4 S 4, S 13, Z 14 S 2, S 3, Z 15 S 1, Z 43 S 6.

1. Mise à jour de l'annexe 9.4, annexe 9.4.

Le tableau de l'annexe 9.4 a été actualisé.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour.

2. Codes qualification, annexe 16.25.

Un nouveau code qualification a été ajouté pour les laboratoires.

Date d'application : Voir circulaire dans laquelle le code qualification concerné a été publié officiellement.

3. Code suppression facture papier, ET 10 Z 9.

La mise à jour 2006/11 prévoyait que cette zone devait être mise à zéro à partir du mois facturé janvier 2010.
Pour des raisons d'exhaustivité, la valeur 0 a été ajoutée dans la table de codification.

Date d'application : Mois facturé janvier 2010.

4. Tissus d'origine humaine, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 2.

Les codes qualification ont été révisés pour être complètement en accord avec la réglementation de l'AFMPS (AR 28/9/2009, MB 23/10/2009).

A partir du 1/12/2009, la réglementation sera adaptée de manière à ce que les tissus puissent être échangés librement à l'intérieur de l'Union européenne.
Concrètement, ça signifie qu'une banque de tissus belge agréée ne sera plus nécessaire pour les tissus issus d'un pays européen.
Pour les importations issues d'un pays non européen, les règles actuelles restent valables : les tissus peuvent seulement être importés via une banque de tissus belge qui dispose de l'agrément adéquat.

Instructions de facturation:
Pour les tissus étrangers, importés d'un pays européen, le pseudo-numéro d'agrément "numéro de l'hôpital + 200" doit toujours être complété comme lieu de prestation (même si les tissus sont importés via une banque de tissus belge agréée).

Ci-dessous, vous trouverez, pour précision, un aperçu des 3 situations possibles :

	Pseudo-code (Z 4)	Lieu de prestation (Z 14)
Tissus belges	Codes intérieurs	Banque de tissus belge (avec agrément pour le type de tissus concerné)
Tissus d'un pays UE	**Codes étrangers**	**Numéro de l'hôpital + 200**
Tissus d'un pays non UE	Codes étrangers	Banque de tissus belge (avec agrément pour le type de tissus concerné)

Date d'application : Prestations à partir du 1/12/2009.

5. <u>Centre moniteur cardiaque implantable</u>, annexe 16.18, ET 50 Z 14 S 3.

Les centres qui ont adhéré à la déclaration d'accord concernant l'intervention dans le coût d'un moniteur cardiaque implantable, reçoivent un numéro d'agrément spécifique (numéro de l'hôpital + 153).
A partir du 1/1/2010, ce numéro d'agrément doit être mentionné comme lieu de prestation sur la facture.

<u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 1/1/2010.

6. <u>Neurostimulateurs,</u> ET 50 Z 4 S 4, Z 43 S 6.

Deux nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 4.
Ils ont aussi été ajoutés dans la liste des pseudo-codes nomenclature pour lesquels un code implant doit être mentionné.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/1/2010.

7. <u>Sevrage tabagique</u>, ET 50 Z 4 S 13, Z 15 S 1.

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 31/8/2009 (MB 15/9/2009), 3 nouveaux pseudo-codes nomenclature ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 13.
Dans l'ET 50 Z 15 S 1, le pseudo-numéro d'identification 2.99999.22.999 a été ajouté pour les tabacologues sans numéro INAMI.

<u>Date d'application:</u> Prestations à partir du 1/10/2009.

8. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
715050	715083	10/9/2009	20/11/2009	1/1/2010

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
558810	558843			1/1/2010(*)

(*) Ces codes nomenclature existent toujours, mais pour les prestations à partir du 1/1/2010, il n'est plus nécessaire de remplir une prestation relative.

9. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
699930	699941	pseudo-codes		1/9/2009
777114	777125	pseudo-codes		1/10/2009
698876	698902	pseudo-codes		1/1/2010

Précision :
Lorsqu'aucun prescripteur n'est mentionné pour les codes nomenclature 558132-558143 (en cas de prestataire avec le code qualification 454), la norme prescripteur (ET 50 Z 26) est égale à 3.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/15

Pages à remplacer :

- Annexes 11.1, 11.5, 12.1, 12.5, 13.1, 13.7, 16.18, 16.25, 18.1, 18.5;
- ET 10 Z 9;
- ET 30 Z 4 S 4, S 8, S 17, S 19, S 20, Z 22, Z 30-31;
- ET 40 Z 16;
- ET 50 Z 4 S 28, S 29, S 30, Z 14, S 3, Z 43, Z 55-56.

Pages à supprimer:

- ET 50 Z 43 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, S 6.

1. **<u>Mise à jour des annexes dans le cadre des nouveaux numéros de compte IBAN/BIC,</u> annexes 11.1, 11.5, 12.1, 12.5, 13.1, 13.7, 18.1, 18.5.**

   Les zones numéro de compte financier A et B sont nulles à partir du mois facturé janvier 2011 (voir point 2 de la mise à jour 2006/13).
   Les annexes mentionnées ci-dessus ont été adaptées en ce sens.

   <u>Date d'application</u> : Mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).

2. **<u>Numéros d'agrément pathologie cardiaque</u>, annexe 16.18, ET 50 Z 14.**

   Les numéros d'agrément 117 « service cathétérisation cardiaque pour la cardiologie interventionnelle » et 119 « service cathétérisation pour examen invasif » ont été supprimés. Ils ont été remplacés, il y a quelques années, par les numéros 120 et 121.

   <u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour.

3. **<u>Codes de qualification</u>, annexes 16.18, 16.25.**

   Un nouveau code de qualification a été ajouté pour les laboratoires.

   <u>Date d'application</u> : 25 novembre 2009.

4. **<u>Code suppression facture papier,</u> ET 10 Z 9.**

   Dans mise à jour 2006/11, il était prévu que cette zone devait être mise à zéro à partir du mois facturé janvier 2010.
   La phrase « Pour les maisons médicales, cette zone doit toujours être égale à 1 » est supprimée.

   <u>Date d'application</u> : Mois facturé janvier 2010 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001).

5. **<u>Frais de transport dialyse et chimio au départ d'un service isolé SP ou G</u>, ET 30 Z 4 S 4, Z 22.**

   Suite à l'entrée en vigueur du septième avenant à la Convention nationale Hôpitaux – OA, un nouveau pseudo-code a été ajouté dans l'ET 30 Z 4 S 4.

   <u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/1/2010.

6. **<u>Supplément chambre de deux personnes</u>, ET 30 Z 4 S 8, Z 30-31.**

   La loi programme du 23/12/2009 (MB 30/12/2009) prévoit qu'à partir du 1/1/2010, les suppléments de chambre ne peuvent plus être facturés pour une chambre de deux personnes.

   Dorénavant, aucun enregistrement « supplément chambre » ne pourra être établi pour les patients qui séjournent dans une chambre de deux personnes.
   Pour des raisons statistiques, le type de chambre doit continuer à être mentionné comme prestation relative dans l'enregistrement « montant par jour ».

   <u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/1/2010.

7. Nouvelle convention C.R.A., ET 30 Z 4 S 17, S 19, S 20.

Les conventions ORL-PSY (9.53 et 9.65) ont été remplacées par une nouvelle convention C.R.A à partir de 1/1/2010.
Pour les demandes à partir du 1/1/2010, les nouveaux pseudo-codes doivent être utilisés. Ces codes ont été ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 20.
Un pseudo-code est prévu par groupe et par type de prestations.

Pour chaque pseudo-code, il y a différents tarifs possibles. Ceux-ci sont exprimés au moyen d'un pseudo-code « prestation relative » (Z 17-18).

Date d'application : Demandes à partir du 1/1/2010.

8. Médicaments gratuits - correction, ET 40 Z 16.

La zone 39 a été ajoutée dans la description de la valeur 1.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour.

9. Soins infirmiers – prestation relative, ET 50 Z 4 S 28, S 29, S 30.

Il est précisé que lorsqu'il s'agit de patients non forfaitaires, aucune prestation relative ne doit être mentionnée pour les pseudo-codes palliatifs, l'honoraire supplémentaire PN, les prestations techniques spécifiques, l'indemnité de déplacement rural, la nomenclature des patients diabétiques ou le trajet de soins diabète.

10. Epilepsie réfractaire, ET 50 Z 14 S 3.

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 9/12/2009 (MB 8/1/2010), des nouveaux codes nomenclature, qui exigent un numéro d'agrément d'un centre de l'épilepsie réfractaire, ont été ajoutés.

Date d'application : Prestations à partir du 1/3/2010.

11. Code implant et code de notification implant, ET 50 Z 43, S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, S 6, Z 55-56.

Toutes les « pages suites » de l'ET 50 Z 43 (S 1 à S 6 inclue) ont été supprimées et remplacées par une liste Excel. Cette liste Excel contient 2 « sheets » : une avec les codes pour lesquels la zone 43 doit être remplie et une avec les codes pour lesquels la zone 55-56 doit être remplie.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour.

12. Liste « prestation relative ».

Soins infirmiers – prestation relative pour les pseudo-codes palliatifs
Il est précisé que pour les pseudo-codes palliatifs, une prestation relative doit uniquement être mentionnée lorsqu'il s'agit de patients forfaitaires (voir aussi point 9).

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
639656	639774	26/4/2009	29/6/2009	1/8/2009

Les séries de codes « kiné avec deux tarifs de remboursement » ont été remplacées par une référence à l'art. 7, 1°, 3°, 4°, 5°, 6° de la nomenclature.

13. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
427416	427512	24/11/2009	7/12/2009	1/03/2010

14. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/16

Pages à remplacer :

- Annexes 16.1, 16.2, 16.3, 16.13, 16.14, 16.15;
- ET 50 Z 14 S 3, Z 15 S 1, Z 33 S 1.

1. Numéros d'identification – INAMI, annexes 16.1, 16.2, 16.3, 16.13, 16.14, 16.15

Un code profession et un nouveau code qualification ont été ajoutés pour les ergothérapeutes.

Vu que les séries 940 et 941 sont épuisées, les numéros commençant par 942 seront, dorénavant, attribués aux nouveaux groupements de dispensateurs.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/16.

2. Fractionnement de la facturation dans le cadre des conventions internationales

Le 1/5/2010, d'importantes modifications entrent en vigueur dans le cadre des conventions internationales. En conséquence, les organismes assureurs doivent traiter différemment les prestations qui ont été facturées pour certaines catégories de bénéficiaires.
Afin que ça puisse se dérouler correctement, les établissements qui facturent doivent tenir compte d'un certain nombre d'instructions concernant le fractionnement de la facturation.
Ces instructions sont reprises dans les circulaires PSY 2010/2 (MSP – IHP 2010/1), MRPA-MRS 2010/3 (CSJ 2010/2) et Hôp 2010/6 (voir exemplaires dans les annexes derrière).

Date d'application : Voir circulaires concernées

3. Précision endoprothèses, ET 50 Z 14 S 3

Il est précisé qu'aucun numéro d'agrément spécifique ne doit être mentionné comme lieu de prestation pour les actes médicaux de l'art.14.

Date d'application: il s'agit d'une précision des instructions

4. Facturation du sang – suppression des numéros d'agrément Croix Rouge Flamande, ET 50 Z 15 S 1

Suite à l'entrée en vigueur de l'AM du 31/12/2009 (MB 26/2/2010), les numéros d'agrément d'une série d'établissements de transfusion sont supprimés, de sorte que la Croix Rouge Flamande ne dispose plus que d'un seul numéro d'agrément (7-95009-03) à partir du 1/1/2010.

En principe, le numéro d'agrément 7-95009-03 doit être mentionné sur la facture (ET 50 Z 14) pour toutes les délivrances des centres de transfusion sanguine de la Croix Rouge Flamande à partir du 1/1/2010.
Etant donné la publication tardive de l'AM, une disposition transitoire est prévue :

- Des factures qui ont été établies avec un ancien (supprimé) numéro d'agrément et qui ont été acceptées de cette façon par les OA, ne doivent pas être corrigées.
- Des factures qui ont été envoyées à partir du 1/3/2010 doivent contenir le numéro d'agrément correct.

Dans la pratique, les différents centres de transfusion sanguine de la Croix Rouge Flamande continuent d'exister séparément, chacun avec leur propre médecin responsable.
Dans l'ET 50 Z 15, le médecin responsable « local » du centre de transfusion sanguine qui a délivré le sang, est mentionné.

Date d'application : 1/1/2010 (considérant les dispositions transitoires).

5. Facturation des radio-isotopes en cas de MAF – facturation à 100%, ET 50 Z 33 S 1.

Dans l'ET 50 Z 33 S 1, un exemple de facturation d'un radio-isotope de catégorie B est ajouté.
En cas de facturation à 100 %, le ticket modérateur théorique de 0,37 EUR ne peut pas être ajouté dans la zone 19 (intervention AMI). Seul le ticket modérateur forfaitaire par journée d'entretien (0,62 EUR), qui est facturé dans l'enregistrement de type 30 sous le pseudo-code 750002, est déplacé de la Z 27 à la Z 19 (voir exemple dans l'ET 30 Z 33 S 1).

Date d'application : il s'agit d'une précision des instructions.

6. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
244974	244985	21-12-2009	09-02-2010	01-04-2010
350453	350486	18-12-2009	28-01-2010	01-03-2010
733412	733423	19-01-2010	09-02-2010	01-04-2010

Kinésithérapie et physiothérapie

- Dans la feuille « Opmerkingen - remarques 1 », les références à l'AR du 23 mars 1982 ont été actualisées.
- Les séries de codes « Physiothérapie avec deux ou trois tarifs de remboursement » ont été remplacées par une référence à l'art. 22, II, a) de la nomenclature (sauf 558950-961).
- La référence à l'art. 7, 1°, 3°, 4°, 5°, 6° de la nomenclature concernant les prestations « kiné avec deux tarifs de remboursement » a été complétée par le 8°.

7. Liste « prescripteur ».

Une série de pseudo-codes manquants pour le matériel corporel humain ont été ajoutés.
Les prestations 271456-271460, 272613-272624 sont supprimées.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
272672	272720	10-11-2009	26-11-2009	01-01-2009

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
271456	271460	10-11-2009	26-11-2009	01-01-2009
272613	272624	10-11-2009	26-11-2009	01-01-2009

8. Liste implants

Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
611715	612765	Il s'agit de codes de l'art. 28 qui ont été oubliés dans la version précédente de la liste. -		
613550	614482			
636016	638525			
638610	638643			
638772	639321			
736013	736444	26/01/2010	08/03/2010	01/05/2010

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
715153	715164	Il s'agit de codes qui ont été oubliés dans la version précédente de la liste		
735814	735825			

Feuille Z 43 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
687735	687761	19/01/2010	08/03/2010	01/05/2010

9. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/17

Pages à remplacer :

- Annexes 1.1, 16.25;
- ET 40 Z 4 S 3, S 4, Z 37, Z 40-41 S 1;
- ET 50 Z 4 S 27, S 28, Z 14 S 2, Z 27, Z 55-56.

Page à ajouter :

- Annexe 16.25bis.

1. **Personnes de contact de l'UNMS, annexe 1.1.**

   Les personnes de contact pour l'UNMS ont été modifiées.

   Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/17.

2. **Codes qualification laboratoires, annexe 16.25.**

   Des nouveaux codes qualification pour les laboratoires ont été ajoutés.

   Date d'application: Voir circulaires dans lesquelles les codes qualification ont été officiellement publiés.

3. **Oxygénothérapie, ET 40 Z 4 S 3, Z 40-41 S 1.**

   Suite à l'entrée en vigueur du 21° avenant à la Convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs, un honoraire pour la coordination et l'accompagnement du traitement par oxygène gazeux ou liquide peut être porté en compte à partir du 1/04/2010 par patient et par mois calendrier.

   A cet effet, 2 nouveaux pseudo-codes CNK ont été créés, un pour l'honoraire mensuel en cas d'oxygénothérapie liquide (07105737) et un pour l'honoraire mensuel en cas d'oxygénothérapie gazeuse (07105745).
   Un nouveau pseudo-code catégorie 0757455 a également été créé.

   Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/04/2010.

   Les accessoires pour l'oxygène gazeux continuent à être tarifés comme auparavant (voir liste avec les codes CNK sur le site web de l'INAMI).
   Des codes CNK séparés (0710xxxx) ont été prévus dans cette liste pour les officines hospitalières.

   Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/05/2010.

4. **Préparations magistrales non remboursables, ET 40 Z 4 S 4, Z 37.**

   Pour les préparations magistrales non remboursables (pseudo-code 750116), la forme galénique ne doit pas être remplie.

   Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2006/17.

5. **Soins infirmiers – norme dispensateur, ET 50 Z 4 S 27, S 28.**

   Dans les instructions, il a été précisé quelle norme dispensateur (ET 50 Z 16) doit être mentionnée pour les honoraires forfaitaires ou l'honoraire supplémentaire.

   Date d'application : il s'agit d'une précision des instructions.

6. <u>Précision lieu de prestation « Greffes hématologiques »,</u> ET 50 Z 14 S 2.

Il est précisé que pour toutes les prestations reprises dans la nomenclature sous le titre « Greffes hématologiques », aucun numéro de banque de tissus ne doit être mentionné.
Un numéro de banque de tissus doit seulement être mentionné s'il s'agit d'une intervention dans la délivrance des tissus.

<u>Date d'application</u> : il s'agit d'une précision des instructions.

7. <u>Règle de calcul de la marge de délivrance et de la marge de sécurité</u>, ET 50 Z 27.

Le calcul de la marge de délivrance et de la marge de sécurité est précisé en cas de facturation de plusieurs implants identiques via un seul enregistrement.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/07/2010.

8. <u>Dispositions transitoires notification des implants</u>, ET 50 Z 55-56.

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 26/04/2010, qui reporte de 3 mois l'entrée en vigueur de l'art.35 septies, §1 de la loi SSI, une convention a été conclue entre les hôpitaux et les organismes assureurs afin de déterminer les modalités pratiques qui seront d'application durant cette période transitoire (1/5/2010 au 31/7/2010 inclus).
Durant cette période, le code de notification dans l'ET 50 Z 55-56 peut être remplacé par le pseudo-code notification 999999999949, si le produit n'a pas encore été notifié ou si l'hôpital n'a pas encore pu attribuer un code de notification au produit dans son propre fichier.

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/5/2010 jusqu'au 31/7/2010 inclus.

9. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Il n'y a pas de modifications.

10. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Il n'y a pas de modifications.

11. <u>Liste implants</u>

Il n'y a pas de modifications.

12. <u>Liste « codes erreur ».</u>

Il n'y a pas de modifications.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/18

Pages à remplacer :

- Pages 13, 14 ;
- Annexe 16.19 ;
- ET 20 Z 18 ;
- ET 30 Z 6a-6b ;
- ET 50 Z 4 S 5bis, S 9, S 12, S 14, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 20-21, Z 24-25, Z 55-56.

1. Instructions dans le cadre du projet REFAC de l'ANMC, page 13, 14, ET 20 Z 18, ET 50 Z 4 S 5bis.

Dans le cadre de ce projet, les instructions concernant la mutualité de destination ont été adaptées. Cette adaptation est uniquement valable pour les hôpitaux (710xxxxx et 720xxxxx).

Remplissage des zones 7 et 18 des enregistrements de type 20 et 80

- zone 7 = numéro de la mutualité d'affiliation
- zone 18 = numéro du point unique de contact (PUC).

Deux possibilités pour le traitement des fichiers de facturation

Possibilité A

Les hôpitaux qui se basent sur l'ET20/80 Z18 (mutualité de destination = Point Unique de Contact) pour l'établissement des enregistrements 95 du message 920000 et donc, ne reprennent qu'1 seul enregistrement de type 95 dans le fichier de facturation (avec le numéro de PUC dans la zone 401), recevront en retour ce qui suit de l'ANMC :

- fichier de décompte (920900) avec 1 enregistrement de type 91, avec le numéro du PUC dans la zone 401
- 1 paiement centralisé

Possibilité B

Les hôpitaux qui se basent sur l'ET20/80 Z7 (mutualité d'affiliation) pour l'établissement des enregistrements 95 du message 920000 et donc, reprennent x enregistrements de type 95 dans leur fichier de facturation (avec x = nombre de mutualités d'affiliation différentes qui se retrouvent dans les enregistrements 20/80), recevront en retour ce qui suit de l'ANMC :

- Fichier de décompte (920900) avec x enregistrements de type 91, qui correspondent aux enregistrements 95 introduits
- 1 paiement centralisé

Ordre des factures dans le fichier de facturation

Selon les instructions (voir p. 13), les factures doivent être triées dans le fichier de facturation selon le « numéro de mutualité de destination » et ensuite selon le « numéro d'admission » (hospitalisé) ou selon le « numéro de facture individuelle » (ambulant).
L'ANMC sera, cependant, souple à ce sujet. Les hôpitaux qui le souhaitent, peuvent également trier selon le « numéro de mutualité d'affiliation ».

Date d'application : Date d'entrée de l'hôpital dans REFAC.

2. Matériel corporel humain, annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 12, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 20-21, Z 24-25.

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 02/06/2010, le terme « tissus humains » a été remplacé par « matériel corporel humain » .

Un tableau avec le lien entre les différents pseudo-codes de l'AR et le numéro d'agrément qui est nécessaire pour facturer ce matériel corporel humain, a également été ajouté dans l'ET 50 Z 14 S 2

Date d'application : Délivrances à partir du 1/12/2009.

3. Convention diabète date de fin, ET 30 Z 6a-6b.

Dans la convention de rééducation fonctionnelle en matière d'autogestion de patients atteints du diabète sucré, un certain nombre de forfaits mensuels sont prévus, qui se rapportent à un mois de prestation effective (jour x d'un mois civil jusque et y compris le jour x - 1 du mois civil suivant)

Si la date de début est le premier ou le dernier ou l'avant-dernier jour du mois, alors certaines règles particulières doivent être prises en considération. Ces règles ont été reprises dans l'ET 30 Z 6a-6b.

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

4. Notification des implants – implants non remboursables, ET 50 Z 4 S 14, Z 55-56.

Un pseudo-code séparé a été créé pour les implants non remboursables sans obligation de notification (par ex : prothèses dentaires).

Pour le pseudo-code (existant) 960234-960245, un code de notification doit toujours être mentionné dans l'ET 50 Z 55-56.
Pour le (nouveau) pseudo-code 960536-960540, la zone 55-56 est égale à zéro.

Date d'application : Prestations à partir du 01/08/2010.

5. Sang, ET 50 Z 4 S 9, Z 5, Z 6a-6b.

Les instructions concernant la facturation du sang ont été complétées par la date de l'AR qui a récemment été publié (AR du 20/04/2010, MB 06/06/2010).

6. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
689091	689102	22-04-2010	18-05-2010	01-07-2010

7. Liste « prescripteur ».

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
683432	683546	Pseudo-codes		01-01-2010
687050	687186	Pseudo-codes		01-01-2010

8. Liste implants

Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
682651	682662	Il s'agit de prestations qui ont été reprises dans la liste par erreur.		
685355	685366			
685613	685624			
685635	685646			
687772	687783			
687794	687805			
689032	689043	09-12-2009	08-01-2010	01-03-2010
697432	697465	26-01-2010	08-03-2010	01-05-2010

9. Liste « codes erreur ».

Notification des implants

Etant donné que le lien entre les (pseudo-)codes nomenclature et les codes de notification n'est pas disponible dans le fichier mis à disposition par l'INAMI, ce contrôle ne peut pas être effectué et le code erreur R 505540 (Code notification implant incompatible avec le (pseudo-) code nomenclature) est supprimé.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/19

Pages à remplacer :

- Annexes 1.1bis, 16.18, 16.19, 16.20;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 5, S 14, Z 14, S 1, S 2, S 3, Z 44-45, Z 55-56.

Pages à ajouter :

- Annexe 18.3bis;
- ET 50 Z 4 S 22BIS, S 22TER;
- ET 50 Z 14 S 4.

Pages à supprimer :

- Annexes 16.20bis jusqu'à 16.25bis inclue;

1. Données de contact CAAMI, annexe 1.1bis.

Les données de contact de la caisse auxiliaire ont été modifiées.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour.

2. Nouveaux numéros INAMI services ambulanciers agréés, annexes 16.18, 16.20.

Les services ambulanciers agréés recevront désormais un numéro INAMI avec la structure ci-dessous :

796XXXCD000

796 = le type d'établissement = service ambulancier agréé
XXX= numéro d'ordre = numéro d'agrément Santé publique
CD = check-digit
000 = code compétence

Cette structure a été intégrée dans l'annexe 16.

Date d'application : Il s'agit seulement d'une communication de la structure des nouveaux numéros INAMI. Aucun numéro n'a encore été attribué.

On profite de l'occasion pour préciser que le code de qualification des équipes multidisciplinaire d'accompagnement pour les soins palliatifs et centres palliatifs de jour est toujours égal à « 000 ».

3. Codes qualification laboratoires, annexe 16.19.

Ces codes ne sont plus repris dans les instructions de facturation.
Un renvoi au site web de l'INAMI a été ajouté.

4. Stent valvulaire percutané implantable, annexe 16.18, ET 50 Z 4 S 5, ET 50 Z 14 S 4.

Suite à la déclaration d'accord concernant l'intervention dans les coûts d'un stent valvulaire percutané implantable dans la position pulmonaire, les instructions de facturation ont été adaptées :

- Ajout des pseudo-codes 691950-691961 dans l'ET 50 Z 4 S 5;
- Création d'un nouveau numéro d'agrément « numéro de l'hôpital +154 » qui doit être mentionné comme lieu de prestation.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2010.

5. Suppléments MRPA-MRS-CSJ, annexe 18.3bis, ET 50 Z 4 S 14, Z 44-45.

Suite à l'adaptation de l'annexe 43 du règlement (note de frais MRPA-MRS-CSJ) (pas encore publiée), des instructions ont été établies pour l'indication détaillée des suppléments sur la facture électronique.
Par analogie aux frais divers dans les hôpitaux, les suppléments sont facturés dans l'enregistrement de type 50.

Les instructions de facturation ont été modifiées comme suit :

- Ajout de l'annexe 18.3bis concernant la manière de remplir les zones de l'enregistrement de type 50.
- Création de nouveaux pseudo-codes (960xxx) dans l'ET 50 Z 4 S 14.
  Cas particulier : ristournes (montant en négatif).

Date d'application : 1/10/2010 (facturation du 4e trimestre 2010).
(sous réserve de publication du règlement concerné)

6. Notification des implants, ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 22BIS, S 22TER, Z 55-56.

6.1 Prolongation de la période transitoire

La période transitoire durant laquelle le pseudo-code notification 999999999949 peut être mentionné dans l'ET 50 Z 55-56, est prolongée jusqu'au 1/1/2011.
Les organismes assureurs suivront mensuellement par hôpital **le pourcentage du pseudo-code notification** par rapport au nombre total de prestations pour lesquelles un code de notification doit être mentionné. Ce pourcentage **doit diminuer chaque mois.**

6.2 Précision des instructions existantes

Pour les prestations avec des listes de produits admis, la zone « code implant » (Z 43) doit toujours être complétée et la zone « code notification implant » (Z 55-56) doit toujours être égale à zéro.
Concrètement, ça signifie que les zones 43 et 55-56 ne peuvent jamais être remplies simultanément.

Schématiquement

	Z 43	Z 55-56
Prestations remboursables avec des listes de produits admis	Code implant	0
Prestations remboursables sans listes de produits admis	0	Code de notification
Implants non remboursables avec obligation de notification	0	Code de notification
Implants non remboursables sans obligation de notification	0	0

6.3 Prestations avec un remboursement pour un ensemble de matériel

Certains (pseudo-)codes nomenclature prévoient un remboursement pour un ensemble de matériel.
Les différents éléments ont chacun leur propre code de notification.

Dans ce cas de figure, on doit utiliser des enregistrements statistiques avec norme 9 (par analogie aux tuteurs coronaires, Drug eluting stents, endoprothèses,…) :

- Dernier enregistrement (enregistrement de facturation) : norme 0, montant, pas de code de notification
- Enregistrement(s) statistique(s) précédent(s) : norme 9, montant = 0, code de notification

Cette méthode est décrite dans l'ET 50 Z 3 S 4.
Dans l'ET 50 Z 4 S 22 BIS et S 22 TER, un exemple concret avec marge de délivrance est ajouté.

Cette méthode doit également être appliquée lorsqu'un seul élément a été utilisé. Dans ce cas, il n'y a qu'un seul enregistrement statistique.

Seuls les éléments notifiés doivent être mentionnés. Pour les éléments non notifiés aucun enregistrement statistique ne doit être établi.

Les prestations qui doivent être facturées selon cette méthode, sont indiquées avec la valeur « 1 » dans feuille « Z 55-56 » de la liste implants (voir aussi point 9).

Date d'application : Prestations à partir du 1/1/2011.

6.4 Correction

La correction suivante est apportée à l'ET 50 Z 3 S 4 : dans la dernière phrase du paragraphe relatif au matériel utilisé en chirurgie cardiaque minimale invasive, le pseudo-code 0960234-0960245 est remplacé par 0960536-0960540. Ce matériel ne doit pas être notifié.

Date d'application : Prestations à partir du 1/8/2010.

7. Liste « prestation relative ».

- Feuille « opmerkingen7/remarques7
  Il est précisé qu'une prestation relative doit être obligatoirement mentionnée pour les prestations de rééducation facturées dans l'ET 30.

- Précision concernant le code 688494
  Dans la colonne « remarque » de la liste, il est précisé que la prestation relative 688472 doit être mentionnée pour le code nomenclature 688494.

  Date d'application : prestations à partir du 01/10/2010

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
309013	309046	Ces codes sont ajoutés en raison de la règle interprétative 03 de la nomenclature prothèse dentaire		01-09-2010
309050	309120			
379013	379046			
379050	379120			

8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
691950	691961	Pseudo-codes		01-07-2010

9. Liste implants

- Prestations avec un remboursement pour un ensemble de matériel

  Une colonne a été ajoutée dans la feuille « Z55-56 » pour indiquer qu'il s'agit d'une prestation avec un remboursement pour un ensemble de matériel. La valeur « 1 » est mentionnée s'il s'agit d'une telle prestation. Pour ce type de prestation, des enregistrements statistiques avec norme 9 (ET 50 Z 3) mentionnant le code de notification propre de chaque élément utilisé, doivent alors être mentionnés sur le fichier de facturation (voir également point 6 ci-dessus).

  Date d'application : Prestations à partir du 01/01/2011

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
682791	682824	09-12-2009	12-01-2010	01-03-2010
691891	691946	09-12-2009	18-12-2009	01-02-2010
691950	691961	Pseudo-codes		01-07-2010
698714	698865	09-12-2009	08-01-2010	01-03-2010
709096	709203	13-06-2010	28-06-2010	01-08-2010
715050	715083	10-09-2009	20-11-2009	01-01-2010

Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
682570	682603	Correction : Il s'agit de codes qui ont été oubliés dans la version précédente de la liste		01-08-2010
688111	688144			
688494	688494			
697130	697141			
699834	699845			
715175	715186			
715201	715201			
715212	715212			
715234	715245			
733110	733121			
733132	733143			

Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
735276	735280	Correction : ces codes ne devaient pas figurer dans la liste		01-08-2010

10. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/20

Pages à remplacer :

- Annexe;
- Page 10;
- ET 10 Z 14;
- ET 20 Z 7, Z 10;
- ET 30 Z 27;
- ET 40 Z 4 S 1, Z 16, Z 27;
- ET 50 Z 4 S 13, Z 14, S 4, Z 15, S 1, Z 19, Z 22, Z 27, Z 30-31, Z 47, Z 48.

Pages à ajouter :

- Annexes 19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5, 19.6, 19.7;
- ET 20 Z 10 S 1.

1. **<u>Intégration des « notes web » dans les instructions de facturation,</u> annexe, annexes 19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5, 19.6, 19.7, ET 10 Z 14, ET 20 Z 7, Z 10, Z 10 S 1, ET 30 Z 27, ET 40 Z 4 S 1, Z 16, Z 27, ET 50 Z 14, Z 15, Z 27, Z 47, Z 48.**

   Les notes web publiées sur le site de l'INAMI (accueil >information générale >Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique> notes) ont été retirées de celui-ci. Les notes qui ne sont plus d'actualité (et qui ne sont, donc, plus d'application) ont simplement été supprimées.

   Les autres notes ont été intégrées aux instructions de facturation :

   - Rééducation fonctionnelle pluridisciplinaire
     ➔ Une précision a été ajoutée dans l'ET 50 Z 47.

   - Modification du numéro inami dans le courant d'un mois (ou d'un trimestre).
     ➔ La note a été intégrée dans l'ET 10 Z 14 et l'ET 50 Z 15.

   - Lieu de prestation pour les prestations de biologie clinique non remboursables.
     ➔ Une précision a été ajoutée dans l'ET 50 Z 14.

   - Médicaments non remboursables – Médicaments gratuits.
     ➔ Le libellé de l'ET 40 Z 16 a été complété.

   - Numéro de la mutualité d'affiliation à la CSS de la SNCB.
     ➔Des précisions ont été ajoutées dans l' ET 20 Z 7

   - Facturation à 100% dans le cadre du MAF – questions et réponses.
     ➔ Le contenu de la note a été ajouté dans les annexes 19.
     ➔2 points supplémentaires ont été ajoutés, d'une part concernant les radio-isotopes (question 12) et d'autre part concernant la rééducation fonctionnelle (question 16).

   Par la même occasion, on en a profité pour ajouter les précisions suivantes :

   - Mention de l'intervention personnelle en cas de réintroduction.
     ➔ Des précisions ont été ajoutées dans la zone 27 des ET 30,40 et 50

   - Transplantation – statut ambulant/hospitalisé.
     ➔ Des précisions ont été ajoutées dans l'ET 50 Z 48.

   - Réarrangement de l'information dans l'ET 20 Z 10

   - Ajout des instructions concernant l'assistance médicale lors d'un transport avec accompagnement médical et les honoraires pour la prise en charge urgente, dans l'ET 20 Z 10 S 1 (voir circulaires Hôp 2008/21, OA 2008/386 et Hôp 2007/9, OA 2007/218).

   <u>Date d'application :</u> Date de publication de la mise à jour.

2. Transport urgent de malades, ET 50 Z 4 S 13, Z 14 S 4, Z 15 S 1, Z 19, Z 22, Z 30-31.

Des instructions de facturation ont été élaborées pour pouvoir facturer le transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009) en tiers payant (seulement pour les services ambulants des hôpitaux).

Généralités

L'hôpital facture l'intervention de l'assurance directement aux OA via la note d'hospitalisation et le fichier de facturation électronique (ou uniquement via le fichier de facturation électronique pour les hôpitaux avec SFP (suppression factures papier)).

Aucun document « demande d'intervention dans les frais de transport du bénéficiaire » n'est, donc, transmis aux OA.

Le montant qui reste à charge du patient, est facturé au patient via une facture patient ordinaire (dans la colonne « supplément »).

Aucun document « demande d'intervention dans les frais de transport du bénéficiaire » n'est, donc, remis au patient, et ce, pour éviter le double paiement (une fois à l'hôpital via le fichier de facturation électronique et une fois au bénéficiaire via le guichet).

Instructions concrètes pour le fichier de facturation électronique

- Facturation dans l'enregistrement de type 50
- Z 4: pseudo-code
- Z 14: numéro du service ambulancier agréé
- Z 15: zéro
- Z 17-18: prestation relative qui indique combien de passagers ont été transportés en même temps :
  - 0081001: 1 passager
  - 0080500: 2 passagers
  - 0080334: 3 passagers
  - 0080253: 4 passagers
  - 0080205: 5 passagers
- Z 19: intervention AMI (50%(*) du montant facturé arrondi à l'« eurocent » supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut).
- Z 22: nombre de km/nombre de paires d'électrodes utilisées
- Z 30-31: montant à charge du patient (différence entre le montant facturé et le montant de l'intervention).

(*) Dans l'AR du 26/4/2009, une intervention de 33% est prévue. Cependant, un AR modificatif augmentant l'intervention jusqu'à 50 % est en préparation.

Exemple détaillé

Deux patients sont transportés dans la même ambulance sur une distance de 12 km.
Pour le deuxième patient, une paire d'électrodes est utilisée.

Facture patient 1

Calcul de l'intervention

	Montant facturé	Intervention
Forfait pour les 10 premiers km	28,16 EUR (= 56,32 / 2)	14,08 ≈ 14,08 EUR
11e et 12e km	5,63 EUR (= 2 x 5,63 / 2)	2,815 ≈ 2,82 EUR

Remplissage des zones du fichier de facturation

Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (intervention AMI)	Z 22 (nombre d'unités)	Z 30-31 (supplément)
784416	14,08	10	14,08
784431	2,82	2	2,81

Facture patient 2

Calcul de l'intervention

	Montant facturé	Intervention
Forfait pour les 10 premiers km	28,16 EUR (= 56,32 / 2)	14,08 ≈ 14,08 EUR
11e et 12e km	5,63 EUR (= 2 x 5,63 / 2)	2,815 ≈ 2,82 EUR
Forfait électrodes	53,46 EUR	26,73 ≈ 26,73 EUR

Remplissage des zones du fichier de facturation

Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (intervention AMI)	Z 22 (nombre d'unités)	Z 30-31 (supplément)
784416	14,08	10	14,08
784431	2,82	2	2,81
784475	26,73	1	26,73

Date d'application: Prestations à partir du 1er jour du 2e mois suivant la publication de l'AR modifiant l'AR du 26/4/2009.

3. Tests de facturation, page 10

La page 10 reprend un tableau avec la manière de remplir les zones concernées du message (My)Carenet 920000 en cas de facturation test.

Date d'application : Doit encore être déterminée et sera publiée dans la prochaine mise à jour.

4. Liste « prestation relative ».

- Feuille "opmerkingen7/remarques7"
  Dans le tableau concernant les conventions de rééducation, le pseudo-code 0051000 doit être remplacé par 0051004.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
464273	464483	Codes existants de l'art.17ter (*)		01-10-2010
784416	784464	Pseudo-codes transport urgent de malades		1er jour du 2e mois qui suit la publication de l'AR modifiant l'AR du 26/04/2009

(*) la prestation relative doit uniquement être remplie si le prestataire = médecin spécialiste en chirurgie.

5. Liste « prescripteur ».

- Correction
  Les prestations de l'art.3, § 1, C , II. DIVERS (prestations 149612-149623 et 149634-149645) n'ont pas besoin de prescripteur. Elles sont, donc, supprimées de la liste « prescripteur ». Elles y avaient été ajoutées par inadvertance.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
102955	102970	18-08-2010	03-09-2010	01-11-2010
562332	562472	22-07-2010	30-07-2010	01-09-2010
564270	564373	22-07-2010	30-07-2010	01-09-2010

6. Liste implants

Pas de modifications par rapport à la mise à jour 2006/19.

7. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/21

Pages à remplacer :

- Pages 2, 3, 4, 5, 8, 14;
- Annexe, Annexes 2 B, 5.1 S 2, 14.1 à 14.9 incluse, 16.17, 18.3BIS;
- ET 20 Z 7, Z 18;
- ET 30 Z 4 S 21, Z 5, Z 13;
- ET 40 Z 3, Z 5, Z 6a-6b, Z 39;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 1, S 2, S 3, S 14, Z 13, Z 15 S 1, Z 35.

Pages à ajouter :

- Annexes 14.10 à 14.24 incluse;
- ET 30 Z 13, S 1, S 2 ;
- ET 50 Z 3 S 4BIS.

1. **<u>Aperçu des procédures concernant l'envoi des documents de facturation papier, le paiement et le remplissage des zones « mutualité d'affiliation » et « mutualité de destination »</u>, p 2, 3, 5, 14, ET 20 Z 7, Z 18.**

   Les instructions ont été actualisées et une série de tableaux récapitulatifs des procédures existantes par organisme assureur ont été ajoutés.

   <u>Date d'application</u> : Il s'agit d'une précision des instructions existantes.

2. **<u>Tarification des médicaments en milieu hospitalier</u>, annexes 14.1 à 14.24 incluse, ET 40 Z 3.**

   Suite à des problèmes d'interprétation sur le calcul correct du ticket modérateur et du remboursement des médicaments, d'une part sur le décompte du ticket modérateur théorique de 0,37 EUR pour les médicaments de la catégorie B délivrés aux patients hospitalisés et d'autre part sur le calcul et le plafonnement du ticket modérateur pour des délivrances à des patients ambulants, l'annexe 14 a été complètement retravaillée.
   Dans ce cadre, un nouveau code norme 2 a également été créé dans l'ET 40 Z 3.

   <u>Date d'application</u> : Mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
   (donc également pour les réintroductions des prestations rejetées issues du passé)

3. **<u>IBAN et BIC</u>, annexe 2 B.**

   Sur l'état récapitulatif qui est joint aux attestations de soins, l'IBAN et le BIC du compte financier doivent être mentionnés.

   <u>Pour rappel:</u>
   A partir du mois facturé janvier 2011, les <u>zones « numéro de compte financier »</u> (ET 10 et ET 90 Z 5-6a et Z 8a) seront mises à <u>zéro</u> et <u>seules les zones « IBAN » et « BIC »</u> (ET 10 et ET 90 Z 31-34, Z 36-41, Z 43a et Z 49-52) <u>seront complétées</u>. A partir de ce moment, il sera également possible d'utiliser les numéros de comptes étrangers.

   <u>Date d'application</u> : Mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).

4. **<u>Conventions de rééducation fonctionnelle</u>, annexe 16.17.**

   La structure des numéros INAMI des conventions de rééducation a été actualisée.

   <u>Date d'application</u> : Date de publication de cette mise à jour.

5. **<u>Forfaits de rattrapage - conventions de rééducation fonctionnelle</u>, ET 30 Z 4 S 21.**

   Les forfaits de rattrapage pour les conventions de rééducation 9.65 et 9.53 ont été supprimés. Un nouveau pseudo-code pour le forfait de rattrapage dans le cadre des conventions C.R.A. a été ajouté.

   <u>Date d'application</u> : 1/1/2010.

6. <u>Code service – forfait par admission</u>, ET 30 Z 5, ET 30 Z 13, Z 13 S1, S2.

Les instructions pour remplir les zones susmentionnées en cas de facturation du montant par admission ont été précisées. Des exemples ont été ajoutés.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de cette mise à jour.

7. <u>Code service - camps de vacances collectifs et congé thérapeutique</u>, ET 30 Z 13, ET 50 Z 13.

Pour la facturation des camps de vacances collectifs et de l'honoraire de disponibilité durant le congé thérapeutique (597704), le code service du service où le patient séjournait avant son départ en camp de vacances collectif ou en congé thérapeutique doit être mentionné.
Les instructions ont été précisées dans ce sens.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de cette mise à jour.

8. <u>Code service – produits pharmaceutiques</u>, ET 40 Z 5, Z 6a-6b.

Il est précisé qu'en cas de changements de service, la facturation des médicaments doit être fractionnée en différents enregistrements (un enregistrement séparé par service).

<u>Date d'application</u> : Date de publication de cette mise à jour.

9. <u>Ticket modérateur théorique</u>, ET 40 Z 39.

La manière de remplir cette zone a été précisée. Une distinction a été faite entre les patients hospitalisés et les patients MSP.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de cette mise à jour.

10. <u>Neurostimulateurs rechargeables</u>, ET 50 Z 3 S 4, S 4 BIS.

Pour les neurostimulateurs rechargeables (715116-715120 et 715131-715142) (d'application à partir du 1/11/2009), une liste des produits admis est prévue.
Un neurostimulateur rechargeable est toujours composé de 2 parties, d'une part le stimulateur même et d'autre part la batterie.
Dorénavant, ces neurostimulateurs rechargeables doivent être facturés avec des enregistrements statistiques. Les instructions de facturation ont été adaptées dans ce sens.

<u>Date d'application</u>: Prestations à partir du 1/1/2011

On en a profité pour préciser le titre du dernier tiret concernant la norme 9 (ET 50 Z 3 S 4 BIS).

11. <u>Transplantation hématologique</u>, ET 50 Z 4 S 1.

La nomenclature pour l'attestation des transplantations de cellules souches allogéniques a été modifiée (AR du 18/08/2010).
En conséquence, le libellé du pseudo-code 269872-269883 a été adapté.

<u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 01/10/2010 (voir Circ. OA 2010/384 du 18/10/2010)

12. <u>Prestations de rééducation dans le cadre des trajets de soins</u>, ET 50 Z 4 S 2, S 3.

Une série de nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4.

<u>Date d'application</u> : Date d'entrée en vigueur des trajets de soins concernés.

13. <u>Frais de déplacement rééducation fonctionnelle – zone « prestataire »</u>, ET 50 Z 15 S 1.

Il est précisé que pour les frais de déplacement de rééducation fonctionnelle, la zone 15 = 0

<u>Date d'application</u> : Date de publication de cette mise à jour.

14. <u>Prestataire conventionné</u> , ET 50 Z 35.

Il est précisé que la valeur 0 (pas de convention) doit être remplie si un pseudo-numéro d'identification est mentionné dans la zone 15.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de cette mise à jour.

15. <u>Tests de facturation</u>

Dans la mise à jour 2006/20, un tableau, avec la manière de remplir certaines zones du message (My)Carenet 920000 en cas de test de facturation, a été ajouté à la page 10.
A partir de maintenant, ces instructions peuvent être appliquées.

16. <u>Suppléments MRPA-MRS</u>, annexe 18.3bis, ET 50 Z 4 S 14.

La mention obligatoire des suppléments sur les notes de frais (papier) et sur le fichier de facturation électronique est reportée au 1/1/2011.

En outre, 4 pseudo-codes supplémentaires ont encore été créés pour la mention facultative des frais de docteur, Kiné, labo et policlinique.

Dans l'annexe 18.3bis, une précision a été apportée aux zones « date de début et date de fin ».

<u>Date d'application</u> : 1/1/2011 (facturation 1er trimestre 2011).

17. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
350276	350302	18-08-2010	24-09-2010	01-11-2010
794010	794231	Pseudo-codes		01-11-2010 (*)

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
350394	350420	Désormais, le prescripteur ne doit plus être mentionné pour ces prestations		01-11-2010

(*) Ces pseudo-codes existent déjà depuis l'entrée en vigueur des trajets de soins, mais ont été oubliés dans la liste.

18. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Pour les prestations 688634-688645, 688656-688660 et 688671-688682 (Tiges pour prothèses de hanche), le pseudo-code 768935-768946 doit être mentionné comme prestation relative en cas de primo-implantation.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/11/2008, (ré)introduites à partir du mois facturé décembre 2010 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201012).

19. <u>Liste implants</u>

- <u>Prestations avec un remboursement pour un ensemble de matériel</u>

  Une colonne a été ajoutée dans la feuille « Z43 » pour indiquer qu'il s'agit d'une prestation pour laquelle des enregistrements statistiques avec norme 9 (ET 50 Z 3), mentionnant le code d'identification des éléments utilisés, doivent être mentionnés sur le fichier de facturation.

  <u>Date d'application</u> : Il s'agit d'une clarification des instructions existantes.

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
687676	687680	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010
697830	697841			
701094	701702	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010

Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
701713	701864	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010
701875	701982			

Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
636414	636506	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010
636510	636521			
636532	636543			
636613	636823			
636834	636845			
636856	636882			
636893	636904			
637070	637280			
637291	637302			
637453	637486			
638315	638525			
688111	688144	<u>Correction</u> : ces codes ne devaient pas figurer dans la liste		01-11-2010

20. <u>Liste « codes erreur »</u>, p 4, 8, Annexe, Annexe 5.1 S 2.

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.

Les références à l'ancienne liste des codes erreur (annexe 5.2) ont été remplacées par des références à l'actuelle liste Excel « Codes erreur ».

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/22

Pages à remplacer :

- Annexes 8.1, 16.18, 16.19, 16.20;
- ET 20 Z 13;
- ET 30 Z 13;
- ET 50 Z 4 S 4, Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 2, Z 15, Z 26 S 1, Z 55-56.

1. **<u>Structure des numéros INAMI des projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles</u> , annexes 16.18, 16.19, 16.20.**

   Suite à l'AR du 2/7/2009 (MB 16/7/2009), le Comité de l'Assurance a conclu une série de conventions pour le financement de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles.

   Les numéros INAMI qui ont été attribués à ces projets, ont la structure suivante:

   759XXXCD000 avec XXX = numéro d'ordre et CD = check-digit.

   <u>Date d'application</u> : Date de publication de cette mise à jour.

2. **<u>Code service pour des patients hospitalisés dans un autre établissement</u>, annexe 8.1, ET 20 Z 13, ET 30 Z 13, ET 50 Z 13, Z 13 S 2.**

   A partir du mois facturé avril 2011, le pseudo-code service « 002 » doit être mentionné sur les factures pour les patients hospitalisés dans un autre établissement, aussi bien dans l'ET 20 que dans les ET 30, 40 et 50.
   Cette règle n'est pas valable pour les prestations non remboursables et n'est pas non plus valable pour les prestations/ médicaments effectuées/délivrés pour les patients séjournant dans un MRPA-MRS-CSJ.

   <u>Date d'application</u> : Mois facturé avril 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201104).

3. **<u>Neurostimulateurs en cas de trouble obsessionnel compulsif</u>, ET 50 Z 4 S 4.**

   Des pseudo-codes sont ajoutés suite à une nouvelle déclaration d'accord dans le cadre de l'art.35, catégorie 5 de la nomenclature.

   Une liste limitative de produits admis est prévue. Dès lors, ces prestations sont également ajoutées à la feuille « Z43 » de la liste « implants » (voir plus bas).
   Les prestations sont également reprises dans la liste « prescripteur » (voir plus bas).

   <u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/1/2011.

4. **<u>Matériel corporel humain – lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 2.**

   La phrase relative aux frais de transport entre une banque de matériel corporel humain étrangère et une banque agréée belge a été reformulée.

   <u>Date d'application</u> : Il s'agit d'une clarification des instructions existantes.

5. **<u>Maisons médicales – clarification de la zone « dispensateur de soins »</u>, ET 50 Z 15.**

   Il est précisé que la zone « dispensateur de soins » doit être égale à zéro lorsqu'il s'agit de la facturation des forfaits 109616 (médecins), 509611 (kinésithérapeutes) et 409614 (praticiens de l'art infirmier).

   <u>Date d'application</u> : Il s'agit d'une clarification des instructions existantes.

6. Radiographie dentaire – norme prescripteur, ET 50 Z 26 S 1.

Les instructions ont été précisées en y intégrant une combinaison valide supplémentaire pour les prestations de radiologie de l'art.5 effectuées par un dentiste.

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

7. Notification des implants, ET 50 Z 55-56.

La période transitoire pendant laquelle le pseudo-code notification 999999999949 peut être utilisé, est prolongée jusqu'au 1/7/2011 (dispositions transitoires valables du 1/5/2010 au 30/06/2011 inclus).
Il est aussi précisé que le code de notification est seulement mentionné s'il s'agit d'un produit sans liste limitative (et donc, sans code implant en Z 43).

8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
697933	697966	Pseudo-codes		1/1/2011

9. Liste « prestation relative ».

Aucune modification.

10. Liste « implants »

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
697933	697966	Pseudo-codes		1/1/2011

11. Liste « codes erreur ».

Aucune modification.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/23

Pages à remplacer :

- Page 8 ;
- ET 30 Z 4 S 5 ;
- ET 50 Z 4 S 2, S 23, S 27, Z 55-56.

1. Actualisation du texte CareNet/ MyCareNet, p 8.

A cette page, le terme « hôpital » a été remplacé par « tiers payant ».

Date d'application : Date de publication de cette mise à jour.

2. Intervention complémentaire matériel d'incontinence MRPA-MRS, ET 30 Z 4 S 5.

Dans le premier avenant à la Convention entre les MRPA-MRS et les OA, il est prévu que les institutions, dont le coût du matériel d'incontinence est compris dans le prix de la journée d'hébergement, pourront facturer aux OA une intervention supplémentaire de 0,30 EUR par jour sous le pseudo-code 763593.
Ce pseudo-code 763593 a été ajouté dans l'ET 30 Z 4 suite 5.
Le montant (nombre de jours x 0,30 EUR) est mentionné en positif dans la zone 19 et en négatif dans la zone 30-31.

Les enregistrements de l'intervention complémentaire et du forfait même forment un bloc c.-à-d. que si une erreur est détectée dans un des 2 enregistrements, ils sont tous les deux rejetés (rejet en bloc).

Date d'application : Prestations à partir du 1/1/2011 (facturation 1ier trimestre 2011).

3. Prestations d'ergothérapie., ET 50 Z 4 S 2.

L'AR du 19/11/2010 (MB 15/12/2010) ajoute un nouveau chapitre à la nomenclature de rééducation : un certain nombre de prestations qui peuvent être exécutées par des ergothérapeutes agréés.

Ces prestations ont été ajoutées dans l'ET 50 Z 4 S 2 et dans la liste « prescripteur » (sauf 784350 pour laquelle aucun prescripteur n'est exigé).

Date d'application : L'AR est d'application pour les prestations exécutées à partir du 25/12/2010. Pour l'instant, la facturation ne peut pas encore démarrer vu que les ergothérapeutes doivent d'abord être agréés par l'INAMI et recevoir un numéro INAMI.

4. Nouvelle nomenclature soins infirmiers à domicile, ET 50 Z 4 S 23, S 27.

L'AR du 19/01/2011 (MB 07/02/2011) modifiant l'art. 8 de la nomenclature prévoit une valorisation supplémentaire pour la 3ème, 4ème et 5ème visite au cours d'une même journée de soins chez un patient lourdement dépendant bénéficiant d'un forfait A, B, C, PA, PB ou PC.

Les instructions de facturation concernant les patients forfaitaires sont, donc, complétées avec ces 3 nouvelles prestations.
Ces prestations sont mentionnées sur le fichier de facturation de manière analogue aux soins techniques spécifiques.
Elles n'exigent pas de prescription (les zones "prescripteur" et "date prescription" sont, donc, égales à zéro).

Cet AR entre en vigueur avec effet rétroactif au 1/1/2010.

Instructions de facturation pour la facturation rétroactive de ces nouvelles prestations :
(Prestations effectuées à partir du 1/1/2010 jusqu'au 31/03/2011 inclus)

1ère possibilité :

Introduction des nouvelles prestations à l'aide de factures complémentaires (ET 20 Z 11 = 2) via 3 fichiers de facturation séparés au maximum (circuit séparé avec ET 10 Z 13 = 010).
Il faut utiliser un numéro d'envoi différent des envois habituels.
Ces prestations peuvent être introduites dans les fichiers dont la date de création (ET 10 Z 25-26) ≥ 01/04/2011.
Le mois facturé (ET 10 Z 22-23) doit être plus grand ou égal à la plus grande date de prestation qui figure dans le fichier.

Quand cette possibilité est utilisée, il est demandé aux OA de faire preuve de souplesse lors du contrôle du code titulaire.

Exemple :

ET 20					ET 50			ET 80
ET 10 Z 13	ET 20 Z 11	ET 20 Z 29-31	ET 20 Z 34-36	ET 20 Z 41	ET 50 Z 19 (jour 1, visite 3)	ET 50 Z 19 (jour 1, visite 4)	…	ET 80 Z 19
010	2	numéro de la facture originale des forfaits	numéro de l'envoi original dans lequel les forfaits ont été facturés	année et mois facturé de l'envoi original	+ 0,56*	+ 0,56*	…	+ (x*0,56*)

2e possibilité :

Introduction des nouvelles prestations à l'aide de factures complémentaires (ET 20 Z 11 = 2) dans le fichier de facturation mensuel habituel (circuit normal). Celles-ci peuvent être introduites à partir du mois facturé mars 2011.

Exemple :

ET 20					ET 50			ET 80
ET 10 Z 13	ET 20 Z 11	ET 20 Z 29-31	ET 20 Z 34-36	ET 20 Z 41	ET 50 Z19 (jour 1, visite 3)	ET 50 Z19 (jour 1, visite 4)	…	ET 80 Z 19
000	2	numéro de la facture originale des forfaits	numéro de l'envoi original dans lequel les forfaits ont été facturés	année et mois facturé de l'envoi original	+ 0,56*	+ 0,56*	…	+ (x*0,56*)

(*) Ce prix est d'application pour les prestations exécutées à partir du 1/1/2010 jusqu'au 31/12/2010 inclus

3e possibilité :

Créditer la facture originale complète et la réintroduire selon les nouvelles instructions de facturation. Ce sera possible à partir du mois facturé mars 2011.

Exemple :

Note de crédit					
ET 20				ET 50	ET 80
ET 20 Z 11	ET 20 Z 29-31	ET 20 Z 34-36	ET 20 Z 41	ET 50 Z 19 de la facture originale en (-)	ET 80 Z 19
3	numéro de la facture originale des forfaits	numéro de l'envoi original dans lequel les forfaits ont été facturés	année et mois facturé de l'envoi original		(-) montant de la facture originale

Facture de réintroduction					
ET 20				ET 50	ET 80
ET 20 Z 11	ET 20 Z 29-31	ET 20 Z 34-36	ET 20 Z 41	ET 50 Z 19 de la facture originale + ET 50 Z 19 des nouvelles prestations complémentaires (en +)	ET 80 Z 19
1	numéro de la facture originale des forfaits	numéro de l'envoi original dans lequel les forfaits ont été facturés	année et mois facturé de l'envoi original		(+) montant de la facture créditée + montants des nouvelles prestations complémentaires

Les prestations exécutées à partir du 01/04/2011 doivent obligatoirement être facturées via le circuit normal.

Date d'application : Prestations à partir du 1/1/2010.

5. Notification des implants, ET 50 Z 55-56.

Dans le point concernant la disposition transitoire, une phrase est corrigée. La partie « qui ne sont pas encore notifiés » est supprimée.

Date d'application : Date de publication de cette mise à jour.

6. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
784291	784335	19/11/2010	15/12/2010	25/12/2010

7. Liste « prestation relative ».

Aucune modification.

8. Liste « implants »

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
700011	700840	15/11/2010	17/12/2010	01/02/2011

Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
700932	700965	15/11/2010	17/12/2010	01/02/2011
Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
637910	638245	15/11/2010	17/12/2010	01/02/2011

9. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/24

Pages à remplacer :

- Annexes 6.1, 6.7, 16.1, 16.3, 16.15, 16.18, 16.20, 17.1, 17.2 ;
- ET 10 Z 14 ;
- ET 20 Z 10 ;
- ET 30 Z 4 S 4, Z 13 ;
- ET 40 Z 4 S 3, S 3BIS ;
- ET 50 Z 13, S 2, Z 22.

1. **<u>Numéros de groupement</u> , Annexes 16.1, 16.3, 16.15, 16.18, 16.20, ET 10 Z 14.**

Les numéros « tiers payant – groupement de dispensateurs » sont déplacés vers la rubrique « établissements de soins ».
La série existante pour les numéros de groupement (940, 941, 942) est élargie jusqu'au 946.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour.

2. **<u>Pathologie cardiaque C</u>**

L'art.35 de la nomenclature prévoit que :
La prestation 685355-685366 n'est remboursée que dans les hôpitaux disposant d'un programme de soins « pathologie cardiaque » C (malformations cardiaques congénitales chez les enfants) tel que fixé *par l'autorité ayant la Santé publique dans ses compétences.*

La date de création de la prestation susmentionnée et de la règle d'application est 1/5/2007. A ce moment-là, un numéro d'agrément pour le programme de soins pathologie cardiaque C a été prévu (« numéro de l'hôpital + 123 ») dans l'annexe 16.19.

Par omission, aucun hôpital n'a, toutefois, reçu un tel numéro d'agrément de l'INAMI.
Entretemps, ce fut rectifié : les hôpitaux concernés ont reçu leur numéro d'agrément par courrier et une circulaire OA a été publiée.

<u>Date d'application</u> : Le numéro d'agrément « numéro de l'hôpital + 123 » doit seulement être mentionné comme lieu de prestation à partir de la date de prestation 1/2/2011 pour la prestation susmentionnée.

3. **<u>Délivrance de médicaments à un patient hospitalisé dans un autre hôpital</u>, Annexes 17.1, 17.2, ET 40 Z 4 S 3BIS.**

Dans l'annexe 17, la situation exceptionnelle qui suit, est ajoutée:
l'hôpital de séjour est un hôpital aigu (qui entre dans le système de forfaitarisation) et l'hôpital de prestation est un hôpital psychiatrique ou chronique (hors système de forfaitarisation).
Dans ce cas, l'hôpital de prestation facture 100 % de la base de remboursement à l'hôpital de séjour. L'hôpital de séjour facturera 25 % de la base de remboursement à l'OA.

Dans l'ET 40 Z 4 S 3 BIS, il est précisé que, dans ce cas exceptionnel, les pseudo-codes 0756022 jusqu'à 0756302 doivent être utilisés par l'hôpital aigu de séjour A pour la facturation à 25 % à l'OA des médicaments délivrés dans l'hôpital psychiatrique ou chronique B.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour.

4. <u>Forfait manipulation d'un cathéter à chambre</u>, ET 20 Z 10, ET 30 Z 4 S 4, Z 13, ET 50 Z 13, S 2.

Suite au 11ième avenant à la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, un nouveau forfait « manipulation d'un cathéter à chambre » a été ajouté.

Un nouveau pseudo-code 768375-768386 a été ajouté dans l'ET 30 Z 4 S 4 et les instructions de facturation concernant le type de facture et le code service ont été complétées.

Pour ce nouveau forfait, une prestation relative doit être mentionnée dans la zone 17-18 de l'ET 30 (voir point 10).
La prestation relative est :

- Soit le pseudo-code 768950-768961 dans le cas d'un acte d'imagerie médicale, repris à l'article 17 et 17ter (radiologie), 17bis et 17 quater (Echographie) ou à l'article 18 (médecine nucléaire) de la nomenclature, nécessitant l'injection d'un produit de contraste ou radio-isotopique par voie intraveineuse.
- Soit le pseudo-code 768972-768983 dans le cas d'un prélèvement sanguin en vue d'analyses biologiques repris à l'art. 3 §1er ou 18§2 , 24§1, 24 bis, 33 ou 33bis de la nomenclature.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/2/2011 (sous réserve de publication de l'avenant).

5. <u>Mucoclear</u>, ET 40 Z 4 S 3.

Un AR modifiant la liste des dispositifs médicaux remboursables est en préparation.
Il concerne l'ajout d'un nouveau dispositif médical Mucoclear (Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique destiné au traitement de la mucoviscidose).

Un nouveau pseudo-code 753454-753465 a été ajouté dans l'ET 40 Z 4 S 3.
La tarification suit les règles de la catégorie de remboursement B.

<u>Date d'application</u> : le premier jour du mois suivant l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour suivant la publication de l'AR au Moniteur Belge (sous réserve de publication).

6. <u>Concentrateur d'oxygène</u>, ET 40 Z 4 S 3.

Suite à l'AR du 16/01/2011 (MB 28/1/2011) modifiant la liste jointe à l'AR du 24 octobre 2002 (AR concernant les moyens diagnostiques), les forfaits concernant le concentrateur d'oxygène Kröber sont aussi remboursables en cas de délivrance par un pharmacien hospitalier à des patients qui séjournent dans une MRPA-MRS-MSP-IHP.

Dans l'ET 40 Z 4 S 3, un nouveau pseudo-code ambulatoire 0757470 a été ajouté sous le point 12a (honoraires et forfaits).

<u>Date d'application</u> : prestations à partir du 1/3/2011.

7. Nouvelle nomenclature soins infirmiers : facturation rétroactive des nouvelles prestations

Dans le point 4 de la mise à jour 2006/23, des instructions ont été publiées pour la facturation rétroactive des nouvelles prestations prévues dans l'AR du 19/01/2011 (MB 07/02/2011).
Sur insistance des (fournisseurs de logiciels des) praticiens de l'art infirmier, il est autorisé que les prestations exécutées jusqu'y compris le 30/06/2011, soient encore enregistrées sur les fichiers de facturation rétroactive séparés, comme prévu dans la possibilité 1.
Ces fichiers séparés peuvent être introduits jusque fin 2011.
Les prestations exécutées à partir du 1/7/2011 doivent obligatoirement être facturées via le circuit normal.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour.

8. Implants avec listes limitatives et avec un remboursement par cm2, ET 50 Z 22.

Les listes limitatives du tissu synthétique de dure-mère (683410-684421), du tissu dure-mère d'origine animal (720414 – 720425) et du tissu synthétique carcinome du larynx (687934 – 687945) et les électrodes épilepsie (698714-698725, 698736-698740, 698751-698762, 698773-698784, 698795-698806, 698854-698865), contiennent des prestations avec un remboursement par cm^2 ou par point de contact.

Dans l'ET 50 Z 22, le nombre de fois que le produit, tel que décrit dans la liste, est utilisé, doit être mentionné.
Les instructions de facturation ont été adaptées dans ce sens.

Exemple:
Le produit avec le code d'identification 118001000074 (voir liste du tissu synthétique de dure-mère) est utilisé 1 fois. Il s'agit d'un produit de 4,5 cm^2.
Le nombre d'unités en zone 22 est égal à 1.

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

9. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
588910	588921	Il s'agit d'un code (art.32 §4) qui a été oublié dans la version précédente de la liste		

10. Liste « prestation relative ».

- Anesthésie – Précision
  La règle interprétative 04 de l'art.12 de la nomenclature stipule qu'il n'est pas toujours possible de mentionner une prestation relative lors de la facturation des codes nomenclature 201191 à 201224 inclus. Dans ce cas, le pseudo-code 767012-767023 doit être mentionné comme prestation relative.

Dans la colonne « Remarques » de la liste, il est précisé ce qui suit: *« Si pas de prestation facturable donnant lieu à l'anesthésie, prestation relative = 767012-767023 ».*

Date d'application: mois facturé mars 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201103)

- Forfait manipulation d'un cathéter à chambre (voir point 4 ci-dessus)
  Les pseudo-codes prestation relative à mentionner lors de la facturation du forfait 768375-768386 ont été repris dans une nouvelle feuille « opmerkingen - Remarques 8 » de la liste « Prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
201375	201386	25/01/2011	14/02/2011	1/4/2011
736455	736820	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011
768375	768386	Pseudo-code		1/2/2011
Codes supprimés				
730833	730866	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011
731813	731846	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011
732432	732443	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011

11. Liste « implants »

Aucune modification.

12. 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.

13. Correction, Annexes 6.1, 6.7.

Une erreur s'est glissée dans le contenu des annexes 6.1 et 6.7. Les zones 20 et 21 des enregistrements 10 et 90 sont bien de type numérique et pas alphanumérique.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/25-2ème Corrigendum

Pages à remplacer :

- Annexes 7 suite 1, 18.3, 18.3bis;
- ET 30 Z 4 S 21, Z 13;
- ET 50 Z 4 S 14.

1. **<u>Intervention matériel d'incontinence MRPA-MRS</u>, annexe 7 suite 1, annexe 18.3.**

Dans la mise à jour 2006/23, des instructions ont été publiées concernant l'intervention complémentaire qui peut être facturée aux organismes assureurs par les institutions dont le coût du matériel d'incontinence est compris dans le prix de la journée d'hébergement.
Suite à ces nouvelles instructions, quelques corrections/précisions sont encore apportées dans la mise à jour actuelle :

- Dans l'annexe 7 suite 1, une exception complémentaire est prévue à la règle générale qui dit que au sein d'un même enregistrement les signes de toutes les zones doivent être égales.
- Dans l'annexe 18.3, une exception est prévue dans la zone 30-31

<u>Date d'application :</u> prestations à partir du 01/01/2011 (facturation du 1er trimestre 2011).

2. **<u>Conventions SEP/ALS/ Huntington</u>, annexe 18.3bis, ET 30 Z 4 S 21, ET 50 Z 4 S 14.**

Suite à l'avenant aux conventions SEP/ALS/ Huntington, 3 nouveaux pseudo-codes ambulatoires (764853, 764816, 764831) sont créés pour facturer l'intervention du nouvel art. 10 bis (10 EUR par journée de séjour MRS-MRPA).
Ce montant est facturé en positif par l'hôpital aux OA (zone 19).
Sur la facture de la MRS-MRPA, le même montant est mentionné en négatif dans la zone 30-31 de l'enregistrement de type 50 sous un des pseudo-codes 961111, 961133 ou 961155.
Cette méthode est précisée via un exemple concret à la page suivante.

<u>Date d'application</u>: Prestations à partir du 1/4/2011 (sous réserve de publication des avenants).

3. **<u>Code service - ticket modérateur forfaitaire produits pharmaceutiques,</u> ET 30 Z 13.**

Il est précisé que le code service 990 doit être mentionné pour les pseudo-codes 750175 (*tickets modérateurs forfaitaires lors d'une période de nutrition parentérale à domicile)* et 751811 (*tickets modérateurs forfaitaires lorsque le patient séjourne en MSP).*

<u>Date d'application:</u> Mois facturé avril 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201104)

4. **<u>Liste « codes erreur »</u>.**

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.

Exemple fictif de facturation des conventions SEP/ALS/ Huntington

Un patient SEP est hospitalisé le 2/4/2011. Il reste dans l'hôpital jusqu'au 13/4/2011.
A partir du 14/4/2011 jusqu'au 31/5/2011 inclus, il séjourne en MRS.

Posons :

forfait SEP (hospitalisé) = 90 EUR/jour; forfait SEP (ambulant) = 90 EUR/jour; intervention art.10bis = 10 EUR/jour; forfait MRS = 40 EUR/jour

Facture de l'hôpital(période du 1/4/2011 juqu'au 30/4/2011 inclus)

	ET 20	…	ET 30	…	**ET 80**	**ET 20**	ET 30	ET 30	**ET 80**
	Début facture hospitalisation	Enreg. 30 avec montant/admission, montant/jour, I.P., forfait biologie clinique, forfait médicaments	Forfait SEP	Enreg 40 et 50 éventuelles	**Fin facture hospitalisation**	**Début facture MRS**	Forfait SEP	Intervention art.10bis	**Fin facture MRS**
Z 4	Heure d'admission	…	0764562	…	Heure d'admission	Heure d'admission	0764551	0764853	Heure d'admission
Z 5	020110402	…	020110402	…	020110402	020110414	020110414	020110414	020110414
Z 6	020110413	…	020110413	…	020110413	000000000	020110430	020110430	000000000
Z 10	Type de fact. 1	…		…	Type de fact. 1	Type de fact. 4			Type de fact. 4
Z 13	Service d'admission	…	Service de séjour	…	Service d'admission	000	990	990	000
Z 14	N°. hôp	…	N°. hôp	…	N°. hôp	N°. hôp	N°. hôp	N°. hôp	N°. hôp
Z 15	N°. hôp	…	N°. hôp	…		N° MRS	N° MRS	N° MRS	
Z 19	N° d'admission	…	+ 1080	…			+ 1530	+ 170	
Z 22	Heure de sortie	…	+ 12	…	Heure de sortie	00000	+ 17	+ 17	00000
Z 27	CT1CT2	…	+ 0	…	Total I.P.	CT1CT2	+ 0	+ 0	+ 0
Z 30-31		…	+ 0	…	Total suppl.		+ 0	+ 0	+ 0

Facture de la MRS (période 2ème trimestre 2011)

	ET 20	ET 30	ET 50	**ET 80**
	Début facture	Forfait B	Ristourne art. 10bis	**Fin facture**
Z 4	Heure d'admission	0763033	0961111	Heure d'admission
Z 5	020110414	020110414	020110414	020110414
Z 6	000000000	020110531	020110531	020110531
Z 10	Type de fact. 4		0	Type de fact. 4
Z 13	000	990	990	000
Z 14	N° MRS	N° MRS	N° MRS	N° MRS
Z 15	N° MRS	N° MRS	0	
Z 19		+ 1920	- 0	
Z 22	00000	+ 48	- 48	00000
Z 27	CT1CT2	+ 0	- 0	+ 0
Z 30-31		+ 0	- 480	Total suppl.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/26

Pages à remplacer :

- Annexes 16.16, 16.19, 16.20;
- ET 30 Z 4 S 15 ;
- ET 50 Z 3 S 1, S 2, S 3, S 5, Z 4 S 5, S 18, S 19, S 20, Z 14 S 2, S 3, Z 41-42.

Page à ajouter :

- ET 50 Z 4 S 19BIS.

1. **<u>Transport urgent de malades</u>**

Dans la mise à jour 2006/20, des instructions ont été prévues pour la facturation en tiers payant de l'intervention pour le transport urgent de malades via le fichier de facturation électronique de l'hôpital. Il avait alors été convenu que ces instructions entreraient seulement en vigueur après la publication de l'AR qui augmente l'intervention de 33 % à 50 %. Cet AR du 23/3/2011 a été publié au Moniteur Belge le 6/4/2011. Les instructions de facturation concernées de la mise à jour 2006/20 peuvent, donc, être appliquées à partir du mois facturé juin 2011.

2. **<u>Rééducation fonctionnelle : unités de répit</u>, annexe 16.16, ET 30 Z 4 S 15.**

Suite à la nouvelle convention pour les unités de répit, ces centres ont été ajoutés dans l'annexe 16.16 et des nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 15.

<u>Date d'application</u> : Date d'application de la convention concernée.

3. **<u>Tuteurs coronaires et « Drug eluting stents »</u>, annexes 16.19, ET 50 Z 3 S 1, S2, S 3, S 5, Z 4 S 5, S 18, S 19, S 19BIS, Z 14 S 3.**

Suite à l'AR du 23/12/2010 (MB 25/2/2011) modifiant l'art.35 et 35 bis de la nomenclature, les instructions de facturation concernant les tuteurs coronaires et « drug eluting stents » ont été adaptées:

- Suppression du pseudo-code 686453-686464 à partir du 1 avril 2011
- Création d'un nouveau numéro d'agrément « numéro de l'hôpital +156 » qui doit être mentionné lors de la facturation des prestations 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886, 687890-687901 et 687912-687923. Pour ces prestations, le lieu de prestation ne doit pas correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui est éventuellement mentionnée comme prestation relative (589013-589024 ou 589035-589046). Une exception a été ajoutée à la règle reprise dans l'ET 50 Z 14 S 3.
- Adaptation des instructions de facturation de l'ET 50 Z 3 S1, S2, S3 et S 5
- Ajout d'un nouvel exemple dans l'ET 50 Z 4 S 19 BIS
- Ajout des codes 680315-680326, 680352-680363 à la liste des prestations pour lesquelles un code implant (Z 43) doit être complété (voir point 10).
- Ajout des codes 680315-680326, 680352-680363 à la liste « prestation relative (voir point 9).

<u>Date d'application :</u> Prestations à partir du 1/4/2011.

4. **<u>Codes compétence des groupements</u>, annexe 16.20.**

A la demande de la Commission de conventions sages-femmes – OA, des numéros de groupement tiers payant pourront, désormais, être attribués pour les pratiques des sages-femmes.
Les libellés des codes compétence des groupements ont été complétés.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2011.

5. Série de traitements de radiothérapie, ET 50 Z 3 S 1.

Les instructions pour la facturation des prestations de radiothérapie qui sont étalées sur plusieurs séances sont complétées avec la situation particulière où l'assurabilité du patient change durant la période de prestation.
En outre, quelques précisions sont apportées à la situation où le statut ambulant-hospitalisé du patient change durant la période de prestation.

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

6. Matériel corporel humain, ET 50 Z 14 S 2.

Les pseudo-codes 271434-445 et 272370-272381 (si importé d'un pays hors UE) doivent être facturés avec comme lieu de prestation, un centre disposant du numéro d'agrément 213 (et non pas 218) .

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

Suite à l'AR du 5 avril 2011 (MB 15/04/2011), de nouveaux pseudo-codes pour la membrane amniotique à usage dermatologique (272731-272742 et 272753-272764) et la poudre d'os cortical avec capacité d'ostéoinduction (272775-272786 et 272790-272801) ont été ajoutés.

Date d'application : prestations à partir du 1/5/2011.

7. Facturation du sang, ET 50 Z 41-42.

Norme prescripteur
Dans la mise à jour 2006/12, il a été mentionné que, dans le cas de la facturation du sang humain total et des produits sanguins labiles, la zone 26 de l'ET 50 (norme prescripteur) est toujours égale à 1 (la prestation peut être attribuée à un prescripteur).
Cependant, dans la pratique, des cas se sont présentés où le responsable de l'établissement de transfusion est = au médecin de l'établissement hospitalier qui a demandé (prescrit) le produit.
Cette situation n'est pas interdite. Dès lors, l'ET 50 Z 26 peut également être égale à 3 (les prestations sont effectuées pour ses propres patients).

Numéro du bon de délivrance ou du sac
Certains centres de transfusion sanguine utilisent un nouveau système de numérotation des produits sanguins.
Le numéro d'unité a la structure suivante : BXXXXAANNNNNN00
avec
BXXXX: numéro du centre de transfusion sanguine
AA: année
NNNNNN: numéro d'ordre

Dans ce cas, le numéro d'unité doit être mentionné dans l'ET 50 Z 41-42, sans la 1ère position (B) et sans les 2 dernières positions (00).
Les instructions sont adaptées dans ce sens.

Date d'application : Mois facturé avril 2011.

8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
102933	102933	24/01/2011	16/02/2011	01/04/2011
102992	102992	24/01/2011	16/02/2011	01/04/2011

9. Liste « prestation relative ».

- Prestation relative « type chambre » lors d'une hospitalisation partielle en hôpital psychiatrique

Le pseudo-code prestation relative 767045 est ajouté pour indiquer qu'il n'y a pas de chambre allouée au patient lors de la facturation du montant par jour hôp psy 768121.

Date d'application : mois facturé juin 2011 (2e trimestre 2011).

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
102933	102933	24/01/2011	16/02/2011	01/04/2011
102992	102992	24/01/2011	16/02/2011	01/04/2011
477573	477573	24/01/2011	16/02/2011	01/04/2011
680315	680363	23/12/2010	25/02/2011	01/04/2011
Codes supprimés				
686453	686464	Pseudo-code		01/04/2011

10. Liste « implants »

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
680315	680363	23/12/2010	25/02/2011	01/04/2011
Feuille Z 43 - Codes supprimés				
686453	686464	Pseudo-code		01/04/2011

11. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/27

Pages à remplacer :

- Annexes 9.4, 16.19 ;
- ET 20 Z 5, ET 50 Z 3 S 1, Z 4 S 3, S 4, S 5BIS, Z 14 S 1, S 3, Z 15 S 1.

1. <u>Utilisation des zones « intervention personnelle » et « supplément » - tableaux des honoraires</u>, annexe 9.4.

Dans le dernier tableau (implants), les colonnes marge de délivrance et marge de sécurité ont été déplacées pour éviter tout malentendu. En effet, sur le fichier de facturation, l'enregistrement « marge de sécurité » doit être mentionné avant l'enregistrement « marge de délivrance ».

<u>Date d'application:</u> Il s'agit d'une précision des instructions.

2. <u>Pathologie cardiaque P</u>, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 1.

L'art. 35, §11 de la nomenclature prévoit:

Les prestations 684530 - 684541, 684375 - 684386, 685731 - 685742, 685753 - 685764, 685775 - 685786 et 685790 - 685801 ne sont remboursées que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose à la fois d'un service de diagnostic et de traitement médical et d'un service de chirurgie, respectivement agréés comme tels par l'autorité qui a la Santé publique dans ses attributions et pour autant que cet établissement hospitalier dispose également d'un agrément pour le programme de soins « pathologie cardiaque » P.

Cette règle est déjà d'application depuis le 1/12/2010 mais jusqu'à présent, aucun numéro d'agrément spécifique n'avait été créé pour le programme de soins pathologie cardiaque P.

Désormais, le numéro d'agrément « numéro de l'hôpital + 126 » devra être mentionné comme lieu de prestation pour la facturation des prestations susmentionnées.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/7/2011.

3. <u>Date d'admission lors d'une rééducation</u>, ET 20 Z 5.

Une précision est ajoutée dans l'ET 20 Z 5.

<u>Exemple :</u>
Début de rééducation (ambulant) : 08/12/2010
Hospitalisation dans l'hôpital : du 24/01/2011 au 05/02/2011 inclus.

Pour la période du 08/12/2010 au 23/01/2011 inclus : facture de type 6 avec 08/12/2010 comme date d'accord (ET 20 Z 20-21) et 00000000 comme date d'admission (ET 20 Z 5).
Pour la période du 24/01/2011 au 05/02/2011 inclus : facture de type 1 avec date d'admission = 24/01/2011 et facture de type 5 avec 24/01/2011 comme date d'admission et avec 08/12/2010 comme date d'accord dans l'ET 20 Z 20-21.

<u>Date d'application</u>: Date de publication de cette mise à jour.

4. <u>Implants colonne vertébrale – précision</u>, ET 50 Z 3 S 1.

Les prestations 700792-700803 et 700814-700825 avaient déjà, auparavant, été ajoutées dans la feuille « Z43 » de la liste « implants » et y avaient été indiquées avec la valeur « 1 ». Cela signifie qu'il s'agit de prestations avec un remboursement pour un ensemble de matériel et avec utilisation obligatoire des enregistrements statistiques avec norme 9 dans lesquels le code d'identification de chaque élément utilisé doit être indiqué.
A titre de précision et pour être complet, les prestations concernées sont maintenant également ajoutées dans la description du dernier tiret de l'ET 50 Z 3 S 1.

<u>Date d'application :</u> Il s'agit d'une précision des instructions existantes qui sont d'application pour les prestations executées à partir du 1/2/2011.

5. <u>Soins extra-muros dans le cadre de l'alimentation parentérale – convention art. 56</u>, ET 50 Z 4 S 3, Z 14 S 3, Z 15 S 1.

Suite à la nouvelle convention art. 56 pour l'alimentation parentérale, 4 nouveaux pseudo-codes ont été créés dans l'ET 50 Z 4 S 3.

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/1/2011 (voir Circ. Hôp 2011/8 et Circ. OA 2011/209).

6. <u>Remboursement du matériel d'assistance ventriculaire (cœur artificiel)</u>, ET 50 Z 4 S 4.

Suite à la nouvelle déclaration d'accord « remboursement du matériel d'assistance ventriculaire (cœur artificiel) » en application de l'art. 35, § 4, 5°, 2 nouveaux pseudo-codes ambulatoires (701035 et 701050) ont été ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 4.

Le lieu de prestation doit être égal à « n°. Hôp + 122 » (programme de soins pathologie cardiaque T).
Les nouveaux pseudo-codes (701035 et 701050) seront repris dans la feuille « Z55-56 » (code de notification obligatoire) avec la valeur « 1 » = (pseudo-)code avec un remboursement pour un ensemble de matériel (des enregistrements statistiques avec norme 9 mentionnant le code notification propre de chaque élément utilisé doivent être indiqués)

<u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/7/2011.

7. <u>Nouvelle convention de rééducation relative aux défibrillateurs cardiaques implantables</u>, ET 50 Z 4 S5BIS

Suite à cette nouvelle convention de rééducation, les libellés des pseudo-codes existants 691832-691843 et 691854-691865 ont été adaptés dans l'ET 50 Z 4 S 5BIS.

<u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir 1/7/2011.

8. Pour rappel : suppression du pseudo-code de notification

Etant donné que sur le terrain, plus aucun problème relevant n'est signalé, la période transitoire, durant laquelle le pseudo-code de notification 999999999949 peut être utilisé, sera clôturée le 1/7/2011 comme prévu dans la mise à jour 2006/22.

Date d'application: Prestations exécutées à partir 1/7/2011.

9. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
272731	272801	5/04/2011	15/04/2011	01/05/2011

10. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
475075	475086	Code existant de l'art.11(*)		Mois facturé mai 2011
736831	736842	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011
736890	736901	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011

(*)Désormais, une prestation relative doit être mentionnée pour indiquer que la prestation a été effectuée lors d'une intervention du SMUR (= 767056-767060) ou pas (= 767071-767082). (voir CIRC. HÔP. 2011/08 ; CIRC. PSY. 2011/04, CIRC. OA 2011/209).

11. Liste « implants »

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
736890	736901	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011

Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
689393	689404	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011
701035	701050	Pseudo-codes		01/07/2011
736853	736886	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011

Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
638610	638643	28/04/2011	16/05/2011	01/07/2011

12. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/28

Pages à remplacer :

- Annexes 5.4 S 1, S 2, 9.3, 16.16, 16.19 ;
- ET 10 Z 5-6a ;
- ET 30 Z 4 S 4, S 14 ;
- ET 50 Z 4 S 2, Z 13, Z 14 S 4.

1. **<u>Transport urgent de malades,</u> ET 50 Z 13.**

Les instructions de facturation concernant le remplissage de la Z 13 de l'ET 50 lors de la facturation des frais de transport urgent de malades ont été clarifiées.
Lors de la facturation des pseudo-codes 784416 à 784486 inclus, l'ET 50 Z 13 est égale à zéro.

<u>Date d'application:</u> Il s'agit d'une précision des instructions.

2. **<u>Centre d'expertise pour patients comateux,</u> annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 4.**

Suite à la publication de l'AR du 11/6/2011(MB 30/6/2011), un nouveau numéro d'agrément a été créé pour les « centres d'expertise pour patients comateux ». Il s'agit du « Numéro de l'hôpital + 155 ».
Pour la facturation de la prestation 477606, ce numéro doit être mentionné comme lieu de prestation dans l'ET 50 Z 14.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/8/2011.

3. **<u>Forfait « hospitalisation de jour » à l'hôpital militaire</u>, ET 30 Z 4 S 4.**

Un AM modifiant l'AR du 12/7/2007 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans le prix de la journée d'entretien d'un hôpital militaire spécialement équipé pour soigner les graves brûlures sera bientôt publié avec comme date d'entrée en vigueur : Date de publication au Moniteur Belge.
Cet AM ajoute un forfait pour les bénéficiaires admis à l'hôpital de jour dans le centre des brûlés de l'hôpital militaire de Neder-over-heembeek.
C'est pourquoi, le pseudo-code 760653-760664 (forfait hôpital de jour) est d'ores et déjà ajouté dans l'ET 30 Z 4 suite 4.

<u>Date d'application</u> : Date de publication de l'AM (sous réserve de publication de l'AM au moniteur).

4. **<u>Zones 5-6a des ET 10 et 90 « numéro de compte financier »</u>, ET 10 Z 5-6a, ET 90 Z 5-6a.**

Pour rappel, <u>à partir du mois facturé janvier 2011</u>, les zones 5-6a des enregistrements de type 10 et 90 doivent être égales à <u>zéro.</u>
Les anciennes instructions des zones concernées sont seulement valables pour les facturations avant le mois facturé janvier 2011. Les descriptions des zones concernées ont, donc, été adaptées en ce sens.

5. **<u>Nouvelle convention de rééducation « clinique de la mémoire »</u>, annexe 16.16, ET 30 Z 4 S 14.**

Suite à la nouvelle convention « clinique de la mémoire », ces centres ont été ajoutés dans l'annexe 16.16 et des nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 14.

<u>Date d'application :</u> Date d'application de la convention concernée.

6. Frais de transport dans le cadre de la rééducation fonctionnelle, ET 50 Z 4 S 2.

Le pseudo-code 773161 *(Moyen de transport individualisé, adapté au handicap, vers un centre de rééducation conventionné, adapté à la voiture personnelle)* a été supprimé des instructions de facturation par erreur. Il est à nouveau repris dans l'ET 50 Z 4 S 2.

7. Centralisation des paiements, annexes 5.4 suite 1, suite 2.

Suite à la centralisation des paiements des OA, le point 3 de l'annexe 5.4 suite 1 (principes relatifs à la délivrance du fichier de décompte) est adapté.
On en a également profité pour effectuer une correction au niveau de l'annexe 5.4 suite 2 (algorithme de remplissage des zones montant).

8. Médicaments délivrés en MSP et alimentation parentérale, annexe 9.3.

La description de la 1er colonne du tableau de l'annexe 9.3 est adaptée pour être en correspondance avec la description de la zone 39 de l'enregistrement de type 40 (intervention personnelle patient théorique).

9. Liste « prescripteur ».

Il n'y a pas de modifications.

10. Liste « prestation relative ».

- Supplément lors d'une tomographie commandée par ordinateur de l'abdomen (*)
  Il s'agit de la prestation 458452 – 458463 (supplément lors de la prestation 459572-459583) pour laquelle la prestation 459572-459583 doit être mentionnée comme prestation relative lors de la facturation.
  La prestation concernée est entrée en vigueur le 1/6/2011, mais vu son inscription tardive dans la liste « prestation relative », la mention de la prestation relative n'est obligatoire que pour les prestations effectuées à partir du 1/10/2011.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
614493	614526	13/07/2011	05/08/2011	01/10/2011
614552	614585	13/07/2011	05/08/2011	01/10/2011
458452	458463	05/04/2011	21/04/2011	01/10/2011(*)
736934	736945	21/07/2011	10/08/2011	01/10/2011

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
613130	613163	13/07/2011	05/08/2011	01/10/2011
227511	227522	11/06/2011	30/06/2011	01/08/2011

11. <u>Liste « implants ».</u>

- <u>Correction</u>
  Pour les prestations 695870-695881 et 695951-695962, aucun enregistrement statistique ne doit être mentionné. La codification « type implant » = 0 au lieu de 1 dans la liste.

  <u>Date d'application</u> : Mois facturé octobre 2011.

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
614493	614666	13/07/2011	05/08/2011	01/10/2011
693932	694002	28/6/2011	19/7/2011	01/02/2011
682636	682640	21/7/2011	10/08/2011	01/10/2011
682732	682743	21/7/2011	10/08/2011	01/10/2011
736912	736945	21/07/2011	10/08/2011	01/10/2011
Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
715676	715945	19/8/2011	29/8/2011	01/10/2011

Feuille Z 43 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
613130	613163	13/07/2011	05/08/2011	01/10/2011
Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
611715	611726	19/8/2011	29/8/2011	01/10/2011
613550	613686	19/8/2011	29/8/2011	01/10/2011
613771	613826	19/8/2011	29/8/2011	01/10/2011
614316	614342	19/8/2011	29/8/2011	01/10/2011

12. <u>Liste « codes erreur »</u>.

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/29

Pages à remplacer :

- Annexes 12.3, 16.12, 16.19 ;
- ET 30 Z 13 ;
- ET 50 Z 3 S 1, Z 3 S 4bis, Z 4 S 1, Z 4 S 5, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 3, Z 15, Z 26 S 1, Z 48 ;

Pages à ajouter :

- Pages 15 bis, 18 quinquies, sexies, septies.

1. **<u>Fusions des Mutualités Chrétiennes,</u> page 15bis.**

   Des instructions ont été ajoutées concernant les fusions au 1/1/2012.

   <u>Date d'application:</u> 1/1/2012.

2. **<u>Fusions des Mutualités Socialistes,</u> pages 18 quinquies, sexies, septies.**

   Des instructions ont été ajoutées concernant les fusions au 1/1/2012.

   <u>Date d'application:</u> 1/1/2012.

3. **<u>Sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire,</u> annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 5, Z 14 S 3.**

   Suite à la déclaration d'accord concernant l'intervention dans les coûts d'une sonde à usage unique pour le traitement per opératoire dans le cas d'une fibrillation auriculaire, les instructions de facturation ont été adaptées :

   - Ajout du pseudo-code 703496-703500 *(Sonde à usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire)* dans l'ET 50 Z 4 S 5
   - Création d'un nouveau numéro d'agrément « numéro de l'hôpital +157 » (centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire ») qui doit être mentionné comme lieu de prestation
   - Ajout du pseudo-code concerné à la liste « prestation relative »
   - Ajout du pseudo-code à la liste « prescripteur »

   <u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/11/2011.

4. **<u>Code service - hôpital militaire,</u> ET 30 Z 13.**

   Dans l' ET 30 Z 13, il est précisé que le code service = 000 lorsqu'il s'agit de l'hôpital militaire (pseudo-codes 0760524, 0760642, 0760653 et 0760664).

   <u>Date d'application:</u> Il s'agit d'une précision des instructions.

5. **<u>Implants avec listes des produits admis et un remboursement pour un ensemble de matériel,</u> ET 50 Z 3 S 1, Z 3 S 4bis.**

   Dans l'ET 50 Z 3, il existe déjà des instructions spécifiques pour certains implants de ce type.
   Dans l'ET 50 Z 3 S4bis, des instructions générales sont ajoutées pour les autres implants de ce type et renvoient à la liste « implants » publiée sur le site de l'INAMI (<u>www.inami.be</u>, rubrique «Dispensateurs de soins» - «Information générale» - «Instructions de facturation sur support magnétique ou électronique»).
   Pour rappel, les implants avec liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel sont indiqués avec la valeur « 1 » dans la colonne « type implant » de la feuille « Z43 » de la liste « implants ».

   <u>Date d'application:</u> Il s'agit d'une précision des instructions.

6. Transplantation avec donneur vivant, ET 50 Z 48.

Dans l'ET 50 Z 48, des instructions sont ajoutées concernant la transplantation avec donneur vivant.
Deux factures doivent être établies au nom du receveur :

- 1 facture avec les journées d'entretien/prestations du donneur, les données d'identification et d'assurabilité du receveur et la zone 48 = 2
  Cette facture ne contient pas d'informations sur le donneur : toutes les zones doivent être remplies avec les données du receveur (données d'admission du receveur, données d'assurabilité du receveur) et la tarification de toutes les journées d'entretien/prestations doit être effectuée selon la situation d'assurabilité du receveur (Code Titulaire, pseudo-codes intervention personnelle journées d'entretien, situation MAF,…)
  La seule référence au donneur est la valeur 2 dans la zone 48, qui indique qu'il s'agit des journées d'entretien/prestations effectuées pour le donneur.
- 1 facture avec les journées d'entretien/prestations du receveur, les données d'identification et d'assurabilité du receveur et la zone 48 = 1

Date d'application: Mois facturé novembre 2011.

7. Maisons Médicales - DMG +, annexes 12.3, ET 50 Z 4 S 1, Z 5, Z 6a-6b, Z 15.

Suite à l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 9 février 2011 (M.B. du 03/03/2011), 2 nouveaux pseudo-codes et des instructions de facturation sont ajoutés pour la facturation par les maisons médicales de l'honoraire pour l'examen avec le patient du module de prévention dans le cadre de la gestion du dossier médical global .

- Le groupe cible 2011 est constitué des bénéficiaires âgés de 45 à 75 ans au 1/4/2011 (nombre total d'inscrits au 1/4/2011)
- A partir du mois facturé octobre 2011, une facturation de l'honoraire à 70 % (pseudo-code 103272) pourra être réalisée pour ces inscrits. Les autres modalités étant calquées sur celles du DMG « de base ».
- Une facturation conditionnelle des 30 % (pseudo-code 103294) restant pourra ensuite être réalisée. Les conditions à remplir ont été établies par la Commission chargée de l'application de la réglementation concernant le paiement forfaitaire de certaines prestations. Celle-ci dressera une liste des institutions concernées.

Date d'application: Mois facturé octobre 2011.

8. Structure des numéros d'identification INAMI des dispensateurs d'implants - correction , annexe 16.12.

Dans l'annexe 16.12, les libellés des groupes de prestations I et J sont adaptés comme suit :
Groupe I = chirurgie plastique et reconstructive
Groupe J = pneumologie et système respiratoire

Date d'application: Mois facturé octobre 2011.

9. Dentale Conebeam CT, ET 50 Z 26 S 1.

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 31/8/2011 (MB 15/9/2011), 3 nouvelles prestations (377230-377241 ; 307252-307263, 307230-307241) sont introduites dans l'art.5 de la nomenclature.
Dans l'AR en question, il est indiqué que ces prestations sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en radiologie, sous les conditions énoncées à l'article 17.
C'est pourquoi, ces prestations sont ajoutées à la liste prescripteur et doivent être facturées selon les instructions de facturation décrites dans l'ET 50 Z 26 S 1 (code norme prescripteur).

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/3/2011.

10. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
307230	307263	31/8/2011	15/9/2011	1/3/2011
377230	377241	31/8/2011	15/9/2011	1/3/2011
703496	703500	Pseudo-code		1/11/2011

11. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
688483	688483	1/9/2011	30/9/2011	1/11/2011
688505	688505	1/9/2011	30/9/2011	1/11/2011
698913	698924	1/9/2011	30/9/2011	1/11/2011
703496	703500	Pseudo-code		1/11/2011

12. Liste « implants ».

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
688483	688483	1/9/2011	30/9/2011	1/11/2011
Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
688505	688505	1/9/2011	30/9/2011	1/11/2011
698935	698946	1/9/2011	30/9/2011	1/11/2011

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/30

Pages à remplacer :

- annexe 16.19 ;
- ET 20 Z 24-25, 37 ;
- ET 50 Z 4 S 4, Z 14 S 3, S 4, Z 29, Z 33 ;

Page à ajouter :

- Page 14bis.

1. **Dent traitée, ET 50 Z 29.**

Il est précisé que le code de la dent traitée doit obligatoirement être mentionné dans la zone 29 de l'ET 50 pour la facturation de la prestation 317236-317240 (Extraction de dent incluse) lorsqu'elle est exécutée par un dentiste.
Il est également précisé que le code de la dent traitée peut être mentionné (facultatif) si les prestations ont été exécutées par un stomatologue.

Date d'application: Prestations à partir du 1/1/2012.

2. **Numéro de la mutualité de destination pour certaines conventions de rééducation, page 14bis.**

Pour l'OA 300, une liste des conventions de rééducation pour lesquelles le numéro 300 doit être mentionné dans l'ET 20 Z 18 (numéro de la mutualité de destination) a été reprise à la page 14bis des instructions de facturation.

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

3. **Neurostimulateurs en cas de trouble obsessionnel compulsif, annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 4, Z 14 S 3.**

Suite à la nouvelle déclaration d'accord relative à l'intervention dans le coût des neurostimulateurs TOC, les instructions de facturation ont été adaptées :

- Ajout des nouveaux pseudo-codes dans l'ET 50 Z 4 S 4.
- Création d'un nouveau numéro d'agrément « numéro de l'hôpital +158 » (centre « neurostimulateurs et accessoires trouble obsessionnel compulsif (TOC) ») qui doit être mentionné comme lieu de prestation.
- Ajout des nouveaux pseudo-codes à la liste « prescripteur ».
- Ajout des nouveaux pseudo-codes dans la feuille « Z 43 » (implant avec liste des produit admis) de la liste « implants ».

Date d'application: Prestations à partir du 1/1/2012.

4. **Mutualité de la facturation précédente, ET 20 Z 37.**

Dans l'ET 20 Z 37 (numéro de la mutualité de la facturation précédente), il est précisé que la zone doit être complétée par le numéro de mutualité indiqué dans l'ET 20 Z 18 (numéro de la mutualité de destination) de la facture précédente.

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

5. **Adaptation nomenclature « Accouchements », ET 50 Z 14 S 4.**

Suite à l'AR du 7/11/2011 (MB 23/11/2011), une série de codes nomenclature de l'article 9 ont été dédoublés dans le but d'introduire une distinction selon que les prestations ont lieu à domicile, en milieu hospitalier ou en dehors du domicile et du milieu hospitalier.
Les instructions de facturation ont été adaptées comme suit :

- Dans l'ET 50 Z 14 S 4, il est ajouté que le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée doit être mentionné lorsqu'il s'agit de prestations de l'article 9 de la nomenclature (accouchements) exécutées en milieu hospitalier.
- Les nouveaux codes 428175, 428190, 428212, 428234, 428691 et 428713 sont ajoutés dans la liste « prescripteur ».

Date d'application : prestations à partir du 1/1/2012.

6. Transport urgent de malades, ET 50 Z 33.

Dans l'ET 50 Z 33, il est précisé que la zone ne peut pas être égale à 3 ou 4 lorsqu'il s'agit d'une facturation de frais de déplacement « transport urgent de malades » (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus).

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

7. Numéro de la facture individuelle, ET 20 Z 24-25.

Pour les établissements hospitaliers, il est précisé que le numéro de facture mentionné dans l'ET 20 Z 24-25 doit être unique et différent de zéro par année de facturation.
Ce qui signifie que la numérotation peut recommencer au début d'une nouvelle année facturée.

Date d'application: Mois facturé janvier 2012.

8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
428175	428190	7/11/2011	23/11/2011	1/1/2012
428212	428234	7/11/2011	23/11/2011	1/1/2012
428691	428713	7/11/2011	23/11/2011	1/1/2012
703511	703625	Pseudo-codes		1/1/2012

9. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
232374	232385	26/10/2011	25/11/2011	1/1/2012
732933	733003	24/10/2011	22/11/2011	1/1/2012
Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
730796	730800	24/10/2011	22/11/2011	1/1/2012
731231	731301	24/10/2011	22/11/2011	1/1/2012
731592	731625	24/10/2011	22/11/2011	1/1/2012
732211	732222	24/10/2011	22/11/2011	1/1/2012

10. <u>Liste « implants ».</u>

- <u>Correction (*)</u>
  Pour les prestations 701035-701050 et 698935-698946, aucun code de notification ne doit être mentionné dans la Z 55-56. Elles sont, donc, supprimées de la liste « implants ». Elles y avaient été ajoutées par inadvertance.

  <u>Date d'application</u> : Mois facturé janvier 2012.

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
703511	703625	Pseudo-codes		1/1/2012
737015	737645	26/9/2011	20/10/2011	1/12/2011
Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
737656	737741	26/9/2011	20/10/2011	1/12/2011

Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
636016	636366	26/9/2011	20/10/2011	1/12/2011
637011	637066	26/9/2011	20/10/2011	1/12/2011
637416	637442	26/9/2011	20/10/2011	1/12/2011
637490	637523	26/9/2011	20/10/2011	1/12/2011
637814	637825	26/9/2011	20/10/2011	1/12/2011
698935	698946	<u>Correction :</u> ces codes ne devaient pas figurer dans la liste		(*)
701035	701050	<u>Correction :</u> ces codes ne devaient pas figurer dans la liste		(*)

11. <u>Liste « codes erreur »</u>.

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/31

Pages à remplacer :

- annexe 16.19 ;
- ET 30 Z 15 ;
- ET 40 Z 4 S 2 ;
- ET 50 Z 3, Z 4 S2, S 5, Z 14 S 3, Z 29.

1. <u>Endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches</u>, annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 5, Z 14 S 3.

Suite à la nouvelle déclaration d'accord relative à l'intervention dans le coût des endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches, les instructions de facturation ont été adaptées :

- Ajout du nouveau pseudo-code 703415-703426 dans l'ET 50 Z 4 S 5.
- Création d'un nouveau numéro d'agrément « numéro de l'hôpital +159 » (centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches ») qui doit être mentionné comme lieu de prestation.
- Ajout du nouveau pseudo-code à la liste « prescripteur ».
- Ajout du nouveau pseudo-code dans la feuille « Z 43 » (implant avec liste des produits admis) de la liste « implants ».

<u>Date d'application</u>: Prestations à partir du 1/3/2012.

2. <u>Conventions SEP/SLA/Huntington</u> , ET 30 Z 15.

Des précisions ont été apportées dans l'ET 30 zone 15 : en cas de facturation par l'hôpital (type de facture 1) de prestations issues des conventions SEP/SLA/Huntington (pseudo-codes 764562 ,764584 ou 764606), le numéro de l'hôpital doit être mentionné dans cette zone.

<u>Date d'application</u>: Il s'agit d'une précision des instructions.

3. <u>Accidents de travail dans le cadre des conventions internationales</u> , ET 40 Z 4 S 2.

Dans l'ET 40 Z 4 S 2, le libellé du pseudo-code 961015-961026 a été précisé comme suit : « Médicaments et produits non remboursables ».

<u>Date d'application</u>: Il s'agit d'une précision des instructions.

4. <u>Norme prestation,</u> ET 50 Z 3.

Suite à l'AR du 19/8/2011 (MB 19/9/2011), l'aide opératoire pour les prestations interventionnelles sous contrôle d'imagerie médicale est supprimée. Dans l'ET 50 Z 3, la description de la norme 1 est, donc, adaptée.

<u>Date d'application</u>: Prestations à partir du 1/11/2011.

5. <u>Code de la dent traitée</u>, ET 50 Z 29.

Suite à l'AR du 19/9/2011 (MB 21/11/2011), le règlement du 28/7/2003 prévoit que le Conseil technique dentaire détermine pour quelles prestations de la nomenclature une codification dentaire est exigée.
Ces prestations sont indiquées dans la nouvelle liste des tarifs au 1-1-2012 des prestations dentaires. Cette liste est publiée sur le site de l'INAMI rubrique : Organismes Assureurs > Honoraires, prix et remboursements > <u>Praticiens de l'art dentaire</u>.

En conséquence, la description de l'ET 50 Z 29 est adaptée.

<u>Date d'application</u>: Prestations à partir du 1/1/2012.

6. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
109045	109082	30/11/2011	23/12/2011	1/02/2012
202436	202506	13/11/2011	12/12/2011	1/02/2012 (*)
202731	202845	13/11/2011	12/12/2011	1/02/2012 (*)
703415	703426	Pseudo-codes		1/03/2012

(*) Prescripteur seulement exigé si executé par un médecin spécialiste en radiodiagnostic.

7. Liste « prestation relative ».

- Prestation relative pour l'anesthésie
  Dans la zone remarque de la liste « prestation relative », il est précisé que le pseudo-code 767012-767023 doit être mentionné lors de la facturation de la prestation d'anesthésie 201272-201283 si l'anesthésie est effectuée lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature.

  Date d'application: Prestations à partir du 1/2/2012.

- Feuille « Opmerkingen/remarques 6 »
  Le code ATC L03AX03 a été ajouté dans le libellé du pseudo-code prestation relative 761095-761106 conformément à l'art 4, §4, c) de la convention nationale entre établissements hospitaliers et organismes assureurs.
  Ce code ATC devait figurer depuis longtemps dans ce libellé mais il a été oublié.

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

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
202856	202860	13/11/2011	12/12/2011	1/02/2012
589735	589746	26/10/2011	25/11/2011	1/01/2012

8. Liste « implants ».

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
703415	703426	Pseudo-code		1/03/2012

9. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/32

Pages à remplacer :

- Annexe 16.6;
- ET 40 Z 4 S 3, Z 22, Z 30-31, Z 40-41 S 1;
- ET 50 Z 3 S 4 BIS, Z 4 S 6, S 7, S 8.

Pages à ajouter :

- ET 40 Z 40-41 S 2;
- ET 50 Z 4 S 33.

1. <u>Codes compétence praticiens de l'art infirmier dans le cadre du trajet de soins diabète</u>, annexe 16.6.

Il a été décidé que les praticiens de l'art infirmier qui sont compétents pour l'éducation au diabète sont aussi automatiquement compétents en tant qu'infirmier-relais en matière de diabète.
Les codes compétence qui étaient utilisés par les praticiens de l'art infirmier détenteurs d'une compétence pour l'éducation au diabète sans compétence d'infirmier(ère)s relais ont, donc, été supprimés.

2. <u>Oxygénothérapie</u>, ET 40 Z 4 S 3, Z 22, Z 30-31, Z 40-41 S 1, S 2.

Un AR adaptant l'AR concernant les moyens diagnostiques (AR 24/10/2002) est en préparation.
Les adaptations importantes sont les suivantes :

- Oxyconcentrateurs (chapitre 2, section 6):
  - Des conditions de remboursement plus sévères sont définies
  - L'honoraire du pharmacien (code CNK 4004-941) est augmenté et est lié à la lettre P.
- Installation et délivrance de l'oxygène médical gazeux et des accessoires : Les dispositions de l'art.6bis de la convention Pharmaciens – OA sont déplacées dans une nouvelle section 10 du chapitre 2 de l'AR susmentionné, moyennant quelques adaptations :
  - Diminution de l'honoraire du pharmacien et des interventions maximales pour les accessoires.
  - Plus de liste de référence avec les codes CNK
  - Un supplément ne peut être facturé au patient que dans le cas de la délivrance d'accessoires par le fournisseur non pharmacien (différence entre le prix et l'intervention maximale). Ce supplément sera limité à 20 % de l'intervention maximale.
  - L'honoraire pour la coordination et l'accompagnement est seulement valable pour le traitement par oxygène gazeux, plus pour l'oxygène liquide.

<u>Adaptation des instructions de facturation:</u>

- ET 40 Z 4 : Adaptation des libellés des pseudo-codes catégorie 755952, 757455 et 757470
- ET 40 Z 22 : nombre d'unités = 1
- ET 40 Z 40-41:
  - Les références à la Convention Pharmaciens-OA sont remplacées par les références à la nouvelle section 10 de l'AR du 24/10/2002.
  - La référence à la liste avec les codes CNK figurant sur le site web de l'INAMI est supprimée et est remplacée par des pseudo-codes CNK.
  - Le pseudo-code CNK 07105737 (honoraire pour la coordination et l'accompagnement de l'oxygénothérapie liquide) est supprimé.
- ET 40 Z 30-31: l'énumération est complétée de l'éventuel supplément qui est facturé au patient pour les accessoires dans le cas de la délivrance par le fournisseur non pharmacien (maximum 20%).

<u>Date d'application</u> : Délivrances à partir du 1/5/2012 (sous réserve de publication de l'AR).

3. Implants avec remboursement pour un ensemble de matériel - correction, ET 50 Z 3 S 4 BIS.

Dans les instructions concernant la facturation des implants avec remboursement pour un ensemble de matériel, la correction suivante a été apportée : dans l'enregistrement de facturation (avec norme 0), les zones 27 et 30-31 ne sont pas toujours égales à zéro. En effet, pour certaines prestations, une quote-part personnelle et/ou supplément est bien possible.

Date d'application: Mois facturé mars 2012.

4. Matières plâtrées, ET 50 Z 4 S 6, S 7, S 8.

L'AR du 20/1/2012 (MB du 17/2/2012) insert la réglementation relative à l'intervention pour les bandes et autres matières plâtrées dans une nouvelle section 9 de l'AR relatif aux moyens diagnostiques (AR du 24/10/2002).
L'intervention à 75% pour les enfants de moins de 12 ans est supprimée. Les pseudo-codes concernés sont supprimés.

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/3/2012.

5. Consultation infirmière dans le cadre des soins à domicile, ET 50 Z 4 S 33.

Il est précisé que la prestation « consultation infirmière » (429015) peut aussi être facturée durant le week-end au tarif de la semaine.

6. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
641174	641174	25/10/2011	24/1/2012	1/3/2012
641211	641255			
641314	641336			
641373	641432			
641616	641992			
642154	642191			
642633	642994			
643532	643694			
644232	644490			
644630	644792			
644910	644932			
644954	644954			

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
642014	642132	25/10/2011	24/1/2012	1/3/2012

7. Liste « prestation relative ».

- Feuille "remarques4" : cette feuille concernant la biologie clinique ambulatoire est supprimée vu que ce n'est plus d'application depuis le 1/1/2008.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
736956	736960	6/2/2012	27/2/2012	1/4/2012

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
592815	593176			1/1/2008 (*)

(*) dans la feuille "remarques4", il était déjà indiqué qu'à partir du 1/1/2008, aucune prestation relative ne devait être mentionnée. Maintenant, les codes concernés sont également supprimés de la liste pour éviter tout malentendu.

8. Liste « implants ».

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
735895	736002	6/2/2012	27/2/2012	1/4/2012

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/33

Pages à remplacer :

- Page 14bis ;
- Annexes 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, 7, 7 S 1, 11.2, 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, 13.2, 13.5, 18.2, 18.3bis ;
- ET 20 Z 54a-54b ;
- ET 30 Z 4 S 5 ;
- ET 50 Z 4 S 10, S 24, S 29, S 33, Z 16.

Pages à ajouter :

- ET 50 Z 53-54a.

1. **<u>Mutualité de destination pour les conventions de rééducation</u>, p.14bis.**

   Une remarque est ajoutée concernant la mutualité de destination à mentionner en cas de rapport de fonctionnement dans le cadre des aides à la mobilité.

2. **<u>Transport urgent de malades – nouvelle zone « numéro de course »</u>, annexes 6, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7, 7, 7 S 1, 11.2, 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, 13.2, 13.5, 18.2, 18.3bis, ET 20 Z 54a-54b, ET 50 Z 53-54a.**

   Une nouvelle zone « numéro de course » à 11 positions alphanumériques est créée dans l'ET 50 Z 53-54a. Cette zone <u>n'est provisoirement pas obligatoire</u> mais <u>peut être remplie facultativement</u> avec le numéro de course, attribué par le centre d'appel dans le cadre du transport urgent de malades (AR 26/4/2009, MB 8/5/2009) (pseudo-codes 0784416-0784420, 0784431-0784442, 0784453-0784464, 0784475-0784486).

   <u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/9/2012.

3. **<u>Centres de soins de jour – journée palliative</u>, ET 30 Z 4 S 5.**

   Suite à l'AM du 14/3/2012 (MB du 29/3/2012), un nouveau pseudo-code 764912 (Forfait Fp) pour les centres de soins de jour est créé dans l'ET 30 Z 4 S 5.

   <u>Date d'application</u> : L'AM concerné entre en vigueur le 1/1/2012, mais le nouveau pseudo-code ne sera utilisé qu'à partir du moment où les agréments « centres de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave » seront attribués.

4. **<u>Radio-isotopes</u>, ET 50 Z 4 S 10.**

   L'AM du 13/2/2012 (MB du 17/2/2012) prévoit une modification des règles de remboursement pour l'Iodium 125 (tarif de 47,7 EUR par grain avec un maximum de 100 grains).
   Désormais, pour l'Iodium 125 (pseudo-code 698515-698526), le nombre de grains doit donc être mentionné dans la zone 22 (voir instructions existantes « pour les isotopes, il y a lieu d'indiquer le nombre de fois que le tarif a été porté en compte »).
   Le montant dans la zone 19 correspond au nombre de grains multiplié par 47,7 EUR.

   De plus, le pseudo-code 698493-698504 (Palladium 103) est supprimé.

   <u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/3/2012.

5. **<u>Praticiens de l'art infirmier : préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale</u>, ET 50 Z 4 S 24, S 29, S 33.**

   L'AR du 27/03/2012 (MB 12/04/2012) crée 2 nouvelles prestations dans l'art. 8 de la nomenclature.
   Il s'agit des prestations suivantes :
   - 424874 - *Préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale* qui est ajoutée dans le §1, 1° rubrique I B de l'art.8
   - 424896 - *Avis infirmier et concertation en vue de la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale, suivi d'un accord du médecin traitant* qui est ajoutée dans le §1, 1° rubrique VII de l'art.8

Remarques
- Il n'est pas tenu compte de ces prestations pour le calcul du plafond journalier.
- La prestation 424896 peut se présenter de manière autonome, c.à d. sans enregistrement de type 50 précédent ou suivant
- Si pendant une séance, seule la prestation 424896 est dispensée, alors aucune prestation de base, et aucune indemnité de déplacement rural ne peuvent être attestées.
- Les prestations 424874 et 424896 peuvent aussi être facturées durant le week-end au tarif de la semaine.
- Les prestations 424874 et 424896 seront ajoutées à la liste « prescripteur ».

Les instructions de facturation sont, donc, complétées.

Date d'application : Prestations à partir du 1/6/2012.

6. Physiothérapie effectuée par un kinésithérapeute – nouvelle norme dispensateur, ET 50 Z 16.

Une nouvelle norme dispensateur (valeur 3) est créée dans l'ET 50 Z 16.
Les prestations de l'art. 22 de la nomenclature qui ont été (partiellement) effectuées par un (ou plusieurs) kinésithérapeute(s) sous la surveillance d'un médecin spécialiste doivent être indiquées avec cette norme 3.

Date d'application : Prestations à partir du 1/7/2012.

7. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
424874	424896	27/03/2012	12/04/2012	1/6/2012

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
592830	592830	11/01/2012	31/01/2012	1/3/2012
592874	592874			
592933	592933			
592970	592970			
593036	593036			
593073	593073			
593132	593132			
593176	593176			

8. Liste « prestation relative ».

Aucune modification.

9. Liste « implants ».

Aucune modification.

10. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/34

Pages à remplacer :

- Pages 3, 13 et 14;
- ET 20 Z 18;
- ET 30 Z 4 S 20, Z 19;
- ET 50 Z 3 S 1, Z 4 S 11, S 23, S 24, S 26, S 27, S 29, Z 14 S 2.

Page à ajouter :

- ET 50 Z 4 S 29 BIS.

1. **<u>Intégration des praticiens de l'art infirmier à domicile dans REFAC,</u> p. 3, 13, 14, ET 20 Z 18.**

   Suite à l'intégration des praticiens de l'art infirmier à domicile dans « REFAC » (projet au sein de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes) les instructions concernant la mutualité de destination sont adaptées.

   Pour de plus amples renseignements concernant REFAC, veuillez vous adresser à : M100_GZ-SDS_Refac@mc.be.
   Les mutualités régionales prendront contact avec les praticiens de l'art infirmier

2. **<u>Nouvelle convention C.R.A.</u>, ET 30 Z 4 S 20.**

   Des pseudo-codes sont ajoutés dans un nouveau groupe cible 20.

   <u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/5/2012.

3. **<u>Conventions de rééducation - date de détermination du tarif</u>, ET 30 Z 19.**

   Il est précisé que pour les forfaits de rééducation liés à une certaine période, le montant de l'éventuelle intervention personnelle doit être déterminé à la même date que le tarif du forfait de rééducation même.

   <u>Date d'application</u> : Il s'agit d'une précision des instructions.

4. **<u>Nouvelle nomenclature infirmière</u>, ET 50 Z 3 S 1, Z 4 S 23, S 24, S 26, S 27, S 29, S 29 BIS.**

   L'AR du 24 avril 2012 (MB du 7 mai 2012) prévoit une nouvelle prestation dans la rubrique « prestations techniques spécifiques » de l'art.8 de la nomenclature. Il s'agit d'un honoraire pour la surveillance et le suivi lors de l'utilisation d'un système de pompe pour l'administration d'une analgésique chronique via un cathéter épidural ou intrathécal.

   Le cas échéant, pour chaque prestation attestée, un ou plusieurs pseudo-codes, correspondants aux actes infirmiers effectués, doivent être mentionnés complémentairement au code nomenclature. Ces pseudo-codes doivent être repris dans des enregistrements statistiques séparés, avec norme 9 et avec les zones montant égales à zéro. Dans ces enregistrements statistiques, le code nomenclature attesté doit être mentionné comme prestation relative.

   <u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2012.

5. **<u>Radio-isotopes</u>, ET 50 Z 4 S 11.**

   Suite à l'AM du 15/5/2012 modifiant l'AR du 21/12/2001 (MB du 21/5/2012), un nouveau pseudo-code est créé pour la spécialité radiopharmaceutique ADREVIEW.

   <u>Date d'application:</u> Prestations à partir du 1/6/2012.

6. <u>Logopédie dans un centre de rééducation fonctionnelle</u>, ET 50 Z 14 S 2.

Il est précisé que le numéro d'identification du centre de rééducation doit être mentionné comme lieu de prestation s'il s'agit de prestations de logopédie dispensées dans les locaux d'un établissement avec une convention ORL ou PSY (convention C.R.A. actuelle) et s'il s'agit de prestations de logopédie dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle.

<u>Date d'application</u> : Il s'agit d'une précision des instructions.

7. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
427534	427571	24/4/2012	7/5/2012	1/7/2012

8. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
389572	389664	24/4/2012	30/4/2012	1/5/2012
427593	427674	24/4/2012	7/5/2012	1/7/2012

9. <u>Liste « implants ».</u>

Aucune modification.

10. <u>Liste « codes erreur »</u>.

Aucune modification.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/35

Pages à remplacer :

- ET 30 Z 4 S 9, S 9 BIS, Z 30-31;
- ET 50 Z 3, Z 3 S 4, S 4 BIS, Z 27.

1. **<u>Nouvelle convention de rééducation « oxygénothérapie de longue durée à domicile »,</u> ET 30 Z 4 S 9, S 9 BIS, Z 30-31.**

Suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle convention « oxygénothérapie de longue durée à domicile », 5 nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 9.
Dans la description de l'ET 30 Z 30-31, les règles concernant le remboursement des frais d'électricité ont été adaptées.

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/7/2012.

2. **<u>Implants – intervention personnelle,</u> ET 50 Z 27.**

Suite à l'entrée en vigueur de l'AR du 8/5/2012 (MB 30/5/2012), les codes nomenclature 702553-702564, 702870-702881, 702575-702586 et 702892-702903 ont été ajoutés à la liste des codes pour lesquels une intervention personnelle est prévue.

<u>Date d'application</u> : Délivrances à partir du 1/7/2012.

3. **<u>Implants – utilisation de la norme 6 – correction,</u> ET 50 Z 3, Z 3 S 4, S 4 BIS.**

Pour certains types d'implants, le montant facturé peut être inférieur au prix-INAMI. Dans ce cas, la norme 6 doit être utilisée.
Dans l'ET 50 Z 3 et suites, cette possibilité a été oubliée dans certains paragraphes.
C'est rectifié.

Dans la définition de la norme 6 de l'ET 50 Z 3, la référence à l'art.35bis a été ajoutée.

<u>Date d'application :</u> Il s'agit d'une correction des instructions existantes.

4. **<u>Liste « prescripteur ».</u>**

Pas de modifications

5. **<u>Liste « prestation relative ».</u>**

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
703091	703220	27/3/2012	30/5/2012	1/7/2012
689496	689500	6/6/2012	25/6/2012	1/8/2012
733655	733666	6/6/2012	29/6/2012	1/8/2012
733714	734005	6/6/2012	29/6/2012	1/8/2012
735873	735884	6/6/2012	29/6/2012	1/8/2012

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
730015	730321	6/6/2012	29/6/2012	1/8/2012

<u>Pseudo-code prestation relative lors d'une anesthésie</u>

Pour les prestations d'anesthésie 201235 à 201261 incluse, le pseudo-code 767012-767023 doit désormais être mentionné comme prestation relative si la prestation dentaire n'est pas attestable.

<u>Date d'application</u> **:** Prestations exécutées à partir du 1/7/2012.

6. Liste « implants ».

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
702516	702586	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012
702612	702682	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012
702870	702903	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012
703091	703220	27/3/2012	30/5/2012	1/7/2012
Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
702472	702505	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012
702590	702601	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012
702693	702741	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012
702752	702866	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012

Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
612371	612382	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012
612754	612765	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012
613712	613760	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012
613911	613944	8/5/2012	30/5/2012	1/7/2012
614412	614423	27/3/2012	30/5/2012	1/7/2012
614434	614482	27/3/2012	30/5/2012	1/7/2012

Rectification

Pour éviter toute confusion, les codes 688111 à 688144 inclus sont complètement enlevés de la feuille Z 55-56. Un code notification n'a donc jamais été exigé pour ces prestations, même pas pour les délivrances entre le 1/8/2010 (date à laquelle les codes ont été repris dans la liste par erreur) et le 1/11/2010 (date à laquelle les codes ont été supprimés de la liste).

7. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/36

Pages à remplacer :

- Annexes 6, 6.2, 9.2, 9.3, 11.2, 12.2, 13.2, 14.1, 14.4, 14.5, 14.24, 16.19, 17.1, 17.2, 18.2;
- ET 30 Z 4 S 9, Z 19;
- ET 40 Z 3, Z 4 S 1, S 3, S 3 BIS, S 3 TER, Z 19;
- ET 50 Z 4 S 11, S 13, S 23, S 24, S 25, S 28, S 29 BIS, Z 14, Z 14 S 1, S 4, Z 15 S 1, Z 22, Z 27.

Page à ajouter :

- ET 20 Z 47.

1. **<u>Nouvelle zone « date de facturation »,</u> annexes 6, 6.2, 11.2, 12.2, 13.2, 18.2, ET 20 Z 47, ET 30 Z19.**

Une nouvelle zone est créée au niveau de l'enregistrement de type 20. La date, sur laquelle est basé le calcul de la facture concernée, doit être remplie dans cette zone.
Cette zone est actuellement surtout importante dans le cadre des facturations des hôpitaux.
Cependant, elle doit être remplie par tous les tiers qui facturent à partir du mois facturé mars 2013.

<u>Date d'application</u> : Remplissage facultatif à partir du mois facturé janvier 2013.
Remplissage obligatoire à partir du mois facturé mars 2013.

2. **<u>Médicaments – nouvelles catégories de remboursement Fa et Fb,</u> annexes 9.2, 9.3, 14.1, 14.4, 14.5, 14.24, 17.1, 17.2, ET 40 Z 3, Z 4 S 1, S 3 BIS, S 3 TER, Z 19.**

Deux nouvelles catégories de remboursement sont créées pour les spécialités.
La base légale a été fixée dans l'AR du 5/3/2012 modifiant l'AR du 7 mai 1991 et dans l'AR du 12/3/2012 modifiant l'AR du 21 décembre 2001 (tous les deux publiés dans le MB du 19/3/2012).

La caractéristique des spécialités appartenant à ces catégories de remboursement est que leur base de remboursement est un montant fixe (plafonné).
Les règles du ticket modérateur sont respectivement identiques à celles de la catégorie A et de la catégorie B.
Cependant, l'éventuelle différence entre le prix et la base de remboursement est toujours à charge de l'hôpital (aussi bien pour les patients ambulants que pour les patients hospitalisés). Cette différence ne peut, donc, pas être facturée au patient.

A partir du 1/9/2012, un premier groupe de spécialités sera repris dans la catégorie Fa (voir AM du 17/8/2012, paru dans le MB du 21/8/2012).
Il s'agit de toutes les spécialités de la classe ATC B03XA (EPO).

<u>Adaptations des instructions de facturation :</u>

Une série de nouveaux pseudo-codes catégorie sont créés dans l'ET 40 Z 4.
Les groupes de pseudo-codes de la S3BIS et S3TER seront numérotés afin qu'on puisse référer plus facilement à l'annexe 17.2.

Les annexes 9 et 14 seront complétées avec les nouvelles catégories.

Dans l'ET 40 Z 3, la catégorie Fb sera ajoutée dans le libellé des codes norme 1 et 2.

Dans l'ET 40 Z 19, une série de nouveaux pseudo-codes seront ajoutés à la liste des pseudo-codes pour lesquels une intervention de l'assurance est égale à 25 % de la base de remboursement.

<u>Date d'application</u> : délivrances à partir du 1/9/2012 (en ce qui concerne la catégorie Fa)

3. **<u>Nouvelle convention "oxygénothérapie de longue durée à domicile » - précisions,</u> ET 30 Z 4 S9.**

Il est précisé que la spécialité "oxygène liquide" est facturée dans l'enregistrement de type 40 sous le pseudo-code 751052 et qu'elle peut être reprise sur la facture de rééducation (type de facture 6) ou sur une facture ambulatoire séparée (type de facture 3).

En outre, il est aussi précisé que les forfaits de rééducation peuvent continuer à être facturés si le bénéficiaire est hospitalisé dans un autre hôpital. La facturation doit, dans ce cas, s'effectuer sous les pseudo-codes ambulatoires et sur une facture de rééducation externe (type de facture 6) avec le pseudo-code service 770.

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/7/2012.

4. Honoraire Oxyconcentrateur, ET 40 Z 4 S 3.

Un pseudo-code séparé est créé pour l'honoraire du pharmacien concernant les oxyconcentrateurs.
Ce nouveau pseudo-code doit être utilisé pour les prestations exécutées à partir du 1/1/2013.
Pour les prestations exécutées jusqu'au 31/12/2012 inclus, cet honoraire doit être facturé sous le pseudo-code 757470.

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/1/2013.

5. Programme de soins pathologie cardiaque B, annexe 16.19, ET 50 Z 14.

Suite à la publication de l'AR du 12 juin 2012 (MB du 15 juin 2012), un nouveau numéro d'agrément 127 est créé. Celui-ci sera attribué aux hôpitaux avec agrément B1 et B2.

6. Intervention personnelle implants, ET 50 Z 27.

Suite à la publication de l'AR du 17/7/2012 (MB 30/7/2012), une série de codes nomenclature sont ajoutés à la liste des codes pour lesquels une intervention personnelle est prévue.

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/10/2011.

7. Décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance, ET 50 Z 4 S 13, Z 14 S 4, Z 15 S 1, Z 22.

Cette convention prévoit qu'une ambulance/SMUR belge qui intervient aux Pays-Bas pour une personne assurée aux Pays-Bas, peut facturer un forfait de 410,63 EUR par demi-heure commencée à un organisme assureur belge.
Lorsque le service ambulancier fait partie d'un hôpital, alors ce montant sera facturé via le fichier de facturation électronique de l'hôpital.
A cet effet, les instructions de facturation suivantes sont définies:

- ET 50 Z 4: nouveau pseudo-code 793575
- ET 50 Z 14 = le numéro INAMI du service ambulancier agréé ou le numéro de l'hôpital qui facture (dans le cas d'une intervention du SMUR)
- ET 50 Z 15 = 0
- ET 50 Z 22 = le nombre de demi-heures commencées

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/10/2012.

8. Règle d'arrondi pour les radio-isotopes, ET 50 Z 4 S 11.

Pour les radio-isotopes utilisés à titre diagnostique, les règles d'arrondi reprises dans l'annexe 14 des instructions de facturation sont valables.
L'intervention personnelle est, donc, arrondie 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 bas.

Date d'application: Il s'agit d'une précision des instructions existantes.

9. <u>Radio-isotopes de poids atomique bas – lieu de prestation,</u> ET 50 Z 14 S 1.

Dans le Chapitre VI, §3 de l'AR du 21/12/2001, il est précisé que les radio-isotopes de poids atomique bas repris sous le pseudo-code 699215-699226 peuvent uniquement être portés en compte en combinaison avec le code nomenclature 442971-442982 (Tomographie à positrons).

Vu qu'un lieu de prestation spécifique est nécessaire pour le code nomenclature 442971-442982 (numéro hôpital + 112) (service agrée PET-scan), ce même lieu de prestation doit désormais être mentionné pour les radio-isotopes 699215-699226.

<u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/10/2012.

10. <u>Facturation des soins infirmiers à domicile,</u> ET 50 Z 4 S 23, S 24, S 25, S 28, S 29 BIS .

Dans l'ET 50 Z 4 S 23 (exemple en cas de forfait), la remarque mentionnant que toutes les prestations de la nomenclature diabétique (sauf la 423231/423334) peuvent exister de manière totalement autonome, est supprimée.
Si la prestation se présente de manière autonome, il n'y a pas d'autres enregistrements pour la journée et donc, on est pas dans un cas avec forfait.

La description de l'ET 50 Z 4 S 24 a été précisée.
La remarque de l'ET 50 Z 4 S 29 BIS a été supprimée.

Des corrections ont également été apportées dans les ET 50 Z 4 S 25 et S 28.

<u>Date d'application</u>: Il s'agit d'une précision des instructions existantes.

11. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
427593	427674	24/4/2012	7/5/2012	1/7/2012 (*)

(*) Ces pseudo-codes existent déjà depuis l'entrée en vigueur de l'AR mais ils ont été oubliés dans la liste.

12. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
703275	703360	17/7/2012	30/7/2012	1/10/2011

13. <u>Liste « implants ».</u>

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
703253	703360	17/7/2012	30/7/2012	1/10/2011
703813	703964	20/7/2012	14/8/2012	1/10/2012
722352	722886	20/7/2012	20/8/2012	1/10/2012
Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
703231	703242	17/7/2012	30/7/2012	1/10/2011
722890	722901	20/7/2012	20/8/2012	1/10/2012

Feuille Z 43 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
683690	683701	20/7/2012	14/8/2012	1/10/2012
691891	691902	20/7/2012	14/8/2012	1/10/2012
683233	683244	20/7/2012	14/8/2012	1/10/2012
691935	691946	20/7/2012	14/8/2012	1/10/2012
Feuille Z 55-56 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
638772	638960	20/7/2012	20/8/2012	1/10/2012
639236	639321	20/7/2012	20/8/2012	1/10/2012

14. Liste "codes erreur"

Nouvelle feuille " blocs d'enregistrements"

Cette feuille contient une liste des « blocs d'enregistrements ».
Un bloc d'enregistrements est défini comme un ensemble d'enregistrements (obligatoires ou non) qui sont facturés en même temps (lors du même envoi) et qui se suivent selon l'ordre établi.
Concrètement, si une erreur (ex : erreur dans un enregistrement, absence d'un enregistrement obligatoire, ordre des enregistrements erroné) est détectée, l'ensemble des enregistrements du bloc sont rejetés.

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/37

Pages à remplacer :

- Annexe 16.19.
- ET 40 Z 39.
- ET 50 Z 4 S 12, Z 14 S 1, Z 22, Z 27, Z 46.

Pages à ajouter :

- ET 50 Z 22 S 1, S 2, S 3.

1. Adaptation nomenclature neuropsychiatrie, ET 50 Z 4 S 12, Z 46.

L'AR du 20/9/2012 (MB du 28/9/2012) prévoit une adaptation de la nomenclature neuropsychiatrie (art. 20, §1, f)) avec l'impact suivant sur la facturation:

- Création de nouveaux pseudo-codes
  La nomenclature prévoit: *« La valeur des prestations 477116-477120, 477131-477142 et 478096-478100 est majorée de 50 % quand elles sont effectuées sur un patient hospitalisé dans les locaux d'une fonction agréée de soins intensifs ».*
  Dans ce cas, les nouveaux pseudo-codes 478166, 478181 et 478203 doivent être utilisés. Ces pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 12.

- Utilisation de la norme plafond
  La nomenclature prévoit: *"La valeur totale de plusieurs enregistrements de potentiels évoqués (478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 et 478111-478122) datés du même jour est de K 125.".*
  Dans l'ET 50 Z 46, il est ajouté que les normes 7 et 8 doivent également être utilisées dans le cadre du plafond journalier pour ces prestations.

- Listes prescripteur et prestation relative
  Les codes 477610 à 477665 inclus sont ajoutés à la liste prescripteur.
  Le code 477573 est supprimé de la liste prestation relative.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/11/2012.

2. Nouvelle nomenclature réanimation, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 1.

L'AR du 20/9/2012 (MB du 18/10/2012) prévoit une adaptation de la nomenclature réanimation avec l'impact suivant sur la facturation :

- Les prestations 212015 et 214012 sont uniquement attestables si elles sont effectuées dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés (agrément = numéro de l'hôpital + 131) ou une fonction reconnue premier accueil des urgences (agrément = numéro de l'hôpital + 130). Les instructions de l'ET 50 Z 14 S 1 sont, donc, complétées en ce sens.
  De plus, le libellé du numéro d'agrément n° de l'hôpital + 130 figurant dans les instructions de facturation a été adapté pour qu'il soit conforme à celui figurant dans l'AR susmentionné.

- Les suppléments d'honoraires 211260, 211326, 211665 et 211680 et les prestations 211120, 211142 et 211341, 211444 et 211466 et 211746 et 211761 sont repris dans la liste "prestation relative".

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/12/2012.

3. Intervention personnelle théorique pour les médicaments de la catégorie Fa et Fb, ET 40 Z 39.

L'éventuelle différence entre le prix et la base de remboursement des médicaments de la catégorie Fa ou Fb, n'est, par définition, pas considérée comme intervention personnelle. Elle est à charge de l'hôpital et ne peut, donc, en aucun cas, être facturée au patient.

En conséquence, en cas de délivrance (ambulatoire) de ces médicaments aux patients MSP, l'éventuelle différence entre le prix et la base de remboursement ne peut pas être reprise dans la zone « intervention personnelle théorique ». La description de l'ET 40 Z 39 a été précisée en ce sens.

Date d'application : Il s'agit d'une précision des instructions existantes.

4. Nouvelle nomenclature "filets", ET 50 Z 22, Z 22 S 1, S 2, S 3, Z 27.

Dans la nouvelle nomenclature, applicable à partir du 1/7/2012 (AR 8/5/2012 MB 30/5/2012), différents types de filets sont prévus :

1. Avec liste limitative

1.1 Pas de forfait

Nombre d'unités (Z 22) = nombre de fois que le produit, tel que décrit dans la liste, est utilisé (donc, pas le nombre de cm^2).

Marge de sécurité = montant unitaire de la marge de sécurité, tel que publié dans la colonne C ou E de la liste limitative * nombre de fois que le produit, tel que décrit dans la liste, est utilisé

Marge de délivrance = montant unitaire de la marge de délivrance, tel que publié dans la colonne F de la liste limitative * nombre de fois que le produit, tel que décrit dans la liste, est utilisé

Exemple: code nomenclature 702516-702520

1.2 Forfait

a) Forfait par filet

Nombre d'unités (Z 22) = nombre de fois que le forfait est attesté

Pas de marge de sécurité

Marge de délivrance = montant unitaire de la marge de délivrance, tel que publié dans l'en-tête de la liste limitative * nombre de fois que le forfait est attesté

Exemple: code nomenclature 702575-702586

b) Forfait par cm^2

Nombre d'unités (Z 22) = nombre de fois que le forfait est attesté = nombre de cm^2, arrondi au nombre entier le plus proche (la moitié d'une unité est arrondie vers le haut)

Pas de marge de sécurité

Marge de délivrance = montant unitaire de la marge de délivrance, tel que publié dans l'en-tête de la liste limitative * nombre de fois que le forfait est attesté

Exemple: code nomenclature 702870-702881

2. Sans liste limitative

2.1 Pas de forfait

Nombre d'unités (Z 22) = nombre de fois que la prestation est attestée = nombre de cm^2, arrondi au nombre entier le plus proche (la moitié d'une unité est arrondie vers le haut)

Marge de sécurité = prix – montant de remboursement du filet
si prix <= montant de remboursement + x % du montant de remboursement
(avec x = pourcentage marge de sécurité)

Marge de délivrance = 10% du prix du filet, plafonné à 148,74 EUR

Exemple: code nomenclature 702472-702483

2.2 Forfait par filet

Nombre d'unités (Z 22) = nombre de fois que le forfait est attesté

Pas de marge de sécurité

Marge de délivrance = montant unitaire de la marge de délivrance (10% du forfait) (arrondi vers le bas) * nombre de fois que le forfait est attesté

Exemple: code nomenclature 702693 – 702704

Les instructions de l'ET 50 Z 22 et Z 27 concernant la manière de remplir le nombre d'unités et de calculer la marge de délivrance et la marge de sécurité ont été complétées. Des exemples ont également été ajoutés dans l'ET 50 Z 22 S 1, S 2 et S 3.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/1/2013.

5. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
202856	202860	13/11/2011	6/1/2012	1/2/2012 (*)
477610	477665	20/9/2012	28/9/2012	1/11/2012
679081	679081	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679140	679140	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679162	679162	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679184	679184	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679206	679206	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679221	679221	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679243	679243	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679265	679265	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679280	679280	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679302	679302	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679324	679324	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679346	679346	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679361	679361	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679383	679383	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012

679615	679921	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
741016	743315	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
659013	659153	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
659212	659352	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
659514	659713	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
659750	659750	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
659816	659816	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
659912	659912	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
660015	660074	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
660413	660472	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
660612	660671	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
660811	660870	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
662093	662395	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
662476	662675	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
662815	662793	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
663434	663810	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
664016	664775	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
664812	664893	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
665011	665055	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
665210	665254	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
665313	665313	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
665416	665431	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
665512	665534	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
665615	665630	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
666013	666050	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
666315	666315	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
666411	666470	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
666610	666676	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
666816	667030	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
667310	667332	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
667413	667413	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
667516	667671	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
667811	667833	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
668010	668054	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
668216	668231	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
668312	668356	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
668533	668975	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
669012	669034	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
669115	669130	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
669211	669233	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
669314	669336	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
669432	669454	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
669771	669793	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
669874	669874	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
669955	669955	30/9/2012	15/10/2012	1/12/2012
679114	679114	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012
679394	679394	22/10/2012	29/10/2012	1/12/2012

(*) Ces codes existent déjà depuis l'entrée en vigueur de l'AR mais ils ont été oubliés dans la liste.

6. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
211120	211120	20/9/2012	18/10/2012	1/12/2012
211142	211142	20/9/2012	18/10/2012	1/12/2012
211260	211260	20/9/2012	18/10/2012	1/12/2012
211326	211326	20/9/2012	18/10/2012	1/12/2012
211341	211341	20/9/2012	18/10/2012	1/12/2012
211444	211466	20/9/2012	18/10/2012	1/12/2012
211665	211680	20/9/2012	18/10/2012	1/12/2012
211746	211761	20/9/2012	18/10/2012	1/12/2012
214126	214126			1/12/2012 (*)
Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
477573	477573	20/9/2012	28/9/2012	1/11/2012

(*) Ce code existe déjà depuis longtemps, mais il a été oublié dans la liste. La prestation relative doit obligatoirement être remplie pour les prestations effectuées à partir du 1/12/2012.

7. Liste « implants ».

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
703636	703706	3/9/2012	17/9/2012	1/11/2012
Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
680956	680982	4/10/2012	17/10/2012	1/12/2012
703710	703743	3/9/2012	17/9/2012	1/11/2012

8. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2006/38

Pages à remplacer :

- Annexes 9.2, 9.3, 14.1, 14.3, 14.4, 14.25, 17.1;
- ET 30 Z 4 S 5;
- ET 40 Z 4 S 1, S 3, S 3BIS, S 3TER, Z 19, Z 39;
- ET 50 Z 4 S 3, Z 4 S 5BIS, S 12, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14, Z 15 S 1, Z 20-21, Z 26 S 5, S 6, S 7.

Pages à ajouter :

- Annexes 14.15BIS, 14.25.

1. **<u>Diminution de l'intervention de l'assurance pour les moyens de contraste</u>, annexes 9.2, 9.3, 14.1, 14.3, 14.4, 14.15BIS, 14.25, 17.1, ET 40 Z 4 S 1, S 3BIS, S 3TER, Z 19, Z 39.**

   La Loi-programme du 27/12/2012 (MB 31/12/2012) prévoit qu'à partir du 1/1/2013, l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les produits de contraste (classe ATC V08) délivrés par une officine hospitalière est diminuée de 10 p.c.
   Les hôpitaux ne peuvent pas mettre la diminution de l'intervention de l'assurance à charge des bénéficiaires.

   Les règles de calcul et d'arrondi pour les médicaments ainsi que les exemples de l'annexe 14 ont été complétés.
   Une remarque est ajoutée dans les annexes 9.2, 9.3, 17.1 et dans la zone 39 de l'ET 40.
   Des nouveaux pseudo-codes ont été créés dans l'ET 40 Z 4.
   La description de la zone 19 de l'ET 40 a également été complétée.

   <u>Date d'application</u> : Délivrances à partir du 1/1/2013.

2. **<u>Catégorie D en MRPA et CSJ,</u> ET 30 Z 4 S 5.**

   Suite à la création de la catégorie D dans les Maisons de Repos et dans les Centres de soins de jour (voir AM du 5 décembre 2012 modifiant l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 et l'AR du 5 décembre 2012 modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996), un certain nombre de nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 5.

   <u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/1/2013.

3. **<u>Moyens diagnostiques – cassettes à médicaments,</u> ET 40 Z 4 S 3.**

   L'AR du 3/10/2012 (MB 9/11/2012)) introduit les « cassettes à médicaments » dans la section 7 de l'AR des moyens diagnostiques. Ces cassettes à médicaments doivent être facturées sous le même pseudo-code que les pompes (754390).

   Le libellé du pseudo-code concerné de l'ET 40 Z 4 S 3 est adapté.

   <u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/12/2012.

4. **<u>Nouvelle convention « traitement de l'aversion grave de l'alimentation orale »</u>, ET 50 Z 4 S 3, Z 15 S 1.**

   Suite à cette nouvelle convention, le pseudo-code existant 751472 est remplacé par 2 nouveaux pseudo-codes 751914 et 751936.
   La nouvelle convention prévoit, en effet, une distinction entre phase de démarrage du traitement et phase de suivi.

   <u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/1/2013.

5. **<u>Stimulateurs cardiaques</u>, ET 50 Z 4 S 5BIS.**

   Suite à la publication de l'AR du 3/9/2012 (MB 17/9/2012), une prestation spécifique pour les remplacements anticipés 703636-703640 est insérée dans l'art.35 de la nomenclature. Les remplacements anticipés n'étaient auparavant pas repris dans la nomenclature mais sous le pseudo-code 684655-684666.
   A partir du 1/11/2012, le pseudo-code 684655-684666 est supprimé et le code nomenclature 703636-703640 doit, donc, être utilisé.

6. <u>Nouvelle nomenclature art.33 et convention "genetic counseling"</u>, ET 50 Z 4 S 12, Z 5, Z 6, Z 14, Z 15 S 1.

- Nouvelle <u>nomenclature art. 33:</u>

  Il est précisé que le lieu de prestation (ET 50 Z 14) doit toujours être égal au numéro INAMI du laboratoire de génétique humaine.
  Il ne s'agit pas d'une nouvelle instruction. La nomenclature actuelle (art. 33, §2) prévoit déjà que les prestations de l'art. 33 doivent être exécutées dans des laboratoires faisant partie d'un centre agréé de génétique humaine.
  Cependant, le Service a constaté que les prestations de l'art. 33 étaient aussi régulièrement facturées (à tort) par d'autres laboratoires.
  Dorénavant, les OA sont priés d'effectuer des contrôles stricts à ce sujet.

- <u>Convention</u> concernant des pathologies génétiques :

  Les forfaits "genetic counseling", prévus à l'art. 20 de la convention peuvent être facturés par le laboratoire de génétique humaine ou par l'hôpital duquel le centre de génétique humaine fait partie. En d'autre termes, ET 10 Z 14 (numéro tiers payant) = laboratoire de génétique humaine ou hôpital duquel le labo de génétique humaine fait partie.
  Les OA doivent veiller à ce que les forfaits concernés ne soient pas facturés par des hôpitaux ne disposant pas d'un laboratoire de génétique humaine.
  Dans tous les cas, le numéro INAMI du laboratoire de génétique humaine doit être rempli dans la zone « lieu de prestation » (ET 50 Z 14).

  Adaptations concrètes des instructions de facturation :
  - Nouveaux pseudo-codes dans l'ET 50 Z 4 S 12
  - Lieu de prestation (ET 50 Z 14) = numéro INAMI du laboratoire de génétique humaine
  - Identification dispensateur (ET 50 Z 15) = numéro INAMI du dispensateur qui est habilité à attester les forfaits (une liste reprenant les prestataires habilités par centre de génétique humaine sera publiée sur le site de l'INAMI)
  - Date de prestation (ET 50 Z 5 et Z 6) = date du rapport final (voir art. 25, §6 de la convention)

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/1/2013.

7. <u>Simplification des règles de facturation pour la biologie clinique, médecine nucléaire, anatomo-pathologie et examens génétiques</u>, ET 50 Z 5, Z 6, Z 13, Z 14, Z 20-21, Z 26 S 5, S 6, S 7.

- **<u>Adaptation de la définition de l'ET 50 Z 5 et Z6 (date de début et date de fin)</u>**

  Pour les honoraires forfaitaires par prescription et pour les prestations techniques, la date de prélèvement de l'échantillon doit désormais être mentionnée aussi bien dans la zone 5 que dans la zone 6.

  De plus, dans la zone 5, l'énumération des codes nomenclature sous le point « honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles» est actualisée.

- **<u>Adaptation de l'ET 50 Z 13 (code service)</u>**

  Le code service doit désormais être déterminé au moment du prélèvement de l'échantillon.

  De plus, l'énumération des codes nomenclature est aussi actualisée.

- **Adaptation de l'ET 50 Z 14 (lieu de prestation)**

  Si les prestations de l'AR du 31 janvier 1977 sont exécutées en dehors d'un laboratoire agréé mais dans un hôpital, alors le numéro de l'hôpital doit, désormais, être mentionné comme lieu de prestation (et plus le numéro du laboratoire de l'hôpital).

- **Précision de l'ET 50 Z 20-21 (date prescription)**

  Il est précisé que cette zone est égale à zéro lorsque la zone 26 = 4.

- **Adaptation et actualisation de l'ET 50 Z 26 (norme prescripteur)**

  Biologie clinique

  Dans l'ET 50 Z 26 S 5, une situation supplémentaire est prévue pour les prestations de biologie clinique qui sont exécutées par un biologiste clinique et qui ont été prescrites par le biologiste clinique même.

  Médecine nucléaire

  La description des situations possibles concernant les prestations de l'art.18, §2, B, e) a été actualisée.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/3/2013 (en d'autres termes, prestations pour lesquelles les zones 5 et 6 sont supérieures ou égales à 20130301).

8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
565014	565600	10/11/2012	28/11/2012	1/1/2013
Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
588615	588663	10/11/2012	28/11/2012	1/1/2013
588696	588700	10/11/2012	28/11/2012	1/1/2013
588733	588766	10/11/2012	28/11/2012	1/1/2013
684655	684666	3/9/2012	17/9/2012	1/11/2012

9. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
232315	232326	13/11/2012	30/11/2012	1/1/2013
477573	477573	Correction: ce code a été supprimé par inadvertance lors de la MAJ précédente. Il doit bien être repris dans la liste.		
565574	565585	10/11/2012	28/11/2012	1/1/2013

10. Liste « implants ».

- Correction
  Pour la prestation 703415-703426, des enregistrements statistiques doivent être mentionnés. La codification « type implant » = 1 au lieu de 0 dans la liste.

  Date d'application : Mois facturé février 2013.

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
736971	736982	25/10/2012	11/12/2012	1/2/2013
Feuille Z 43 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
684655	684666	3/9/2012	17/9/2012	1/11/2012

11. <u>Liste « codes erreur ».</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/1

Pages à remplacer :

- pages 3, 14;
- annexes 6, 6.5, 9.3, 12.2, 13.2, 16.20, 18.2 ;
- ET 20 Z 18, Z 47;
- ET 40 Z 4 S 1, S 3, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 49 ;
- ET 50 Z 3 S 2, Z 4 S 23, Z 14, Z 16, Z 27, Z 49 ;

Pages à ajouter :

- pages 26bis, 26ter;
- annexe 14.27.

1. **<u>Centralisation des mutualités wallonnes de l'OA300</u>, pages 3, 14, 26bis, 26ter, ET 20 Z 18.**

   A partir du 01/01/2014, le traitement des facturations sur support magnétique ou électronique pour les mutualités socialistes wallonnes (305, 315, 317, 319, 323, 325) sera centralisé sur le site de la mutualité du Centre, Charleroi et Soignies (317).

   Cette nouvelle procédure entraine une adaptation des instructions de l'ET 20 Z 18 et l'ajout d'instructions concernant cette centralisation.

   <u>Date d'application</u> : Date de création du support (ET 10 Z 25-26) ≥ 20140101.

2. **<u>Centralisation de la Caisse des Soins de Santé de la SNCB-Holding,</u> page 3.**

   La Caisse des Soins de Santé (CSS) passe à un traitement centralisé des factures des MRPA, MRS, CSJ , MSP et habitations protégées à partir du 1er trimestre 2013.
   Dorénavant, les factures papier et les notes d'échéances devront être envoyées au bureau administratif central (OA 900).
   Cela n'a pas d'impact sur les instructions de facturation électroniques.
   Pour plus d'informations, nous vous renvoyons au courrier spécifique qui a été envoyé par l' organisme assureur aux institutions concernées.

   <u>Date d'application</u> : Facturation à partir du 1er trimestre 2013.

3. **<u>Simplification des codes de qualification des laboratoires</u>, annexe 16.20.**

   Suite à la simplification des codes de qualification des laboratoires, les instructions de l'annexe 16.20 sont adaptées.
   Un code de qualification (= trois derniers chiffres du n° d'agrément) définitif a été attribué à chaque laboratoire à partir du 1er mars 2013 : 998 pour la biologie clinique, 997 pour l'anatomopathologie et 996 pour la génétique humaine.

   <u>Date d'application :</u> Prestations exécutées à partir du 1/3/2013.

4. **<u>Contraception des jeunes,</u> annexes 9.3, 14.27, ET 40 Z 4 S 1, S 3, Z 19, Z 27, Z 30-31.**

   Un d'AR fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les jeunes est en préparation. Cet AR sera également d'application pour certaines délivrances ambulatoires par les officines hospitalières.

   <u>Adaptation des instructions de facturation:</u>

   - Création de 4 nouveaux pseudo-codes catégorie
   - Remplissage des zones montant:
     - Contraceptifs <u>remboursables</u> :
       L'intervention spécifique est mentionnée dans la zone 19 (intervention AMI), ensemble avec l'intervention normale.
       La zone 27 (intervention personnelle) est diminuée du montant de l'intervention spécifique.

     - Contraceptifs <u>non-remboursables</u> :

L'intervention spécifique est mentionnée dans la zone 19 (intervention AMI).
La différence entre le prix et l'intervention spécifique est mentionnée dans la zone 30-31 (supplément).

Deux exemples élaborés ont été ajoutés dans les annexes 14.

Date d'application : Délivrances à partir du 1/9/2013 (sous réserve de publication de l'AR).

5. Zone "date de facturation", annexes 12.2, 13.2, 18.2, ET 20 Z 47.

Le remplissage de la zone est uniquement obligatoire pour les hôpitaux et les centres de rééducation.
Pour les autres tiers, le remplissage est facultatif c'est-à-dire que la zone pourra être remplie soit avec des zéros soit avec une date valide.

Les instructions de facturation sont adaptées en ce sens.

Date d'application : Mois facturé mars 2013.

6. Numéro du pharmacien titulaire, ET 40 Z 49.

Il est précisé que c'est le numéro d'identification du pharmacien qui a signé la facture récapitulative qui doit être mentionné dans la zone 49 de l'enregistrement 40.

Date d'application : Délivrances à partir du 1/4/2013.

7. Produits visco-élastiques, ET 50 Z 3 S 2, Z 4 S 23.

L'AR du 14/1/2013 (MB du 18/2/2013) supprime plusieurs codes nomenclature pour les produits visco-élastiques.
Les produits visco-élastiques seront, dorénavant, facturés sous les codes nomenclature 704093-704104 ou 682393-682404. Aucune liste limitative ne sera liée à ces prestations et aucun code de notification ne devra être mentionné.

Impact sur les instructions de facturation

- Le système de facturation des combinaisons de produits visco-élastiques décrit dans l'ET 50 Z 3 S 2 et illustré dans l'exemple de l'ET 50 Z 4 S 23 est supprimé.
- Les codes 682393 à 682522 sont supprimés de la liste « implants »
- Les codes 682415 à 682522 sont supprimés de la liste « prestation relative » et le code 704093-704104 est ajouté à cette liste.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/4/2013.

8. Nouvelle législation anatomopathologie, ET 50 Z 14.

Suite à l'AR 5/12/2011 (MB 13/02/2012) relatif à l'agrément des laboratoires d'anatomie pathologique les labos qui facturent des prestations d'anatomopathologie doivent à partir du 1er mars 2013 disposer d'un agrément pour l'anatomopathologie. Donc, les instructions de facturation de l'ET 50 Z 14 sont adaptées.

Cependant, une période transitoire est prévue jusqu'au 31 mai 2013 durant laquelle les labos de biologie clinique peuvent continuer à facturer les prestations de l'article 32 de la nomenclature (à l'exception des prestations HPV pour lesquelles un agrément spécifique reste nécessaire).

Pour plus d'informations, nous vous renvoyons au courrier spécifique qui a été envoyé aux laboratoires concernés et à la circulaire OA 2013/120.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/3/2013.

9. Convention relative à l'activité de l'aide soignant au sein d'un service de soins infirmiers à domicile, annexes 6, 6.5, ET 50 Z 16, Z 49.

Ce projet étant reconduit chaque année par la conclusion d'avenants à la convention, les instructions de facturation publiées via circulaire OA (2007/284, 354 et 485) et sur le site de l'INAMI (Accueil >Dispensateurs de soins individuels> Infirmier(e)s> Convention relative à l'activité de l'aide soignant) sont intégrées à la version coordonnée des instructions de facturation.

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

10. Intervention personnelle implants, ET 50 Z 27.

Suite à la publication de l'AR du 11/2/2013 (MB 25/2/2013), les codes nomenclature 699952-699963 ont été ajoutés à la liste des codes pour lesquels une intervention personnelle est prévue.

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/4/2013.

11. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
590450	590450	19/02/2013	28/02/2013	1/3/2013
597542	597542	19/02/2013	28/02/2013	1/3/2013
679932	679943	pseudo-code		1/12/2012 (*)
Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
742711	742711	Correction : ces codes ne devaient pas figurer dans la liste		(**)
743190	743190	Correction : ces codes ne devaient pas figurer dans la liste		(**)

(*) Ce pseudo-code existe depuis l'entrée en vigueur de la Convention entre les audiciens et les organismes assureurs mais il a été oublié dans la liste.

(**) Date d'application : Mois facturé avril 2013.

12. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
451835	451846			1/4/2013(*)
699775	699801	4/12/2012	28/1/2013	1/3/2013
699952	699963	11/2/2013	25/2/2013	1/4/2013
704093	704104	14/1/2013	18/2/2013	1/4/2013
733456	733460	11/2/2013	25/2/2013	1/4/2013
Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
682415	682522	14/1/2013	18/2/2013	1/4/2013

(*) Ce code existe déjà depuis longtemps, mais il a été oublié dans la liste. La prestation relative doit obligatoirement être remplie pour les prestations effectuées à partir du 1/4/2013.

13. Liste « implants ».

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
737752	737785	11/2/2013	25/2/2013	1/4/2013
Feuille Z 43 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
682393	682522	14/1/2013	18/2/2013	1/4/2013
Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
699952	699963	11/2/2013	25/2/2013	1/4/2013
715956	715960	4/12/2012	28/1/2013	1/3/2013

14. Liste « codes erreur ».

Une nouvelle édition 2013 de la liste des codes erreur est publiée sur le site de l'INAMI.
Il s'agit simplement de mettre à jour certaines références et de supprimer les informations obsolètes.

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/2

Pages à remplacer :

- Annexe 14.27;
- ET 50 Z 4 S 2, Z 5, Z 6, Z 13, Z 19, Z 22, Z 27.

Pages à ajouter :

- ET 50 Z 19 S 1.

1. **<u>Contraception des jeunes,</u> annexe 14.27.**

   L'exemple 30 a été corrigé.

   <u>Date d'application:</u> Délivrances à partir du 1/9/2013 (sous réserve de publication de l'AR).

2. **<u>Pseudo-codes nomenclature rééducation fonctionnelle (trajet de soins),</u> ET 50 Z 4 S 2.**

   Suite à l'A.R. du 11/02/2013 (MB 13/03/2013), le matériel dans le cadre du trajet de soins « diabète » et du programme « éducation et autogestion » sera remboursé, à partir du 1/4/2013,
   sur base de l'A.R. des moyens diagnostiques (AR 24/10/2002) et plus dans le cadre de l'A.R. du 10/1/1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation. Les pseudo-codes de la nomenclature de rééducation concernés sont, donc, supprimés.

   <u>Date d'application:</u> Prestations exécutées à partir du 1/4/2013.

3. **<u>Biologie clinique, médecine nucléaire, anatomo-pathologie et examens génétiques,</u> ET 50 Z 5, Z 6, Z 13.**

   Une exception est prévue dans la définition des zones 5 et 6 pour la situation où la date de prélèvement de l'échantillon est antérieure à la date de prescription (situation où un « ancien échantillon » est réutilisé).

   <u>Date d'application:</u> Prestations exécutées à partir du 1/3/2013.

4. **<u>Règles de calcul et d'arrondi pour le lait maternel,</u> ET 50 Z 19, Z 19 S 1, Z 22.**

   Des règles sont publiées concernant le calcul et l'arrondi de l'intervention AMI pour les pseudo-codes 695052-695063 (lait maternel)

   <u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/5/2013.

5. **<u>Intervention personnelle implants,</u> ET 50 Z 27.**

   Suite à la publication de l'AR du 30/1/2013 (MB 29/3/2013), les codes nomenclature 703430 à 703485 y compris (art. 35) ont été ajoutés à la liste des codes pour lesquels une intervention personnelle est prévue.

   <u>Date d'application:</u> Prestations exécutées à partir du 1/5/2013.

6. **<u>Liste « prescripteur ».</u>**

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
104355	104355	19/2/2013	28/3/2013	1/5/2013
104650	104650	19/2/2013	28/3/2013	1/5/2013
794113	794150	11/02/2013	13/03/2013	1/4/2013
794172	794172	17/10/2011	16/11/2011	1/12/2011
794194	794231	11/02/2013	13/03/2013	1/4/2013

7. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
703430	703463	31/1/2013	29/3/2013	1/5/2013

8. Liste « implants ».

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
703430	703485	31/1/2013	29/3/2013	1/5/2013

9. Liste « codes erreur ».

Il n'y a pas de modifications.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/3

Pages à remplacer :

- Pages 1, 2 ;
- Annexe 1.1;
- ET 10 Z 13 ;
- ET 40 Z 4 S 1, S 4, S 5 ;
- ET 50 Z 4 S 5, S 12, Z 14 S 3, Z 47 ;
- ET 80 Z 20-21.

Pages à ajouter :

- Page 2 bis.

1. Facturation par le Conseil Médical, Page 1, ET 80 Z 20-21.

Le règlement du 25/3/2013 (MB 22/4/2013) prévoit la modification des documents de facturation et la possibilité de suppression de la facture papier pour les Conseils Médicaux.
Dans ce cadre, les OA devront aussi transmettre annuellement un fichier au SPF finances avec la mention des numéros des notes d'honoraires, de la date de la facture et du montant total de chaque note d'honoraires.
C'est pourquoi, comme les (gestionnaires des) hôpitaux, les Conseils Médicaux devront aussi obligatoirement remplir la zone 20-21 de l'ET 80 (date de la facture) qu'ils aient l'autorisation de suppression de la facture individuelle papier ou non.

A la page 1 des instructions de facturation, la "note d'honoraires" (annexe 83 du Règlement) est, donc, ajoutée et les instructions de l'ET 80 Z 20-21 sont adaptées.

Date d'application : Factures établies à partir du 1er juillet 2013 (ET 10 Z 25-26 ≥ 20130701).

2. Elargissement du bloc d'enregistrements « journée d'entretien établissement hospitalier » et envoi supplémentaire de correction, Pages 2, 2bis, ET 10 Z 13.

- **Elargissement du bloc d'enregistrements « journée d'entretien établissement hospitalier »**

  Actuellement, le bloc d'enregistrements « journée d'entretien établissement hospitalier » ne comprend que les journées et les interventions personnelles.
  Dans le cadre d'une gestion simplifiée des rejets et d'une meilleure qualité des données de facturation, ce bloc d'enregistrements est « élargi ».

  Principes de cet « élargissement » du bloc :

  - La facture du séjour est rejetée en bloc lorsque soit, l'enregistrement montant par admission, soit l'enregistrement montant par jour ou soit l'enregistrement quote-part personnelle de la journée d'entretien est erroné.

  - Seules les erreurs détectées dans ces 3 enregistrements (montant par admission, montant par jour ou quote-part personnelle de la journée d'entretien) sont comptabilisées dans le pourcentage d'erreurs du fichier de facturation.

  - Les organismes assureurs effectuent le contrôle complet de la facture même en cas de rejet en bloc (le contrôle de la facture se poursuit et les erreurs éventuelles sont communiquées au tiers).

  Nouveaux codes erreur

  - Création de 3 nouveaux codes erreur (R 300129, R 400129, R 500129) pour rejeter en bloc les enregistrements de la facture dans laquelle un des 3 enregistrements visés est erroné. Exceptionnellement, ces codes erreur R ne sont pas comptabilisés dans le pourcentage d'erreurs pour l'acceptation du fichier de facturation.

  - Création d'un code erreur F 201110 pour rejeter une facture de l'envoi supplémentaire de correction (explication ci-dessous) si le type de facturation (ET 20 Z 11) est différent de 1, 3 ou 4.

Exemple

- L'enregistrement montant par admission(ex : 768003) est rejeté avec le code erreur R 300440 *((Pseudo-)code nomenclature journée et/ou forfait non autorisé pour cet établissement (ET 30 Z 14)).*

Les enregistrements montant par jour et intervention personnelle sont alors rejetés en bloc avec le code erreur R 300419 (*enregistrement "intervention personnelle" correspondant rejeté ou l'enregistrement "intervention assurance" correspondant rejeté).*
Les autres enregistrements correctes de la facture sont alors aussi rejetés en bloc avec les nouveaux codes erreur R 300129, R 400129 et R 500129 (*enregistrement rejeté suite à une erreur dans un enregistrement "montant par admission", "montant par jour" ou "intervention personnelle"de la journée d'entretien)* mais ne sont pas comptabilisés dans le pourcentage d'erreurs pour l'acceptation du fichier de facturation.

- L'enregistrement honoraires forfaitaires pour la permanence (590181) mentionné sur la facture est rejeté avec le code erreur R 500423 *(prestation déjà facturée).*

Le contrôle de la facture s'est poursuivi même en cas de rejet en bloc de la facture et l'erreur est communiquée au tiers et comptabilisée dans le pourcentage d'erreurs pour l'acceptation du fichier de facturation.

- **Envoi supplémentaire de correction**

Afin de pouvoir corriger et réintroduire assez vite les corrections, les hôpitaux peuvent désormais établir un envoi supplémentaire de correction par mois de facturation si il n'y a pas de facturation séparée par le conseil médical et 2 envois supplémentaires de correction (1 pour le gestionnaire de l'hôpital et 1 pour le conseil médical) par mois de facturation en cas de facturation séparée par le conseil médical.
Pour les hôpitaux psychiatriques, il s'agit d'un envoi supplémentaire de correction par trimestre ou de 2 envois supplémentaires de correction par trimestre en cas de facturation séparée par le conseil médical.
Cet envoi est identifié par la valeur '030' dans la zone 13 de l'enregistrement de type 10 (contenu de la facturation) et il ne pourra comporter que des factures avec type de facturation= 1, 3 ou 4 (réintroduction de facture, note de crédit ou facture de correction).

Les instructions de facturation de la page 2 et de l'ET 10 Z 13 sont, donc, adaptées en ce sens.

Date d'application : Mois facturé octobre 2013.

3. Données de contact de l'ANMC, annexe 1.1.

Les données de contact de l'ANMC ont été modifiées.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2013/3.

4. Pseudo-codes catégorie des spécialités génériques et copies – adaptation des libellés, ET 40 Z 4 S 1, S 4, S 5.

Les libellés des pseudo-codes catégorie des spécialités génériques et copies sont adaptés. Le terme « g » est remplacé par « gc ».

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

5. <u>Stent valvulaire percutané implantable</u>, ET 50 Z 4 S 5, Z 14 S 3.

Suite à une modification de la déclaration d'accord concernant l'intervention dans les coûts d'un stent valvulaire percutané implantable dans la position pulmonaire, la prestation 691950-691961 a été scindée en 3 nouvelles prestations 704616-704620, 704631-704642 et 704653-704664.

Les instructions de facturation de l'ET 50 Z 4 S 5, Z 14 S 4 ainsi que les listes « implants » et « prescripteur » ont, donc, été adaptées.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/7/2013 .

6. <u>Radio-isotopes</u>, ET 50 Z 4 S 12.

Suite à l'AM du 5/6/2013 (MB 7/6/2013), le radio-isotope Adreview est supprimé de la liste des spécialités remboursables.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/6/2013.

7. <u>Zone "date de l'accord prestation"</u>, ET 50 Z 47.

Dans le cadre de la simplification du fichier de facturation, il a été décidé de supprimer ou rendre facultatif le remplissage des zones dites « inutiles ». Après examen, il s'avère que la zone "date de l'accord prestation" en fait partie.
Donc, à partir du mois facturé juillet 2013, le remplissage de la zone 47 de l'ET 50 est facultatif c'est-à-dire que la zone peut être égale à zéro mais si une date est mentionnée, alors il doit s'agir d'une date valable.

<u>Date d'application</u> : Mois facturé juillet 2013.

8. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
704616	704664	Pseudo-codes		1/7/2013

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
691950	691961	Pseudo-codes		1/7/2013

9. <u>Liste « prestation relative ».</u>

<u>Correction</u>

Suite à une modification avec effet rétroactif de l'art.35 (AR 31/1/2013 MB 29/3/2013), la mention d'une prestation relative n'est plus obligatoire pour les prestations 703275 à 703301 incluse lorsqu'elles ont été utilisées lors d'un anévrisme entre le 1/10/2011 et le 1/5/2013. Cette remarque est ajoutée dans la colonne « remarque » des prestations concernées.

10. <u>Liste « implants ».</u>

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
704616	704620	Pseudo-codes		1/7/2013

Feuille Z 43 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
691950	691961	Pseudo-codes		1/7/2013

11. <u>Liste « codes erreur ».</u>

- Des nouveaux codes erreur ont été créés dans le cadre de l'élargissement du bloc d'enregistrements « journée d'entretien établissement hospitalier » et de l'envoi supplémentaire de correction (voir point 2 ci-dessus).

- D'autres codes erreur ont aussi été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

- Dans la liste des blocs d'enregistrements :

  - le bloc 2 « Journée d'entretien établissement hospitalier » est adapté.
    <u>Date d'application</u> : Mois facturé octobre 2013.

  - 2 nouveaux blocs d'enregistrements sont ajoutés dans le cadre de la concertation oncologique multidisciplinaire. Si le supplément d'honoraires est facturé, la concertation ou la participation et le supplément concerné exécutés par le même prestataire, le même jour et pour un même patient forment un bloc d'enregistrements.
    <u>Date d'application</u> : Mois facturé juillet 2013.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/4

Pages à remplacer :

- Pages 19, 21, 22, 23;
- Annexes 1.1, 7 suite1, 16.3;
- ET 20 Z 10;
- ET 30 Z 4 S 5, S 7, S 9, S 14, Z 5, Z 13, Z 22;
- ET 40 Z 4 S 1, S 4, S 5 ;
- ET 50 Z 3, Z 4 S 1, S 3, Z 13, Z 14 S 1, Z 15 S 1, Z 22, Z 26, Z 26 S 2, S 3, S 4, Z 30-31, Z 34.

1. **<u>Fusions de mutualités – suppression des information dépassées</u>, pages 19, 21, 22, 23.**

   Les instructions concernant les fusions passées ont été supprimées.

   <u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2013/4.

2. **<u>Données de contact UNMS et ANMC</u>, annexe 1.1.**

   Les données de contact de l'UNMS et de l'ANMC ont été modifiées.

   <u>Date d'application</u> : Date de publication de la mise à jour 2013/4.

3. **<u>Nouveau check-digit pour les numéros INAMI des praticiens de l'art infirmier,</u> annexe 16.3.**

   Le check-digit des numéros INAMI qui seront attribués à partir du 1/10/2013 aux praticiens de l'art infirmier (séries 41 à 49 inclue) sera calculé selon la méthode du modulo 89 et plus selon le modulo 97. L'identification unique devra, désormais, s'effectuer sur base des 8 premières positions du numéro et plus sur base des 6 premières positions. Concrètement, cela signifie qu'il est possible que les 6 premiers chiffres du numéro INAMI de 2 praticiens de l'art infirmier différents soient identiques.

   <u>Date d'application</u> : 1/10/2013.

4. **<u>Convention de rééducation douleur chronique</u>, ET 20 Z 10, ET 30 Z 4 S 14, ET 50 Z 4 S 3, Z 13, Z 15 S 1.**

   La convention de rééducation susmentionnée prend fin le 30/6/2013. Les pseudo-codes concernés sont, donc, supprimés à partir du 1/7/2013.

   <u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/7/2013.

5. **<u>Convention de rééducation oxygénothérapie de longue durée</u>, ET 30 Z 4 S 9.**

   Un nouveau pseudo-code est ajouté pour l'oxygénothérapie de longue durée avec un oxyconcentrateur portable exclusivement.

   <u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/8/2013.

6. **<u>Postcure de rééducation</u>, ET 30 Z 4 S 5, Z 5, Z 13, Z 22.**

   Le 3e avenant à la Convention entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs prévoit un nouveau système de postcure de rééducation pour lequel la formule classique et la formule expérimentale sont intégrées en une seule formule (facturation d'un montant fixe par heure de postcure effectivement prestée et indivisible).

   Les 3 pseudo-codes existants de l'ET 30 Z 4 S 5 sont, donc, supprimés et remplacés par 1 nouveau pseudo-code.
   Des enregistrements séparés par jour doivent être établis ((Z 5 = Z 6).
   Le nombre d'heures doit être mentionné dans la Z 22.

   <u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/1/2014.

7. <u>Intervention en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP</u>, annexe 7 suite 1, ET 30 Z 4 S 7.

Suite au 4e avenant à la convention entre les maisons de soins psychiatriques et les organismes assureurs, le pseudo-code existant 762775 est supprimé et remplacé par 8 nouveaux pseudo-codes. L'actuelle intervention forfaitaire de 4 EUR par jour de séjour est remplacée par une intervention différentiée selon la catégorie à laquelle appartient le patient.

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/10/2013.

8. <u>Pseudo-codes moyens de contraste</u>, ET 40 Z 4 S 1, S 4, S 5.

Le libellé des pseudo-codes pour les moyens de contraste est complété. Tous les moyens de contraste de la classe ATC V08 doivent être facturés sous ces pseudo-codes, non seulement ceux de la catégorie B mais aussi ceux de la catégorie Bgc ou Br.

<u>Date d'application</u> : Il s'agit d'une précision.

9. <u>Défibrillateurs cardiaques implantables</u>, ET 50 Z 3.

Les défibrillateurs cardiaques sont ajoutés dans le libellé du code norme 6.
Il est, donc, parfaitement possible que le prix d'achat soit inférieur au prix repris dans la liste. Dans ce cas, ils sont facturés à hauteur du prix d'achat et la norme 6 doit être utilisée.

<u>Date d'application</u> : mois facturé octobre 2013.

10. <u>Frais de déplacement des accoucheuses</u>, ET 50 Z 4 S 1, Z 22.

Depuis le 1/2/2013, les séances prénatales des accoucheuses peuvent également être facturées en tiers payant (voir 5e avenant à la Convention Accoucheuses – OA).

Par conséquent, les frais de déplacement dans le cadre des séances prénatales en cas de grossesse à risque (art. 5, §1 de la Convention) peuvent également être facturés en tiers payant.
Le pseudo-code concerné (422973) est, donc, ajouté dans l'ET 50 Z 4 S 1.
Dans l'ET 50 Z 22, le nombre de kilomètres doit être mentionné.

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/2/2013.

11. <u>Prestations de logopédie dispensées dans les locaux d'un établissement avec une convention C.R.A.</u>, ET 50 Z 14 S 1.

Suite à l'AR du 4/7/2013 (MB 16/7/2013), une série de prestations de logopédie sont supprimées.

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/9/2013.

12. Droit de substitution des radiologues, ET 50 Z 26, Z 26 S 2, S 3, S 4.

Un AR modifiant l'art. 17 de la nomenclature est en préparation. Cet AR donnera la possibilité aux radiologues de remplacer un examen proposé par le prescripteur par un autre examen de l'art. 17 ou 17bis.
Ces prestations « substituées » doivent être indiquées avec un des nouveaux codes norme (5 ou 6) de l'ET 50 Z 26 (norme prescripteur).

On en a également profité pour corriger les combinaisons valides pour les prestations de radiologie de l'art.17ter (Z 26 S 4). Le 1er paragraphe (prestataire avec une double qualification dont le radiodiagnostic) a été supprimé.

Date d'application: 1er jour du 2ème mois après publication de l'AR au Moniteur.

13. Supplément implants, ET 50 Z 30-31.

Pour la prestation 735276-735280 (cortex osseux), un supplément peut être facturé.
Les instructions de la zone « supplément » sont, donc, complétées.

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

14. Membre traité, ET 50 Z 34.

Une série de prestations de l'art.14, f), 4° de la nomenclature (chirurgie vasculaire) peuvent être facturées par membre. Pour ces prestations, le membre traité doit, désormais, être rempli.

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/11/2013.

15. Liste « prescripteur ».

Il n'y a pas de modifications.

16. Liste « prestation relative ».

- Prestation relative pour l'anesthésie
  La remarque en regard des codes 201272-201283 est adaptée comme suit : « *Si pas de prestation facturable donnant lieu à l'anesthésie, prestation relative = 767012-767023* ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
737796	737940	24/6/2013	26/8/2013	1/10/2013
Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
731356	731382	24/6/2013	26/8/2013	1/10/2013
732233	732303	24/6/2013	26/8/2013	1/10/2013
732410	732421	24/6/2013	26/8/2013	1/10/2013
733574	733585	24/6/2013	26/8/2013	1/10/2013

17. Liste « implants ».

Il n’y a pas de modifications.

18. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/5

Pages à remplacer :

- Page 30;
- Annexe 7 suite 1, 16.19, 17.1, 17.2;
- ET 30 Z 3, Z 4 S 1, S 2, S 4, S 7, S 14, Z 5, Z 13, Z 13 S 1, Z 33;
- ET 40 Z 4 S 4, Z 5, Z 6, Z 10, Z 13, Z 16, Z 19, Z 40-41;
- ET 50 Z 3, Z 4 S 3, S 4, S 5, S 6, S 14, Z 10, Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 4, Z 22, Z 34, Z 49.

Pages à ajouter:

- Pages 29bis, 29ter;
- ET 30 Z 13 S 3 et S 4.

1. **Mutation collective de la mutualité 509 vers la mutualité 526, p. 29bis, 29ter.**

Au 1/1/2014, les assurés de la Région Flamande de la Mutualité 509 – Euromut feront l'objet d'une mutation collective vers la 526 Mutualité Partena.
Les modalités pratiques concernant cette mutation collective sont reprises aux pages 29bis et 29ter.

Date d'application : 1/1/2014**.**

2. **Nouveaux Offices Régionaux CAAMI, p. 30.**

A partir du 1/1/2014, 2 nouveaux Offices Régionaux. seront créés :
Brabant Flamand: 612
Brabant Wallon: 622

Les membres actuels de l'Office Régional 602 sont libres de choisir d'aller dans un nouvel Office Régional. Le changement se fera petit à petit par inscription à partir du 1/1/2014.

La page 30 est adaptée en conséquence.

Date d'application : 1/1/2014.

3. **Signe d'un montant ou d'un nombre égal à zéro, annexe 7 suite 1.**

Si un montant ou un nombre est égal à zéro, alors le signe algébrique ne peut désormais plus faire l'objet de rejets. Pour les montants et les nombres égaux à zéro, une exception est prévue à la règle générale qui dit que dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones.

Date d'application : Mois facturé décembre 2013.

4. **Mesures d'économies hôpitaux, annexes 17.1, 17.2, ET 30 Z 3, Z 4 S 1, S 2, S 4, S 7, Z 5, Z 13, Z 13 S 1, S 3, S 4, Z 33, ET 40 Z 4 S 4, Z 5, Z 6, Z 13, Z 16, Z 19, Z 40-41, ET 50 Z 3, Z 13, Z 13 S 2.**

Au 1/1/2014, une série de mesures d'économies entrent en vigueur.
Ces mesures seront encore confirmées dans une série de textes réglementaires (d'une part, la Loi et d'autre part, la Convention Hôpitaux-Organismes assureurs).
Les hôpitaux et les organismes assureurs recevront aussi une description détaillée des mesures via Circulaire.
Sous réserve de publication de ces textes réglementaires, les adaptations suivantes ont été apportées aux instructions de facturation.

4.1 Forfaits réduits par admission en cas de réadmission dans les 10 jours.

De nouveaux pseudo-codes sont créés pour les forfaits par admission réduits qui sont facturés dans l'enregistrement 30 (montant par admission BMF) ou enregistrement 40 (forfait médicaments par admission).
Dans l'enregistrement 50, un nouveau code norme est utilisé pour indiquer qu'il s'agit de forfaits par admission réduits (biologie clinique, imagerie médicale, permanence).

4.2 Journée d'entretien à la valeur de 0 EUR

De nouveaux pseudo-codes sont créés pour le montant par jour à 0 € et pour l'intervention personnelle dans la journée d'entretien à 0 €.

4.3 Mini-forfait

Le pseudo-code 761213, les pseudo-codes prestation relative (761316 et 761434) et le pseudo-code service 720 sont supprimés.

4.4 Détermination du code service de la journée d'entretien

Il est précisé que le code service doit être déterminé à 12 h (midi).

Date d'application: Hospitalisation à partir du 1/1/2014.

5. Centre de référence de l'autisme, ET 30 Z 4 S 14

La prestation 783613-783624 (module de diagnostic (8 heures)) est supprimée et remplacée par une nouvelle prestation 784571-784582 (séance de diagnostic d'1h).

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/1/2014.

6. Accouchements ambulatoires, ET 40 Z 10, ET 50 Z 10, Z 13.

2 nouvelles valeurs sont créées dans la zone 10 pour indiquer qu'il s'agit de prestations exécutées pour un nouveau-né dont la mère a accouché ambulatoirement.

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/1/2014.

7. Défibrillateurs cardiaques implantables, ET 50 Z 4 S 5, S 6.

Suite à une nouvelle convention relative aux défibrillateurs cardiaques implantables, une série de nouveaux pseudo-codes sont créés.

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/1/2014.

8. Décision du Benelux pour le transport transfrontalier urgent par ambulance, ET 50 Z 4 S 14.

Cette décision Benelux et le pseudo-code correspondant (793575) sont d'application à partir du 1/10/2013 (et pas à partir du 1/10/2012, comme indiqué par erreur dans la mise à jour 2006/36).

Date d'application: 1/10/2013.

9. <u>Matériel corporel humain</u>, ET 50 Z 22.

Il est précisé que le nombre d'unité est égal au nombre de fois que le tarif unitaire a été porté en compte.
Le matériel qui est remboursé par cm, cm^2 ou cm^3 est, donc, facturé via un seul enregistrement avec le nombre de cm, cm^2 ou cm^3 dans la zone 22.

<u>Date d'application</u>: Il s'agit d'une précision.

10. <u>Neurostimulateurs</u>, annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 3, S 4, Z 14 S 4.

L'AR du 18/10/2013 (MB 30/10/2013) modifiant l'article 35 de la nomenclature des soins de santé transfert les prestations relatives à la stimulation cérébrale profonde en cas de Parkinson et de tremblements essentiels de la catégorie 5 à la catégorie 1.
Les autres pathologies à savoir dystonie primaire, tremblements secondaires, PKAN (pantothenate kinase associated neurodegeneration) et dystonies dite secondaires restent dans la catégorie 5.
La déclaration d'accord a été adaptée en ce sens.

En conséquence, 2 nouveaux numéros d'agrément sont créés qui doivent être mentionnés comme lieu de prestation pour les prestations concernées.

<u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/12/2013.

11. <u>Membre traité</u>, ET 50 Z 34.

Il est précisé que la zone peut également être remplie facultativement pour d'autres prestations que celles énumérées.

<u>Date d'application</u>: Il s'agit d'une précision.

12. <u>Activité des aides-soignants</u>, ET 50 Z 49.

Suite à l'AR du 22/11/2013 (MB 6/12/2013), les activités des aides-soignants sont intégrées de manière structurelle dans la nomenclature. Les conventions (projet pilote aide-soignant) conclues avec les services de soins infirmiers à domicile courent jusqu'au 31/12/2013.
Les références de l'ET 50 Z 49 sont adaptées en conséquence.

<u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/1/2014.

13. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
702914	703006	Pseudo-codes		1/12/2013
703371	703404	Pseudo-codes		1/12/2013
704815	704922	Pseudo-codes		1/1/2014
604225	604225	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
604240	604240	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
604262	604262	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
604284	604284	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
604306	604306	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

604321	604321	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642224	642224	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
604586	604586	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641185	641185	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641222	641222	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641244	641244	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641266	641266	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641325	641325	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641340	641340	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641384	641384	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641406	641406	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641421	641421	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641443	641443	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641620	641620	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641642	641642	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641664	641664	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641686	641686	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641701	641701	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641723	641723	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641745	641745	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641760	641760	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641782	641782	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641804	641804	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641826	641826	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641841	641841	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641863	641863	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641885	641885	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641900	641900	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641922	641922	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641944	641944	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641966	641966	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
641981	641981	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642003	642003	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642165	642165	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642180	642180	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642202	642202	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642644	642644	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642666	642666	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642681	642681	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642703	642703	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642725	642725	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642740	642740	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642762	642762	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642784	642784	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642806	642806	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642821	642821	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642843	642843	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642865	642865	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642880	642880	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642902	642902	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642924	642924	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642946	642946	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
642961	642961	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

642983	642983	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643005	643005	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643020	643020	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643042	643042	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643064	643064	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643086	643086	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643101	643101	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643123	643123	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643145	643145	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643160	643160	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643182	643182	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643204	643204	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643226	643226	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643241	643241	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643263	643263	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643285	643285	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643300	643300	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643322	643322	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643344	643344	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643403	643403	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643425	643425	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643440	643440	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643462	643462	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643484	643484	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643506	643506	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643521	643521	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643543	643543	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643565	643565	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643580	643580	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643602	643602	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643624	643624	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643646	643646	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643661	643661	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643683	643683	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643705	643705	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643720	643720	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643742	643742	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643764	643764	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643786	643786	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643801	643801	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643823	643823	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643845	643845	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643860	643860	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643882	643882	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643904	643904	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643926	643926	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643941	643941	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643963	643963	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
643985	643985	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644000	644000	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644022	644022	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644044	644044	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644066	644066	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

644081	644081	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644103	644103	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644125	644125	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644140	644140	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644162	644162	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644184	644184	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644206	644206	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644221	644221	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644243	644243	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644265	644265	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644280	644280	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644302	644302	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644324	644324	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644346	644346	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644361	644361	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644383	644383	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644405	644405	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644420	644420	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644442	644442	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644464	644464	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644486	644486	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644501	644501	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644523	644523	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644545	644545	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644604	644604	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644626	644626	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644641	644641	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644663	644663	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644685	644685	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644700	644700	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644722	644722	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644744	644744	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644766	644766	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644781	644781	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644803	644803	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644825	644825	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644840	644840	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644862	644862	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644921	644921	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644943	644943	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
644965	644965	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645024	645024	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645046	645046	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645061	645061	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645083	645083	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645105	645105	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645120	645120	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645142	645142	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645164	645164	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645186	645186	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645201	645201	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645223	645223	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645245	645245	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

645260	645260	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645282	645282	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645304	645304	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645326	645326	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645341	645341	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645363	645363	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645385	645385	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645400	645400	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645422	645422	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645444	645444	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645466	645466	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645481	645481	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645503	645503	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645525	645525	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645540	645540	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645562	645562	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645584	645584	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645606	645606	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645621	645621	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645643	645643	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645665	645665	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645680	645680	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645702	645702	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645724	645724	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645746	645746	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645761	645761	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645783	645783	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645805	645805	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645820	645820	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645842	645842	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645864	645864	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645886	645886	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645901	645901	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645923	645923	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645945	645945	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645960	645960	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
645982	645982	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646004	646004	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646026	646026	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646041	646041	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646063	646063	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646085	646085	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646100	646100	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646122	646122	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646144	646144	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646166	646166	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646181	646181	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646203	646203	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646225	646225	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646240	646240	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646262	646262	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646284	646284	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646306	646306	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

646321	646321	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646343	646343	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646365	646365	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646380	646380	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646402	646402	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646424	646424	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646446	646446	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646461	646461	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646483	646483	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646505	646505	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646520	646520	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646601	646601	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646623	646623	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646645	646645	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646660	646660	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646682	646682	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646704	646704	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646726	646726	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646741	646741	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646763	646763	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646785	646785	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646800	646800	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646822	646822	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646844	646844	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646866	646866	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646881	646881	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646903	646903	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646962	646962	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
646984	646984	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647006	647006	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647021	647021	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647043	647043	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647065	647065	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647080	647080	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647102	647102	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647124	647124	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647146	647146	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647161	647161	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647183	647183	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647205	647205	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647220	647220	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647242	647242	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647264	647264	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647286	647286	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647301	647301	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647323	647323	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647360	647360	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647382	647382	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647404	647404	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647426	647426	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647441	647441	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647463	647463	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647485	647485	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

647500	647500	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647522	647522	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647544	647544	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647566	647566	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647581	647581	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647603	647603	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647625	647625	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647640	647640	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647662	647662	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647684	647684	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647706	647706	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647721	647721	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647743	647743	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647765	647765	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647780	647780	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647802	647802	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647824	647824	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647846	647846	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647861	647861	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647883	647883	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647905	647905	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647920	647920	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647942	647942	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647964	647964	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
647986	647986	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648001	648001	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648023	648023	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648045	648045	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648060	648060	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648082	648082	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648104	648104	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648126	648126	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648141	648141	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648163	648163	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648185	648185	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648200	648200	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648222	648222	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648244	648244	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648266	648266	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648281	648281	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648303	648303	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648325	648325	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648340	648340	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648362	648362	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648384	648384	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648406	648406	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648421	648421	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648443	648443	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648465	648465	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648480	648480	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648502	648502	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648524	648524	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648546	648546	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

648561	648561	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648583	648583	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648605	648605	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648620	648620	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648944	648944	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648966	648966	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
648981	648981	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649003	649003	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649025	649025	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649040	649040	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649062	649062	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649084	649084	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649106	649106	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649180	649180	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649224	649224	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649246	649246	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649261	649261	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649283	649283	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649305	649305	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649320	649320	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649342	649342	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649364	649364	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649386	649386	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649401	649401	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649423	649423	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649445	649445	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649460	649460	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649482	649482	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649504	649504	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649526	649526	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649541	649541	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649563	649563	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649585	649585	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649600	649600	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649622	649622	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649644	649644	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649666	649666	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649681	649681	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649703	649703	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649725	649725	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649740	649740	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649762	649762	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649784	649784	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649806	649806	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649821	649821	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649865	649865	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649880	649880	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649902	649902	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649924	649924	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649946	649946	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649961	649961	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
649983	649983	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650005	650005	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

650020	650020	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650042	650042	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650064	650064	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650086	650086	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650101	650101	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650123	650123	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650145	650145	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650160	650160	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650182	650182	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650204	650204	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650263	650263	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650285	650285	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650300	650300	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650322	650322	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650344	650344	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650366	650366	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650381	650381	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650403	650403	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650425	650425	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650440	650440	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650506	650506	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650521	650521	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650543	650543	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650565	650565	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650580	650580	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650602	650602	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650624	650624	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650646	650646	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650661	650661	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650683	650683	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650705	650705	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650720	650720	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650742	650742	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650764	650764	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650786	650786	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650801	650801	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650823	650823	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650845	650845	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650860	650860	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650882	650882	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650904	650904	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650926	650926	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650941	650941	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650963	650963	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
650985	650985	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
651000	651000	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
651022	651022	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
651044	651044	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
651066	651066	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
651081	651081	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
651103	651103	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
651125	651125	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
651140	651140	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

652540	652540	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652562	652562	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652584	652584	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652606	652606	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652621	652621	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652643	652643	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652665	652665	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652680	652680	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652702	652702	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652724	652724	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652746	652746	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652761	652761	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652783	652783	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652805	652805	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652820	652820	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652842	652842	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652864	652864	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652886	652886	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652901	652901	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652923	652923	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652945	652945	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652960	652960	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
652982	652982	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653004	653004	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653026	653026	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653041	653041	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653063	653063	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653085	653085	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653100	653100	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653122	653122	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653144	653144	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653166	653166	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653402	653402	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653424	653424	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653483	653483	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653505	653505	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653520	653520	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653542	653542	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653564	653564	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653623	653623	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653645	653645	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653660	653660	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653682	653682	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653704	653704	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653726	653726	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653881	653881	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653903	653903	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653925	653925	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653940	653940	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653962	653962	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
653984	653984	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654021	654021	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654043	654043	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

654102	654102	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654124	654124	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654146	654146	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654161	654161	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654220	654220	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654242	654242	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654301	654301	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654323	654323	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654382	654382	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654404	654404	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654426	654426	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654441	654441	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654581	654581	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654684	654684	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654706	654706	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654721	654721	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
654743	654743	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655023	655023	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655045	655045	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655060	655060	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655082	655082	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655163	655163	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655281	655281	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655303	655303	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655325	655325	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655421	655421	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655701	655701	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655745	655745	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655760	655760	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655782	655782	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655804	655804	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655826	655826	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655841	655841	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655863	655863	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
655885	655885	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656025	656025	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656040	656040	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656062	656062	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656121	656121	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656143	656143	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656224	656224	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656320	656320	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656342	656342	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656423	656423	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656445	656445	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656526	656526	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656622	656622	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656725	656725	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656740	656740	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656762	656762	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656784	656784	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656806	656806	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
656924	656924	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

657020	657020	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657042	657042	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657064	657064	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657086	657086	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657101	657101	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657123	657123	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657145	657145	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657160	657160	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657182	657182	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657226	657226	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657241	657241	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657263	657263	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657285	657285	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657300	657300	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657322	657322	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657425	657425	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657440	657440	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657521	657521	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657543	657543	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657565	657565	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657580	657580	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657624	657624	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657646	657646	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657720	657720	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657742	657742	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657823	657823	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657845	657845	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657860	657860	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657882	657882	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657926	657926	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
657941	657941	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658022	658022	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658125	658125	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658140	658140	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658162	658162	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658184	658184	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658206	658206	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658221	658221	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658243	658243	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658324	658324	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658346	658346	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658420	658420	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658442	658442	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658464	658464	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
658486	658486	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676060	676060	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676082	676082	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676104	676104	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676126	676126	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676141	676141	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676163	676163	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676185	676185	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676200	676200	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

676222	676222	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676244	676244	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676266	676266	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676281	676281	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676303	676303	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676325	676325	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676340	676340	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676362	676362	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676384	676384	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676406	676406	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676421	676421	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676443	676443	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676465	676465	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676480	676480	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676502	676502	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676524	676524	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676620	676620	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676642	676642	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676664	676664	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676686	676686	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676701	676701	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676723	676723	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676745	676745	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676760	676760	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676782	676782	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676804	676804	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676826	676826	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676841	676841	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676863	676863	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676885	676885	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676900	676900	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676922	676922	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676944	676944	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676966	676966	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
676981	676981	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677003	677003	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677106	677106	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677121	677121	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677143	677143	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677165	677165	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677180	677180	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677202	677202	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677305	677305	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677320	677320	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677342	677342	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677364	677364	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677386	677386	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677401	677401	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677423	677423	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677445	677445	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677460	677460	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677482	677482	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677504	677504	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

677526	677526	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677541	677541	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677563	677563	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677585	677585	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677600	677600	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677622	677622	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677644	677644	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677666	677666	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677681	677681	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677703	677703	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677725	677725	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677740	677740	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677762	677762	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677784	677784	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677806	677806	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677821	677821	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677843	677843	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677865	677865	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677880	677880	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
677983	677983	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
678005	678005	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696021	696021	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696043	696043	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696124	696124	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696146	696146	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696161	696161	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696183	696183	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696205	696205	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696220	696220	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696242	696242	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696264	696264	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696286	696286	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696301	696301	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696323	696323	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696345	696345	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696360	696360	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696382	696382	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696404	696404	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696426	696426	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696441	696441	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696463	696463	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696485	696485	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696500	696500	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696522	696522	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696544	696544	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696566	696566	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696581	696581	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696603	696603	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696625	696625	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696640	696640	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696662	696662	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696684	696684	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696706	696706	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

696721	696721	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696743	696743	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696765	696765	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696780	696780	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
696802	696802	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
697082	697082	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013
697104	697104	18/10/2013	25/10/2013	1/12/2013

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
691633	691865	Pseudo-codes		1/1/2014
698552	698703	Pseudo-codes		1/12/2013
698876	698902	Pseudo-codes		1/12/2013
699930	699941	Pseudo-codes		1/1/2014

14. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
704174	704222	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
704933	704966	Pseudo-codes		1/1/2014
738010	738065	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
738076	738080	30/8/2013	21/10/2013	1/12/2013

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
688656	688682	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
699915	699926	Pseudo-codes		1/1/2014
733795	733806	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
733972	733983	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
761213	761213	Pseudo-codes		1/1/2014

15. <u>Liste « implants ».</u>

Feuille Z 43 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
702914	703006	Pseudo-codes		1/12/2013
703371	703404	Pseudo-codes		1/12/2013
704130	704605	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
704815	704922	Pseudo-codes		1/1/2014
716516	716844	18/10/2013	30/10/2013	1/12/2013
738010	738065	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
738076	738080	30/8/2013	21/10/2013	1/12/2013

Feuille Z 43 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
688531	688564	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
688590	688623	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
688656	688682	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
688715	688741	24/10/2013	28/11/2013	1/1/2014
691633	691865	Pseudo-codes		1/1/2014
698552	698703	Pseudo-codes		1/12/2013
698876	698902	Pseudo-codes		1/12/2013
699930	699941	Pseudo-codes		1/1/2014

16. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/6

Pages à remplacer :

- Aperçu des annexes, annexe 6 ;
- ET 10 Z 1, Z 13 ;
- ET 20 Z 24-25 ;
- ET 50 Z 13, Z 14 S 1, Z 16, Z 49.

Pages à ajouter:

- Annexes 6.5bis, 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.5, 20.6 ;
- ET 51 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 8a-8b, Z 15, Z 19, Z 27, Z 42-43-44-45, Z 55, Z 99.

1. **<u>Facturation électronique par les médecins généralistes (projet "e-fact")</u>, aperçu des annexes, annexes 6, 6.5bis, 20.1, 20.2, 20.3, 20.4, 20.5, 20.6, ET 10 Z 1, Z 13, ET 20 Z 24-25, ET 50 Z 16, Z 49, ET 51 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 8a-8b, Z 15, Z 19, Z 27, Z 42-43-44-45, Z 55, Z 99.**

   Dans le cadre du projet "e-fact" les (groupements de) médecins généralistes pourront désormais transmettre des fichiers de facturation électroniques via MyCarenet.
   Ces fichiers doivent être établis selon le lay-out général en vigueur.

   Cependant, dans le cadre de « e-fact », un engagement de paiement sur la tarification est prévu (au niveau des prestations individuelles). C'est pourquoi, un nouvel enregistrement 51 est créé avec plusieurs zones nécessaires pour le contrôle de cet engagement de paiement.

   Dans l'ET 50 Z 16, un nouveau code norme 4 est créé pour indiquer que le médecin a accès aux données du DMG mais qu'il n'est pas le gestionnaire de celui-ci (lettre « G » sur l'attestation de soins).
   Dans ce cadre, la signification de la zone « identification aide soignant » (ET 50 Z 49) est généralisée comme suit « dispensateur auxiliaire ». Si la zone 16 = 4, le gestionnaire du DMG doit alors être mentionné dans la zone 49.

   Dans la nouvelle annexe 20, on donne un aperçu de la manière de remplir les différentes zones du fichier de facturation, spécifiquement pour les médecins généralistes.

   <u>Date d'application prévue</u>: 1/1/2015 (sous réserve).

2. **<u>Code service pour les prestations effectuées sur prescription,</u> ET 50 Z 13 .**

   La règle suivante est supprimée : « 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 ».
   Désormais, la règle générale est valable : (pseudo-)code service à la date de prestation.

   <u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/2/2014.

3. **<u>Prestations de logopédie exécutées dans les locaux d'un établissement avec une convention C.R.A</u>, ET 50 Z 14 S 1.**

   Suite à la publication de l'AR du 4/7/2013 (MB 16/7/2013), une série de prestations de logopédie ont été indiquées dans l'ET 50 Z 14 S 1 comme « supprimées à partir du 1/9/2013 ».
   Il est précisé que les prestations concernées peuvent encore être facturées pour les prestations exécutées après le 1/9/2013 et avant le 1/5/2014 si la demande au médecin conseil a été introduite avant le 1/5/2012.

   <u>Date d'application</u>: Il s'agit d'une précision.

4. **<u>Liste « prescripteur ».</u>**

   Pas de modifications.

5. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
276091	276183	24/10/2013	28/11/2013	1/2/2014 (*)
277432	277443	24/10/2013	28/11/2013	1/2/2014 (*)
277653	277664	24/10/2013	28/11/2013	1/2/2014 (*)

(*) Cependant, pour ces prestations, la zone prestation relative (Z 17-18) peut (facultatif) déjà être remplie pour les prestations exécutées à partir du 1/1/2014.

Honoraires forfaitaires par admission de biologie clinique

Dans la feuille "remarques 3", le pseudo-code 767421 (montant par admission en cas de réadmission dans les 10 jours) est ajouté comme prestation relative possible pour les honoraires forfaitaires par admission de biologie clinique.

6. Liste « implants ».

Feuille Z 43 - Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
704896	704922	Pseudo-codes		1/1/2014 (*)

Feuille Z 55-56 - Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
704896	704922	Pseudo-codes		1/1/2014 (*)

(*) Il s'agit d'une correction : les pseudo-codes 704896-704900 et 704911-704922 (électrodes pour défibrillateurs cardiaques) ont été ajoutés dans la feuille Z 43 par inadvertance lors de la mise à jour précédente. Ils doivent bien être repris dans la feuille Z 55-56.

7. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/7

Pages à remplacer :

- p. 13
- annexes 6, 6.1, 6.7, 11.1, 11.5, 12.1, 12.3, 12.5, 13.1, 13.7, 18.1, 18.6, 20.1, 20.4, 20.6;
- ET 20 Z 3;
- ET 30 Z 4 S 14, Z 17-18, Z 32;
- ET 40 Z 17-18;
- ET 50 Z 3, Z 3 S 1, Z 4 S 27, S 28, S 29, S 31, S 33, S 34, S 37, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 1, Z 15, Z 17-18, Z 20-21, Z 24-25, Z 27, Z 32;

Pages à ajouter:

- ET 10 Z 27;
- ET 90 Z 27.

1. **<u>Nouvelle zone « numéro BCE »</u>, annexes 6, 6.1, 6.7, 11.1, 11.5, 12.1, 12.5, 13.1, 13.7, 18.1, 18.6, 20.1, 20.6, ET 10 Z 27, ET 90 Z 27.**

   Dans le cadre de la suppression des factures papier (qui sera élargie au fur et à mesure aux autres secteurs que les hôpitaux), une nouvelle zone est créée dans les ET 10 et 90 pour le remplissage du numéro BCE du tiers qui facture.

   <u>Date d'application</u> :
   Remplissage facultatif à partir du mois facturé juillet 2014.
   Remplissage obligatoire à partir du mois facturé janvier 2015 pour les hôpitaux, les laboratoires, les praticiens de l'art infirmier et les médecins généralistes.

2. **<u>Facturation électronique par les médecins généralistes (projet « e-fact »)</u>, p. 13, annexe 20.4, ET 20 Z 3, ET 30 Z 32, ET 50 Z 32.**

   Dans la mise à jour 2013/6, les instructions de base ont été publiées pour la facturation par les médecins généralistes.

   Dans la mise à jour actuelle, une précision est apportée concernant l'ordre des enregistrements : chaque enregistrement 51 doit toujours être précédé par un enregistrement 50.

   Dans l'ET 50 Z 32 (exception interdiction régime du tiers payant), un certain nombre de nouvelles valeurs sont ajoutées.
   Dans les enregistrements de type 30 et 40, la zone 32 est désormais mise à zéro.
   La description de l'ET 20 Z 3 est adaptée en conséquence. La zone est aussi actualisée suite à la disparition de la carte SIS.

   Dans l'annexe 20.4, une correction est apportée : dans la zone 4 de l'enregistrement 51, le (pseudo-) code nomenclature doit être rempli.

   Une série de codes erreur ont également été créés (voir point 12).

   <u>Date d'application prévue</u> : 1/1/2015 (sous réserve).

3. **<u>Centre de référence des troubles du spectre autistique</u>, ET 30 Z 4 S 14.**

   Il est précisé que les modules de diagnostique (pseudo-code 783613-783624) qui ont été entamés avant le 31/12/2013 mais qui ne sont pas encore achevés à cette date, peuvent encore être effectués pendant le premier trimestre de 2014. Le pseudo-code concerné peut, donc, exceptionnellement encore être utilisé pour les prestations exécutées jusqu'au 31/3/2014 inclus.

4. **<u>Nouvelle nomenclature praticiens de l'art infirmier</u>, ET 50 Z 3 S 1, Z 4 S 27, S 28, S 29, S 31, S 33, S 34, S 37, Z 20-21.**

   Suite à l'AR du 13/1/2014 (MB 5/2/2014), les instructions de facturation sont complétées dans l'ET 50 Z 3 S 1, Z 4 S 27, S 28, S 31, S 33, S 34 et S 37

   La liste prescripteur est également adaptée (voir point 10).

   <u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/4/2014.

Il est également profité de l'occasion pour adapter la description des ET 50 Z 4 S 29, S 33 et Z 20-21 suite à l'utilisation de MyCarenet pour les demandes de forfaits et de toilettes (message 410000).

5. Défibrillateurs cardiaques implantables, ET 50 Z 3, Z 27.

Dans la nouvelle convention défibrillateurs cardiaques implantables, il est prévu qu'une enveloppe sera payée au centre sous la forme de tranches par appareil implanté et par électrode implantée.
Les tranches sont octroyées jusqu'à ce que l'enveloppe totale ait été attribuée.
La dernière tranche peut être inférieure à la tranche définie. Il est précisé que dans ce cas, la norme 6 doit être mentionnée dans l'ET 50 Z 3.

Dans l'ET 50 Z 27, il est précisé que la marge de délivrance 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€) et dans le cas de la dernière tranche.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/1/2014.

6. Prestations de logopédie exécutées dans les locaux d'un établissement avec une convention C.R.A, ET 50 Z 14 S 1.

Ces prestations ont été définitivement supprimées à partir de la date de prestation 1/9/2013.

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

7. Zones "prestation relative" et "prescripteur", ET 30 Z 17-18, ET 40 Z 17-18, ET 50 Z 17-18, Z 24-25.

Il est précisé que les zones "prestation relative" et "prescripteur" ne peuvent pas être remplies pour des prestations qui ne figurent pas sur les listes concernées.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/7/2014.

8. Droit de substitution des radiologues

Dans la mise à jour 2013/4, 2 nouveaux codes norme ont été créés dans l'ET 50 Z 26 (norme prescripteur), sous réserve de publication de l'AR modifiant l'article 17 de la nomenclature.
L'AR concerné a été publié dans le Moniteur Belge du 6/2/2014 et entre en vigueur le 1/4/2014.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/4/2014.

9. <u>Actualisation des instructions de facturation maisons médicales</u>, annexe 12.3, ET 50 Z 5, Z 6a-6b, Z 15 .

Suite à l'entrée en vigueur du nouveau système de financement des maisons médicales (AR 23/4/2013), il est précisé que le code 102771 (Supplément pour la gestion du dossier médical global (DMG) par un médecin généraliste) ne peut plus être facturé par les maisons médicales au forfait.

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/1/2014 (ET 50 Z 5 ≥ 020140101).

10. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
424933	424992	13/1/2014	5/2/2014	1/4/2014
426974	426974	13/1/2014	5/2/2014	1/4/2014
427770	427814	13/1/2014	5/2/2014	1/4/2014
427851	427976	13/1/2014	5/2/2014	1/4/2014
429030	429074	13/1/2014	5/2/2014	1/4/2014
429096	429133	13/1/2014	5/2/2014	1/4/2014
429155	429251	13/1/2014	5/2/2014	1/4/2014

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
424874	424896	13/1/2014	5/2/2014	1/4/2014

11. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
737951	737962	15/1/2014	5/2/2014	1/4/2014
767421	767421	Pseudo-code		1/7/2014 (*)
767443	767443	Pseudo-code		1/1/2014 (**)
767480	767480	Pseudo-code		1/7/2014 (*)
768003	768003	Pseudo-code		1/7/2014 (*)
793203	793203	Pseudo-code		1/7/2014 (*)

(*) Pour ces pseudo-codes "montant par admission", le pseudo-code 761644 (chambre à 1 lit) doit être mentionné comme prestation relative si l'admission a lieu après 12h et si le patient a séjourné au moins 1 fois dans une chambre à 1 lit durant le jour d'admission.

(**) Ce pseudo-code (montant par jour à 0 €) a été oublié dans la mise à jour 2013/5. Le type de chambre doit être mentionné comme prestation relative.

12. <u>Liste « codes erreur ».</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/8

Pages à remplacer :

- Pages 8, 9;
- Aperçu des annexes, annexes 5.1 suite 2, 5.3, 5.3 suite 1, 6, 6.5, 7, 7 suite 1, 9.4, 16.4;
- ET 30 Z 3, Z 4 S 4, Z 13;
- ET 40 Z 4 S 7, S 8, S 9, Z 16, Z 37;
- ET 50 Z 3, Z 3 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, Z 4 S 5, S 6, Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 3, S 4, Z 19, Z 19 S 1, Z 24-25, Z 27, Z 30-31, Z 43, Z 55-56;
- ET 80 Z 98;
- ET 90 Z 98.

Pages à ajouter :

- Annexes 21.1, 21.2;
- ET 50 Z 19 S 2, Z 27 S 1;
- ET 50 Z 57-58-59.

Page supprimée :

- ET 50 Z 3 S 6.

1. **<u>Nouveau code compétence sages-femmes</u>, annexe 16.4.**

   Suite aux AR du 15/12/2013 (MB 14/1/2014), un nouveau code compétence est créé pour les sages-femmes qui sont autorisées à prescrire des médicaments.

   <u>Date d'application</u> : pas encore connue.

2. **<u>Mini-forfait</u>, ET 30 Z 3, Z 4 S 4, Z 13, ET 40 Z 16, ET 50 Z 13, Z 13 S 2.**

   Depuis le 1/1/2014, le mini-forfait ne peut plus être facturé.
   La suppression du pseudo-code concerné a, cependant, eu des effets indésirables.
   C'est pourquoi, il a été décidé que dans les situations où avant le 1/1/2014, le mini-forfait pouvait être facturé, le pseudo-code 761213 devait continuer à être mentionné sur le fichier de facturation mais avec les zones montant (Z 19, Z 27 et Z 30-31) égales à zéro. Ce pseudo-code reçoit un nouveau libellé « soins urgents ou perfusion intraveineuse ».
   Dans la zone 13, le pseudo-code service 720 doit continuer à être utilisé et dans la zone 17-18, un des pseudo-codes 761316 (tout état nécessitant des soins urgents justifiant une admission dans un lit hospitalier) ou 761434 (tout état nécessitant une perfusion intraveineuse) doit être mentionné comme prestation relative.

   <u>Date d'application</u> : Facultatif pour les prestations exécutées à partir du 1/1/2014, obligatoire pour les prestations exécutées à partir du 1/3/2014 (voir circ. Hôp. 2014/4)

3. **<u>Préparations magistrales</u>, ET 40 Z 4 S 7, S 8, S 9, Z 37.**

   Suite à l'AR du 26/02/2014 (MB du 14/03/2014), la description des règles de remboursement et les exemples concrets de l'ET 40 Z 4 sont actualisés.
   Dans l'ET 40 Z 37, la forme galénique « cachets » est supprimée. Les valeurs « 22 » et « 32 » sont également supprimées, vu qu'il n'y a plus de différence entre « usage chronique » et « usage aigu ».
   L'instruction concernant les honoraires supplémentaires n'est plus d'application non plus.

   <u>Date d'application</u> : Délivrances effectuées à partir du 1/4/2014 (voir circ. Hôp. 2014/5 et circ. OA 2014/187)

4. **<u>Nouvelle réglementation implants et dispositifs médicaux invasifs</u>, annexe 6, 6.5, 9.4, ET 50 Z 3, Z 3 S 1, S 2, S 3, S 4, S 5, Z 4 S 5, S 6, Z 14 S 3, S 4, Z 19, Z 19 S 1, S 2, Z 27, Z 27 S 1, Z 30-31, Z 43, Z 55-56, Z 57-58-59.**

   Suite au projet d'AR fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs (AR pas encore publié), les instructions de facturation sont adaptées.

   Les adaptations suivantes sont apportées :
   - Nouveaux pseudo-codes pour la marge de délivrance et la marge de sécurité
   - Nouvelle structure des codes d'identification (Z 43)
   - La liste « implants » des instructions de facturation disparait. L'information de cette liste se trouvera dans le fichier de référence « LIST », plus précisément dans les champs « *notificationZone55* » et « *identificationZone43* ».
   - Création d'une nouvelle zone « code enregistrement Qermid » (ET 50 Z 57-58-59)

De plus, une série d'adaptations administratives sont également réalisées : remplacement des références vers l'art.28, 35 et 35bis de la nomenclature par des références vers l'AR, remplacement des (pseudo-) codes nomenclature par les nouveaux codes des prestations issues de la « liste », actualisation de la description des règles de remboursement dans les Z 19 et Z 27, etc …

L'actualisation des exemples de l'ET 50 Z 4 S 16 à S 25 et de l'ET 50 Z 22 S 1, S 2 et S 3 sera réalisée dans une phase ultérieure.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/7/2014 (sous réserve de publication de l'AR).

5. Marge de délivrance des défibrillateurs cardiaques implantables, ET 50 Z 4 S 5.

Le pseudo-code 685812-685823 ne sera plus utilisé pour la marge de délivrance pour les défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes.
2 nouveaux pseudo-codes ont été créés, d'une part pour la marge de délivrance pour le défibrillateur cardiaque (680374-680385) et d'autre part pour la marge de délivrance pour les électrodes (680190-680201).

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/1/2014.
Mesure transitoire : Pour les prestations exécutées jusqu' au 30/4/2014 inclus, l'ancien pseudo-code 685812-685823 peut encore temporairement (jusqu'au mois facturé mai 2014 inclus) être utilisé.

6. Facturation électronique par les médecins généralistes (projet "e-fact"), pages 8, 9, annexes 5.1 suite 2, 5.3, 5.3 suite 1, 7, 7 suite 1, ET 80 Z 98, ET 90 Z 98.

Dans la mise à jour 2013/6, les instructions de base pour la facturation des médecins généralistes ont été publiées et dans la mise à jour 2013/7, quelques compléments et précisions ont été ajoutés.

Dans la mise à jour actuelle, les précisions supplémentaires suivantes sont apportées :

- ajout de l'ET 51 dans la description des principes généraux de la brochure
- adaptation du dessin d'enregistrements du fichier de décompte
- ajout de l'ET 51 dans les règles de l'annexe 7
- ajout des zones 4 de l'ET 51 dans le calcul du chiffre de contrôle de la facture (ET 80 Z 98) et du chiffre de contrôle de l'envoi (ET 90 Z 98)

Date d'application : 1/1/2015.

7. Règles de calcul et d'arrondi transports urgents de malades, aperçu des annexes, annexes 21.1, 21.2.

Les règles de calcul et d'arrondi pour les transports urgents de malades (pseudo-codes 784416-784420, 784431-784442, 784453-784464, 784475-784486) sont précisées et illustrées avec des exemples dans une nouvelle annexe 21.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/7/2014.

8. Droit de substitution des radiologues - précision, ET 50 Z 24-25

Il est précisé que la zone « prescripteur » (Z 24-25) doit être remplie si la zone « norme prescripteur » (Z 26) est égale à 5 ou 6.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/4/2014.

9. Liste « implants »

Cette liste est valable pour les prestations exécutées jusqu'au 30/6/2014 inclus.
A partir du 1/7/2014, cette liste ne sera plus mise à jour (voir aussi point 4).

10. Liste « prestation relative »

Prothèse du genou et de la hanche : les instructions concernant la prestation relative en cas de révision et en cas de primo-implantation de la feuille « remarques5 » de la liste ont été adaptées.
Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/5/2014

La liste sera aussi adaptée suite à la nouvelle réglementation implants et dispositifs médicaux invasifs (voir aussi point 4). Les anciens codes seront indiqués avec date de suppression 1/7/2014 et les nouveaux codes prestation pour lesquels une prestation relative est exigée, seront ajoutés à la liste.

Code ajouté				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
761213	761213	Pseudo-code		1/1/2014 (*)

(*) Ce pseudo-code (auparavant mini-forfait) a été injustement supprimé et il est, donc, à nouveau repris dans la liste.

11. Liste « prescripteur »

La liste sera adaptée suite à la nouvelle réglementation implants et dispositifs médicaux invasifs (voir aussi point 4).

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
307274	307285	19/3/2014	10/4/2014	1/5/2014

12. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/9

Pages à remplacer :

- Annexes 16.16, 16.19;
- ET 30 Z 3, Z 4 S 14;
- ET 40 Z 10;
- ET 50 Z 4 S 5, S 27, S 30, S 32, Z 10, Z 13, Z 14 S 3, Z 15, Z 16, Z 22, Z 26 S 5, Z 57-58-59.

1. **Norme journées d'entretien, ET 30 Z 3.**

   La dernière phrase de la description de l'ET 30 Z 3 est corrigée : la norme 9 n'est pas utilisée pour l'enregistrement "intervention personnelle", donc, elle ne l'est pas non plus pour le pseudo-code 767465 (intervention personnelle journée d'entretien à 0 €).

   Date d'application : Mois facturé juillet 2014.

2. **Convention pour l'accompagnement médical et psychosocial du traitement des séquelles de mutilations génitales féminines, annexe 16.16, ET 30 Z 4 S 14.**

   Dans le cadre de cette convention, des nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 14. Cette nouvelle convention (numéro INAMI commençant par 7761) est aussi ajoutée dans l'annexe 16.16.

   Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/3/2014.

3. **Norme accouchement, ET 40 Z 10, ET 50 Z 10.**

   Une nouvelle valeur "6" est prévue pour les prestations exécutées pour la mère qui a accouché en ambulatoire.

   Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/9/2014.

4. **Nouvel honoraire forfaitaire biologie clinique, ET 50 Z 13, Z 15, Z 16.**

   Suite à l'AR du 4/4/2014 (MB 28/4/2014) modifiant l'art.24, §2 de la nomenclature, la nouvelle prestation 591076-591080 est ajoutée dans l'ET 50 Z 13, Z 15 et Z 16 et dans la liste prestation relative (voir point 10).

   Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/1/2014 (voir aussi Circ. Hôp 2014/7).

5. **Déclaration d'accord « stent valvulaire percutané implantable en position aortique », annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 5, Z 14 S 3.**

   Suite à cette nouvelle déclaration d'accord, quelques nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 5.
   Pour ces prestations, le numéro d'agrément "numéro hôpital + 162" doit être rempli comme lieu de prestation.

   Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/8/2014.

6. <u>Forfaits soins infirmiers</u>, ET 50 Z 4 S 27, S 30, S 32.

Suite à l'AR du 13/1/2014 (MB du 5/2/2014), les hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés peuvent prendre en charge les soins dans le cadre des honoraires forfaitaires et supplémentaires PA, PB, PC, PP et PN à condition qu'un infirmier gradué ou assimilé, une accoucheuse ou un infirmier breveté ait effectivement réalisé les soins durant une des séances de soins nécessaires lors d'une même journée de soins.
Cependant, cette adaptation aurait engendré des refus de facturation lorsque la première prestation de base est effectuée par un hospitaliers/assistants en soins hospitaliers ou assimilés dans le cadre de ces honoraires forfaitaires ou supplémentaires.
La Commission de Conventions Praticiens de l'art infirmier – Organismes assureurs a confirmé que dans cette situation, la règle de l'art.8 §5 bis 2° prime sur la règle de l'art.8 §5 4°.
Concrètement, cela signifie que le forfait ne doit pas nécessairement être attesté par le prestataire de la 1ère prestation de base mais par le 1er praticien de l'art infirmier qui dispose de la qualification nécessaire pour l'attestation du forfait.
La nomenclature sera adaptée dans ce sens mais pour solutionner les problèmes rapidement, les instructions de facturation sont déjà adaptées dans l'attente de cette adaptation de la nomenclature.

<u>Date d'application</u> : Mois facturé juillet 2014 (seulement pour les prestations executées à partir du 1/4/2014)

On en a également profité pour corriger la 1ère phrase dans l'ET 50 Z 4 S 30. Les exemples (bas à varices, gouttes pour les yeux) n'appartiennent plus au groupe 7 (soins supplémentaires AR 18/6/1990) et sont, donc, supprimés.

7. <u>Matériel corporel humain</u>, ET 50 Z 22.

La règle « dans le cas d'une membrane amniotique à usage ophtalmique (13°), il s'agit du nombre d'unités, sachant que 1 unité = 2 à 3 cm² » n'est plus d'application et est, donc, supprimée.

8. <u>Norme prescripteur</u>, ET 50 Z 26 S 5.

Quelques corrections sont apportées à la description de l'ET 50 Z 26 S 5 conformément aux règles de l'art 32, § 3 et § 3bis de la nomenclature.

<u>Date d'application</u> : Il s'agit d'une correction.

9. <u>Code d'enregistrement Qermid</u>, ET 50 Z 57-58-59.

La nouvelle zone "code d'enregistrement Qermid" sera seulement utilisée à partir du 1/1/2015 (et donc, pas à partir du 1/7/2014 comme initialement prévu dans la mise à jour 2013/8).

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/1/2015 (voir aussi Circ. Hôp 2014/8 et Circ. OA 2014/249).

10. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
153193	153226	25/6/2014	1/7/2014	1/7/2014
154232	154280	25/6/2014	1/7/2014	1/7/2014
155816	155820	25/6/2014	1/7/2014	1/7/2014
162890	162901	25/6/2014	1/7/2014	1/7/2014
591076	591080	4/4/2014	28/5/2014	1/1/2014 (*)
760524	760524	Pseudo-codes hôpital militaire (**)		1/10/2014
760642	760664			1/10/2014

(*) Facultatif jusqu'au mois facturé mai 2014 inclus ;
Obligatoire à partir du mois facturé juin 2014.
(voir aussi Circ. Hôp 2014/7)

(**) Pour les pseudo-codes 760524 et 760642, le type de chambre doit être mentionné comme prestation relative : 761600 (Chambre commune) ou 761622 (chambre à deux lits) ou 761644 (chambre individuelle).
Pour le pseudo-code 760653-760664 (forfait hôpital de jour), la prestation relative est égale à :

- 762333-762344 (nouveau pseudo-code prestation relative) : Prestation dans le cadre des soins et du traitement de brûlures du deuxième et/ou troisième degré, effectuée sous anesthésie générale ou locorégionale, sous la surveillance d'un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation
- 762355-762366 (nouveau pseudo-code prestation relative) : Mesure d'un masque de pression effectuée sous anesthésie générale ou locorégionale
- Prestation du point 3 de l'annexe à l'AM du 23/1/2012 modifiant l'AM du 12/7/2007

11. Liste « prescripteur »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
680153	680186	pseudo-codes déclaration d'accord		1/8/2014
680993	681004			1/8/2014

12. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/10

Pages à remplacer :

- Annexes 16.16, 16.17;
- ET 10 Z 27 ;
- ET 30 Z 4 S 6, S 9, S 11, S 14, S 18, Z 19;
- ET 50 Z 14 S 3, Z 43, Z 57-58-59.

Pages à ajouter :

- ET 30 Z 4 S 6 BIS, S 9 BIS;

1. Structure du numéro BCE, ET 10 Z 27.

La description de la structure est ajoutée.
Un code erreur B 102702 est également créé (numéro BCE avec check-digit erroné).

Date d'application: Il s'agit d'une précision.
Pour rappel: A partir du mois facturé janvier 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être complété par les hôpitaux, les laboratoires, les praticiens de l'art infirmier et les médecins généralistes (voir mise à jour 2013/7).

2. Nouveaux pseudo-codes MRPA-MRS, ET 30 Z 4 S 6, S 6 BIS.

Dans le cadre de la 6e réforme de l'état, pour le secteur MRPA-MRS-CSJ, toutes les factures introduites auprès des organismes assureurs à partir du 01/01/2015 sont à charge des entités fédérées, sauf les dépenses pour les patients Coma et les patients SEP/SLA/Huntington. Quelques nouveaux pseudo-codes ont donc été créés pour ces patients. Les institutions doivent les utiliser dans leur facturation à partir du 1/10/2014.

Date d'application: 1/10/2014 (factures relatives au 4e trimestre 2014).
(voir Circ. MRPA-MRS 2014/7)

3. Conventions de rééducation, annexe 16.16, 16.17, ET 30 Z 4 S 9, S 9 BIS, S 11, S 14, S 18, Z 19.

3.1 Nouvelles conventions

Des nouveaux pseudo-codes sont ajoutés pour la nouvelle convention medico-psychosociale avec les Centres de référence SIDA/VIH.

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/8/2014.
Attention: Suite aux dispositions transitoires prévues dans la nouvelle convention, il est possible que la date de début (Z 5) (=date 1er contact) soit inférieure au 1/8/2014.

Des nouveaux pseudo-codes sont ajoutés pour les nouvelles conventions « monitoring continu de la glycémie chez les patients diabétiques » et « Suivi des enfants nés grands prématurés ». Dans l'annexe 16, la structure des numéros INAMI de ces nouvelles conventions est ajoutée.

Date d'application: Prestations exécutées à partir du 1/9/2014.

3.2 Autres (petites) modifications et corrections

- Suppression du pseudo-code 772833 (date de suppression 1/1/2003).
- Actualisation du libellé des pseudo-codes des rapports de fonctionnement des aides à la mobilité.
- Actualisation libellé sous-secteur 770.

4. <u>Electrodes pour localisation préopératoire des cibles en cas d'épilepsie réfractaire</u>, ET 50 Z 14 S 3.

Les codes nomenclature 698714 à 698865 inclus ont été remplacés par le matériel 152773 à 152924 inclus de la « liste ».

<u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/7/2014.

5. <u>Code d'identification implant</u>, ET 50 Z 43.

Les codes d'identification dans le cadre des déclarations d'accord ont encore l'ancienne structure avec check-digit modulo 7.
A partir du 1/7/2014, aussi bien les codes d'identification avec l'ancienne structure qu'avec la nouvelle structure peuvent se présenter.

<u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/7/2014.

6. <u>Code d'enregistrement Qermid</u>, ET 50 Z 57-58-59.

La méthode de calcul du check-digit du code d'enregistrement (position CC) a été corrigée.

<u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/1/2015.

7. <u>Liste "prestation relative"</u>

<u>Prothèse du genou:</u> dans la feuille « remarques5 », les codes 279016-279020, 279031-279042 et 279053-279064 sont ajoutés comme prestations relatives possibles en cas de révision.

<u>Marge de délivrance :</u> dans la colonne « remarque », pour les pseudo-codes 685812-685823 et 685856-685860 , il est précisé qu'à partir du 1/7/2014, la prestation relative = prestation de l'art.35 cat.5 ou de l'art.35bis cat.3 (voir pseudo-codes concernés dans l'ET 50 Z 4 S 3, 4 et 5 points 8 a) et b)).

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
155816	155820	<u>Correction</u> : ces codes ne devaient pas figurer dans la liste		Mois facturé octobre 2014
162735	162746	<u>Correction</u> : ces codes ne devaient pas figurer dans la liste		Mois facturé octobre 2014

8. Liste “prescripteur”.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d’application**
109351	109351	19/4/2014	6/8/2014	1/10/2014
590391	590391	19/4/2014	6/8/2014	1/10/2014
597461	597461	19/4/2014	6/8/2014	1/10/2014
597483	597483	19/4/2014	6/8/2014	1/10/2014
597520	597520	19/4/2014	6/8/2014	1/10/2014
701035	701050	pseudo-code		1/7/2011 (*)
744015	744822	21/7/2014	4/8/2014	1/10/2014

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d’application**
654010	654441	21/7/2014	4/8/2014	1/10/2014
654673	655082	21/7/2014	4/8/2014	1/10/2014
655152	655163	21/7/2014	4/8/2014	1/10/2014
655270	655325	21/7/2014	4/8/2014	1/10/2014
655734	655885	21/7/2014	4/8/2014	1/10/2014

(*) Ces pseudo-codes existent depuis l’entrée en vigueur de la déclaration d’accord mais ils ont été oubliés dans la liste.

9. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/11

Pages à remplacer :

- Pages 14, 27 ;
- Annexes 1, 6, 16.17;
- ET 20 Z 18, Z 27, Z 42-45, Z 53, Z 54a-54b, Z 55, Z 56, Z 57, Z 58 ;
- ET 30 Z 4 S 14, S 18 ;
- ET 50 Z 4 S 5, S 6, Z 27 S 1, Z 53-54a, Z 57-58-59.

Pages à ajouter :

- ET 50 Z 4 S 6 BIS

1. **<u>Mutualités libres – changement d'adresse centre de calcul pour les institutions de soins aux personnes âgées</u>, annexe 1.**

Au 1/1/2015, pour les institutions de soins aux personnes âgées, l'adresse du centre de calcul auquel les supports magnétiques doivent être envoyés change.

<u>Date d'application</u> : 1/1/2015.

2. **<u>Mutualités libérales - nouvelles instructions</u>, pages 14, 27, ET 20 Z 18, Z 27.**

A partir du 1er janvier 2015, les Mutualités libérales changent leur système informatique.
Cela entraîne certaines modifications, notamment lors de la constitution de la facturation sur support magnétique ou électronique pour toutes les mutualités libérales (4xx).
La zone « date de création du support » (ET 10 zone 25-26) sera prise en considération pour l'application des dispositions décrites ci-dessous :

<u>Contenu des zones 7 et 18 enregistrement de type 20 : n° de la mutualité de destination/d'affiliation</u>

a) Zone date de création (ET 10 zone 25-26) < au 01.01.2015 :
- N° de la mutualité d'affiliation (Z 7) : 000
- N° de la mutualité de destination (Z 18) : mutualité d'affiliation (401, 403, 404, 407, 409, 413, 414, 415, 417 ou 418)

b) Zone date de création (ET 10 zone 25-26) ≥ au 01.01.2015 :
- N° de la mutualité d'affiliation (Z 7) : mutualité dont le bénéficiaire est membre (401, 403, 404, 407, 409, 413, 414, 415, 417 ou 418)
- N° de la mutualité de destination (Z 18) : Union nationale (400)

<u>Contenu de la zone 8a-8b enregistrement de type 20 : n° d'identification du bénéficiaire</u>

a) Zone date de création (ET 10 zone 25-26) < au 01.01.2015 :
- Flag identification du bénéficiaire (ET 20 Z 32) = 0 (pas de n° niss)
- N° d'affiliation à l'OA (ET20/80 Z8a et 8b) = ancienne structure (n° de suite + check-digit)

b) Zone date de création (ET 10 zone 25-26) ≥ au 01.01.2015 (ET 50 zone 5) :
- Flag identification du bénéficiaire (ET 20 Z 32) = 0 (pas de n° niss)
- N° d'affiliation à l'OA (ET20/80 Z8a et 8b) = nouvelle structure (identification du titulaire + date de naissance) ou, à défaut, ancienne structure

Une période de transition est prévue durant laquelle on pourra encore utiliser le n° d'affiliation valable au 31/12/2014. Celui-ci sera converti par le service informatique des mutualités.

<u>Date d'application</u> : 1/1/2015.

3. **<u>Zones liées à la garantie de paiement</u>, ET 20 Z 42-45, Z 53, Z 54a-54b, Z 55, Z 56, Z 57, Z 58.**

Suite au développement de l'accès au service de consultation d'assurabilité de MyCarenet à d'autres institutions ou prestataires de soins, le remplissage de l'ET 20 Z 42-45 est rendu possible pour tous les autres tiers qui veulent faire valoir une garantie de paiement.
Le remplissage des ET 20 Z 53 à Z 58 est rendu obligatoire pour tous les tiers qui utilisent cette possibilité et qui mentionnent une numéro d'agrément de garantie de paiement dans l'ET 20 Z 42-45.

<u>Date d'application</u> : 1/1/2015.

4. <u>Transport urgent de malades – zone « numéro de course »</u>, annexe 6, ET 50 Z 53-54a.

Lors de la mise à jour 2006/33, une nouvelle zone « numéro de course » a été créée dans l'ET 50 Z 53-54a. Cette zone n'était provisoirement pas obligatoire mais pouvait être remplie facultativement avec le numéro de course, attribué par le centre d'appel dans le cadre du transport urgent de malades.
La mention de ce numéro de course est maintenant rendue obligatoire lors de la facturation du transport urgent de malades (pseudo-codes 784416-784420, 784431-784442, 784453-784464, 784475-784486) conformément à l'AR 26/4/2009.

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/4/2015.

5. <u>Nouvelle convention hémophilie</u>, annexe 16.17, ET 30 Z 4 S 14.

Dans le cadre de cette convention, des nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 14. Cette nouvelle convention (numéro INAMI commençant par 7.89.8) est aussi ajoutée dans l'annexe 16.17.

<u>Date d'application</u> : Date d'application de la convention concernée.

6. <u>Forfaits de rattrapage - conventions de rééducation « clinique de la mémoire »</u>, ET 30 Z 4 S 18.

Un nouveau pseudo-code pour le forfait de rattrapage dans le cadre de la convention « clinique de la mémoire » a été ajouté.

<u>Date d'application</u> : 1/1/2015.

7. <u>Défibrillateurs cardiaques implantables</u>, ET 50 Z 4 S 5, Z 4 S 6, Z 4 S 6 BIS, Z 27 S 1.

3 nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 6 pour la liquidation de la dernière tranche de l'enveloppe. 1 nouveau pseudo-code est ajouté dans l'ET 50 Z 4 S 6 pour le défibrillateur cardiaque remplacé sous garantie.
Il est précisé que la marge de délivrance en cas de liquidation de la dernière tranche est également enregistrée sous les pseudo-codes 704933-704944 (défibrillateur) ou 704955-704966 (électrode).
La marge de délivrance en cas de remplacement du défibrillateur sous garantie est enregistrée sous le pseudo-code 704933-704944.
Pour le défibrillateur cardiaque remplacé sous garantie, l'intervention de l'assurance maladie est de 0 € et rien ne peut être facturé au patient sauf une marge de délivrance. Cette marge de délivrance est alors calculée sur base des montants de base des tranches.

<u>Date d'application:</u> Prestations exécutées à partir du 1/1/2014.

8. <u>Précisions relatives au code d'enregistrement Qermid</u>, ET 50 Z 57-58-59.

Une précision est ajoutée concernant le remplissage du code d'enregistrement dans l'ET 50 Z 57-58-59.

<u>Date d'application:</u> Il s'agit d'une précision.

9. Liste “prescripteur”.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d’application**
377274	377285	25/9/2014	15/10/2014	1/12/2014
704970	705003	Pseudo-codes		1/1/2014
705036	705062	Pseudo-codes		1/1/2014

10. Liste « codes erreur »

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/12

Pages à remplacer :

- Pages 3,14 ;
- ET 10 Z 27 ;
- ET 20 Z 18 ;
- ET 30 Z 5, Z 6a-6b, Z 19 ;
- ET 50 Z 57-58-59.

1. **Mise à jour d'informations concernant l'ANMC, pages 3, 14, ET 20 Z 18.**

   Suite à l'intégration des laboratoires dans « REFAC » (projet au sein de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes), des instructions de facturation sont mises à jour.

   Date d'application : 1/5/2014.

2. **Zone « numéro BCE » : période transitoire, ET 10 Z 27.**

   Lors de la mise à jour 2013/7, une nouvelle zone 27 a été créée dans les ET 10 et 90 pour la mention du numéro BCE du tiers qui facture. Le remplissage de cette zone devient obligatoire à partir du mois facturé janvier 2015 pour les hôpitaux, les laboratoires, les praticiens de l'art infirmier et les médecins généralistes.
   Cependant, les groupements de dispensateurs (concernés) en « Association de fait » ne pourront pas encore disposer de numéro BCE au 1/1/2015. C'est pourquoi, en attendant l'attribution des numéros BCE à ces groupements en « Association de fait », une période transitoire est prévue durant laquelle ils devront mentionner un pseudo-numéro BCE fictif 0999.999.922 dans la zone 27 des enregistrements 10 et 90.

   Date d'application : Mois facturé janvier 2015.

3. **Nouvelle convention medico-psychosociale avec les Centres de référence SIDA/VIH, ET 30 Z 5, Z 6a-6b, Z 19.**

   Suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle convention medico-psychosociale avec les Centres de référence SIDA/VIH, des précisions sont apportées sur la manière de remplir les zones 5, 6 et 19 de l'ET 30 du fichier de facturation électronique et plus particulièrement dans le cas où le 1er contact a lieu avant le 1/8/2014 et le 2e contact au plus tôt le 1/8/2014 (période transitoire).

   Date d'application : Date d'application de la convention concernée.

4. **Code d'enregistrement Qermid, ET 50 Z 57-58-59**.

   La nouvelle zone "code d'enregistrement Qermid" sera seulement utilisée à partir du 1/4/2015 (et donc, pas à partir du 1/1/2015 comme initialement prévu dans la mise à jour 2013/9 et dans Circ. Hôp 2014/8 et Circ.OA 2014/249).

   Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/4/2015.

5. **Liste "prescripteur"**

   Aucune modification.

6. **Liste « prestation relative »**

   Aucune modification.

7. Liste « codes erreur »

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/13

Pages à remplacer :

- Page 14;
- Annexe 6, 6.5 bis, 7;
- ET 10 Z 1, Z 27;
- ET 20 Z 3;
- ET 30 Z 4 S 8, Z 5;
- ET 50 Z 3, Z 4 S 4, Z 14 S 3, Z 32 ;
- ET 90 Z 98.

Pages à ajouter :

- Annexe 6.5 ter;
- ET 52 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 6a-6b, Z 8a-8b, Z 10, Z 11, Z 12-13, Z 15, Z 99.

1. **<u>Données de lecture du document d'identité électronique – nouveau type d'enregistrement 52</u>, annexes 6, 6.5ter, 7, ET 10 Z 1, ET 52 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 6a-6b, Z 8a-8b, Z 10, Z 11, Z 12-13, Z 15, Z 99, ET 90 Z 98.**

   Dans le cadre d'un <u>projet</u> d'arrêté royal visant à lier l'application du tiers-payant à l'identification formelle du patient au moment de la prestation au moyen de son document d'identité électronique, un nouveau type d'enregistrement 52 est prévu sur le fichier de facturation électronique pour la mention des données de lecture du document d'identité électronique.

   Le projet d'AR concerné prévoit que la procédure et les modalités pratiques de la preuve de la lecture de la carte d'identité électronique doivent être fixées via le Comité de l'assurance après avis des Commissions de conventions ou d'accord concernées.
   Concrètement, cela signifie que le Comité de l'assurance (sur avis des Commissions de conventions) doit encore déterminer pour quels groupes de prestataires/institutions, le remplissage de ce nouveau type d'enregistrement 52 sera obligatoire (avec l'éventuelle définition des situations d'exception) et à partir de quand.

2. **<u>Nouvelles instructions Mutualité Libérale - précision</u>, Page 14.**

   Dans la mise à jour 2013/11, de nouvelles instructions ont été publiées pour le remplissage des zones 7 et 18 du type d'enregistrement 20/80 pour l'OA 400.
   Une précision est encore apportée concernant l'enregistrement 95 du message 920000.

   <u>Date d'application</u>: 1/1/2015.

3. **<u>Numéro BCE</u>, ET 10 Z 27.**

   La période transitoire (utilisation du pseudo-numéro BCE) est complétée avec les « dispensateurs de soins étrangers exerçant des activités en Belgique sans s'établir en Belgique ».

   <u>Date d'application</u>: Mois facturé janvier 2015.

4. **<u>Type chambre</u>, ET 30 Z 4 S 8.**

   Lors de la mise à jour 2013/7, les pseudo-codes "montant par admission" ont été ajoutés à la liste "prestation relative". Il a été oublié de compléter l'instruction dans l'ET 30 Z 4 S 8 de la même façon. Ceci est maintenant rectifié.

   <u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/7/2014.

5. **<u>Nouvelle convention medico-psychosociale avec les Centres de référence SIDA/VIH</u>, ET 30 Z 5.**

   Lors de la mise à jour 2013/12, des précisions ont été apportées sur la manière de remplir les zones 5 et 6 pour la convention susmentionnée. Vu que le 2ème tiret du paragraphe « dispositions transitoires » peut porter à confusion, il est supprimé.

   <u>Date d'application</u> : Date d'application de la convention concernée.

6. <u>Défibrillateurs cardiaques implantables - précisions</u>, ET 50 Z 3.

Suite à la création de nouveaux pseudo-codes pour la tranche de l'enveloppe d'une valeur égale au montant restant de l'enveloppe (voir mise à jour 2013/11), l'instruction concernant la norme 6 dans l'ET 50 Z 3 est supprimée.

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/1/2014.

7. <u>Implants - déclarations d'accord</u>, ET 50 Z 4 S 4, Z 14 S 3.

Les déclarations d'accord "Stimulateur du nerf vague" et " Neurostimulateur en cas d'ischémie critique chronique non opérable des membres inférieurs " ont pris fin le 1/12/2014. Les pseudo-codes concernés sont supprimés à partir de cette date (ils sont remplacés par des prestations de "la Liste").

<u>Date d'application</u> : Prestations exécutées à partir du 1/12/2014.

8. <u>E-fact – précisions</u>, annexes 6, 6.5bis, ET 20 Z 3, ET 50 Z 32.

Des précisions sont apportées dans les zones « autorisation tiers payant » (ET 20 Z 3) et « exception tiers payant » (ET 50 Z 32).
Il est aussi précisé que la zone 28 de l'ET 51 (zone réservée) est bien numérique contrairement à ce qui a été publié dans la mise à jour 2013/6.

<u>Date d'application</u> : Date d'application e-fact (prévue le 1/7/2015).

9. <u>Liste "prescripteur"</u>

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
684810	684843	Pseudo-codes		1/12/2014
686232	686280	Pseudo-codes		1/12/2014
688251	688321	Pseudo-codes		1/12/2014

10. <u>Liste « prestation relative »</u>

Aucune modification.

11. <u>Liste « codes erreur »</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/14

Pages à remplacer :

- Aperçu des annexes, annexes 6, 6.5ter, 16.3, 16.4, 16.15, 16.18;
- ET 10 Z 27 ;
- ET 20 Z 7 ;
- ET 30 Z 6a-6b, Z 17-18, Z 19;
- ET 40 Z 4 S 6, Z 17-18 ;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 4 S 2, Z 14 S 3, Z 17-18, Z 24-25, Z 29, Z 43, Z 55-56, Z 57-58-59;

Pages à ajouter :

- Annexes 22.1, 22.2.

1. **Enregistrement de type 52 – zone réserve, annexes 6, 6.5ter.**

Les zones réserve 16 jusqu'à 98 incluse du nouveau type d'enregistrement 52 (créé lors de la mise à jour 2013/13) sont remplacées par une seule zone réserve de 269 positions numériques (positions 80–348).

Date d'application: voir point 1 de la mise à jour 2013/13.

2. **Centre de psychiatrie légale, annexes 16.15, 16.18.**

Suite à l'AR du 19/12/2014 (MB 29/1/2015), l'aperçu de la structure des numéros INAMI des établissements de soins a été complété.

3. **Règles d'arrondi pour les honoraires, aperçu des annexes, annexes 22.1, 22.2.**

Une nouvelle annexe 22 est insérée. Cette annexe reprend des règles d'arrondi (+ exemples) pour les prestations exécutées par des stagiaires à 75%, prestations de chirurgie à 50 % et aide opératoire à 10 %.

Date d'application: Mois facturé mai 2015.

4. **Numéro BCE, ET 10 Z 27.**

Il est précisé que les centres de rééducation faisant partie d'un hôpital doivent également mentionner un numéro BCE dans la zone 27 des enregistrements 10 et 90.

Date d'application: Mois facturé mars 2015.

5. **Convention hémophilie, ET 30 Z 6a-6b, Z 19.**

Lors de la mise à jour 2013/11, des pseudo-codes ont été créés pour la convention hémophilie.

Les instructions dans l'ET 30 Z 6 et Z 19 ont été complétées.

Date d'application: 1/12/2014.

6. **Précisions implants, ET 50 Z 3 S 4, Z 43, Z 55-56, Z 57-58-59.**

Code implant (Z 43) et code de notification implant (Z 55-56)

Les pseudo-codes dans le cadre des déclarations d'accord et dans le cadre de la convention défibrillateurs cardiaques implantables ne sont pas repris dans le fichier de référence « List ». Pour ces pseudo-codes, l'ancienne liste Excel « implants » reste encore valable. Les récents pseudo-codes créés (qui ne figurent pas dans la liste Excel) sont explicitement énumérés dans la Z 43 ou Z 55-56.

Code d'enregistrement Qermid (Z 57-58-59)

Pour les prestations qui doivent être facturées avec des enregistrements statistiques, la zone 57-58-59 doit seulement être remplie dans l'enregistrement de facturation (norme 0). Dans les enregistrements statistiques (norme 9), cette zone peut être égale à zéro.

7. <u>Frais de déplacement rééducation fonctionnelle</u>, ET 50 Z 4 S 2.

Les pseudo-codes 771934 et 771956 ne sont plus d'application depuis longtemps et ont, donc, été supprimés.

8. <u>Neurostimulateurs DBS en cas d'épilepsie réfractaire</u>, ET 50 Z 14 S 3.

Les nouveaux codes qui exigent un numéro d'agrément d'un centre de l'épilepsie réfractaire ont été ajoutés.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/1/2015.

9. <u>Nouveau site web de l'INAMI,</u> annexes 16.3, 16.4, ET 20 Z 7, ET 30 Z 17-18, ET 40 Z 4 S 6, Z 17-18, ET 50 Z 3 S 4, Z 17-18, Z 24-25, Z 29, Z 43, Z 55-56.

Les liens vers le nouveau site web ont été actualisés.
Pour les références aux listes "prestation relative", "prescripteur" et "implants", le lien est supprimé (vu que ces listes se trouvent sur la page des instructions de facturation et peuvent, donc, facilement être retrouvées).

10. <u>Liste "prescripteur"</u>

Aucune modification.

11. <u>Liste « prestation relative »</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
171172	171205	<u>Correction</u>: Il s'agit de codes qui ont été oubliés dans la version précédente de la liste		1/12/2014

12. <u>Liste « implant »</u>

Au dessus de cette liste, il est précisé qu'elle reste encore valable pour les pseudo-codes dans le cadre des déclarations d'accord et dans le cadre de la convention "défibrillateurs cardiaques implantables" (voir également le point 5 ci-dessus).

13. <u>Liste « codes erreur »</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/15

Pages à remplacer :

- Pages 8, 9, 13, 31, 32, annexes 2A, 2B, 5.1 suite 2, 5.3, 5.3 suite 1, 12.1, 12.5, 13.1, 13.7, 16.17, 16.18, 18.1, 18.6;
- ET 10 Z 27;
- ET 30 Z 4 S 9, Z 6a-6b, Z 19;
- ET 50 Z 4 S 11, S 12, Z 14 S 1, Z 44-45, Z 57-58-59;
- ET 52 Z 6a-6b ;
- ET 80 Z 98.

1. **<u>Enregistrement 52 – précisions</u>, pages 8, 9, 13, annexes 5.1 suite 2, 5.3, 5.3 suite 1, ET 52 Z 6a-6b, ET 80 Z 98.**

   Lors de la mise à jour 2013/13, les instructions de base relatives au nouveau type d'enregistrement 52 (données de lecture du document d'identité électronique) ont été publiées.

   Les précisions suivantes sont encore apportées:
   - ajout de l'ET 52 dans la description des principes généraux de la brochure
   - adaptation du dessin d'enregistrements du fichier de décompte
   - ajout des zones 4 de l'ET 52 dans le calcul du chiffre de contrôle de la facture (ET 80 Z 98)
   - correction de la position de début de la zone 6a-6b de l'ET 52.

   <u>Date d'application</u>: voir point 1 de la mise à jour 2013/13

2. **<u>Zone "numéro BCE",</u> annexes 2A, 2B, 12.1, 12.5, 13.1, 13.7, 18.1, 18.6, ET 10 Z 27.**

   A partir du mois facturé juillet 2015, le numéro BCE doit obligatoirement être mentionné sur le fichier de facturation électronique par tous les tiers qui facturent.

   Le numéro BCE doit également être mentionné sur le bordereau d'envoi (annexe 2A) et sur l'état récapitulatif qui accompagne les attestations de soins données (annexe 2B) (le cas échéant).

   <u>Date d'application</u>: mois facturé juillet 2015.

3. **<u>Convention en matière de monitoring cardiorespiratoire à domicile de nouveau-nés et de nourrissons</u>, annexes 16.17, ET 30 Z 4 S 9, Z 6a-6b, Z 19.**

   Suite à cette nouvelle convention, des nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 9.
   La liste des numéros d'identification des conventions de rééducation (annexe 16) est complétée.
   Une nouvelle instruction est ajoutée concernant le remplissage de la date de fin (zone 6).
   Dans l'ET 30 Z 19, il est précisé que le tarif doit être déterminé à la date de début du monitoring.

   <u>Date d'application</u>: Prestations exécutées à partir du 1/4/2015.

4. **<u>Modification structure numéros d'affiliation CAAMI,</u> pages 31, 32.**

   Pour les numéros d'affiliation attribués à partir du 1/6/2015 par certains Offices Régionaux, le chiffre clé sera (dans le cas des conventions internationales) calculé selon la méthode du modulo 89.
   Le calcul existant avec le modulo 97 continue aussi à être appliqué.

5. **<u>Numéros INAMI services ambulanciers,</u> annexe 16.18.**

   Les PIT (Team d'intervention paramédical) reçoivent un nouveau numéro INAMI commençant par 797.

6. Produits radio-pharmaceutiques, ET 50 Z 4 S 11, S 12, Z 14 S 1, Z 44-45.

Au 1/6/2015, une nouvelle réglementation pour les produits radio-pharmaceutiques entrera en vigueur.

Le mode de facturation reste inchangé excepté que de nouveaux pseudo-codes doivent être utilisés et que la zone « libellé du produit » ne doit plus être remplie.
La facturation continue à se faire via le type d'enregistrement 50 et sans mention du code produit (code CNK).
Les pseudo-codes ne sont plus repris dans les instructions de facturation. On réfère à l'AR et à la liste Excel (qui sera publiée sur le site web de l'INAMI).

Date d'application: Délivrances à partir du 1/6/2015.

7. Code d'enregistrement Qermid, ET 50 Z 57-58-59.

L'obligation de mentionner le code d'enregistrement Qermid sur le fichier de facturation électronique est reportée au 1/9/2015.

A partir du 1/4/2015, la zone concernée peut être remplie facultativement.

8. Liste "prescripteur"

Pas de modifications.

9. Liste « prestation relative »

Pas de modifications.

10. Liste « codes erreur »

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/16

Pages à remplacer :

- Pages 1, 6, 14 ;
- Annexes 16.1, 16.3, 16.13, 16.17, 16.18, 16.20. ;
- ET 20 Z 18 ;
- ET 30 Z 4 S 15,
- ET 50 Z 4 S 3, Z 13, Z 14 S 1, Z 14 S 3;

Pages à ajouter

- Annexe 20.4 BIS.

1. **<u>Suppression de l'envoi des attestations de soins papier en cas de facturation électronique</u>, pages 1 et 6.**

   Les praticiens de l'art infirmier, les laboratoires et les médecins généralistes qui facturent en tiers payant via le réseau MyCarenet ne doivent plus transmettre d'attestations de soins papier (attestations de soins individuelles + note récapitulative) aux mutualités pour les prestations facturées à partir du 1er juillet 2015.

   <u>Date d'application</u>: Date de réception du fichier de facturation (zone 105 du message MyCarenet 931000) ≥ 20150701.

2. **<u>Numéro d'identification INAMI</u>, annexes 16.1, 16.3, 16.13, 16.18, 16.20.**

   - Dans le cadre de la nouvelle convention avec un centre de diagnostic multidisciplinaire pour SFC, des nouveaux numéros INAMI sont attribués aux thérapeutes cognitivo-comportementalistes pour le SFC.
     Ces numéros INAMI ont la structure suivante : 700xxxCD000.

     <u>Date d'application</u> : Date d'application de la convention concernée.

   - Les postes de garde reçoivent un numéro INAMI commençant par 678. Ces numéros INAMI ont la structure suivante : 678xxxCD000.

     <u>Date d'application</u> : il s'agit d'une précision.

   La description de la structure de ces numéros INAMI est intégrée dans l'annexe 16.

3. **<u>Enregistrement 52 – précisions</u>, annexe 20.4 BIS.**

   Dans l'annexe 20, l'enregistrement 52 (enregistrement facultatif) est ajouté dans l'aperçu descriptif de la manière de remplir les différentes zones du fichier de facturation pour les médecins généralistes dans le cadre d'e-fact.

   <u>Date d'application</u> : il s'agit d'une précision.

4. **<u>E-fact – précisions</u>, page 14, ET 20 Z 18.**

   Des précisions sont apportées concernant le remplissage de la zone « mutualité de destination » dans le cadre de e-fact.

   <u>Date d'application</u> : Date d'application e-fact.

5. **<u>Nouvelle convention de rééducation fonctionnelle avec les centres de diagnostic multidisciplinaire pour le SFC</u>**, annexe 16.17, ET 30 Z 4 S 15, ET 50 Z 4 S 3.

   Suite à la nouvelle convention avec les centres de diagnostic multidisciplinaire pour le SFC, ces centres ont été ajoutés dans l'annexe 16.17 et des nouveaux pseudo-codes ont été ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 15 et dans l'ET 50 Z 4 S 3.

   <u>Date d'application</u> : Date d'application de la convention concernée.

6. <u>Code service</u>, ET 50 Z 13.

Il est précisé que pour le code ambulatoire 599970, le code service 190 doit être mentionné. Dans la nomenclature, il est explicitement prévu que la prestation doit être effectuée dans le service N* (code service 190). Il s'agit ici d'une exception aux instructions de facturation.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/7/2015.

7. <u>Tuteur coronaire et drug eluting stent - lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 3.

Suite à l'AR 22/4/2015 (MB 24/4/2015), il est précisé que le numéro d'agrément du centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » (numéro de l'hôpital + 156) doit être mentionné lors de la facturation de la prestation 170656-170660.

<u>Date d'application</u> : Prestations à partir du 1/4/2015.

8. <u>Produits radio-pharmaceutiques – lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 1.

Il est précisé que le numéro d'agrément PETscan (numéro de l'hôpital + 112) doit aussi être mentionné lors de la facturation des produits 747611-747622, 747655-747666, 747751-747762, 747795 jusqu'à 747821 inclus.

<u>Date d'application</u>: Délivrances à partir du 1/6/2015.

9. <u>Liste "prescripteur"</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
769834	769996	28/4/2015	11/5/2015	1/7/2015
770571	770976	28/4/2015	11/5/2015	1/7/2015
771352	771352	28/4/2015	11/5/2015	1/7/2015
743352	743374	13/5/2015	5/6/2015	1/12/2012
679416	679442	26/5/2015	5/6/2015	1/8/2015
679954	679980	26/5/2015	5/6/2015	1/8/2015

10. Liste « prestation relative »

Prothèse de la hanche : dans la feuille « remarques5 », les actes médicaux de l'art. 14k sont ajoutés comme prestations relatives possibles en cas de révision.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R. / A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
165756	165760	25/6/2014	1/7/2014	1/7/2014 (*)
166633	166644	25/6/2014	1/7/2014	1/7/2014 (*)
170656	170660	22/4/2015	24/4/2015	1/4/2015
171113	171124	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
171150	171161	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
592815	592815	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
592852	592852	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
592911	592911	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
592955	592955	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
593014	593014	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
593051	593051	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
593110	593110	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)
593154	593154	24/9/1992	29/9/1992	1/9/2015 (**)

(*) Ces codes existent déjà depuis l'entrée en vigueur de l'AM concerné mais ils ont été oubliés dans la liste.

(**) Le pseudo-code 767130 peut (facultatif) être mentionné en prestation relative pour indiquer qu'il s'agit d'un cas de dérogation où plusieurs dates de prélèvement sont mentionnées sur la prescription, justifiées par le suivi du patient. Dans ce cas, plusieurs honoraires forfaitaires peuvent être facturés (une fois par date de prélèvement et par patient) pour une seule prescription.

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
165992	166025	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
166051	166062	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
166574	166585	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
166611	166622	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
166633	166644	20/4/2015	24/4/2015	1/5/2015
475086	475086	Il s'agit d'un code qui a été repris dans la liste par erreur.		

11. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/17

Pages à remplacer :

- ET 50 Z 16, Z 26 S 5, Z 49 ;

1. E-fact – précisions, ET 50 Z 16, Z 49.

Dans le cadre de l'application des dispositions prévues à l' article 1 § 4ter 2.) de la nomenclature des soins de santé pour les médecins stagiaires en médecine générale, les instructions des zones 16 et 49 de l'ET 50 sont adaptées.
Si la prestation est effectuée par le stagiaire et facturée par le maître de stage :

A partir du mois facturé octobre 2015 :

- La norme 2 est complétée dans l'ET 50 Z 16.
  Le libellé de la norme 2 est complété comme suit : « dans le cadre d'e-fact, prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire en médecine générale ».
- L'ET 50 Z 49 est complétée par le numéro d'identification du médecin stagiaire qui a effectué la prestation.

A partir du mois facturé janvier 2016 :

- Création d'une nouvelle norme 5 dans l'ET 50 Z 16 dont le libellé = « Dans le cadre d'e-fact, prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire en médecine générale ».
- L'ET 50 Z 49 est complétée par le numéro d'identification du médecin stagiaire qui a effectué la prestation.

Si les conditions à l' article 1 § 4ter 2) de la nomenclature ne sont pas remplies, le médecin stagiaire facture les prestations à 75%, alors l'ET 50 zone 16 = 1 et la zone 49 est égale à zéro.

2. Anatomopathologie – prescription, ET 50 Z 26 S 5.

La prestation 588954-588965 (HPV) peut être prescrite par un médecin spécialiste en anatomopathologie. La nomenclature n'exige pas que cette prestation soit prescrite par un autre dispensateur que celui qui a effectué la prestation.
Dans l'ET 50 Z 24 S 5, il est, donc, précisé que la prestation 588954-588965 peut être prescrite par le médecin spécialiste en anatomopathologie qui a effectué la prestation.

Date d'application : mois facturé octobre 2015.

3. Liste "prescripteur"

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
744833	744866	17/7/2015	30/7/2015	1/10/2014

4. Liste « prestation relative »

Pas de modifications.

5. Liste « codes erreur »

Pas de modifications.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/18

Pages à remplacer :

- annexes 1.1, 6.5, 7 ;
- ET 50 Z 32 ;

1. Données de contact Union nationale des mutualités neutres, annexe 1.1.

Les données de contact de l'UNMN ont été modifiées.

Date d'application : Date de publication de la mise à jour 2013/18.

2. Exception à l'interdiction du tiers payant, annexes 6.5, 7, ET 50 Z 32.

Suite à la publication de l'AR du 18/9/2015 (MB 23/9/2015), une nouvelle valeur P est ajoutée dans l'ET 50 Z 32 (exception interdiction régime du tiers payant) pour les patients palliatifs à domicile. La zone devient alphanumérique.

Date d'application : mois facturé janvier 2016.

3. Liste "prescripteur"

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
640231	640231	3/9/2015	2/10/2015	1/1/2016
640850	640850	3/9/2015	2/10/2015	1/1/2016
640953	640990	3/9/2015	2/10/2015	1/1/2016
641454	641454	3/9/2015	2/10/2015	1/1/2016
641476	641476	3/9/2015	2/10/2015	1/1/2016
641491	641491	3/9/2015	2/10/2015	1/1/2016
641513	641513	3/9/2015	2/10/2015	1/1/2016

4. Liste « prestation relative »

Pas de modifications.

5. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/19

Pages à remplacer :

- annexes 6, 6.5 ter, 7, 20.4 bis ;
- ET 52 Z 6a-6b, Z 10, Z 12-13 ;

Pages à ajouter :

- annexe 6 suite ;
- ET 52 Z 9, Z 16, Z 17, Z 18 ;

Pages à supprimer :

- ET 52 Z 11.

1. <u>Données de lecture du document d'identité électronique</u>, annexes 6, 6 suite, 6.5 ter, 7, 20.4 bis, ET 52 Z 6a-6b, Z 9, Z 10, Z 11, Z 12-13, Z 16, Z 17.

Lors de la mise à jour 2013/13, un nouveau type d'enregistrement 52 a été prévu pour la mention des données de lecture du document d'identité.
Un groupe de travail du Comité de l'assurance s'est réuni durant l'année 2015 en vue de l'élaboration de modalités de lecture ainsi que du suivi de l'implémentation.
Il est décidé que les informations relatives à la saisie des données d'identité du patient doivent être transmises en regard de la prestation facturée dans le fichier de facturation électronique.
Les données de lecture suivantes doivent être enregistrées :

- Date de lecture
- Type de support (carte d'identité électronique, carte ISI+,…)
- Type de saisie (lecture puce, lecture codes à barres, lecture Qr code, encodage électronique manuel)
- Heure de lecture
- Numéro de série du support
- Numéro du document justificatif

La date de l'obligation de lecture du document d'identité en cas de facturation électronique n'est pas encore fixée. Un arrêté royal fixant la date de cette obligation pour chaque catégorie de dispensateurs de soins concernés doit être publié.

La situation particulière des établissements hospitaliers n'a pas encore été examinée. Les modalités pour ce secteur seront, donc, fixées ultérieurement.

<u>Adaptations des instructions de facturation :</u>

- Une nouvelle zone 9 est créée dans l'enregistrement de type 52 pour la mention du type de saisie (lecture puce, lecteur code-à-barres, lecture Qr code, lecture électronique manuelle).

- Une nouvelle zone 16 est créée dans l'enregistrement de type 52 pour la mention du numéro de série du document d'identité.

- Une nouvelle zone 17 est créée dans l'enregistrement de type 52 pour la mention du numéro du document justificatif

- De nouveaux types de support de documents d'identité sont ajoutés dans la zone 10 de l'enregistrement de type 52.

- Dans la zone 10 de l'enregistrement de type 52, il est précisé que pour le médecin généraliste qui gère le dossier médical global, la lecture du document d'identité s'effectue seulement au moment de la consultation ou de la visite sur base de laquelle le médecin a ouvert la gestion du dossier médical. Cela signifie qu'un enregistrement de type 52 avec les données de lecture doit suivre l'enregistrement 50 avec la consultation ou la visite concernée.

<u>Autres principes</u> :

- Pour pouvoir faire le lien avec l'enregistrement 50 correspondant, le (pseudo)-code nomenclature, la date de prestation, l'identification du bénéficiaire et l'identification du dispensateur sont également enregistrés dans l'enregistrement 52.

- En cas de lecture du document d'identité, un enregistrement de type 52 avec les données de lecture doit toujours suivre l'enregistrement 50 correspondant (bloc d'enregistrements).

- Lorsqu'il y a obligation de lecture du document d'identité, toutes les zones prévues pour l'enregistrement des données de lecture doivent être remplies.

Date d'application : Le remplissage des zones relatives aux données de lecture du document d'identité restent facultatives jusqu'à ce que la date d'application de l'obligation de la lecture du document d'identité soit définie.

2. Numéro unique d'appareil d'imagerie médicale, ET 52 Z 18.

L'article 64 de la loi SSI modifié par la loi du 10/4/2014 portant des dispositions diverses en matière de santé prévoit qu'à partir d'une date fixée par le Roi, le numéro d'identification de l'appareil au moyen duquel la prestation est effectuée devra être mentionné dans la facturation.

Concrètement, une nouvelle zone est créée dans l'enregistrement de type 52 pour la mention du numéro unique de l'appareil.
L'enregistrement de type 52 avec le numéro unique d'appareil doit toujours suivre l'enregistrement de type 50 correspondant (bloc d'enregistrements).
Pour pouvoir faire le lien avec l'enregistrement de type 50 correspondant, les données suivantes sont répétées dans l'enregistrement de type 52 :
- le (pseudo)-code nomenclature
- la date de prestation
- l'identification du bénéficiaire
- l'identification du dispensateur

Date d'application : pas encore fixée (sous réserve de publication de l'AR concerné).

3. Liste "prescripteur"

Pas de modifications.

4. Liste « prestation relative »

Pas de modifications.

5. Liste « codes erreur »

Pas de modifications.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/20

Pages à remplacer :

- Pages 2, 15, 29bis, 29ter;
- Annexes 1.1, 20.3;
- ET 10 Z 7;
- ET 20 Z 11;
- ET 50 Z 4 S 5, S 13, Z 14 S 1, S 3, Z 16, Z 22, Z 55-56;
- ET 52 Z 18.

Pages à ajouter :

- Annexe 16.21;
- ET 50 Z 26 S 8.

1. **Données de contact, annexe 1.1**

Les données de contact pour les mutualités Chrétiennes ont été modifiées.

2. **Mutualité de destination, page 15.**

Un certain nombre de conventions sont ajoutées à la liste des conventions de rééducation pour lesquelles le numéro 300 doit être mentionné comme mutualité de destination.

3. **Fusion mutualités OA500, pages 29bis, 29ter**

Des instructions sont introduites concernant la fusion des mutualités 509 et 527.

Date d'application : 1/1/2016

4. **Praticiens de l'art infirmier – nouveau type de facturation, ET 20 Z 11.**

Un nouveau type de facturation "5" est créé pour régulariser les forfaits infirmiers après un déscorage par le médecin conseil. Jusqu'à présent pour une telle régularisation, il était fait usage d'une note de crédit (type de facturation 3) suivie par une réintroduction d'une facture créditée (type de facturation 1).
A partir du mois facturé avril 2016, le nouveau type de facturation 5 doit être utilisé à cet effet.

Date d'application : Mois facturé avril 2016.

5. **Pseudo-code notification, ET 50 Z 55-56.**

Un nouveau pseudo-code notification 999999999850 est prévu pour les moyens médicaux invasifs sur mesure.

Date d'application : Mois facturé janvier 2016 (pour les prestations exécutées à partir du 1/7/2014).

6. **Matériel dialyse de détoxification, ET 50 Z 4 S 5.**

Le pseudo-code 740272-740282 a été supprimé (remplacé par la prestation 172314-172325 de « La Liste »).

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/8/2015.

7. **Précisions dans le cadre d'e-fact, page 2, annexe 20.3, ET 10 Z 7, ET 50 Z 16, Z 22.**

Des précisions sont apportées concernant :

- le nombre d'envois maximum par numéro tiers payant
- le numéro d'envoi (ET 10 Z 7) qui doit être unique par numéro tiers payant (+ actualisation du texte de la zone concernée)
- l'utilisation de la norme dispensateur 4 (ET 50 Z 16)
- le nombre d'unités lors de la facturation des frais de déplacement dans les régions rurales

En annexe 20.3, le commentaire des zones 16 et 32 est actualisé.

Date d'application : il s'agit d'une précision des instructions existantes.

8. Forfait INAMI pour examen PET et adaptation nomenclature médecine nucléaire, ET 50 Z 4 S 13, Z 26 S 8.

La mise en application du protocole d'accord imagerie médicale passe par la mise en place d'un forfait INAMI par examen PET.
Ce forfait INAMI est implémenté via une modification de I'AR du 22 mai 2014 (AR radio-isotope) : un article supplémentaire est prévu dans le Chapitre III 'Dispositions particulières'.
Ce forfait INAMI est constitué de 2 parties : un montant de 107,50 € + un montant de 48,53 € (montant lié à l'index). Soit un montant total de 156,03 €.
Le forfait INAMI est plafonné à 3.400 examens par an par appareil et à 1.200 examens par an par appareil universitaire supplémentaire attribué.
Pour la facturation de ce forfait, le pseudo-code 747913-747924 est ajouté dans l'ET 50 Z 4 suite 13.

Suite à la révision de l'art. 18 de la nomenclature, une nouvelle page avec les combinaisons valables des zones 15, 24-25 et 26 pour les prestations de médecine nucléaire in vivo est introduite dans l'ET 50 Z 26.
De plus, les listes « prescripteur » et « prestation relative » sont adaptées (voir points 11 et 12 ci-dessous).

Date d'application : Prestations exécutées à partir 1/1/2016 (sous réserve de publication des AR concernés).

9. Lieu de prestation, ET 50 Z 14 S 1, S 3.

Le pseudo-code 747891-747902 est ajouté dans la liste des codes pour lesquels le numéro d'agrément PET-scan (numéro de l'hôpital + 112) doit être mentionné.

Date d'application : Délivrances à partir du 1/6/2015.

Dans l'ET 50 Z 14 S 3, les pseudo-codes pour les conventions art.56 sont actualisés.

10. Numéro unique appareil d'imagerie médicale, annexe 16.21, ET 52 Z 18.

Dans la mise à jour 2013/19, une nouvelle zone a été créée pour le numéro d'identification unique de l'appareil d'imagerie médicale.

Via la mise à jour actuelle, une instruction est ajoutée pour la situation où l'appareil enregistré est défectueux et que les examens sont exécutés sur un appareil de remplacement.
De plus, la signification des positions YYYYY du numéro est également précisée.

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/4/2016 (sous réserve de publication des AR concernés).

11. Liste "prescripteur"

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
640732	640791	3/9/2015	1/12/2015	1/1/2016
Toutes les prestations de l'art. 18 § 2, B, a) jusque d) quater y compris		AR pas encore publié		1/1/2016 (sous réserve de publication de l'AR)

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
641454	641454	3/9/2015	1/12/2015	1/1/2016
641476	641476	3/9/2015	1/12/2015	1/1/2016
641491	641491	3/9/2015	1/12/2015	1/1/2016
641513	641513	3/9/2015	1/12/2015	1/1/2016
740272	740283	Pseudo-code		1/8/2015

12. Liste « prestation relative »

Médecine nucléaire in vivo

Pour toutes les prestations de l'art. 18, §2, B, a) jusque d) quater inclus, le pseudo-code du radio-isotope facturé doit être mentionné en prestation relative :

Exceptions :

- pour la prestation 442816-442820, aucune prestation relative ne doit être mentionnée.
- pour la prestation 442536-442540 (Supplément d'honoraires), la prestation 442396-442400 ou la prestation 442514 – 442525 doit être mentionnée en prestation relative (et donc pas le radio-isotope).

La prestation relative pour la prestation 442595 – 442606 doit toujours être égale à 745371-745382 (thallium 201).

Pour l'ancien pseudo-code radio-isotope 699112-699123 *(Radio-isotopes administrés en vue de poser un diagnostic : Molécules organiques ou inorganiques marquées par isotope à courte vie produits par générateur)*, depuis le 1/6/2015, la facturation s'effectue via 2 pseudo-codes (1 pour l'isotope courte vie produit par générateur et 1 pour la molécule organique ou inorganique). Dans ce cas, le pseudo-code à mentionner en prestation relative de la prestation de médecine nucléaire, est le pseudo-code pour la molécule organique ou inorganique (repris dans le paragraphe 2 du chapitre II de la liste des produits radiopharmaceutiques).

Date d'application : Prestations exécutées à partir du 1/1/2016 (sous réserve de publication de l'AR).

Autres modifications

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
309514	309525	27/9/2015	1/10/2015	1/12/2015
379514	379525	27/9/2015	1/10/2015	1/12/2015

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/21

Pages à remplacer :

- ET 30 Z 32;
- ET 40 Z 22;
- ET 50 Z 4 S 27, S 32, S 33, S 34, Z 17-18, Z 34, Z 44-45.

1. **<u>Praticiens de l'art infirmier – pseudo-codes prestation relative</u>, ET 50 Z 4 S 27, S 32, S 33, S 34, Z 17-18.**

Suite au 10e avenant à la Convention entre les praticiens de l'art infirmier et les organismes assureurs, l'honoraire des prestations 425913, 426075, 426090, 426112 et 428072 est mis à zéro lorsqu'elles sont effectuées au cabinet d'un praticien de l'art infirmier.
Ces prestations à zéro euro ne sont pas mentionnées sur le fichier de facturation électronique.

Dans le cadre de la mesure d'économie susmentionnée, une nouvelle annexe 85 est insérée dans le Règlement du 28 juillet 2003. Celle-ci contient un certain nombre de pseudo-codes qui doivent être mentionnés comme prestation relative pour les prestations de l'art. 8, §1, 3° de la nomenclature ("*Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers soit au cabinet du praticien de l'art infirmier, soit dans une maison de convalescence* "). Ces pseudo-codes indiquent le lieu de prestation. En ce qui concerne les honoraires forfaitaires, le pseudo-code prestation relative doit seulement être mentionné dans l'enregistrement du forfait, pas dans les enregistrements statistiques avec norme 9.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/4/2016.

2. **<u>Exception tiers payant</u>, ET 30 Z 32.**

La description de cette zone dans l'enregistrement de type 30 (qui contient encore des références à l'ancien AR tiers payant) est supprimée, vu que cette zone n'est plus remplie depuis le mois facturé janvier 2015.
La zone correspondante dans l'enregistrement de type 50 reste, bien évidemment, applicable. Dans cette zone là, les références à la base réglementaire sont bien à jour.

3. **<u>Forfaits mucoviscidose – zone "nombre d'unités"</u>, ET 40 Z 22.**

Pour les forfaits pour le matériel et les produits de soins dans le cadre de la mucoviscidose, la zone "nombre d'unités" peut, désormais, être plus grande que 1.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/3/2016.

4. **<u>Médecine nucléaire – zone "libellé"</u>, ET 50 Z 44-45.**

Suite à l'AR du 15/12/2015 (MB du 24/12/2015), la zone "libellé" ne doit plus être remplie pour les prestations radioactives effectuées à partir du 1/1/2016.
En effet, l'art.3 de cet AR abroge le 1er alinéa de l'art. 19, §8 de la nomenclature. Cet alinéa prévoyait la mention obligatoire du type de test sur l'attestation de soins (et donc dans la zone « libellé » du fichier de facturation électronique).

<u>Date d'application:</u> Prestations effectuées à partir du 1/1/2016.

5. <u>Membre traité</u>, ET 50 Z 34.

La prestation 248415-248426 ("*Application d'une lentille-pansement scléro-cornéenne hydrophile pour le traitement d'affections cornéennes, y compris la lentille utilisée*") ne peut être portée en compte qu'une seule fois par période de 4 mois, mais cette règle vaut par œil.

C'est pourquoi, le remplissage de la zone "membre traité" est désormais obligatoire pour cette prestation.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/3/2016.

6. <u>Liste "prescripteur"</u>

Pas de modifications.

7. <u>Liste « prestation relative »</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
Toutes les prestations de l'art. 8, §1, 3°		Voir point 1 ci-dessus		1/4/2016

8. <u>Liste « codes erreur »</u>

Pas de modifications.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/22

Pages à remplacer :

- Pages 2, 14;
- Aperçu des annexes, annexes 16.19, 16.20, 20.4, 20.4BIS, 20.5, 20.6
- ET 20 Z 11, Z 11 S 1, Z 18, Z 24-25;
- ET 50 Z 4 S 5, S 15, S 27, S 32, S 33, S 34, Z 12, Z 14 S 3, S 4, S 5, Z 16, Z 17-18, Z 26 S 1, S 8, Z 29, Z 30-31, Z 43;
- ET 51 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 8a-8b, Z 15, Z 19, Z 27.

Pages à ajouter :

- Annexes 23.1, 23.2, 23.3, 23.4, 23.5, 23.6, 23.7;
- ET 50 Z 4 S 15 BIS;

1. **<u>E-fac dentistes</u>, p. 2, 14, aperçu des annexes, annexes 23.1, 23.2, 23.3, 23.4, 23.5, 23.6, 23.7, ET 20 Z 18, Z 24-25, ET 50 Z 12, Z 16, Z 26 S 1, Z 29, Z 30-31, ET 51 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 8a-8b, Z 15, Z 19, Z 27.**

   Les instructions de facturation sont adaptées dans le cadre du projet "e-fac dentistes".
   Il s'agit surtout d'adaptations de texte.
   De plus, la signification de la valeur 3 dans l'ET 50 Z 12 est élargie avec "pont".
   Des précisions ont également été apportées dans les zones "dent traitée" (ET 50 Z 29) et "supplément" (ET 50 Z 30-31).
   La nouvelle annexe 23 contient un aperçu du remplissage des zones du fichier de facturation.

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/12/2016.

2. **<u>E-fac médecins généralistes - précisions</u>, annexes 20.4, 20.4BIS, 20.5, 20.6.**

   Il est précisé que certaines zones des enregistrements de type 51, 52, 80 et 90 doivent être égales aux zones correspondantes dans les autres types d'enregistrements.

3. **<u>Praticiens de l'art infirmier – pseudo-codes prestation relative - correction</u>, ET 50 Z 4 S 27, S 32, S 33, S 34, Z 17-18.**

   La référence à l'annexe au Règlement (dans laquelle la signification des différents pseudo-codes est reprise) est corrigée. Il s'agit de l'annexe 87 (au lieu de l'annexe 85).

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/4/2016.

4. **<u>Praticiens de l'art infirmier – type de facturation "5" - précisions</u>, ET 20 Z 11, Z 11 S 1.**

   Quelques précisions concernant le nouveau type de facturation "5" (facture de correction pour forfaits infirmiers suite au déclassement après visite médecin conseil) ont été apportées.

   <u>Date d'application</u>: Mois facturé avril 2016.

5. **<u>Médecine nucléaire</u>, ET 50 Z 4 S 15, S 15 BIS, Z 26 S 8.**

   Un nouveau pseudo-code 961236-961240 est créé pour les produits radiopharmaceutiques non-remboursables.
   Dans l'ET 50 Z 44-45, un libellé doit être mentionné pour de tels produits non-remboursables.
   La prestation relative, qui doit obligatoirement être remplie pour les prestations de médecine nucléaire in vivo peut être égale à ce nouveau pseudo-code 961236-961240.

   Dans l'ET 50 Z 26 S 8, une possibilité supplémentaire est prévue pour le remplissage de la zone "norme prescripteur", càd l'utilisation de la norme 3 lorsque les prestations ont été prescrites par le médecin spécialiste en médecine nucléaire (ou médecin spécialiste avec double qualification) pour ses propres patients (dispensateur de soins = prescripteur).

   <u>Date d'application</u>: Mois facturé avril 2016 pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2016.

6. Implants, annexes 16.19, 16.20, ET 50 Z 4 S 5, Z 14 S 3, S 4, S 5, Z 43.

6.1 Suppression des déclarations d'accord moniteur cardiaque implantable, sonde à usage unique et chirurgie robotisée

Les pseudo-codes 693910- 693921, 703496-703500 et 777114-777125 et les numéros d'agrément correspondants (respectivement numéro hôpital + 153, +157, +150) ont été supprimés.
Ils ont été remplacés par des prestations de « La Liste ».

Pour les nouvelles prestations 172572-172583 (*Moniteur cardiaque implantable)* et 172594-172605 *(Sonde à usage unique)*, un lieu de prestation spécifique est exigé:

- pour la prestation 172572-172583: numéro hôpital + 124 ou 125
- pour la prestation 172594-172605: numéro hôpital + 120

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/3/2016.

6.2 Rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales

Un nouveau numéro d'agrément "numéro hôpital + 163" est créé. Celui-ci doit être mentionné comme lieu de prestation pour les prestations 172491-172502 et 172513-172524.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/3/2016.

6.3 Ablation par radiofréquence d'un œsophage

Un nouveau numéro d'agrément "numéro hôpital + 164" est créé. Celui-ci doit être mentionné comme lieu de prestation pour les prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/4/2016.

6.4 Correction ET 50 Z 43

Il n'existe pas de liste nominative pour la prestation 680175 – 680186. Aucun code d'identification ne doit, donc, être rempli dans la Z 43 (et pas de code notification dans la Z 55-56 non plus).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/8/2014.

7. Numéro unique appareil imagerie médicale.

La date d'entrée en vigueur de l'AR exécutant l'art. 64 §1er de la loi SSI concernant le lieu de prestation et l'utilisation d'appareillage médical lourd sera reportée au 1/6/2016.
La mention obligatoire du numéro unique de l'appareil (ET 52 Z 18) n'entrera, donc, en vigueur qu'au 1/6/2016 (et pas au 1/4/2016, comme mentionné dans la mise à jour 2013/20).
Pour les prestations effectuées jusqu'au 31/5/2016 inclus, l'ET 52 Z 18 doit obligatoirement être égal à zéro.

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

8. Liste “prescripteur”

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d’application**
693910	693921	Pseudo-codes		1/3/2016
703496	703500	Pseudo-codes		1/3/2016
777114	777125	Pseudo-codes		1/3/2016

9. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d’application**
172594	172605	Pseudo-codes		1/3/2016
172675	172686	Pseudo-codes		1/3/2016

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d’application**
211326	211326	22/2/2016	29/2/2016	1/4/2016
214126	214126	22/2/2016	29/2/2016	1/4/2016
703496	703500	Pseudo-codes		1/3/2016
777114	777125	Pseudo-codes		1/3/2016

10. Liste « codes erreur »

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/23

Pages à remplacer :

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

Pages à ajouter :

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

Page supprimée :

- ET 50 Z 14 S 5.

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

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

Pour les prestations reprises dans cet AR, le numéro de l'appareil doit obligatoirement être rempli dans l'ET 52 Z 18.
La structure de ce numéro a été adaptée par rapport à celle publiée dans la mise à jour 2013/19.
Il s'agit du numéro de facturation INAMI de l'appareil (8 positions), précédé de "0" et suivi par "000" (ou par "001" lorsque l'appareil est défectueux et qu'un appareil de remplacement est utilisé).
Le numéro est non signifiant. Cela veut dire que le type d'appareil (PET, CT,…) ne peut pas être déduit du numéro tel quel.
Les organismes assureurs sont informés sur le type d'appareil via le fichier SZV (fichier de référence INAMI).

L'enregistrement de type 52 avec le numéro d'appareil doit toujours suivre l'enregistrement de type 50 correspondant (bloc d'enregistrements).
Pour pouvoir faire le lien avec l'enregistrement de type 50 correspondant, les données suivantes doivent obligatoirement être répétées dans l'enregistrement de type 52 :
- le (pseudo)-code nomenclature (Z 4)
- la date de prestation (Z 5)
- l'identification du bénéficiaire (Z 8)
- l'identification du dispensateur (Z 15)

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

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

Contrôles par les organismes assureurs

En plus des contrôles de base habituels sur une zone numérique, les contrôles suivants doivent également être effectués :
- Présence du numéro de l'appareil dans l'ET 52 Z 18 lorsqu'il est exigé
- L'enregistrement de type 52 avec le numéro d'appareil doit toujours suivre l'enregistrement de type 50 correspondant (bloc d'enregistrements).
  En cas d'erreurs dans l'enregistrement 50 correspondant, l'enregistrement 52 est rejeté.
  En cas d'erreurs dans l'enregistrement 52 correspondant, l'enregistrement 50 est rejeté. *Ces erreurs ne sont pas prises en compte pour le calcul du % d'erreurs du fichier*)
- Correspondance code nomenclature – type d'appareil (CT, PET, RMN,…)
- Pour les appareils hybrides (PET-CT et SPECT-CT) : lorsqu'un CT est attesté, un SPECT ou un PET doit être attesté le même jour, pour le même patient sur le même appareil.
- Le numéro d'agrément de l'hôpital (ET 50 Z 14 : lieu de prestation) doit correspondre au lieu d'exploitation de l'appareil dont le numéro est mentionné dans l'ET 52 Z 18.
  Exception : pour les examens SPECT exécutés avec un appareil hybride SPECT-CT, le lieu de prestation (ET 50 Z 14) peut être égal à 0.

Les 2 premiers contrôles doivent être effectués à partir du 1/6/2016.
La programmation du 3e, 4e et 5e contrôle demande un certain temps. Les organismes assureurs doivent prévoir ce contrôle pour le 1/10/2016 au plus tard.

Point d'attention relatif aux appareils hybrides

Les appareils hybrides ne peuvent pas être employés en tant que CT ou RMN autonome.
Lorsqu'un tel appareil est utilisé, 2 examens doivent, donc, être attestés le même jour pour un même patient. Ces 2 examens doivent obligatoirement être mentionnés sur le même fichier de facturation.

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

Suite à l'AR du 26/5/2016 (MB du 31/5/2016) portant exécution de l'article 64, § 1er, alinéa 1er de la loi AMI, la description de la zone « lieu de prestation » est actualisée.
La règle selon laquelle le lieu de prestation de la prestation de base doit être mentionné comme lieu de prestation de la prestation secondaire est supprimée.
La règle selon laquelle le lieu de prestation doit correspondre au lieu de prestation de la prestation de base qui est mentionnée comme prestation relative est supprimée.

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

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

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

Une adaptation complémentaire est également effectuée concernant les dentistes (1/12/2016): la zone « prestation relative » est ajoutée dans l'enregistrement de type 51 (cette zone est, en effet, reprise dans le calcul du numéro d'agrément de l'engagement de tarif).
De plus, les prestations « honoraires supplémentaires pour consultation urgente » (371055-371066, 371070-371081, 301055-301066 et 301070-301081) sont ajoutées à la liste « prestation relative » (voir également le point 9).

Les instructions sont également adaptées dans le cadre de l'adhésion des médecins-spécialistes à e-fac (date de production prévue : 1/1/2017).
Il s'agit principalement d'adaptations textuelles. Les instructions de base pour les spécialistes sont les mêmes que pour les médecins généralistes sauf le service MyCarenet « consultation des tarifs » qui n'est pas disponible pour les spécialistes et donc, qu'aucun engagement de tarif ne sera délivré (donc, pas d'enregistrement 51).

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

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

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

Dans l'enregistrement 40 (zone 4), les pseudo-codes catégorie existants pour les médicaments remboursables ou non remboursables (pseudo-codes 75xxxx) ou produits parapharmaceutiques non remboursables (pseudo-codes 96xxxx) sont utilisés.
Le montant hors TVA doit être mentionné dans la Z 30-31 (supplément).
Les instructions existantes pour le remplissage de la zone « libellé » (ET 40 Z 42-45) sont valables.
Via une nouvelle zone « flag TVA », il doit être indiqué qu'il s'agit de produits qui sont (dans le cadre d'une intervention esthétique) entièrement facturés au patient et sur lesquels la TVA est due ou non.

Dans l'enregistrement 50 (zone 4), les codes nomenclature (ou pseudo-codes implants, sang, etc …) sont utilisés lorsqu'ils existent, sinon les pseudo-codes 960xxxx sont utilisés.
Un nouveau pseudo-code 961251-961262 est créé pour les interventions esthétiques non remboursables.
Le montant hors TVA doit être mentionné dans la Z 30-31(supplément).
Les instructions existantes pour le remplissage de la zone « libellé » (ET 50 Z 44-45) sont valables.
Pour la zone « dispensateur » (Z 15), les instructions existantes restent également valables. Lors de l'utilisation des pseudo-codes 96XXXX, aucun dispensateur de soins ne doit, donc, être mentionné.
Via une nouvelle zone « flag TVA», il doit être indiqué qu'il s'agit de prestations qui sont (dans le cadre d'une intervention esthétique) entièrement facturées au patient et sur lesquelles la TVA est due ou non.

Le montant de la TVA par prestataire de services assujetti ne doit pas être repris sur le fichier de facturation électronique (et ce, contrairement à la facture patient).
Seul le montant total de la TVA doit être mentionné sur le fichier de facturation électronique (en Z 30-31) sous un nouveau pseudo-code 0961273-0961284.
Pour ce nouveau pseudo-code, les zones « dispensateur » (Z15) et la zone « libellé » (Z 44-45) ne doivent pas être remplies.

Date d'application: Mois facturé septembre 2016.

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

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

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

Pour les nouvelles prestations (172690 - 172701 et 172712 – 172723), le numéro d'agrément « numéro hôpital + 152 » doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).
Le libellé de ce numéro d'agrément est remplacé par "endoprothèses + pathologie cardiaque **B**".

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

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

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

Date d'application : Mois facturé juillet 2016.

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

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

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

8. Liste “prescripteur”

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

9. Liste « prestation relative »

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

10. Liste « codes erreur »

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/24

Pages à remplacer :

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

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

Une nouvelle convention diabète entre en vigueur le 1/7/2016.
Celle-ci prévoit un certain nombre d'interventions forfaitaires par journée de prestation, dépendant du groupe dont le bénéficiaire fait partie (A, B ou C) et de la méthode utilisée (piqûre au doigt ou mesure par capteur).
Une série de nouveaux pseudo-codes est prévue dans l'ET 30 Z 4 S 9 BIS.

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

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

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

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

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

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

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

Une nouvelle convention relative au financement de la dialyse entre en vigueur le 1/8/2016.
Celle-ci concerne l'hémodialyse <u>chronique</u> et règle aussi bien les honoraires pour la dialyse chronique que les interventions forfaitaires.
Des nouveaux pseudo-codes ont été créés (annexe 1 à la convention).
Les honoraires sont facturés dans l'enregistrement de type 50, les interventions forfaitaires dans l'enregistrement de type 30.
Les instructions existantes relatives au type de facture, code service et lieu de prestation (numéro d'agrément du centre de dialyse) restent valables.

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

4. <u>Produits radiopharmaceutiques – lieu de prestation,</u> ET 50 Z 14 S 2.

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

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

5. <u>Liste "prescripteur"</u>

Pas de modifications.

6. <u>Liste « prestation relative »</u>

Pas de modifications.

7. <u>Liste « codes erreur »</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/25

Pages à remplacer :

- Annexe 16.19;
- ET 30 Z 4 S 9 BIS, S 10, Z 14, Z 30-31;
- ET 50 Z 4 S 3, S 4, S 5, S 15, Z 14 S 2, S 3, S 4.

Pages à ajouter:

- ET 30 Z 4 S 10 BIS;
- ET 50 Z 14 S 5.

1. <u>Nouvelle convention diabète enfants,</u> ET 30 Z 4 S 9 BIS, S 10, S 10 BIS, Z 30-31, ET 50 Z 4 S 15.

Une nouvelle convention diabète enfants entre en vigueur le 1/8/2016.
Les modifications sont analogues à celles de la nouvelle convention pour les adultes, qui est applicable depuis le 1/7/2016 et pour laquelle les instructions de facturation ont été publiées dans la mise à jour 2013/24.
Dans l'ET 30 Z 4 S 10 et S 10 BIS, une série de nouveaux pseudo-codes sont publiés.
Un supplément peut être facturé aux bénéficiaires qui ne souffrent pas de diabète type 1 et qui souhaitent quand même utiliser la méthode de mesure par capteur. Ce supplément doit être mentionné dans la zone 30-31.
Les coûts du matériel supplémentaire dont les bénéficiaires ont besoin parce qu'ils effectuent de leur propre initiative plus de mesures ou parce que les capteurs ont été perdus prématurément, sont mentionnés sous le nouveau pseudo-code 961310-961321.

Il est précisé que (autant pour la convention diabète pour les adultes que pour la convention diabète pour les enfants), il faut toujours facturer avec les pseudo-codes ambulant avec un type de facture 6 (facture de rééducation externe) et avec le pseudo-code service 770, également pour les patients hospitalisés.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/8/2016 (tenant compte des mesures transitoires prévues dans la convention).

2. <u>Modifications implants</u>, annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 3, S 4, S 5, Z 14 S 3, S 4, S 5.

<u>Stent valvulaire percutané implantable dans la position pulmonaire</u>

Les pseudo-codes 704616-704620, 704631-704642 et 704653-704664 (déclaration d'accord) et le numéro d'agrément s'y rapportant (numéro hôpital + 154) sont supprimés.

Pour les nouvelles prestations de « La Liste », le numéro d'agrément « numéro hôpital + 123 » (pathologie cardiaque C) doit être mentionné comme lieu de prestation.

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

<u>Matériel pour assistance ventriculaire</u>

Les pseudo-codes 684714-684725, 701035 et 701050 (déclaration d'accord) sont supprimés.

Pour les nouvelles prestations de « La Liste », le numéro d'agrément « numéro hôpital + 122 » (pathologie cardiaque T) doit être mentionné comme lieu de prestation.

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

<u>Neurostimulateur en cas de trouble obsessionnel compulsif</u>

Les pseudo-codes 697933 jusqu'à 697966 inclus et 703511 jusqu'à 703625 inclus (déclaration d'accord) et le numéro d'agrément s'y rapportant (numéro hôpital + 158) sont supprimés.

Pour les nouvelles prestations de « La Liste », le nouveau numéro d'agrément « numéro hôpital + 165 » doit être mentionné comme lieu de prestation.

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

Neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux

Les pseudo-codes 702914 jusqu'à 703006 inclus et 703371 jusqu'à 703404 inclus (déclaration d'accord) et le numéro d'agrément s'y rapportant (numéro hôpital + 160) sont supprimés.

Pour les nouvelles prestations de « La Liste », le nouveau numéro d'agrément « numéro hôpital + 166 » doit être mentionné comme lieu de prestation.

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

Stent valvulaire percutané implantable dans la position aortique

Les pseudo-codes 680153-680164, 680175-680186 et 680993-681004 (déclaration d'accord) et le numéro d'agrément s'y rapportant (numéro hôpital + 162) sont supprimés.

Pour les nouvelles prestations de « La Liste », la zone « lieu de prestation » doit être remplie comme suit:
Pour le code 172734-172745: nouveau numéro d'agrément « numéro hôpital + 167 ».
Pour les codes 172756-172760 et 172771-172782: nouveau numéro d'agrément « numéro hôpital + 167 » ou « numéro hôpital + 120 » (pathologie cardiaque B).

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

3. Lieu de prestation - nouvelle convention dialyse, ET 30 Z 14, ET 50 Z 14 S 3, S 4, S 5.

Suite à la nouvelle convention relative au financement de la dialyse, les instructions relatives au lieu de prestation sont précisées.

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

4. Lieu de prestation- produits radiopharmaceutiques, ET 50 Z 14 S 2.

Via l'AM du 11/7/2016 (MB du 20/7/2016), un certain nombre de nouvelles prestations ont été créées pour lesquelles le numéro d'agrément "numéro hôpital + 112" (PET) doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

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

5. Liste "prescripteur"

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
680153	680186	Pseudo-codes		1/8/2016
680993	681004	Pseudo-codes		1/8/2016
684714	684725	Pseudo-codes		1/8/2016
697933	697966	Pseudo-codes		1/8/2016
701035	701050	Pseudo-codes		1/8/2016
702914	703006	Pseudo-codes		1/8/2016
703371	703404	Pseudo-codes		1/8/2016
703511	703625	Pseudo-codes		1/8/2016
704616	704664	Pseudo-codes		1/8/2016

6. Liste « prestation relative »

Pas de modifications.

7. Liste « codes erreur »

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/26

Pages à remplacer :

- Annexes 1.1, 16.19, 22.1;
- ET 40 Z 30-31;
- ET 50 Z 3 S 5, Z 4 S 13, Z 14 S 3, S5, Z 15 S 1, Z 30-31, Z 34, Z 49.

1. <u>Convention reconstruction mammaire,</u> annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 13, Z 14 S 5, Z 15 S 1, Z 34.

Cette nouvelle convention prévoit le remboursement de la transplantation microchirurgicale de tissu (phase 1), le remodelage, y compris la reconstruction du mamelon (phase 2) et la tatouage du mamelon et de l'aréole (phase 3).

<u>Les pseudo-codes et les tarifs</u> pour les prestations concernées sont repris dans la convention.

<u>L'aide opératoire</u> est comprise dans les honoraires des prestations concernées et ne peut, donc, plus être facturée séparément.

La convention prévoit des règles spécifiques concernant l'attestation des <u>suppléments d'honoraires</u>:

- Chambre individuelle: Pour les prestations de la phase 1, un supplément d'honoraires de 100% au maximum peut être porté en compte au patient. Ce supplément doit être mentionné dans la zone 30-31. Pour les prestations de la phase 2 et 3, aucun supplément d'honoraires ne peut être porté en compte.
- Chambre commune ou à 2 lits: Pas de supplément d'honoraires possible.

Les hôpitaux qui concluent la convention, reçoivent un numéro <u>d'agrément "numéro hôpital + 190"</u> , qui doit être mentionné comme lieu de prestation (zone 14).

Le <u>dispensateur de soins</u> (zone 15) doit satisfaire aux critères de l'art. 7 de la convention. La liste des prestataires habilités sera publiée sur le site Web de l'INAMI.

Pour les prestations 252652-252663 et 252696-252700 (qui peuvent être attestées une fois *par sein*), la zone "<u>membre traité</u>" (zone 34) doit obligatoirement être remplie.

<u>Date d'application</u>: Encore à déterminer (prestations effectuées à partir du 1/10/2016 au plus tôt)

2. <u>Biologie clinique, anatomopathologie et génétique ambulatoire – suppléments et prestations non-remboursables</u>, ET 40 Z 30-31, ET 50 Z 15 S 1, Z 30-31.

Un AR concernant l'attestation des suppléments pour la biologie clinique, l'anatomopathologie et la génétique <u>ambulatoire</u> est en cours de préparation (déjà approuvé par le Comité de l'Assurance).

Cet AR va prévoir, entre autres, ce qui suit:
« En cas de facturation électronique, les laboratoires transmettent aux organismes assureurs le montant des suppléments portés en compte au patient ainsi que le montant des prestations qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance. »

En principe, la règle susmentionnée est actuellement déjà prévue dans les instructions de facturation. Pour rappel, vous trouverez ci-dessous ces <u>instructions existantes</u>:

- <u>Les suppléments pour les prestations remboursables</u> doivent être mentionnés dans la zone 30-31 de l'enregistrement dans lequel sont également facturées l'intervention AMI (zone 19) et l'éventuelle intervention personnelle (zone 27).
- Pour les <u>prestations de laboratoire non remboursables</u>, le pseudo-code existant 960035-960046 doit être utilisé.
  Le montant porté en compte au patient est mentionné dans la zone 30-31. La zone "libellé" (zone 44-45) doit obligatoirement être remplie.

En plus, l'adaptation suivante est apportée aux instructions de facturation : pour le pseudo-code 960035-960046, la zone « dispensateur de soins » (ET 50 Z 15) doit, dorénavant, obligatoirement être remplie.

Pour clarifier, le libellé de la zone 30-31 est adapté: montant supplément *ou montant pour des produits, prestations ou services non-remboursables*.

Ci-dessous, vous trouverez un exemple.

	Z 4	Z 15	Z 19	Z 27	Z 30-31	Z 44-45
Honoraire forfaitaire	593051	n° INAMI prestataire	24,26	12,96	0	blanc
Prestation remboursable	540050	n° INAMI prestataire	18,10	0	7,50	blanc
Prestation non-remboursable	960035	n° INAMI prestataire	0	0	Montant porté en compte au patient	Libellé de la prestation

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1er jour du 2e mois qui suit la publication de l'AR au Moniteur belge.

3. Implants (stents) - précision, ET 50 Z 3 S 5.

Une remarque est ajoutée à la méthode de facturation en cas de mise en place des stents sur plusieurs jours. En effet, cette méthode n'est pas valable pour la prestation 158970-158981, pour laquelle ni un code d'identification, ni un code de notification n'est nécessaire. Il n'y a, donc, pas d'enregistrements statistiques.

4. Lieu de prestation - correction, ET 50 Z 14 S 3.

Une erreur s'est glissée dans l'AR du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64 de la Loi AMI. L'article 15 de cet AR prévoit que pour pouvoir attester la prestation 589455/589466, il faut un agrément pathologie cardiaque C.
Cet article sera abrogé avec effet rétroactif au 1er juin 2016.
Aucun numéro d'agrément spécifique n'est, donc, nécessaire pour cette prestation (lieu de prestation = numéro de l'hôpital + 000).

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

5. Membre traité, ET 50 Z 34.

Pour la prestation 248334-248345 (*Injection intravitréenne effectuée dans des conditions d'asepsie stricte*) de l'art 14 h), la règle d'application suivante est prévue dans la nomenclature:

"A dater de la première injection, le nombre total d'injections remboursables est limité à 8 *par oeil* la première année, à 6 *par oeil* la deuxième année et à 4 par an et *par oeil* à partir de la troisième année".

Dorénavant, la zone "membre traité" doit, donc, être remplie pour cette prestation.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/10/2016

6. E-fac spécialistes - correction, ET 50 Z 49.

Le 3e paragraphe de la description de l'ET 50 Z 49 ne vaut pas seulement pour les médecins généralistes mais également pour les médecins spécialistes. Le texte est, donc, généralisé.

7. Règles d'arrondi - correction, annexe 22.1.

Dans l'exemple avec ticket modérateur plafonné, l'intervention AMI 56,5505 doit être arrondie à 56,56 (et pas à 56,55).

8. Modification données de contact, annexe 1.1.

Les personnes de contact pour l'OA200 ont été adaptées.

9. Liste "prescripteur"

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
255076	255080	Il s'agit d'une prestation qui existe depuis longtemps, mais qui a été oubliée sur la liste « prescripteur »		Mois facturé « septembre 2016 »

10. Liste « prestation relative »

Le lay-out de la liste a été adapté:

- Les codes sont mentionnés séparément (au lieu d'« intervalles »), sauf pour l'art.7 (kiné avec 2 tarifs de remboursement), l'art. 8 (soins infirmiers), l'art. 22 (physio avec 2 tarifs de remboursement) et les pseudo-codes relatifs aux conventions de rééducation.
- Les colonnes « ajouté » et « supprimé » sont déplacées et se trouvent maintenant avant la colonne « libellé ».
- 2 colonnes sont ajoutées pour la date de création et la date de suppression du code. Ces dates peuvent, dans un nombre de cas limité, être différentes des dates auxquelles les prestations sont ajoutées ou supprimées de la liste « prestation relative ».

11. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/27

Pages à remplacer :

- Page 33;
- Annexes 1, 1.2, 6 suite, 6.5 ter, 20.4 BIS, 23.5;
- ET 50 Z 4 S 14, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31;
- ET 52 Z 6a-6b, Z 9, Z 10, Z 12-13, Z 16, Z 17.

Pages à ajouter :

- ET 52 Z 3, Z 11.

1. **<u>Lecture du document d'identité électronique,</u> annexes 6 suite, 6.5 ter, 20.4 BIS, 23.5, ET 52 Z 3, Z 6a-6b, Z 9, Z 10, Z 11, Z 12-13, Z 16, Z 17.**

Un projet de Règlement qui établit les modalités pratiques relatives à la lecture du document d'identité électronique est en cours de préparation.

Les modifications et précisions suivantes sont apportées aux instructions existantes (enregistrement de type 52):

- Création de 2 nouvelles zones : « raison encodage manuel » (Z 3) et « raison utilisation vignette » (Z 11)
- Adaptations dans la zone "type de support" (Z 10):
  - Création d'une valeur supplémentaire "9" (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)
  - Suppression de la valeur "3" (la Kids-id est assimilée à la carte d'identité électronique belge)

<u>Date d'application</u> : La vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité (et la mention des enregistrements 52) reste facultative.
Lorsque des enregistrements 52 sont mentionnés, ils doivent, à partir du mois facturé janvier 2017, répondre aux nouvelles instructions. Jusqu'au mois facturé décembre 2016 inclus, les anciennes instructions sont encore d'application.
A partir du 1/10/2017, la vérification de l'identité du patient par lecture du document d'identité (et la mention des enregistrements 52) deviendra obligatoire pour le secteur des praticiens de l'art infirmier à domicile (sous réserve de publication de l'AR).

2. **<u>Projets « accouchement avec séjour hospitalier écourté »</u>, ET 50 Z 4 S 14, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31**

Ces projets s'inscrivent dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. L'objectif est de créer des réseaux entre les hôpitaux et d'autres institutions et de développer de nouveaux systèmes de financement.
Les projets émanent de groupes de prestataires et d'établissements de soins qui proposent des collaborations entre hôpitaux, spécialistes, médecins généralistes et prestataires indépendants (sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmiers à domicile...).
7 projets pilotes sont lancés dans différents hôpitaux.

En vue d'identifier dans la banque de données IMA (afin d'évaluer et de réaliser le contrôle des dépenses à posteriori), les patients traités dans un projet « accouchement avec séjour hospitalier écourté », 4 pseudo-codes (2 ambulants et 2 hospitalisés) sont créés dans l'ET 50 Z 4 S 14.

Les hôpitaux introduiront :

1) un pseudo-code 793590-793601 lorsque la prise en charge de la patiente dans le projet commence. Les zones montants (Z19, Z 27, Z30-31) ainsi que les zones 13, 14, 15 de l'enregistrement sont mises à zéro.
   Les zones 5 et 6 reprennent la date de début de prise en charge dans le projet.
2) un pseudo-code 793612-793623 lors de la fin de la prise en charge de la patiente dans le projet. Les zones montants (Z19, Z 27, Z30-31) ainsi que les zones 13, 14, 15 de l'enregistrement sont mises à zéro.
   Les zones 5 et 6 reprennent la date de fin de prise en charge dans le projet.

Les mutuelles ne doivent effectuer aucun contrôle en dehors des contrôles de base (structure zone, format,..)

Date d'application : Date de prestation 1/7/2016

3. Modification données de contact, p. 33, annexes 1, 1.2

Le nom et les personnes de contact pour l'OA900 ont été adaptés.

4. Liste "prescripteur"

Pas de modifications.

5. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
103095	103095	11/9/2016	22/9/2016	1/11/2016

6. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/28

Pages à remplacer :

- Page 14;
- Annexe 12.3;
- ET 20 Z 18;
- ET 50 Z 4 S 1, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 2, Z 15, Z 22 S 1.

1. Maisons médicales, annexe 12.3, ET 50 Z 4 S 1, Z 5, Z 6a-6b, Z 15

Les codes annuels 0102852 (passeport diabétique) ont été facturés, pour la dernière fois, avec date 01/01/2016. Ils sont à supprimer, pour les maisons médicales, à partir du 01/01/2017.

Les pseudo-codes annuels 0103272 (DMG+ à 70%) et 0103294 (DMG+ à 30%) ont été / seront facturés, pour la dernière fois, avec date 01/04/2015. Ils sont à supprimer à partir du 01/04/2016.

Le pseudo-code 0109594 (suivi patient diabétique de type 2 en maison médicale), facturable une fois par patient par année civile, est introduit dans les supports mensuels à partir du 01/02/2016. Il peut être facturé à partir du 30/11/2016.

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

Via l'AM du 13/10/2016 (MB du 21/10/2016), un certain nombre de nouvelles prestations ont été créées pour lesquelles le numéro d'agrément "numéro hôpital + 112" (PET) doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/11/2016.

3. Implants avec un remboursement par cm^2, ET 50 Z 22 S 1

Il est précisé que la méthode décrite sous le 3e tiret est également valable pour les implants sans liste limitative et avec forfait.

4. E-fac dentistes - complément, p. 14, ET 20 Z 18

Les instructions sont complétées suite à la décision définitive des mutualités socialistes concernant la mutualité de destination pour les mutualités wallonnes (= 315).

5. Liste "prescripteur"

Pas de modifications.

6. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
173913	174005	22/9/2016	20/10/2016	1/11/2016
180014	180062	22/9/2016	20/10/2016	1/11/2016
180110	180165	22/9/2016	20/10/2016	1/11/2016

7. Liste « codes erreur »

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/29

Pages à remplacer :

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

Pages à ajouter :

- Pages 29quater, 29quinquies, 29sexies.

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

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

<u>Concrètement au niveau du fichier de facturation</u> :

1) Chaque visite donne lieu à la lecture du document d'identité et à la mention d'un enregistrement 52. L'enregistrement 50 avec une prestation de base doit, donc, toujours être suivi par un enregistrement 52.
   Ce bloc d'enregistrements se répète autant de fois que le nombre de visites durant le jour de soins concerné.

2) S'il s'agit d'une prestation qui se présente de manière autonome (sans prestation de base), elle doit être suivie d'un enregistrement 52.

3) Pour les prestations qui n'engendrent pas de visites (par ex : consultation,…), la valeur 7 est indiquée dans l'ET 52 Z 10 et la valeur 1 est indiquée dans l'ET 52 Z 11.

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

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

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

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

Pour la méthode de la mesure par capteurs, le matériel délivré doit figurer sur une liste limitative. Désormais, le code d'identification du matériel délivré pour la mesure par capteurs devra être mentionné sur le fichier de facturation.
Afin de pouvoir utiliser la zone existante « code implant », <u>les pseudo-codes concernés sont déplacés vers le type d'enregistrements 50.</u>

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

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

3. <u>Convention SAOS,</u> ET 30 Z 4 S 12.

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

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

4. <u>Sevrage tabagique,</u> ET 50 Z 4 S 14.

A partir du 1er janvier 2017, la région flamande commence son propre système de remboursement des sessions d'arrêt du tabagisme. Le nouveau système est applicable pour les patients domiciliés dans la région flamande.
Cela signifie que les pseudo-codes 740434-740445, 740456-740460 et 740471-740482 ne peuvent plus être facturés pour des prestations effectuées à partir du 1/1/2017 pour des patients domiciliés dans la région flamande.

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

5. <u>Suppléments suite à des exigences particulières du patient</u>, ET 50 Z 33.

En cas d'exigences particulières du patient, les médecins/dentistes conventionnés peuvent attester des suppléments d'honoraires (voir les points 11.2.3 et 11.3.3 de l'accord medico-mut et le point 14.2 de l'accord dento-mut).
Dans ce cas, la nouvelle valeur « 5 » doit être mentionnée dans l'ET 50 Z 33.

<u>Date d'application</u>: Mois facturé janvier 2017.

6. <u>Forfait INAMI PET,</u> ET 52 Z 18.

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

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

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

Une erreur s'est glissée dans la condition de remboursement F-§22 de "La Liste", plus particulièrement dans le point "critères concernant l'établissement hospitalier".
Les codes 172911 et 172933 doivent être ajoutés dans l'énumération des prestations qui ne peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui répond aux critères.
Concrètement, cela signifie que pour ces 2 prestations, le numéro d'agrément pathologie cardiaque T (numéro hôpital + 122) doit être mentionné comme lieu de prestation.

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

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

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

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

9. <u>Produits radiopharmaceutiques – lieu de prestation,</u> ET 50 Z 14 S 2.

Via l'AM du 16/11/2016 (MB du 18/11/2016), un certain nombre de nouvelles prestations ont été créées pour lesquelles le numéro d'agrément "numéro hôpital + 112" (PET) doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/12/2016.

10. <u>E-fac médecins généralistes - correction</u>, annexe 20.3.

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

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

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

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

12. <u>Liste "prescripteur"</u>

Pas de modifications.

13. <u>Liste « prestation relative »</u>

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

14. <u>Liste « codes erreur »</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/30

Pages à remplacer :

- Page 14;
- Annexes 6, 6.5, 9.2, 9.3, 14.1, 14.3, 14.4, 16.19, 17.1, 20.3, 23.3;
- ET 20 Z 18;
- ET 40 Z 4 S 1, S 4, S 5, Z 19, Z 39;
- ET 50 Z 3 S 4, Z 14 S 2, S 5, Z 34, Z 44-45, Z 57-58-59.

Pages à ajouter :

- ET 40 Z 4 S 4BIS.

1. **<u>Procréation médicalement assistée (PMA) – code d'enregistrement BELRAP</u>, annexes 6, 6.5, 20.3, 23.3, ET 50 Z 57-58-59.**

Suite à un projet d'AR modifiant l'art. 14 g) de la nomenclature, l'enregistrement obligatoire dans BELRAP deviendra un critère de remboursement pour la prestation IIU (432773-432784)
Le code d'enregistrement devra, donc, être mentionné sur le fichier de facturation.

A cet effet, la zone existante 57-58-59 (« code enregistrement Qermid ») sera utilisée. Le nom de la zone est, donc, généralisé comme suit : « code enregistrement ».
Les codes d'enregistrement BELRAP auront la même structure que les codes d'enregistrement QERMID.

<u>Date d'application</u>: 1er jour du 2e mois qui suit la publication de l'AR modifiant l'art. 14 g) de la nomenclature au Moniteur belge.

2. **<u>Médicaments biologiques – facturation à 90%</u>, annexes 9.2, 9.3, 14.1, 14.3, 14.4, 17.1, ET 40 Z 4 S 1, S 4, S 4BIS, S 5, Z 19, Z 39.**

La Loi Programme du 25/12/2016 (MB du 29/12/2016) prévoit, à partir du 1/1/2017, une diminution de l'intervention de l'assurance de 10% pour certains médicaments biologiques.

Les médicaments concernés ont été repris dans un tableau séparé *"90 % FACTURATION BIOLOGICALS"* du fichier de référence sur le site de l'INAMI.

Par analogie avec les moyens de contraste (pour lesquels l'intervention de l'assurance a également été diminuée de 10% au 1/1/2013), un certain nombre de nouveaux pseudo-codes sont créés pour la facturation des médicaments biologiques à 90%. Les médicaments concernés peuvent appartenir à la catégorie de remboursement A, B, Fa ou Fb.

Les tableaux dans l'annexe 9 et les règles de calcul et d'arrondi dans l'annexe 14 sont également mis à jour.

<u>Date d'application:</u> Délivrances à partir du 1/1/2017.

3. **<u>Modifications implants</u>, annexe 16.19, ET 50 Z 3 S 4, Z 14 S 5, Z 34.**

<u>Dossier Opra</u>

Pour les nouvelles prestations, un numéro d'agrément spécifique « numéro hôpital + 168 » doit être mentionné comme lieu de prestation.
Pour les prestations effectuées à partir du 1/4/2017, la zone « membre traité » doit également être remplie.

<u>Attention</u> :
Bien que ces prestations (paragraphe L.11 dans "La Liste") soient renseignées avec valeur 2 (= Qermid et Z 57-58-59 doit être remplie) dans le champ « Qermid » du fichier de référence « LIST », le code d'enregistrement doit seulement être mentionné à partir de la date de prestation 1/4/2017 sur le fichier de facturation (Z 57-58-59).

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/2/2017 (1/4/2017 en ce qui concerne le remplissage de la zone « membre traité »).

Dossier In.Pact

Les nouvelles prestations 180235-180246 et 180250-180261 auront, dans le fichier de référence, la valeur « 2 » (càd facturation avec enregistrements statistiques), aussi bien pour le champ « *identificationZone43*» que pour le champ « *notificationZone55*».

Il s'agit d'un remboursement forfaitaire pour l'*« Ensemble du matériel de dilatation avec utilisation d'un ou plusieurs drug-coated ballon(s)…., en combinaison avec un ou plusieurs tuteur(s) »*.
Pour les drug-coated ballons, une liste nominative sera établie. Un remboursement n'est prévu que pour les drug-coated ballons repris sur cette liste nominative.
Pour les tuteurs, également utilisés dans le cadre de ces prestations, il n'y aura pas de liste nominative. Mais ce sont bien des dispositifs qui doivent être notifiés. Le code notification doit donc être mentionné.

La facturation de ces prestations devra donc s'effectuer comme suit:

- Enregistrements statistiques pour les drug-coated ballons: dans chacun de ces enregistrements, le code identification du drug-coated ballon concerné est mentionné dans la zone 43
- Enregistrements statistiques pour les tuteurs: dans chacun de ces enregistrements, le code notification du tuteur concerné est mentionné dans la zone 55-56
- Enregistrement de facturation (montant forfaitaire; norme 0; Z 43 = 0 et Z 55-56 = 0).

Date d'application: 1er jour du 2e mois après publication dans le Moniteur belge.

4. Convention diabète – matériel mesure par capteurs, ET 50 Z 44-45.

Pour les pseudo-codes 961332-961343 et 961354-961365 (matériel mesure par capteurs à charge du patient), la zone « libellé » ne doit plus être remplie. En effet, pour ces pseudo-codes le code identification du matériel utilisé doit être mentionné dans la zone 43.

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

5. E-fac spécialistes – mutualité de destination, p. 14, ET 20 Z 18.

Dans le cadre d'e-fac spécialistes, la mutualité de destination devra toujours être égale à "100" pour l'ANMC (OA100).

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

Via l'AM du 17/1/2017 (MB du 20/1/2017), un certain nombre de nouvelles prestations ont été créées pour lesquelles le numéro d'agrément "numéro hôpital + 112" (PET) doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

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

7. Liste "prescripteur"

Pas de modifications.

8. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
473970	473981	25/9/2016	20/10/2016	1/11/2016

9. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/31

Pages à remplacer :

- ET 20 Z 10;
- ET 30 Z 4 S 4, Z 13;
- ET 50 Z 13, Z 13 S 2.

<u>Hôpital de jour oncologique</u>, ET 20 Z 10, ET 30 Z 4 S 4, Z 13, ET 50 Z 13, Z 13 S 2.

Suite au 5e avenant à la Convention Hôpitaux-OA le maxiforfait ne peut être facturé que pour la situation a) anesthésie.
Les situations b) et c) du maxiforfait sont remplacées par 5 nouveaux forfaits oncologie.
Ceux-ci ont été repris dans le même paragraphe que le maxiforfait (art. 4, §4). Cela signifie que toutes les règles dans les autres paragraphes de l'art. 4, relatives au §4 sont également valables pour les nouveaux forfaits oncologie (p. ex. les règles concernant la facturation pour des patients hospitalisés, les règles de cumul, …).
Toutes les règles de la nomenclature valables pour le maxiforfait sont également valables pour le "maxiforfait monothérapie" et le "maxiforfait combithérapie" (p. ex. surveillance, biologie clinique, permanence, …).

Une série de nouveaux pseudo-codes est créée.
Pour le forfait soins de base oncologiques le pseudo-code service 720 est utilisé, pour les autres forfaits le pseudo-code service 730.

	Pseudo-code	Tarif	Code service	Consultation permise	Surveillance et honoraires forfaitaires permis	Nombre max.
Soins de base oncologiques	767852-767863	47,33	720	oui	non	1x/mois
Maxiforfait monothérapie	767874-767885	120	730	non	oui	1x/jour
Maxiforfait combitherapie	767896-767900	161	730	non	oui	1x/jour
Maxiforfait monothérapie + pédiatrie mono	767911-767922	155,09	730	non	oui	1x/jour
Maxiforfait combitherapie + pédiatrie combi	767933-767944	262,91	730	non	oui	1x/jour

La feuille "opmerkingen-remarques 6" de la liste "prestation relative" est également adaptée: pour le pseudo-code 761235-761246 (maxi-forfait), seule la prestation relative 761331-761342 (anesthésie) est encore possible, les pseudo-codes prestation relative 761353-761364 et 761095-761106 sont supprimés.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/3/2017.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/32

Pages à remplacer :

- Page 14;
- Annexes 16.18, 16.19, 16.20, 20.3
- ET 20 Z 18;
- ET 50 Z 4 S 13, S 15, S 15 BIS, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 1, S 5, Z 15, Z 16, Z 22 S 1, S 2.

Pages à supprimer :

- ET 50 Z 22 S 3.

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

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

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

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

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

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

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

Les prestations sont attestées en fonction du fait que le bénéficiaire est pubère ou non, quel que soit son âge.
Cependant, pour pouvoir attester des prestations pour un bénéficiaire de moins de 16 ans (qu'il soit pubère ou pas et quel que soit la prestation), l'hôpital doit répondre aux normes du programme de soins en hémato-oncologie pédiatrique et doit, donc, disposer de l'agrément 192.

Des nouveaux pseudo-codes 96xxxx sont créés pour les éventuels montants à charge du patient (maximum 50 EUR par an), comme prévu dans les art. 12 et 13 de la convention.
Ces montants peuvent être facturés à partir de l'année calendrier suivant la fin du contrat.
Pour ces pseudo-codes, le numéro d'agrément « numéro hôpital + 191 ou + 192 » doit également être mentionné comme lieu de prestation.

<u>Date d'application</u>: date d'application des conventions individuelles.

2. <u>Structure numéros INAMI projets de soins intégrés</u>, annexes 16.18, 16.20.

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

798xxxCD000
avec 798 = le type d'établissement (HciType) = Projets soins intégrés.
XXX= numéro d'ordre
CD = check-digit
000 = code compétence

3. <u>E-fac médecins</u>, p. 14, annexe 20.3, ET 20 Z 18.

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

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

4. <u>Actualisation exemples filets,</u> ET 50 Z 22 S 1, S 2, S 3.

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

5. <u>Lieu de prestation - correction,</u> ET 50 Z 14 S 1.

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

6. <u>Liste "prescripteur"</u>

Pas de modifications.

7. <u>Liste « prestation relative »</u>

Pas de modifications.

8. <u>Liste « codes erreur »</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/33

Pages à remplacer :

- Annexe 16.16;
- ET 30 Z 4 S 14;
- ET 50 Z 4 S 3, S 14, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.

1. **<u>Projets "hospitalisation à domicile"</u>, ET 50 Z 4 S 14, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.**

Par analogie aux projets "accouchement avec séjour hospitalier écourté" (voir mise à jour 2013/27), 4 nouveaux pseudo-codes sont créés pour les projets hospitalisation à domicile (en vue d'identifier dans la banque de données IMA les patients traités dans ces projets et de pouvoir évaluer ces projets et de réaliser le contrôle des dépenses à posteriori).

Les hôpitaux qui participent à un tel projet introduiront :

1) un pseudo-code 793634-793645 ou 793671-793682 lorsque la prise en charge du patient dans le projet commence.
   Les zones 5 et 6 reprennent la date de début de prise en charge dans le projet.
2) un pseudo-code 793656-793660 ou 793693-793704 lors de la fin de la prise en charge du patient dans le projet.
   Les zones 5 et 6 reprennent la date de fin de prise en charge dans le projet.

Les zones montants (Z19, Z 27, Z30-31) ainsi que la zone 13 de l'enregistrement sont mises à zéro. Dans la Z 14, le numéro de l'hôpital est mentionné et dans la Z 15, le numéro du médecin qui suit le patient.

On profite de l'occasion pour aussi adapter les instructions concernant les pseudo-codes « accouchement avec séjour hospitalier écourté » et prévoir que les zones 14 et 15 doivent être remplies.

<u>Date d'application</u>: date d'application des projets (probablement le 1/7/2017).

2. **<u>Convention « accompagnement de la transidentité »</u>, annexe 16.16, ET 30 Z 4 S 14.**

Suite à la nouvelle convention de rééducation (avec numéro INAMI 7.76.2xx.xx), de nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 14.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/10/2017.

3. **<u>Nutrition parentérale – administration d'électrolytes</u>, ET 50 Z 4 S 3, Z 15 S 1.**

L'AR du 23 avril 2017 (publié dans le MB du 10 mai 2017) modifiant l'AR du 20 juillet 2007 prévoit, à partir du 1/6/2017, une intervention de 30 EUR par jour pour l'administration d'électrolytes les jours où une alimentation parentérale n'a pas lieu.

Le nouveau pseudo-code 751951 est ajouté dans l'ET 50 Z 4 S 3.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/6/2017.

4. **<u>Liste "prescripteur"</u>**

Pas de modifications.

5. **<u>Liste « prestation relative »</u>**

Pas de modifications.

6. **<u>Liste « codes erreur »</u>**

Pas de modifications.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/34

Pages à remplacer :

- Annexes 16.19, 23.3;
- ET 50 Z 3 S 1, Z 14 S 5.

1. <u>Prothèses dentaires - mention de pseudo-codes pour les différentes phases de fabrication</u>, annexe 23.3, ET 50 Z 3 S 1.

L'art. 23, §1 du Règlement du 28 juillet 2003 prévoit désormais que les différentes phases de fabrication d'une prothèse dentaire doivent être mentionnées via des pseudo-codes sur la facture (soit attestation papier de soins donnés, soit fichier de facturation électronique) et ce, en remplacement de l'annexe 56.

Dans la facturation électronique, l'enregistrement dans lequel la prothèse dentaire est facturée doit être précédé d'enregistrements avec des pseudo-codes. Dans ces enregistrements avec pseudo-codes, les dates des phases concernées sont mentionnées. Les zones montant sont égales à zéro. Le code norme est égal à 9.
Cette méthode de travail est analogue à la facturation des prestations de radiothérapie qui sont réparties sur plusieurs séances, en ce compris les instructions spéficiques dans le cas où le statut (ambulant-hospitalisé) ou l'assurabilité du patient change pendant la période de prestation (dans ce cas, période de fabrication).

Les enregistrements avec pseudo-codes et avec la norme 9 constituent un "bloc" avec l'enregistrement de facturation. Si une erreur est, donc, détectée dans un de ces enregistrements, les autres enregistrements du "bloc" sont également rejetés (de sorte qu'ils puissent être réintroduits ensemble par après).

Ci-dessous, vous trouverez quelques exemples concrets.

1. Situation normale (sans décès)

   Pseudo-code 389675 à la date du 5/10/2017 avec montant = 0
   Pseudo-code 389690 à la date du 20/10/2017 avec montant = 0
   Pseudo-code 389712 à la date du 10/11/2017 avec montant = 0
   Pseudo-code 389734 à la date du 29/11/2017 avec montant = 0
   Code nomenclature de la prothèse à la date du 15/12/2017 avec montant = tarif à 100%

2. Patient décédé après les empreintes préliminaires et les empreintes individuelles mais avant la prise de l'occlusion

   Pseudo-code 389756 à la date du 5/10/2017 avec montant = 0
   Pseudo-code 389771 à la date du 20/10/2017 avec montant = 0
   Code nomenclature de la prothèse à la date du 20/10/2017 avec montant = tarif à 25%

   → Même si l'OA n'est pas encore au courant du décès du patient au moment de la facturation, la facturation susmentionnée sera acceptée. Sur base des pseudo-codes qui sont différents pour un patient décédé, l'OA sait que le patient est décédé et alors, une série incomplète de pseudo-codes peut être acceptée.

3. Patient décédé après l'essai mais avant le placement et le contrôle

   Pseudo-code 389756 à la date du 5/10/2017 avec montant = 0
   Pseudo-code 389771 à la date du 20/10/2017 avec montant = 0
   Pseudo-code 389793 à la date du 10/11/2017 avec montant = 0
   Pseudo-code 389815 à la date du 29/11/2017 avec montant = 0
   Pseudo-code 389830 à la date du 29/11/2017 avec montant = 0
   Code nomenclature de la prothèse à la date du 29/11/2017 avec montant = tarif à 75%

   → Même si l'OA n'est pas encore au courant du décès du patient au moment de la facturation, la facturation susmentionnée sera acceptée. Sur base des pseudo-codes qui sont différents pour un patient décédé, l'OA sait que le patient est décédé et alors, une série incomplète de pseudo-codes peut être acceptée.

<u>Date d'application</u>: Prothèses placées à partir du 1/9/2017.

2. Tige magnétique allongeable (Magec), annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 5.

Un nouveau numéro d'agrément (numéro de l'hôpital + 170) est créé. Ce numéro doit être mentionné comme lieu de prestation pour les prestations 182210 à 182324 inclus.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/8/2017.

3. Liste "prescripteur"

Pas de modifications.

4. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
182173	182184	pseudo-codes		1/7/2017
182195	182206	20/6/2017	12/7/2017	1/8/2017
444614	444625	18/6/2017	11/7/2017	1/8/2017

5. 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.

Un nouveau « bloc » relatif aux prothèses dentaires (voir point 1) a été défini.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/35

Pages à remplacer :

- P.3;
- Annexes 1, 16.3, 16.20;
- ET 10 Z 14, Z 27, Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41;
- ET 50 Z 4 S 5, Z 4 S 13, Z 14, Z 14 S 2, Z 15, Z 57-58-59;
- ET 52 Z 3, Z 6a-6b, Z 10, Z 12-13.

1. **<u>Vérification de l'identité du patient</u>, ET 52 Z 3, Z 6a-6b, Z 10, Z 12-13.**

Deux nouvelles raisons pour l'encodage manuel sont introduites. Jusqu'au mois facturé décembre 2017 inclus, le libellé de la valeur 3 dans la zone « raison encodage manuel » (ET 52 Z 3) est élargi à cet effet. A partir du mois facturé janvier 2018, 3 nouvelles valeurs (4, 5 ou 6) doivent être utilisées. Pour ces valeurs, les zones « date de lecture » et « heure de lecture » ne doivent pas être remplies. De plus, dans la zone « type de support », la valeur 5 (document de séjour électronique) est supprimée.

<u>Date d'application</u>: Obligatoire pour les prestations effectuées à partir du 1/10/2017 par les praticiens de l'art infirmier, facultatif pour les autres dispensateurs/établissements.

2. **<u>Groupements de dispensateurs – correspondance numéro BCE/numéro de compte,</u> annexe 16.20, ET 10 Z 14, Z 27, Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41.**

Actuellement, des numéros INAMI de groupe ne sont plus délivrés qu'aux seuls groupements de praticiens de l'art infirmier. En effet, d'autres numéros INAMI de groupe ne peuvent pas être utilisés pour la facturation électronique via MyCarenet (pour des raisons techniques et dans l'attente de la clarification du cadre réglementaire). Cependant, l'octroi d'un n° INAMI de groupe ne s'avère pas nécessaire pour la facturation électronique en tiers payant via MyCarenet, laquelle peut s'opérer dans le cadre du système des mandats.
Dans ce cas, la zone « numéro tiers payant » (ET 10 Z 14) contient le numéro INAMI du dispensateur individuel et les zones "numéro BCE" et "numéro de compte" concernent le groupement.
Il doit y avoir une correspondance entre le numéro BCE et le numéro de compte. La description des zones concernées est corrigée dans ce sens.

3. **<u>Modification numéros INAMI accoucheuses,</u> annexe 16.3.**

Suite à la pénurie des numéros INAMI dans la série 40 (attendue à partir de décembre 2017), les numéros INAMI attribués aux nouvelles accoucheuses auront un check-digit calculé selon le modulo 89.

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

Via l'AM du 22/8/2017 (MB du 25/8/2017), un certain nombre de nouvelles prestations ont été créées pour lesquelles le numéro d'agrément "numéro hôpital + 112" (PET) doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/9/2017.

5. **<u>Examens génétiques art.33ter,</u> ET 50 Z 14, Z 57-58-59.**

A partir du 1/1/2018, un nouvel art.33ter sera inséré dans la nomenclature. Cet article contiendra un certain nombre de codes nomenclature génériques relatifs aux tests de biologie moléculaire sur du matériel génétique humain.
La liste des marqueurs biologiques moléculaires se rapportant à ces nouvelles prestations, sera reprise en annexe de l'AR des spécialités pharmaceutiques. Chaque marqueur recevra un pseudo-code nomenclature.
Le pseudo-code du marqueur devra être mentionné comme prestation relative à côté du code nomenclature (générique) de l'art.33ter.

Le remboursement des prestations dépend de l'enregistrement des tests exécutés et du résultat et de la mention du code d'enregistrement lors de la facturation. Pour les prestations concernées, l'ET 50 Z 57-58-59 doit, donc, toujours être remplie.

Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1/1/2018 (sous réserve de publication de l'AR).

6. Indemnité « ouverture du dossier » kinésithérapie, ET 50 Z 4 S 13.

Des pseudo-codes sont introduits pour l'indemnité pour le démarrage d'un dossier kinésithérapeutique élaboré pour les honoraires de l'art. 7, §1, 1° (« pathologies courantes »).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/9/2017.

7. Modification d'adresse MLOZ, p.3, annexe 1.

Les données d'adresse de MLOZ ont été adaptées.

Date d'application: 2/10/2017.

8. Suppression pseudo-codes marge de délivrance implants, ET 50 Z 4 S 5.

Vu qu'il n'existe plus de prestations actives dans la catégorie 3 de l'article 35bis ou dans la catégorie 5 de l'article 35, les pseudo-codes pour les marges de délivrance pour ces catégories sont supprimés.

9. Identification dispensateur, ET 50 Z 15.

Dans la description de cette zone, une référence à l'annexe 16 (structure des numéros INAMI des dispensateurs de soins) est reprise.

10. Liste "prescripteur"

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
594016	594123	pas encore publié		1/1/2018

11. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
594016	594123	pas encore publié		1/1/2018
639855	639881	pseudo-codes		1/9/2017

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/36

Pages à remplacer :

- Page 2;
- Annexes 6, 6.5, 12.3, 13.5, 18.4, 20.3, 23.3;
- ET 10 Z 13;
- ET 20 Z 8a-8b;
- ET 30 Z 4 S 12, Z 33;
- ET 40 Z 33;
- ET 50 Z 4 S 3, S 4, S 6, S 27, S 28, Z 14, Z 15 S 1, Z 23, Z 32, Z 33.

1. <u>Internés placés</u>, ET 30 Z 33, ET 40 Z 33, ET 50 Z 33.

A partir du 1/1/2018, les internés placés dans des institutions privées sont intégrés dans l'assurance maladie.
Pour ces internés placés (visés à l'article 19 de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement), la facture patient doit être transmise au SPF Justice.
Dans le fichier de facturation électronique destiné à l'OA, les journées/médicaments/prestations pour ces internés sont indiqués avec des valeurs spécifiques dans la zone 33.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/1/2018.

2. <u>Nouvelle zone "dérogation nombre maximal ou prestation identique"</u>, annexes 6, 6.5, 12.3, 13.5, 18.4, 20.3, 23.3, ET 50 Z 23.

<u>Prestations avec des règles de nombre maximal prévues dans la nomenclature</u>
Pour certaines prestations, les règles d'application de la nomenclature prévoient un nombre maximal de prestations dans une certaine période.
Dans certains cas, la nomenclature prévoit également des dérogations à ce nombre maximal de prestations.
Dans l'ET 50 Z 23 (une zone qui n'est plus utilisée depuis 2003), des valeurs ("01" et "02") sont créées pour indiquer qu'il s'agit d'une dérogation au nombre maximal ou d'une autre séance/prescription.
Lorsque ces valeurs sont utilisées, l'établissement/dispensateur de soins doit, bien évidemment, tenir à disposition des OA les justificatifs nécessaires.

<u>Plusieurs prestations identiques</u>
Afin d'éviter que les médecins (e-fac) facturent plusieurs prestations identiques pour le même patient le même jour sans en être conscients, leur logiciel doit désormais prévoir un signal qui indique que la prestation a déjà été facturée le même jour et que le médecin doive confirmer qu'il s'agit bien d'une deuxième (ou troisième ou suivante) prestation identique le même jour.
Dans ce cas, la valeur "03" ou "04" doit être mentionnée dans la zone 23.
L'utilisation des valeurs "03" et "04" n'est pas limitée à e-fac. Les valeurs concernées peuvent, donc, également être utilisées par les hôpitaux.

Les OA ne rejetteront pas de prestations si la zone est complétée là où ce n'était pas nécessaire.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/3/2018.

3. <u>Facturation électronique sages-femmes – nombre d'envois</u>, page 2, ET 10 Z 13.

A partir du 1er avril 2018, les sages-femmes pourront transmettre des fichiers de facturation électroniques via MyCarenet.

Afin de permettre aux sages-femmes ou groupements de sages-femmes qui facturent sous couvert d'un mandat et qui travaillent dans plusieurs pratiques de groupe, de pouvoir envoyer plusieurs fichiers de facturation par mois (dérogation au principe de base 1 fichier de facturation par mois et par tiers payant), une nouvelle valeur est créée dans l'ET 10 Z 13.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/4/2018.

4. Lieu de prestation - correction, ET 50 Z 14.

Pour les prestations de l'art.33bis, p.ex. 565611-565622 (test NIPT) et le futur art.33ter, le lieu de prestation ne doit pas nécessairement être un labo de génétique humaine (996).
En effet, les laboratoires de biologie clinique (998) peuvent également disposer de l'agrément nécessaire pour ces prestations.

L'ET 50 Z 14 est corrigé dans ce sens.

5. Vérification de l'identité du patient, ET 20 Z 8a-8b, ET 50 Z 4 S 27, S 28.

L'art. 32/4/2 du Règlement du 28/7/2003 prévoit que l'identité du patient ne doit pas être vérifiée au cas où la prestation de soins est effectuée pour un bénéficiaire âgé de moins de 3 mois d'un coté ou à une personne qui bénéficie de l'assurance obligatoire soins de santé sur base d'une carte européenne d'assurance maladie ou d'un formulaire S2 d'un autre coté.
Pour ces bénéficiaires, aucun enregistrement de type 52 ne doit être mentionné sur le fichier de facturation.
Les bénéficiaires concernés peuvent être identifiés sur base du numéro d'identification mentionné dans l'ET 20 Z 8.

Dans l'ET 50 Z 4 S 27 et S 28, les corrections suivantes sont apportées:

- S 27: dans la Z 4 de la colonne 8, les codes 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424896 sont ajoutés
- S 28: dans la ligne du 2e enregistrement 52, le code 0424874 est supprimé

6. Exception interdiction régime tiers payant, ET 50 Z 32.

Suite à l'AR du 18/9/2017 (MB 5/10/2017) modifiant l'AR du 18/5/2015 relatif au régime tiers payant, la description de l'ET 50 Z 32 est actualisée.
Il s'agit des adaptations textuelles (référence à la circulaire OA la plus récente, références à l'AR actualisées, patient palliatif au lieu de patient palliatif à domicile, statut affection chronique au lieu de statut maladies chroniques).

7. Nouvelle convention SAOS, ET 30 Z 4 S 12, ET 50 Z 4 S 3, S 4, Z 15 S 1.

Une nouvelle convention SAOS entrera en vigueur le 1/1/2018.

Le pseudo-code pour le nCPAP (779096-779100) est supprimé et remplacé par 2 nouveaux pseudo-codes (ambulatoires) pour le forfait de départ nCPAP d'un côté et pour le forfait de base nCPAP de l'autre côté.
Pour l'OAM, les pseudo-codes ambulatoires existants restent valables, les codes hospitalisés sont supprimés.
Les codes ambulatoires peuvent également être utilisés dans le cas d'une hospitalisation temporaire.

Ces pseudo-codes sont désormais facturés dans l'enregistrement de type 50.
La zone "dispensateur de soins" (ET 50 Z 15) doit être remplie.

Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1/1/2018.

8. <u>Défibrillateurs cardiaques implantables</u>, ET 50 Z 4 S 6.

Des nouveaux pseudo-codes sont ajoutés.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/1/2018.

9. <u>Liste « prestation relative »</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
793225	793262	Pseudo-codes journée d'entretien		mois facturé janvier 2018

Codes supprimés				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
153996	154103	3/10/2017	17/11/2017	1/12/2017
162234	162245	19/10/2017	29/11/2017	1/12/2017

10. <u>Liste « codes erreur »</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/37

Pages à remplacer :

- Annexes 1.2, 9.2, 9.3, 14.1, 14.3, 14.4, 17.1, 23.3;
- ET 30 Z 4 S 3, Z 14;
- ET 40 Z 4 S 1, S 4, S4BIS, S 5, Z 19, Z 39;
- ET 50 Z 4 S 3, Z 14 S 3, Z 15 S 1, Z 30-31.

1. **<u>Médicaments à 90%</u>, annexes 9.2, 9.3, 14.1, 14.3, 14.4, 17.1, ET 40 Z 4 S 1, S 4, S4BIS, S 5, Z 19, Z 39.**

A partir du 1/1/2018, une nouvelle série de médicaments doivent être facturés à 90%. Il s'agit des spécialités pour lesquelles une alternative générique est remboursable et disponible.
Dans le fichier de référence, ces spécialités sont reprises dans le tableau de base « 90% facturation ».

Pour ces spécialités, les mêmes pseudo-codes que pour les médicaments biologiques à 90% doivent être utilisés. Le libellé de ces pseudo-codes est, donc, généralisé.
Vu que les nouveaux médicaments à 90% peuvent se présenter dans toutes les catégories de remboursement, des nouveaux pseudo-codes sont créés pour les catégories C, Cs et Cx à 90%.

<u>Date d'application</u>: Délivrances à partir du 1/1/2018.

2. **<u>Praticiens de l'art dentaire – nouveaux suppléments (tarifs maximum)</u>, annexe 23.3, ET 50 Z 30-31.**

A partir du 1/1/2018, un supplément (tarif maximum) peut être porté en compte au patient:

- pour l'utilisation d'un substitut dentinaire bioactif
- lors d'un traitement endodontique, en cas de score DETI classe B, documenté dans le dossier

Des nouveaux pseudo-codes ont été créés à cet effet. Ces pseudo-codes et les tarifs maximum s'y rapportant sont repris dans la liste des tarifs officiels sur le site web de l'INAMI.

La facturation se fait de la même façon que pour l'ancrage mécanique:
Z 4 = pseudo-code
Z 30-31 = montant porté en compte au patient
Pas de prestation relative (Z 17-18 = 0)

<u>Date d'application:</u> Prestations effectuées à partir du 1/1/2018.

3. **<u>Nouvelle convention SAOS</u>, ET 30 Z 4 S 3, ET 50 Z 4 S 3, Z 15 S 1.**

Lors de la mise à jour 2013/36, les instructions relatives à la convention SAOS ont été adaptées.
Les prestations concernées sont, dorénavant, facturées dans le type d'enregistrement 50 avec mention du prestataire.
Cependant, il a été oublié d'également déplacer le pseudo-code pour l'intervention personnelle (765951) vers le type d'enregistrement 50. Ceci est rectifié maintenant.

<u>Date d'application:</u> Prestations effectuées à partir du 1/1/2018.

4. **<u>Nouvelle convention dialyse</u>, ET 30 Z 14, ET 50 Z 14 S 3.**

Dans l'annexe 1 de la nouvelle convention, des pseudo-codes ont été ajoutés pour l'hémodialyse self-care.
Les instructions dans les zones "lieu de prestation" sont complétées avec ces pseudo-codes.

<u>Date d'application:</u> Prestations effectuées à partir du 1/1/2018.

5. <u>Données de contact MLOZ</u>, annexe 1.2.

Une des 2 adresses e-mail a été supprimée.

6. <u>Liste « prestation relative »</u>

Codes supprimés				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
304931(*)	304942(*)	29/11/2017	8/12/2017	1/1/2018
304953	304964	29/11/2017	8/12/2017	1/1/2018
374931(*)	374942(*)	29/11/2017	8/12/2017	1/1/2018
374953	374964	29/11/2017	8/12/2017	1/1/2018

(*) les codes nomenclature concernés continuent à exister (avec un libellé modifié), mais la prestation relative ne doit plus être mentionnée.

7. <u>Liste « codes erreur »</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/38

Pages à remplacer :

Pas de pages modifiées.
Seulement adaptation de la liste Excel « prestation relative » et du fichier Excel « codes erreur ».

1. Exécution de l'accord kiné

Suite à l'article 4, §8 de la Convention Kinésithérapeutes – Organismes Assureurs 2018-2019, des nouveaux pseudo-codes ont été créés pour les indemnités qui peuvent être facturées pour certains codes nomenclature (affections courantes et affections listes Fa).

- Affections courantes:

562516-562520	Indemnité pour la 1e, 2e, 3e, 4e ou 5e prestation 560011, 560114, 560210, 560313 ou 560501
562531-562542	Indemnité pour la 6e, 7e , 8e ou 9e prestation 560011, 560114, 560210, 560313 ou 560501
562553-562564	Indemnité pour la 1e, 2e, 3e, 4e ou 5e prestation 560534-560545
562575-562586	Indemnité pour la 6e, 7e , 8e ou 9e prestation 560534-560545

- Affections listes Fa:

562590	Indemnité pour la 1e, 2e, 3e, 4e ou 5e prestation 563010, 563113, 563216 ou 563312
562612	Indemnité pour la 6e , 7e , 8e ou 9e prestation 563010, 563113, 563216 ou 563312
562634-562645	Indemnité pour la 1e, 2e, 3e, 4e ou 5e prestation 563570-563581
562656-562660	Indemnité pour la 6e , 7e , 8e ou 9e prestation 563570-563581

L'enregistrement avec le code nomenclature et l'enregistrement avec l'indemnité (pseudo-code) forment un bloc.
Cela signifie qu'une indemnité ne peut jamais être facturée toute seule. Le pseudo-code de l'indemnité doit, donc, toujours être précédé du code nomenclature s'y rapportant. L'inverse n'est pas vrai: une indemnité est seulement possible pour les 9 premières séances; pour les éventuelles séances suivantes, le code nomenclature est, donc, facturé sans indemnité.
Lorsqu'une erreur est détectée dans un des enregistrements du bloc, l'autre enregistrement est également rejeté.

Les pseudo-codes concernés sont ajoutés à la liste "prestation relative". Le code nomenclature pour lequel l'indemnité est attestée, doit être rempli comme prestation relative dans l'enregistrement de l'indemnité.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/2/2018.

2. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
562516	562660	Pseudo-codes (voir point 1)		1/2/2018

Codes supprimés				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
389572	389620	7/1/2018	19/1/2018	1/2/2018

3. 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.

Dans le sheet « bloc », un nouveau bloc est ajouté relatif aux indemnités pour les prestations de kinésithérapie (voir point 1).

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/39

Pages à remplacer :

- Annexe 16.17;
- ET 30 Z 4 S 14;
- ET 40 Z 3, Z 22;
- ET 50 Z 4 S 2, S 27, S 28, S 31, S 35, Z 14 S 2, S 3, S 4.

1. <u>Convention lymphoedème</u>, annexe 16.17, ET 30 Z 4 S 14.

Il s'agit d'une nouvelle convention de rééducation. Les numéros des centres commencent par 789.9. Dans l'ET 30 Z 4 S 14, un nouveau pseudo-code est ajouté pour la journée de traitement dans le cadre de cette convention.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/4/2018.

2. <u>Norme prestation</u>, ET 40 Z 3.

Les pseudo-codes pour les médicaments catégorie B, B_{gc}, B_r en F_b à 90% auraient dû être ajoutés dans le libellé des normes 1 et 2. Cependant, l'énumération des codes est supprimée pour éviter que la page doive être mise à jour chaque fois que des nouveaux pseudo-codes sont créés.

3. <u>Règles de calcul pour les médicaments – nombre d'unités</u>, ET 40 Z 22.

Il est précisé que le nombre d'unités doit être arrondi vers le bas lorsque le nombre d'unités dans une tube, flacon, ampoule,… divisé par l'unité dans laquelle le prix est exprimé, n'est pas un nombre entier. Cette règle est clarifié à l'aide de 2 exemples.

<u>Date d'application</u> : Il s'agit d'une précision.

4. <u>Nouvelles prestations d'éducation au diabète</u>, ET 50 Z 4 S 2, S 27, S 28, S 31, S 35.

Dans l'ET 50 Z 4 S 2, des nouveaux pseudo-codes sont ajoutés suite à une modification du Chapitre V de l'AR du 10 janvier 1991 (nomenclature prestations de rééducation).
Dans les exemples de facturation des infirmiers, il est également fait référence à cet AR.

<u>Date d'application</u> (sous réserve de publication de l'AR):
Nouvelles prestations: 1/5/2018.
Suppression des prestations 794054, 794076 et 794091 et des pseudo-codes "trajet de soins" de la Convention avec les praticiens de l'art infirmier (423813, 423835, 423850): 1/1/2019

5. <u>Produits radiopharmaceutiques – lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 2.

Des prestations pour lesquelles le numéro d'agrément « numéro hôpital + 112 » (PET) doit être mentionné, sont ajoutées.

<u>Date d'application</u> : Mois facturé mars 2018 pour les délivrances à partir du 1/10/2017.

6. <u>Matériel d'assistance ventriculaire – lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 3.

Des prestations pour lesquelles le numéro d'agrément « numéro hôpital + 122 » (pathologie cardiaque T) doit être mentionné, sont ajoutées.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/4/2018.

7. <u>Endoprothèses – lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 3.

Des prestations pour lesquelles le numéro d'agrément « numéro hôpital + 151 » ou « numéro hôpital + 152 » doit être mentionné, sont ajoutées.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/4/2018.

8. <u>Liste « prestation relative »</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R./A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
180493	180526	27/2/2018	8/3/2018	1/4/2018

9. <u>Liste «prescripteur»</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
794253	794452	1/3/2018	20/3/2018	1/5/2018

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
794054	794091	1/3/2018	20/3/2018	1/1/2019
423813	423850	Pseudo-codes		1/1/2019

10. <u>Liste « codes erreur »</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/40

Pages à remplacer :

- Annexes 1.2, 6, 6.5, 16.18, 16.19;
- ET 30 Z 14;
- ET 50 Z 4 S 6 BIS, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 1, Z 14 S 3, Z 15, Z 19 S 1, Z 22, Z 27 S 1, Z 30-31.

Page à ajouter :

- ET 50 Z 54b.

1. **Données de contact, annexe 1.2.**

Les données de contact de l'OA400 ont été adaptées.

2. **Numéros INAMI établissements, annexe 16.18.**

Le type d'établissement « 799 » est réservé pour usage interne par l'INAMI.

3. **Numéros d'agrément des centres de dialyse, annexe 16.19, ET 30 Z 14, ET 50 Z 14 S 3.**

Les différents codes compétence pour les centres de dialyse sont supprimés et remplacés par un seul nouveau code compétence (560).

Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1/7/2018.

4. **Lieu de prestation, ET 50 Z 14 S 3.**

Lorsque la prestation 211013 est effectuée dans un service de soins d'urgence agréé, le numéro d'agrément du service de soins d'urgence doit, désormais, être mentionné comme lieu de prestation.

Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1/6/2018.

5. **Soins à basse variabilité, annexe 6, 6.5, ET 50 Z 4 S 6 BIS, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 1, Z 15, Z 19 S 1, Z 22, Z 27 S 1, Z 30-31, Z 54b.**

Pour les séjours dans le cadre du « Global Payment System » (GPS) (séjours « basse variabilité »), le montant global prospectif par admission est facturé dans l'enregistrement de type 50 sous le pseudo-code prévu dans l'annexe à l'AR portant exécution de la loi relative au financement groupé des activités hospitalières.
Les règles suivantes sont applicables pour cet enregistrement :

- Z 3 (norme prestation) = 0
- Z 5 = Z 6 = date d'admission
- Z 13 = service d'admission
- Z 14 (lieu de prestation) = numéro de l'hôpital
- Z 15 (dispensateur de soins) = pseudo-prestataire 01.00001.06.999
- Z 19 = montant de l'intervention AMI
- Z 27 = montant de l'intervention personnelle
- Z 30-31 (supplément) = 0

Toutes les prestations réalisées pendant le séjour qui sont couvertes (c'est-à-dire qui ne sont pas exclues dans l'art.2 de l'AR) par le montant global prospectif par admission sont facturées à 0 euro.
Attention: Il s'agit seulement des prestations qui pouvaient être facturées à l'acte dans le système classique de financement. Les règles de nomenclature existantes restent valables. Les prestations effectuées lors du séjour mais qui ne sont pas facturables dans le système classique actuel de facturation (p.ex. suite à un cumul interdit) ne peuvent pas être mentionnées sur le fichier de facturation.

Pour les « enregistrements à zéro », les règles suivantes sont valables:

- Z 19 (montant intervention AMI) = 0
- Z 27 (montant ticket modérateur) = 0
- Z 30-31 = éventuel supplément

Ces « enregistrements à zéro » sont indiqués avec la valeur « 1 » dans la nouvelle zone Z 54b (1N).

Date d'application : Admissions à partir du 1/1/2019 (sous réserve de publication de l'AR).

6. Liste « prestation relative »

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
201390	201401	25/3/2018	16/4/2018	1/6/2018
202215	202226	25/3/2018	16/4/2018	1/6/2018
423511	423544	25/3/2018	16/4/2018	1/6/2018

7. Liste «prescripteur»

Pas de modifications.

8. Liste « codes erreur »

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/41

Pages à remplacer :

- Page 12 ;
- Aperçu des annexes ;
- Annexe 7 suite 1 ;
- ET 20 Z 11, Z 29-30-31, Z 34-35-36, Z 37, Z 41;
- ET 50 Z 4 S 6.

Page à ajouter :

- Annexes 24.1, 24.2, 24.3, 24.4, 24.5, 24.6.

1. **<u>Soins à basse variabilité</u>, annexes 24.1, 24.2, 24.3, 24.4, 24.5, 24.6, ET 20 Z 11, Z 29-30-31, Z 34-35-36, Z 37, Z 41.**

Une nouvelle annexe 24 est ajoutée. Elle contient:

- un schéma de contrôle
- une description des méthodes de facturation possibles en cas de clôture trimestrielle ou annuelle
- une description de la phase test (qui est organisée fin 2018).

Dans l'ET 20 Z 11 (type de facturation), 2 nouvelles valeurs (6 et 7) sont créées dans le cadre de la méthode de facturation 3 relative à la clôture trimestrielle ou annuelle.

<u>Date d'application</u> : Admissions à partir du 1/1/2019 (sous réserve de publication de l'AR).

2. **<u>Montants de récupération pour les défibrillateurs cardiaques implantables</u>, ET 50 Z 4 S 6.**

Suite au dernier paragraphe de l'art. 6 de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables », 8 nouveaux pseudo-codes sont créés pour facturer des montants de récupération pour 2017.
Ces pseudo-codes peuvent être facturés à partir du mois facturé août 2018 (ET 10 Z 22-23 ≥ 201808) avec dates de prestation à partir du 1/1/2017.
Le code d'enregistrement de la facture originale doit être répété lors de la facturation de ces montants de récupération.

<u>Date d'application</u> : Mois facturé août 2018 (pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2017).

3. **<u>Clarification technique « character sets »</u>, p.12.**

Dans les spécifications techniques, il est précisé que la facture est constituée de lignes de 350 octets et que l'encodage de la facture est ASCII limités aux caractères réels.
Les spécifications relatives aux disquettes sont supprimées (vu qu'elles ne sont plus utilisées).

4. **<u>Ticket modérateur ncpap</u>, annexe 7 suite 1.**

Le pseudo-code pour le ticket modérateur pour le ncpap (765951) est ajouté dans les exceptions à la règle stipulant que dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones. En effet, les pseudo-codes pour ncpap ont été déplacés vers l'enregistrement de type 50 depuis le 1/1/2018, mais la façon de facturer le ticket modérateur n'a pas été modifiée (montant en négatif dans la Z 19 et en positif dans les Z 27 et Z 22 = + 1).

5. **<u>Liste « prestation relative ».</u>**

Codes supprimés				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
165174	165200	4/5/2018	24/5/2018	1/6/2018
165756	165760	4/5/2018	24/5/2018	1/6/2018

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
183050	183061	4/5/2018	24/5/2018	1/6/2018

6. Liste « prescripteur ».

Pas de modifications.

7. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/42

<u>Pages à remplacer</u> :

- Annexes 1.2, 6 suite, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5bis, 6.6, 6.7, 24.2, 24.3, 24.4, 24.5;
- ET 20 Z 54;
- ET 30 Z 4 S 1, Z 24-25;
- ET 40 Z 4 S 1, S 3, S 4 BIS, Z 19, Z 22, Z 27, Z 30-31, Z 40-41 S 1;
- ET 50 Z 14 S 2, Z 23.

<u>Page à ajouter</u> :

- Pages 27bis, 27ter ;
- ET 40 Z 4 S 3 BIS.

1. <u>Soins à basse variabilité</u>, annexes 6 suite, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5bis, 6.6, 6.7, 24.2, 24.3, 24.4, 24.5, ET 20 Z 54.

Dans l'annexe 24, la 1e méthode relative à la clôture annuelle ou trimestrielle (annexe 24) est complétée. La procédure pour la phase test est également précisée.

Quelques corrections sont apportées dans l'annexe 6 et l'ET 20 Z 54. Dans certaines pages, la zone 54b n'était pas encore scindée en zone 54b et 54c.

<u>Date d'application</u> : Admissions à partir du 1/1/2019 (sous réserve de publication de l'AR).

2. <u>Intervention pour les contraceptifs pour les jeunes</u>, ET 40 Z 4 S 1, S 3, S 4 BIS, Z 19, Z 27, Z 30-31.

Désormais, pour certains produits de la liste, indiqués par « I », l'intervention spécifique vaudra également s'ils sont délivrés aux femmes de < 21 ans hospitalisées.
De plus, pour ces produits indiqués par « I », l'intervention vaudra pour toutes les femmes ambulatoires de < 21 ans (donc, pas seulement pour les résidents d'une maison de soins psychiatriques, d'un centre de soins de jour, d'une habitation de soins pour des enfants, des jeunes ou des handicapés reconnue par les Communautés, d'une initiative d'habitation protégée ou d'un centre de rééducation).

<u>Remboursement actuel</u>

	Femmes < 21 ans résidentes de MSP, CSJ, habitation de soins, IHP, centre de rééducation	Autres femmes ambulatoires < 21 ans	Femmes hospitalisées < 21 ans
Tous les produits de la liste de l'AR	OUI	NON	NON

<u>Remboursement futur</u>

	Femmes < 21 ans résidentes de MSP, CSJ, habitation de soins, IHP, centre de rééducation	Autres femmes ambulatoires < 21 ans	Femmes hospitalisées < 21 ans
Produits de la liste de l'AR indiqués par « I »	OUI	OUI	OUI
Autres produits de la liste de l'AR	OUI	NON	NON

Les produits indiqués par « I » sont des produits non-remboursables (autrement dit, des produits avec seulement une intervention spécifique et pas d'intervention normale).

3 nouveaux pseudo-codes hospitalisés sont créés:
- un dans la rubrique « *Spécialités délivrées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpitaux psychiatriques ou chroniques »*
- un dans la rubrique « *Spécialités délivrées aux bénéficiaires hospitalisés dans les hôpitaux aigus* »
- un dans la rubrique « *Moyens diagnostiques délivrés aux bénéficiaires hospitalisés* » .

<u>Date d'application</u>: encore à déterminer (sous réserve de publication de l'AR modifiant l'AR fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans).

3. <u>Mucoviscidose</u>, ET 40 Z 4 S 3, S 3 BIS, Z 22, Z 40-41 S 1.

Suite à l'adaptation de l'AR du 24/10/2002 (moyens diagnostiques), les instructions de facturation sont adaptées comme suit:

- Pseudo-code 754390 (section 7 de l'AR): modification du libellé
- Le pseudo-code 755392 (art. 6quater de la convention pharmaciens-OA) est supprimé et remplacé par 6 nouveaux pseudo-codes, repris dans la nouvelle section 11 de l'AR.
  Pour les 4 premiers pseudo-codes, un code CNK de la liste de la section 7 doit être mentionné.
  Seuls les pseudo-codes CNK 07100068 et 07100076 restent encore valables.

Système actuel:

Libellé	Pseudo-code (Z4)	Code CNK (Z40-41)
Diffuseurs portables préremplis	755392	Pseudo-CNK 07100001
Diffuseurs portables vides	755392	Pseudo-CNK 07100019
Cassettes préremplies	755392	Pseudo-CNK 07100035
Cassettes vides	755392	Pseudo-CNK 07100043
Dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins	755392	Pseudo-CNK 07100068
Honoraires pour le remplissage	755392	Pseudo-CNK 07100076

Nouveau système:

Libellé	Pseudo-code (Z4)	Code CNK (Z40-41)
Diffuseurs portables préremplis	759496	Code CNK de la liste
Diffuseurs portables vides	759533	Code CNK de la liste
Cassettes préremplies	759511	Code CNK de la liste
Cassettes vides	759555	Code CNK de la liste
Dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins	759570	Pseudo-CNK 07100068
Honoraires pour le remplissage	759592	Pseudo-CNK 07100076

<u>Date d'application</u>: encore à déterminer (sous réserve de publication de l'AR modifiant l'AR du 24/10/2002).

4. <u>Internés - lits non-agréés « Les Marronniers »</u>, ET 30 Z 4 S 1, Z 24-25.

Suite à l'AR du 15/7/2018 fixant les conditions de liquidation et le montant de l'intervention pour l'admission d'un interné dans un hôpital auquel les dispositions de la loi sur les hôpitaux ne sont pas applicables, de nouveaux pseudo-codes sont ajoutés pour le montant par jour et le prix de journée à 100% pour les internés dans des lits non-agréés dans l'hôpital « Les Marronniers ».

<u>Date d'application</u> : Facturations à partir du 20/7/2018 (date de publication de l'AR) pour des prestations à partir du 1/1/2018.

5. <u>Zone « dérogation nombre maximal »</u>, ET 50 Z 23.

Une liste Excel est ajoutée aux instructions. Cette liste contient les prestations pour lesquelles la valeur 1 doit être mentionnée dans la zone 23 lorsqu'une exception à la règle des maxima (comme prévue dans la nomenclature) est d'application.

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

Suite à l'AM du 10/8/2018 (MB du 21/8/2018), les pseudo-codes 748856-748860 et 748893-748904 doivent être ajoutés à la liste des codes pour lesquels le numéro d'agrément « numéro hôpital + 112 » (PET) doit être mentionné comme lieu de prestation.

Date d'application : Délivrances à partir du 1/9/2018.

Il a également été constaté que les pseudo-codes 748694-748705, 748775-748786 et 748812-748823 (en vigueur depuis le 1/10/2017) manquent dans la liste et devraient, donc, être ajoutés.

Date d'application : Mois facturé septembre 2018 (pour les délivrances à partir du 1/10/2017).

Dès à présent, les pseudo-codes ne seront plus énumérés explicitement, mais une référence sera ajoutée vers les paragraphes 10001 et 10002 du Chapitre II de la liste.

7. Fusions OA400, p. 27bis, 27ter.

Des instructions relatives à la fusion de la mutualité 413 avec la mutualité 403 et des mutualités 401 – 404 - 415 avec la mutualité 417 sont ajoutées.

Date d'application : 1/1/2019.

8. Données de contact MLOZ, annexe 1.2.

Les heures de disponibilité téléphonique ont été modifiées.

9. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
166596	166600			1/7/2014 (*)

(*) Cette prestation est en vigueur depuis le 1/7/2014, mais a été oubliée sur la liste. La mention d'une prestation relative est obligatoire à partir du mois facturé septembre 2018.

10. Liste « prescripteur ».

Pas de modifications.

11. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/43

Pages à remplacer :

- Annexes 6, 6.5, 7, 8.1, 12.3, 13.5, 18.4, 20.3, 23.3,16.3;
- ET 40 Z 14;
- ET 50 Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 15, Z 34, Z 47.

1. **<u>Nouvelle zone « valeur de base » dans le cadre des soins à basse variabilité</u>, annexes 6, 6.5, 7, 12.3, 13.5, 18.4, 20.3, 23.3, ET 50 Z 47.**

La donnée « valeur de base » est ajoutée dans le lay-out du fichier de facturation électronique.
Ce montant doit être mentionné dans les « enregistrements à zéro » (enregistrements avec ET 50 Z 54b = 1), contenant les prestations effectuées dans le cadre d'un montant global prospectif.
Il s'agit du montant sur lequel le calcul de l'éventuel supplément est basé.
Il s'agit, donc, d'un montant informatif, qui n'est pas effectivement facturé, ni à l'assurance maladie, ni au patient.
A cet effet, la zone 47 de l'enregistrement de type 50 (date accord prestation) (qui est déjà facultative depuis 2013) est redéfinie. La zone date (AAAAMMJJ) est, donc, transformée en une zone montant (1A + 7N).

Les prestataires/institutions non concernés par le système des soins à basse variabilité doivent redéfinir la structure de l'ET 50 Z 47 pour que la zone soit désormais remplie de « +0000000 » (ou éventuellement « -0000000 »).

<u>Date d'application</u> : Admissions à partir du 1/7/2019 (Les autres instructions relatives aux soins à basse variabilité ont déjà été publiées et entrent en vigueur pour les admissions à partir du 1/1/2019).

2. **<u>Numéros INAMI médecins – check digit modulo 89</u>, annexe 16.3.**

Le check-digit des numéros INAMI attribués aux médecins à partir du 1/4/2019 sera calculé selon la méthode du modulo 89 (comme c'est déjà le cas actuellement pour les praticiens de l'art infirmier et les accoucheuses).

<u>Date d'application</u> : Numéros INAMI attribués à partir du 1/4/2019.

3. **<u>Typage de moelle osseuse – date de prestation</u>, ET 50 Z 5, Z 6a-6b.**

La date de prestation pour les pseudo-codes 269872-269883 et 269894-269905 de l'art. 20, §1 est définie comme la date de la facture (*invoice date*) de l'organisme qui a exécuté le typage et le transport.
Cette date sera désormais toujours clairement mentionnée sur l'accord du Collège.
Lorsque le patient est décédé à la *invoice date* alors la date de décès est mentionnée comme date de prestation sur le fichier de facturation.

<u>Date d'application</u> : Mois facturé décembre 2018.

4. **<u>Honoraires forfaitaires ambulatoires biologie clinique</u>, ET 50 Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 15.**

Suite à l'AR du 19/9/2018 modifiant l'AR du 24/9/1992 (MB du 22/10/2018), les mots « *honoraires forfaitaires par prescription* » sont partout remplacés par les mots « *honoraires forfaitaires par date de prélèvement* ».

<u>Date d'application</u> : Date de prestation 1/12/2018.

5. Convention dialyse – code service et lieu de prestation, annexe 8.1, ET 40 Z 14.

Dans l'annexe 8.1, il est prévu que les honoraires dans le cadre de la convention dialyse peuvent également être facturés avec le code service 750 et le type de facture 9.

Date d'application: Dans la pratique, cela est actuellement déjà accepté par tous les OA.

Il est également précisé (aussi bien dans l'annexe 8.1 que dans l'ET 40 Z 14) que le numéro d'agrément du centre de dialyse doit également être mentionné comme lieu de prestation lors de la facturation des médicaments dans le cadre de la convention dialyse.

Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1/12/2018.

6. Membre traité, ET 50 Z 34.

La nouvelle prestation 245151-245162 de l'art. 14 h), §1, I, 1° (AR du 5/10/2018, MB du 29/10/2018) est ajoutée à la liste des prestations pour lesquelles la zone « membre traité » (gauche/droite) doit être remplie.

Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1/12/2018.

7. Liste « prestation relative ».

Pas de modifications.

8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
425073		25/3/2018	11/4/2018	1/6/2018 (*)

(*) Cette prestation est en vigueur depuis le 1/6/2018 mais a été oubliée sur la liste. La mention du prescripteur est obligatoire à partir du mois facturé novembre 2018.

9. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/44

Pages à remplacer :

- Pages 20, 21, 22, 23 ;
- Annexes 5.3, 6, 6 suite, 6.1, 6.5, 6.6, 6.7, 16.18;
- ET 10 Z 3;
- ET 20 Z 38-39, Z 49-50-51;
- ET 30 Z 4 S 1, S 2, S 3, S 6, S 6BIS, S 7, S 8, S 11, S 14, S 15, S 16, S 17, S 18, Z 11.
- ET 50 Z 4 S 2, S 14, Z 5, Z 6a-6b, Z 11, Z 14 S 2, Z 23, Z 43, Z 56-57-58.

1. **6e réforme de l'état.**

Numéro INAMI des anciens hôpitaux G ou Sp isolés, annexe 16.18.

Les numéros INAMI des 8 hôpitaux G ou Sp isolés qui sont transférés vers la Communauté Flamande dans le cadre du 6e réforme de l'état sont adaptés à partir de la date de prestation 1/7/2019: les positions 9-10-11 du numéro INAMI existant deviennent « 999 » au lieu de « 000 ».

Pseudo-codes régionaux, ET 30 Z 4 S 1, S 2, S 3, S 6, S 6BIS, S 7, S 8, S 11, S 14, S 15, S 16, S 17, S 18, ET 50 Z 4 S 2, S 14.

Dans l'ET 30 et l'ET 50 Z 4 et suites, les pseudo-codes qui sont régionalisés à partir de la date de prestation 1/1/2019 et qui ne peuvent, donc, plus être facturés au niveau fédéral (donc, avec compte A/B) sont indiqués.

Distinction est faite entre :

- Pseudo-codes qui ne peuvent en aucun cas encore être facturés au niveau fédéral (compte A/B) à partir de la date de prestation 1/1/2019 (indiqués avec °°)
- Pseudo-codes qui ne peuvent plus être facturés au niveau fédéral (compte A/B) par certains établissements à partir de la date de prestation 1/1/2019 (indiqués avec °)

Facturations mixtes – zones réservées, annexes 5.3, 6, 6 suite, 6.1, 6.6, 6.7, ET 10 Z 3, ET 20 Z 38-39, Z 49-50-51, ET 30 Z 11, ET 50 Z 11.

Dans le cadre des facturations mixtes (certaines institutions qui factureront aussi bien de la matière régionale que de matière fédérale à l'OA via un même fichier de facturation), un certain nombre de zones sont réservées dans le dessin d'enregistrement.
Les instructions détaillées relatives à ces zones sont publiées par les régions.

Attention:

La structure de quelques zones réservées a été changée.

- ET 10 et ET 90 Z 45-46-47a: 34N→ 34A
- ET 10 et ET 90 Z 53-54a: 11N → 11A
- ET 80 Z 55-56: 12N → 1A + 11N
- ET 90 Z 55-56: 12N → 1A + 11N

Concrètement:
Lorsque le compte C n'est pas garni alors les zones 45-46-47a et 53-54a des ET 10 et ET 90 sont remplies de blancs (car alphanumériques). La zone 55-56 des ET 80 et ET 90 doit être remplie d'un signe (+/-) suivi des zéros (car zone montant).

Date d'application :

- Pour les tiers (dispensateurs/institutions) impliqués dans la réforme de l'Etat : mois facturé janvier 2019.
- Pour les tiers qui ne sont pas impliqués dans la réforme de l'Etat, la structure des zones concernées ne doit être adaptée qu' à partir du mois facturé juillet 2019. Les tests (e-fac) peuvent débuter à partir d'avril 2019.

2. **Fusion OA200, pages 20, 21, 22, 23.**

Des instructions sont insérées concernant une fusion chez l'OA200 au 1/1/2019.

Date d'application: 1/1/2019.

3. <u>Honoraires forfaitaires ambulatoires biologie clinique</u>, ET 50 Z 5, Z 6a-6b.

Il est précisé que l'exception dans l'ET 50 Z 5 et Z 6 (*« Lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est égale à la date de réception de la prescription »*) ne vaut pas pour la biologie clinique. En effet, l'exception a, à l'époque, été créée particulièrement pour l'anatomo-pathologie et les examens génétiques.

<u>Date d'application</u> : Date de prestation 1/12/2018.

4. <u>CT lors d'un examen SPECT – lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 2.

Via l'AR du 23/9/2018 (MB du 18/12/2018), de nouvelles prestations sont créées pour un CT diagnostique lors d'un examen SPECT. Pour ces prestations, le numéro d'agrément « numéro hôpital + 110 » doit être mentionné comme lieu de prestation.

<u>Date d'application</u> : Date de prestation 1/6/2016.

5. <u>Dérogation nombre maximal</u>, ET 50 Z 23.

Quelques précisions ont été apportées à la description de la zone 23.

De plus, une série de prestations sont ajoutées à la liste Excel relative à la valeur « 01 ».

<u>Date d'application</u> : Date de prestation 1/1/2019.

6. <u>Facturation des prestations des bandagistes/audiciens via l'hôpital</u>, ET 50 Z 43.

Il est précisé que la zone 43 (« code implant ») peut contenir le code d'identification des prestations de l'art. 27 et de l'art. 31 dans des cas exceptionnels à savoir lorsque ces prestations de bandagistes/audiciens sont facturées via le fichier de facturation de l'hôpital.
<u>ATTENTION</u>: L'attestation de délivrance papier reste de toute façon obligatoire.

<u>Date d'application</u> : Il s'agit d'une précision relative à une pratique qui est déjà appliquée.

7. <u>Nouvelle zone « valeur de base » dans le cadre des soins à basse variabilité,</u> annexe 6.5.

Lors de la mise à jour 2013/43, la nouvelle zone « valeur de base » a été définie.
Il s'agit de la redéfinition de la zone 47 du type d'enregistrement 50 qui est actuellement une zone date (AAAAMMJJ) et qui est transformée en zone montant (1A + 7N) à partir du 1/1/2019.

La <u>date d'application</u> de cette modification doit être clarifiée :
La structure de la zone doit être adaptée par tous les dispensateurs/institutions à partir du mois facturé juillet 2019.
Les dispensateurs/institutions qui ne sont pas concernés par le système des soins à basse variabilité doivent remplir la zone avec « +0000000 » (ou éventuellement « -0000000 ») à partir du mois facturé juillet 2019.
Dans les « enregistrements à zéro » (dans le cadre des soins à basse variabilité), les hôpitaux doivent remplir la zone avec un montant (valeur de base de la prestation) à partir du mois facturé juillet 2019 pour les admissions à partir du 1/7/2019.

Dans l'annexe 6.5, la structure de la zone 47 est corrigée (1A+7N).

8. Codes d'enregistrement, ET 50 Z 56-57-58.

La description de l'ET 50 Z 56-57-58 a été actualisée. Des tableaux avec les codes d'enregistrement qui doivent être mentionnés pour les prestations relatives au matériel et les actes médicaux sont également repris.

9. Liste « prestation relative ».

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
589735	589746	30/10/2018	28/11/2018	1/1/2019

10. Liste « prescripteur ».

Pas de modifications.

11. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/45

Pages à remplacer :

- Pages 14, 15;
- Annexes 1.1, 5.3, 16.18, 16.20;
- ET 20 Z 18;
- ET 30 Z 4 S 9, S 14.
- ET 40 Z 4 S 3, Z 40-41 S 1;
- ET 50 Z 4 S 13, S 14, S 15, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 19, Z 19 S 1, Z 22, Z 27 S 1, Z 30-31, Z 53-54a.

1. **<u>Conventions « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles et soins de psychologie de première ligne »</u>, annexes 16.18, 16.20, ET 50 Z 4 S 13, Z 4 S 14, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.**

   Suite à ces nouvelles conventions, **<u>de nouveaux numéros</u>** seront attribués aux équipes mobiles, réseaux de santé mentale et psychologues ou orthopédagogues cliniciens.
   Les structures des numéros des équipes mobiles, réseaux sont ajoutées dans l'aperçu de la structure des numéros INAMI (annexe 16).
   La structure des numéros des psychologues et orthopédagogues est encore en discussion et sera reprise dans la prochaine mise à jour.

   Dans le cadre de ces nouvelles conventions, un certain nombre de **<u>nouveaux pseudo-codes</u>** sont aussi créés :

   - Convention équipes mobiles :
     - Visites à domicile
     - Codes IN/OUT (avec date de début et de fin de la prise en charge)
   - Convention soins de psychologie de première ligne : séances de psychologie

   Ces pseudo-codes doivent être mentionnés dans l'enregistrement de type 50 avec type de facture 3 (facture ambulatoire) et code service 990 (sauf les pseudo-codes IN/OUT qui sont mentionnés avec un code service égal à 0).

   Pour les <u>pseudo-codes IN/OUT</u>, la date de début/fin de la prise en charge du bénéficiaire par l'équipe mobile doit être mentionnée dans les zones 5 et 6.
   Le numéro INAMI du réseau doit être mentionné en Z 14 et celui de l'équipe mobile en Z 15.
   Pour les <u>pseudo-codes pour les visites à domicile</u>, le numéro INAMI du psychiatre est mentionné en Z 15. Dans la zone « lieu de prestation » (Z 14), le numéro INAMI de l'équipe mobile doit être mentionné.
   Pour les <u>pseudo-codes pour les séances de psychologie</u>, le numéro INAMI du psychologue ou de l'orthopédagogue clinicien doit être mentionné dans la Z 15. Dans la Z 14, le numéro INAMI du réseau doit être mentionné.

   <u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/1/2019.

2. **<u>Transport urgent de malades</u>, ET 50 Z 4 S 14, Z 4 S 15, Z 15 S 1, Z 19, Z 22, Z 30-31, Z 53-54a.**

   Jusqu'au 31 décembre 2018, il y avait une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé de 50% dans les montants facturés en vertu de l'arrêté royal du 7 avril 1995 déterminant le tarif applicable au transport en ambulance des personnes visées à l'article 1er de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente aux personnes transportées dans le cadre de l'aide médicale urgente - à savoir suite à un appel 100/112.

   Depuis le 1er janvier 2019, pour chaque contact – qu'il y ait transport ou non - avec un service ambulancier agréé suite à un appel au numéro 100/112 (le système d'appel unifié), une indemnité forfaitaire de 60 € est demandée au patient. Il n'y a plus d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé sauf pour 2 exceptions.

   <u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/1/2019.

3. **<u>Mutualité de destination</u>, Pages 14, 15, ET 20 Z 18.**

   Les instructions concernant le remplissage de la zone « mutualité de destination » pour l'OA 300 ont été adaptées.

   <u>Date d'application</u> : Mois facturé janvier 2019.

4. <u>Nouveaux pseudo-codes conventions de rééducation</u>, ET 30 Z 4 S 9, Z 4 S 14.

De nouveaux pseudo-codes sont ajoutés dans le cadre de la convention avec les centres de référence VIH et de la convention « suivi des enfants nés grands prématurés ».

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/1/2019.

5. <u>Date d'application nouveaux pseudo-codes mucoviscidose</u>, ET 40 Z 4 S 3, Z 40-41 S 1.

Dans le Moniteur Belge du 17/12/2019, un AR adaptant l'AR du 24 octobre 2002 (moyens diagnostiques) a été publié.

Les nouvelles instructions de facturation concernant la mucoviscidose qui ont déjà été publiées dans la mise à jour 2013/42 sont, donc, d'application à partir de la date de délivrance 1/1/2019.

6. <u>Lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 2.

Les nouvelles prestations RMN (457914-457925, 457936-457940, 457951-457962) et CT (458953-458964, 457855-457866, 457870-457881, 457892-457903) seront ajoutées dans l'AR du 26/5/2016 en exécution de l'art. 64 de la loi.

Le numéro du service agréé doit, donc, être mentionné comme lieu de prestation.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/12/2018.

7. <u>Correction dessin d'enregistrement fichier de décompte</u>, annexe 5.3.

Dans la mise à jour précédente, un certain nombre d'erreurs se sont glissées dans l'adaptation du dessin d'enregistrement.
Annexe 5.3: zone 150b doit commencer par la position 746 (au lieu de la position 745).

8. <u>Données de contact OA 200,</u> annexe 1.1.

Les données de contact ont été adaptées.

9. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
562671	562741	Pseudo-codes		1/1/2019

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
562516	562660	Pseudo-codes		1/1/2019

10. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Pas de modifications.

11. <u>Liste « codes erreur ».</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/46

Pages à remplacer :

- Annexes 9.2, 9.3, 14.1, 14.3, 14.4, 16.1, 16.3, 16.13, 16.18, 16.19, 17.1;
- ET 30 Z 4 S 4, S 6, S 6 BIS, S 18;
- ET 40 Z 4 S 1, S 4, S 4 BIS, S 5, Z 19, Z 39;
- ET 50 Z 4 S 13, Z 14 S 5, Z 15 S 1, Z 26 S 8, Z 34, Z 47, Z 57-58-59.

1. **<u>Convention « soins psychologiques de première ligne » – Numéros INAMI psychologues et orthopédagogues cliniciens,</u> annexes 16.1, 16.3, 16.13.**

   Lors de la mise à jour 2013/45, des instructions ont été publiées pour la facturation des séances psychologiques dans le cadre de la convention « soins psychologiques de première ligne ».
   Dans l'annexe 16, la structure des numéros INAMI des psychologues et orthopédagogues cliniciens est définie.
   Lors de la facturation des pseudo-codes pour les séances psychologiques, ce numéro INAMI doit être mentionné dans la zone « dispensateur de soins » (Z15).

   On en profite pour actualiser la description de la structure des numéros INAMI des médecins dans l'annexe 16.1.

2. **<u>Modification numéro INAMI des anciens hôpitaux Sp ou G isolés,</u> annexe 16.18.**

   Lors de la mise à jour 2013/44, il a été communiqué qu'à partir du 1/7/2019, le numéro INAMI des 8 hôpitaux G ou Sp isolés transférés à la Communauté Flamande dans le cadre de la 6e réforme de l'état, est adapté (les positions 9-10-11 du numéro INAMI existant deviennent « 999 » au lieu de « 000 »).
   Ces nouveaux numéros INAMI doivent être utilisés dans la facturation <u>à partir du mois facturé juillet 2019</u>.
   Ils peuvent également se retrouver dans la facturation des autres hôpitaux (dans la zone « établissement de séjour » lors de la facturation de prestations exécutées dans l'hôpital B pour des patients séjournant dans l'hôpital A (où l'hôpital A est un ancien hôpital G ou SP isolé)).

3. **<u>Nouvelles conventions SEP/SLA/Huntington et Coma,</u> ET 30 Z 4 S 6, S 6 BIS, S 18.**

   Suite aux nouvelles conventions, une série de pseudo-codes sont supprimés et certains nouveaux sont créés.

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/1/2019.

4. **<u>Frais de transport pour dialyse et chimiothérapie – référence à la convention,</u> ET 30 Z 4 S 4.**

   La référence à l'article de la Convention Psy-OA est corrigée.

5. **<u>Médicaments à 85%,</u> annexes 9.2, 9.3, 14.1, 14.3, 14.4, 17.1, ET 40 Z 4 S 1, S 4, S 4 BIS, S 5, Z 19, Z 39.**

   A partir de la date de délivrance 1/4/2019, tous les médicaments qui sont actuellement facturés à 90% ne peuvent être facturés qu'à 85%.

   Les mêmes pseudo-codes sont maintenus. Seul leur libellé est modifié.

   <u>Date d'application</u>: Délivrances à partir du 1/4/2019.

6. **<u>Pseudo-codes pour l'échographie lors de la grossesse,</u> ET 50 Z 4 S 13.**

   Suite à l'AR du 27/2/2019 (MB du 13/3/2019), une série de pseudo-codes ont été créés pour les prestations pour lesquelles la valeur relative est majorée de 50 % pour les grossesses multiples.

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/5/2019.

7. <u>Conventions chirurgie complexe,</u> annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 13, Z 14 S 5, Z 15 S 1.

Dans la convention pour le remboursement de la chirurgie complexe dans les tumeurs de l'œsophage, les tumeurs de la jonction gastro-œsophagienne et les affections œsophagiennes non oncologiques et dans la convention pour le remboursement de la chirurgie du pancréas pour des affections bénignes, prémalignes et malignes et/ou de la région périampullaire, un certain nombre de nouvelles prestations (pseudo-codes) sont définies.

2 nouveaux numéros d'agrément ont été créés (Z14) :
- Centre chirurgie complexe pancréas: numéro hôpital + 193
- Centre chirurgie complexe œsophage : numéro hôpital + 194

Une liste des prestataires habilités sera publiée sur le site de l'INAMI.

Les prestations « *participation à la concertation multidisciplinaire* » peuvent uniquement être portées en compte lors de la réalisation de la prestation « *intervention globale pour la concertation multidisciplinaire* ».
Les pseudo-codes 350711-350722 et 350733-350744 et 350151-350162 et 350173-350184 sont, donc, ajoutés à la liste « prestation relative » (Z 17-18).

La concertation multidisciplinaire est demandée par écrit. Pour les prestations « *intervention globale pour la concertation multidisciplinaire* », la zone « prescripteur » (Z 24-25) doit, donc, être remplie. Les pseudo-codes 350674-350685, 350696-350700, 350114-350125 et 350136-350140 sont, donc, ajoutés à la liste « prescripteur ».

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/7/2019.

8. <u>Zone « valeur de base de la prestation »,</u> ET 50 Z 47.

L'utilisation de cette zone (comme définie dans le point 7 de la mise à jour 2013/44) est précisée dans la description de la zone même.

9. <u>Norme prescripteur,</u> ET 50 Z 26 S 8.

Suite à l'AR du 25/1/2019 (MB du 26/2/2019), le mot « neuropsychiatre » est ajouté dans la dernière phrase de l'ET 50 Z 26 S 8.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/4/2019.

10. <u>Membre traité,</u> ET 50 Z 34.

- <u>Nomenclature art. 14 c)</u>

  Suite à l'AR du 25/1/2019 (MB du 19/2/2019), la zone « membre traité » doit être remplie pour une série de nouvelles prestations de l'art. 14 c). En effet, les prestations concernées peuvent être intégralement cumulées avec une prestation identique pour l'autre sein.

  <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/4/2019.

- « La Liste », Chapitre C. Oto-rhino-laryngologie

  Pour une série de prestations (implants cochléaire) du Chapitre C de « La Liste », la zone « membre traité » devra être remplie.

  Date d'application: 1er jour du mois qui suit celui au cours duquel l'AM a été publié au Moniteur belge (sous réserve de publication de l'AM).

11. Code enregistrement, ET 50 Z 57-58-59.

Suite à l'AM du 4/3/2019 (MB du 14/3/2019), le code d'enregistrement ne doit plus être mentionné pour le stent valvulaire pulmonaire.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/4/2019.

12. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
350151	350184	Pseudo-codes		1/7/2019
350711	350774	Pseudo-codes		1/7/2019

13. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
350114	350140	Pseudo-codes		1/7/2019
350674	350700	Pseudo-codes		1/7/2019

14. Liste « zone 23 ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
458474	458500	18/12/2018	25/1/2019	1/3/2019

15. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/47

Pages à remplacer :

- Page 3;
- Annexes 14.25, 16.4;
- ET 30 Z 4 S 3;
- ET 50 Z 57-58-59.

Pages à ajouter :

- ET 50 Z 57-58-59 S 1.

1. Modification de la structure des zones dans le cadre de la 6e réforme de l'état.

Dans le point 1 de la mise à jour 2013/44, il était indiqué que dans le cadre de la 6e réforme de l'état, la structure de certaines zones devait être modifiée, également pour les tiers qui ne sont pas impliqués dans la réforme de l'état.
Pour rappel, il s'agit des zones suivantes :

- ET 10 et ET 90 Z 45-46-47a: 34N → 34A
- ET 10 et ET 90 Z 53-54a: 11N → 11A
- ET 80 Z 55-56: 12N → 1A + 11N
- ET 90 Z 55-56: 12N → 1A + 11N

Il était indiqué que les tiers qui ne sont pas impliqués dans la réforme de l'état devaient effectuer le changement de structure de ces zones à partir du mois facturé juillet 2019.
Cependant, cela est reporté au mois facturé janvier 2020.
A partir du mois facturé juillet 2019 jusqu'au mois facturé décembre 2019 inclus, la nouvelle structure peut facultativement être appliquée par les tiers qui ne sont pas impliqués dans la réforme de l'état.

2. Examens génétique art. 33ter

L'AR qui crée le nouvel article 33ter de la nomenclature a été publié dans le Moniteur le 5/6/2019.
Les instructions de facturation ont déjà été prévues dans le point 5 de la mise à jour 2013/35 du 27/9/2017.
Les adaptations sont précisées plus en détail dans les points 6 (code enregistrement) et 7 (prestation relative) de l'actuelle mise à jour.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/7/2019.

3. Procédure générale – facturation ambulatoire hôpitaux psychiatriques, p. 3.

Les hôpitaux psychiatriques peuvent transmettre leur facturation ambulatoire mensuellement. Dans la pratique, certains hôpitaux le font déjà actuellement. Cette possibilité a récemment été officialisée via une *"Décision de la Commission de conventions établissements hospitaliers-organismes assureurs relative aux modalités d'application du tiers payant"*, publiée dans le Moniteur Belge le 17/5/2019.

4. Codes compétence praticien de l'art infirmier, annexe 16.4.

Quelques nouveaux codes compétence ont été ajoutés.

5. Règles de calcul et d'arrondi pour les médicaments – correction exemple 28, annexe 14.25.

La détermination de la tranche dans l'exemple 28 était erronée. Cela a été corrigé.

6. Intervention personnelle conventions de rééducation, ET 30 Z 4 S 3.

Des codes hospitalisés ont été créés pour l'intervention personnelle en application de l'AR du 29/4/1996.

Ces codes hospitalisés doivent être utilisés dans la situation exceptionnelle où le patient est hospitalisé dans un service pour lequel aucune intervention personnelle n'est applicable sur la journée d'entretien (p.ex. service K1). Dans ce cas, le patient (n'ayant pas droit à l'intervention majorée) doit bien payer un ticket modérateur sur le forfait de rééducation.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/7/2019 (pour les prestations effectuées avant le 1/7/2019, le code ambulant doit être accepté).

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

Le tableau reprenant les prestations pour lesquelles le code d'enregistrement doit être mentionné a été actualisé:

- Plus de code d'enregistrement pour les dilatations coronaires à partir du 1/6/2019; un code d'enregistrement doit être mentionné pour l'angioplastie coronaire à partir du 1/6/2019.
- Pour les prestations de l'art. 33ter de la nomenclature, le code d'enregistrement (PITTER) doit être mentionné à partir du 1/7/2019.

8. Liste « prestation relative ».

Pour les nouveaux codes nomenclature de l'art. 33ter, le pseudo-code lié au test se retrouvant dans le point C du chapitre VIII de l'AR du 1 février 2018 (AR spécialités pharmaceutiques) doit être mentionné comme prestation relative.

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
594016	594123	17/5/2019	5/6/2019	1/7/2019

9. Liste « zone 23 ».

Codes ajoutés (codes déjà existants)		
De	**à**	**Ajoutés à partir du**
461134	461145	1/7/2019 (date de prestation)
458953	458964	1/7/2019 (date de prestation)
459351	459384	1/7/2019 (date de prestation)

Codes ajoutés (nouveaux codes)				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
587915	587926	17/5/2019	5/6/2019	1/7/2019

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
587893(*)	587904(*)	17/5/2019	5/6/2019	1/7/2019
588556	588560	17/5/2019	5/6/2019	1/7/2019
589713	589724	17/5/2019	5/6/2019	1/7/2019
589831	589842	17/5/2019	5/6/2019	1/7/2019

(*) Cette prestation n'a pas été supprimée de la nomenclature. Elle continue, donc, à exister. Elle a été supprimée de la règle diagnostique 5. C'est pourquoi, elle est supprimée de la liste « zone 23 ».

10. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/48

Pages à remplacer :

- Annexe 16.18;
- ET 50 Z 14 S 5.

1. Modification des numéros INAMI des hôpitaux Sp ou G isolés, annexe 16.18.

La modification des numéros INAMI des anciens hôpitaux G ou Sp isolés (3 dernières positions = « 999 » au lieu de « 000 »), comme prévue dans la mise à jour 2013/44 et clarifiée dans la mise à jour 2013/46, n'entre **pas** en vigueur à partir du mois facturé juillet 2019.
La modification est reportée de 6 mois**.**

Date d'application: Mois facturé janvier 2020.

2. Conventions chirurgie complexe, ET 50 Z 14 S 5.

Les instructions relatives au lieu de prestation sont précisées.

Date d'application: 1/7/2019.

3. Liste « prestation relative ».

Pas de modifications.

4. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
790031	790090	Pseudo-codes		1/1/2019 (*)

(*) Ces pseudo-codes (convention soins de psychologie de première ligne) sont d'application à partir de la date de prestation 1/1/2019 mais ils ont été oubliés dans la liste. La mention d'un prescripteur est obligatoire à partir du mois facturé juillet 2019.

5. Liste « zone 23 ».

Correction:
Lors de la précédente mise à jour, il a été communiqué que le code 587893-587904 était supprimé de la liste. Cependant, il est seulement supprimé de la ligne 28 du fichier Excel (règle diagnostique 5 de la nomenclature) et pas de la ligne 37 (règle diagnostique 20: 8 fois maximum par phase d'investigation diagnostique).
Le fichier Excel de la précédente mise à jour était, donc, correct, mais l'explication dans l'introduction n'était pas correcte.

6. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/49

Pages à remplacer :

- Page 14;
- Annexes 16.3, 16.14, 16.19;
- ET 10 Z 13;
- ET 20 Z 18, Z 42-43-44-45;
- ET 40 Z 4 S 3, S 9, Z 22, Z 23, Z 27, Z 30-31;
- ET 50 Z 4 S 2, Z 14 S 5, Z 15 S 1, Z 16, Z 23, Z 57-58-59, Z 57-58-59 S 1.

1. **<u>Numéro INAMI médecins – check-digit modulo 89,</u> annexe 16.3.**

Dans la pratique, des numéros INAMI avec check-digit modulo 89 n'ont été attribués aux médecins qu'à partir du 15/6/2019 (au lieu du 1/4/2019).
La date est, donc, corrigée dans l'annexe 16.3.

2. **<u>Modification codes compétence aides soignants,</u> annexe 16.14.**

Le 1/12/2019, tous les aides soignants recevront le même code compétence (440). Tous les autres codes compétence sont supprimés.

Dans la facturation, le nouveau numéro INAMI (avec code compétence 440) doit être utilisé à partir de la date de prestation 1/12/2019 (cf. zone « dispensateur auxiliaire » (ET 50 Z 49) dans le cas d'une prestation attestée par un infirmier mais effectuée par un aide soignant).

Les aides soignants liés à un groupement et les groupements concernés recevront une lettre individuelle. Les aides soignants qui ne sont pas reliés à un groupement seront avisés du changement de leur N° INAMI s'ils intègrent un groupement.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/12/2019.

3. **<u>Mutualité de destination pour les médecins-spécialistes,</u> p. 14, ET 20 Z 18.**

Pour l'OA100, la zone « mutualité de destination » pour e-fac spécialistes doit être remplie avec le numéro du PUC.

4. **<u>Zone « contenu facturation » – élargissement signification valeur « 010 »,</u> ET 10 Z 13.**

Dans le cadre de la 6e réforme de l'état, certains hôpitaux doivent facturer mensuellement à 3 entités différentes (au fédéral + aux 2 régions). Par conséquent, le nombre maximal de fichiers de facturation est dépassé.
C'est pourquoi la signification de la valeur "010" est élargie avec *« facturation supplémentaire dans le cadre de la 6e réforme de l'état »*.

5. **<u>Pansements actifs,</u> ET 40 Z 4 S 3, Z 27, Z 30-31.**

A partir du 1/10/2019, l'AR du 3 juin 2007 est abrogé et remplacé par l'AR du 23 mars 2019 (MB du 15 avril 2019).

Pour les officines hospitalières, l'ancien AR prévoyait:
- Un forfait de 20 EUR par mois (paiement direct par l'OA au patient)
- Pas d'intervention par pansement
- Facturation du montant dans la Z 30-31 sous le pseudo-code 757271

Le <u>nouvel AR</u> ne prévoit plus de forfait par mois mais bien une <u>intervention de 20% par pansement</u> (voir prix * dans la liste de l'AR).
Un nouveau pseudo-code 795071 est, donc, créé (et le code 757271 est supprimé).

<u>Date d'application</u>: Délivrances à partir du 1/10/2019.

6. <u>Préparations magistrales,</u> ET 40 Z 4 S 9, Z 22, Z 23.

Dans les enregistrements de détails des préparations magistrales, seules les unités suivantes sont encore autorisées :

- les unités de poids (mcg, mg, g) (en utilisant les densités pour la conversion)
- les pièces
- les unités spécifiques pour certains produits (Nystatine, pénicilline, Bromélase, Vitamines A & D)

De plus, les règles d'arrondi pour le remplissage de la zone 22 (nombre d'unités) sont précisées. L'exemple dans l'ET 40 Z 4 S 9 est adapté dans ce sens.

<u>Date d'application</u>: Mois facturé janvier 2020.

7. <u>Rectification pseudo-codes ,</u> ET 50 Z 4 S 2.

Lors de la mise à jour 2013/44, les points 5bis et 5ter ont disparu par erreur. Ceux-ci sont à nouveau introduits.

8. <u>CT de localisation peropératoire,</u> ET 50 Z 14 S 2.

L'AR du 29/8/2019 (MB 24/9/2019) introduit une nouvelle prestation 458990-459001pour laquelle un service agréé (numéro hôpital + 110) doit être mentionné comme lieu de prestation. Une prestation relative (intervention chirurgicale de l'art. 14 de la nomenclature) doit également être mentionnée pour cette prestation (voir point 12).

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/11/2019.

9. <u>Conventions chirurgie complexe,</u> ET 50 Z 15 S 1, Z 16.

Une liste des prestataires habilités n'est (provisoirement) pas publiée.
L'ET 50 Z 15 S 1 est, donc, corrigé.

La zone « norme dispensateur » (ET 50 Z 16) doit être égale à 9 (plusieurs prestataires). En effet, les conventions prévoient que les prestations sont effectuées par <u>deux</u> médecins-spécialistes en chirurgie.

<u>Date d'application</u>: 1/7/2019.

10. <u>Nouvelles prestations de « La Liste »: capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose,</u> annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 5, Z 57-58-59.

Le 1/10/2019, 8 nouvelles prestations sont créées pour lesquelles un lieu de prestation spécifique (numéro hôpital + 171) doit être mentionné et pour lesquelles le code d'enregistrement (ET 50 Z 57-58-59) doit être rempli.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/10/2019.

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

Une solution provisoire est introduite pour les hôpitaux qui utilisent le S2S de la Smals pour l'enregistrement des dilatations coronaires.

12. Zone « nombre maximal ou prestation identique », ET 50 Z 23.

La signification des différentes valeurs est précisée.
Les valeurs « 03 » et « 04 », utilisées pour une 2e (ou suivante) consultation/visite identique le même jour pour un même patient par un même prestataire sont à nouveau ouvertes à tous les prestataires/établissements (également aux hôpitaux).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/10/2019.

13. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R./A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
174016	174322	27/8/2019	13/9/2019	1/10/2019
174333	174366	Publication site web INAMI		1/9/2019
458990	459001	29/8/2019	24/9/2019	1/11/2019

Codes supprimés				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
161475	161486	27/8/2019	13/9/2019	1/10/2019
Kinésithérapie art. 7, 1°, 3°, 4°, 5°, 6°, 8°				1/9/2019 (*)

(*) Suite à la nouvelle réglementation relative aux tickets modérateurs pour les prestations de kinésithérapie (tickets modérateurs fixes), aucune prestation relative n'est mentionnée pour les prestations de kinésithérapie à partir de la date de prestation 1er septembre 2019.
Les pseudo-codes « prestation relative » 761692 jusqu'à 761784 inclus (voir sheet « remarques1 » de la liste) sont désormais seulement utilisés pour les prestations de physiothérapie.

14. Liste « prescripteur ».

De	à	Date d'application
301033	301044	Mois facturé
371033	371044	octobre 2019

Ces codes nomenclature existent depuis longtemps mais ils ont été oubliés dans la liste.
La mention d'un prescripteur est obligatoire à partir du mois facturé octobre 2019.

15. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

16. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/50

Pages à remplacer :

- Annexes 11.1, 11.4, 11.5, 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, 13.1, 13.6, 13.7, 20.1, 20.5, 20.6, 23.1, 23.6, 23.7;
- ET 10 Z 3;
- ET 50 Z 26 S 5.

Pages à ajouter :

- Annexes 12.6, 12.7;
- ET 10 Z 45-46-47a, Z 48, Z 53-54a ;
- ET 50 Z 26 S 5 BIS;
- ET 80 Z 55-56 ;
- ET 90 Z 45-46-47a, Z 53-54a, Z 55-56.

1. **<u>Maisons médicales – facturation électronique via MyCarenet,</u> annexes 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5, 12.6, 12.7.**

   En 2020, le secteur des maisons médicales passera à la gestion électronique de tous les flux qui concernent les inscriptions, les désinscriptions, les mutations et à la facturation électronique via MyCarenet. Le projet s'articule autour de trois services MyCarenet : « *Abonnement* », « *Member Data* » et « *Facturation électronique* ».

   En ce qui concerne la facturation électronique, aucun changement n'est nécessaire au niveau du lay-out ou du contenu du fichier de facturation électronique envoyé actuellement via CD-Rom. Dans l'annexe 12, une brève description des différents services est reprise ainsi que le planning.

2. **<u>Zones relatives aux comptes financiers,</u> 11.1, 11.4, 11.5, 12.3, 12.6, 12.7, 13.1, 13.6, 13.7, 20.1, 20.5, 20.6, 23.1, 23.6, 23.7, ET 10 Z 3, Z 45-46-47a, Z 48, Z 53-54a, ET 80 Z 55-56, ET 90 Z 45-46-47a, Z 53-54a, Z 55-56.**

   L'utilisation de la zone « nombre de comptes financiers » (ET 10 Z 3) est précisée.
   Les contrôles (codes erreur) s'y rapportant sont adaptés.

   <u>Date d'application</u>: Mois facturé mars 2020.

   On profite de l'occasion pour insérer des pages (blanches) dans les instructions (fédérales) pour les zones réservées dans le cadre de la 6e réforme de l'état (zones relatives au compte C).
   Ces zones réservées sont également ajoutées dans les annexes 11, 12, 13, 20 et 23.

3. **<u>Biologie clinique – norme prescripteur,</u> ET 50 Z 26 S 5, S 5 BIS.**

   Des combinaisons pour le remplissage des zones 15, 24-25 et 26 de l'enregistrement 50 sont ajoutées.

4. **<u>Liste « prestation relative ».</u>**

   Pas de modifications.

5. **<u>Liste « prescripteur ».</u>**

   Pas de modifications.

6. **<u>Liste « zone 23 ».</u>**

   Pas de modifications.

7. **<u>Liste « codes erreur ».</u>**

   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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/51

Pages à remplacer :

- Pages 2, 3, 29bis, 29ter, 29quater ;
- Annexe 16.19 ;
- ET 50 Z 4 S 3, S 5, S 6, Z 14 S 5, Z 57-58-59, Z 57-58-59 S 1.

Pages à supprimer :

- Pages 29quinquies, 29sexies.

1. **<u>Neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de CRPS,</u> annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 5, Z 57-58-59, Z 57-58-59 S 1.**

   L'AM du 13/11/2019 (MB du 19/11/2019) prévoit des nouvelles prestations concernant les neurostimulateurs sur « La Liste » à partir du 1/12/2019.
   Pour ces prestations, le lieu de prestation (ET 50 Z 14) doit être égal au numéro du centre (numéro de l'hôpital + 172).
   Dans l'ET 50 Z 57-58-59, le code d'enregistrement doit être mentionné.
   Le tableau dans la zone « code d'enregistrement » est également mis à jour en ce qui concerne les endoprothèses (fin de l'enregistrement 30/11/2019).

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/12/2019.

2. **<u>Filets pour réparation d'un prolapsus,</u> ET 50 Z 57-58-59.**

   L'AM du 2/12/2019 (MB du 9/12/2019) prévoit des nouvelles prestations concernant les filets pour réparation d'un prolapsus sur « La Liste » à partir du 1/1/2020.
   Pour ces prestations, le code d'enregistrement doit être mentionné dans l'ET 50 Z 57-58-59.

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/1/2020.

3. **<u>Marge de délivrance pour les prestations relatives au capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose et ses accessoires,</u> ET 50 Z 4 S 5, S 6.**

   Suite au 2e avenant à la convention entre les fournisseurs d'implants et les organismes assureurs, un nouveau pseudo-code 619710-619721 (marge de délivrance en cas de plafonnement par année civile) est créé.
   Le pseudo-code concerné est également ajouté à la liste « prestation relative » (voir point 8).

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/1/2020.

4. **<u>Facturation mensuelle par les hôpitaux psychiatriques,</u> p. 2, 3.**

   A partir du 1/7/2020, les hôpitaux psychiatriques doivent facturer mensuellement.

   <u>Date d'application</u>: Mois facturé juillet 2020.

5. **<u>Fusion des mutualités 506 et 509,</u> p. 29bis, 29ter, 29quater.**

   Les anciennes instructions relatives à la fusion de 2 mutualités au 1/1/2017 sont remplacées par des instructions relatives à la fusion des mutualités 506 et 509 au 1/1/2020.

   <u>Date d'application</u>: 1/1/2020.

6. **<u>Intervention personnelle pour le forfait de départ AOM,</u> ET 50 Z 4 S 3.**

   L'AR du 3 novembre 2019 modifiant l'AR du 29 avril 1996 prévoit, à partir du 1/2/2020, une intervention personnelle pour le forfait de départ AOM (convention SAOS).
   A cet effet, un nouveau pseudo-code 765811 est créé.

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/2/2020.

7. Liste « prestation relative ».

Codes à ajouter				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
309536(*)	309761(*)	17/8/2019	22/11/2019	1/1/2020
379536(*)	379562(*)	17/8/2019	22/11/2019	1/1/2020
619710	619721	Pseudo-codes		1/1/2020

(*) Pour ces codes nomenclature (soins dentaires chez les patients atteints du cancer ou avec de l'anodontie), une prestation relative doit **uniquement** être remplie **si le travail prothétique est interrompu ou terminé prématurément** en raison du décès du patient ou pour des raisons médicales impérieuses (voir Règlement du 15 juillet 2019 modifiant le règlement du 28 juillet 2003).

8. Liste « prescripteur ».

Pas de modifications.

9. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

10. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/52

Pages à remplacer :

- Pages 2bis, 3;
- Annexes 5.1 suite 2, 16.19, 16.20;
- ET 10 Z 13;
- ET 40 Z 40-41;
- ET 50 Z 14 S 3, Z 14 S 5, Z 57-58-59 S 1.

1. **<u>Destinataire pour la facturation papier,</u> p. 3.**

   L'adresse à laquelle les documents de facturation papier des maisons de soins psychiatriques (MSP) de la région Wallonne doivent être envoyés a été modifiée en ce qui concerne l'OA100.

2. **<u>Communication du pourcentage d'acceptation souhaité,</u> annexe 5.1 suite 2.**

   A partir du 1/4/2020, les laboratoires et les hôpitaux auront la possibilité de demander à l'OA (de manière temporaire ou non) un pourcentage d'acceptation inférieur à 5%.
   La procédure est décrite dans l'annexe 5.1 suite 2.

   <u>Date d'application</u>: 1/4/2020.

3. **<u>Nombre d'envois maximal (zone « contenu facturation »),</u> p. 2bis, ET 10 Z 13.**

   Désormais, aucune autorisation du CIN n'est nécessaire pour une dérogation systématique du nombre d'envois maximal (valeur « 020 » dans l'ET 10 Z 13).

   <u>Date d'application</u>: Date de publication de la mise à jour 2013/52.

4. **<u>Précision code produit médicaments non remboursables,</u> ET 40 Z 40-41.**

   Il est précisé qu'en cas de médicaments non remboursables et d'autres délivrances non remboursables, le code CNK publique (tel que repris dans la SAMv2, par l'AFMPS.), est mentionné sauf lorsqu'un code CNK 07xxxxxx/7xxxxxx remboursable existe.

5. **<u>Implants : valves endobronchiques unidirectionnelles,</u> annexe 16.19, 16.20, ET 50 Z 14 S 5.**

   Un nouveau numéro d'agrément « numéro hôpital + 173 » a été créé pour les centres « valves endobronchiques unidirectionnelles ».

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/2/2020.

6. **<u>Suppression codes nomenclature dialyse,</u> ET 50 Z 14 S 3.**

   Suite à l'AR du 29/11/2019 (MB du 18/12/2019), quelques codes nomenclature relatifs à la dialyse sont supprimés.
   La date de suppression de ces codes est ajoutée dans les instructions relatives au lieu de prestation (ET 50 Z 14 S 3).

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/2/2020.

7. **<u>Code d'enregistrement art. 33ter,</u> ET 50 Z 57-58-59 S 1.**

   L'obligation de mentionner le code d'enregistrement (PITTER) dans l'ET 50 Z 57-58-59 pour les prestations de l'art. 33ter est abrogée.
   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.

A partir de 2021, les organismes assureurs recevront eux-mêmes l'information issue des registres afin de pouvoir effectuer les contrôles nécessaires de la facturation. La mise en œuvre de ce flux de données sera phasée pour les différents registres mais le registre PITTER sera prioritaire.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/7/2019 (donc, de façon rétroactive à partir de la date d'entrée en vigueur de l'art. 33ter).

8. Liste « prestation relative ».

Pour les spécialités incorporées dans l'alimentation parentérale, le pseudo-code de l'alimentation parentérale doit être indiqué comme prestation relative. L'énumération des pseudo-codes est actualisée : le code 751951 (forfait journalier pour l'administration d'électrolytes) est ajouté.

9. Liste « prescripteur ».

Pas de modifications.

10. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

11. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/53

Pages à remplacer :

- ET 30 Z 4 S 4, Z 22;
- ET 40 Z 4 S 1, S 3, S 4BIS;
- ET 50 Z 4 S 1, Z 4 S 2, Z 14 S 3, Z 43, Z 55-56.

1. **<u>Pseudo-code 761961 – adaptation libellé,</u> ET 30 Z 4 S 4, Z 22.**

   Dans la convention hôpitaux – organismes assureur, le libellé de ce pseudo-code a été modifié. Les mots « service G ou Sp isolé » ont été remplacés par « hôpital général spécialisé ».

2. **<u>Contraceptifs pour les jeunes femmes,</u> ET 40 Z 4 S 1, S 3, S 4BIS.**

   A partir du 1/4/2020, la limite d'âge pour l'intervention spécifique pour les contraceptifs est levée (jusqu'à 24 ans inclus). Pour la pilule du lendemain, il n'y aura plus de limite d'âge.
   Le libellé des pseudo-codes concernés est adapté.

   <u>Date d'application</u>: Délivrances à partir du 1/4/2020.

3. **<u>Nouveaux pseudo-codes prestations de diététique,</u> ET 50 Z 4 S 1, S 2.**

   Suite à l'AR du 26/1/2020 (MB du 6/2/2020), des nouvelles prestations de diététique pour les enfants souffrant de surpoids ou d'obésité sont introduites.
   Les pseudo-codes concernés sont ajoutés dans l'ET 50 Z 4 S 2 et dans la liste « prescripteur » (voir point 7).

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/4/2020.

4. **<u>Implants – matériel d'extraction,</u> ET 50 Z 14 S 3.**

   Suite à l'AM du 28/2/2020 (MB du 12/3/2020), des nouvelles prestations nécessitant un agrément de pathologie cardiaque B ont été introduites (lieu de prestation = « numéro hôpital + 120 »).
   Les prestations concernées sont également ajoutées à la liste « prestation relative » (voir point 6).

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/4/2020.

5. **<u>Implants – actualisation des zones « code implant » et « code notification »,</u> ET 50 Z 43, Z 55-56.**

   La description de ces zones est actualisée. La référence à la liste Excel « implants » et la liste même est supprimée. En effet, tous les pseudo-codes pour lesquels cette liste Excel était encore d'application ont entretemps été supprimés sauf les pseudo-codes de la convention « défibrillateurs cardiaques implantables » (ceux-ci sont encore explicitement repris dans les zones concernées).

6. **<u>Liste « prestation relative ».</u>**

Codes à ajouter				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
180810	180843	28/2/2020	12/3/2020	1/4/2020

7. Liste « prescripteur ».

Codes à ajouter				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
794916	794931	26/1/2020	6/2/2020	1/4/2020

8. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

9. 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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/54

Pages à remplacer :

- Page 14;
- Annexe 5.1 suite 2, 12.2, 12.6, 14.4, 14.17, 16.18;
- ET 20 Z 18;
- ET 30 Z 4 S 1, Z 5, Z 10, Z 13;
- ET 40 Z 10 ;
- ET 50 Z 10, Z 13, Z 13 S 1, Z 13 S 2, Z 14 S 1, Z 30-31.

1. **<u>Nouveau-nés – facturation séparée au nom du bébé,</u> ET 30 Z 4 S 1, Z 5, Z 10, Z 13, ET 40 Z 10, ET 50 Z 10, Z 13, Z 13 S 1, Z 13 S 2.**

A partir du 1/1/2021, les prestations effectuées pour un nouveau-né ne peuvent plus être facturées sur la facture de la mère. Une facture entièrement séparée doit être établie au nom du nouveau-né.
Cela sera possible puisque les nouveau-nés disposeront très vite d'un numéro national (via eBirth, un numéro national sera attribué automatiquement dans les 24 heures après le signal de naissance par l'hôpital) et ils seront assez vite affiliés à une mutualité (un AR est en préparation et prévoit la possibilité pour les mutualités d'inscrire d'office les nouveau-nés en qualité d'enfant à charge).

<u>Codes service</u>

2 nouveaux pseudo-codes service sont créés:
170: Nouveau-né hospitalisé en chambre chez la mère dans un service M
180: Nouveau-né hospitalisé en service N* alors que la mère est également présente comme patiente à l'hôpital
Le code service existant 190 est désormais seulement utilisé lorsque le nouveau-né est en service N* et que la mère a quitté l'hôpital.
Les codes service 270 (NIC) et 230 (E) continuent d'exister.

<u>Journées d'entretien</u>

Rien ne change dans la facturation des journées d'entretien par rapport à la situation actuelle.
Les codes service 170, 180 et 190 engendrent une journée d'entretien à 0 € (pseudo-code 790020).
Les codes service 270 et 230 engendrent une journée d'entretien classique (pseudo-code 768025).

<u>Code accouchement</u>

Dans la situation actuelle, la zone 10 des enregistrements de type 30, 40 et 50 indique si les prestations sur la facture de la mère ont été effectuées sur la mère ou sur le bébé.
Désormais, cette zone ne sera nécessaire que dans des cas très exceptionnels, à savoir lorsqu'il n'est pas possible d'établir une facture séparée au nom du bébé et que les prestations effectuées sur le bébé sont facturées sur la facture de la mère, p.ex. bébé né mort.
Cependant, la zone peut encore être remplie facultativement en cas de facturation séparée pour la mère et le bébé.

<u>Matrice des transferts possibles des nouveau-nés.</u>

L'actuelle annexe 10 sera remplacée par une nouvelle matrice.
Celle-ci est encore en préparation et sera publiée lors d'une mise à jour ultérieure.

<u>Date d'application</u>: Naissances à partir du 1/1/2021.

2. **<u>Maisons médicales – facturation électronique via MyCarenet,</u> p. 14, annexe 12.2, 12.6, ET 20 Z 18.**

Prochainement, les maisons médicales passent en facturation électronique via MyCarenet.
Suite à la pandémie du Covid-19, la date de début a été reportée (voir nouveau planning dans l'annexe 12.2).

Conjointement au transfert vers MyCarenet, l'OA100 reprendra les maisons médicales dans REFAC.
Cela implique la modification suivante:
ET 20 et ET 80 Z 18 (mutualité de destination) = PUC (point unique de contact).

<u>Date d'application</u>: en différentes phases (voir annexe 12.2).

3. <u>Tarifs maximaux dentistes,</u> ET 50 Z 30-31.

En exécution du point 6.2 de l'Accord National Dento-Mutualiste 2020-2021, des tarifs maximaux ont été introduits pour certaines prestations et sous certaines conditions.
En cas d'application de tarifs maximaux par un dentiste conventionné ou un dentiste partiellement conventionné lors des heures conventionnées, un pseudocode supplémentaire doit être attesté avec le code de nomenclature. Le montant de la « majoration » est attesté au patient et mentionné dans la zone 30-31.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 7/5/2020.

4. <u>Implants – nouvelles prestations endoprothèses,</u> ET 50 Z 14 S 4.

L'AM du 21/4/2020 (MB du 8/5/2020) prévoit 2 nouvelles prestations pour lesquelles le lieu de prestation (ET 50 Z 14) doit être égal au numéro de l'hôpital + 151 ou 152.
Ces prestations sont également ajoutées à la liste "prestation relative" (voir plus bas).

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/6/2020.

5. <u>Suppression 'marge de sécurité' des spécialités de référence,</u> annexe 14.4, 14.17.

Le 1/7/2020, la 'marge de sécurité' (= la différence entre le prix et la base de remboursement) est supprimée.
Les exemples (annexe 14) des spécialités de référence avec une différence entre le prix et la base de remboursement ne sont donc plus d'application.

<u>Date d'application:</u> Délivrances à partir du 1/7/2020.

6. <u>Adresse de contact pour le seuil de tolérance pour l'acceptation du fichier de facturation,</u> annexe 5.1 suite 2.

L'adresse e-mail pour la demande de modification du seuil de tolérance pour l'acceptation du fichier de facturation a été modifiée pour l'OA400.

7. <u>Numéros INAMI centres COVID,</u> annexe 16.18.

L'aperçu des numéros INAMI des dispensateurs et établissements de soins est complété par les centres COVID (792) (centre de tri, centre de soins intermédiaires et soins de cohorte).

8. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes à ajouter				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
158830	158841	28/2/2020	12/3/2020	1/4/2020
180854	180880	21/4/2020	8/5/2020	1/6/2020

9. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Pas de modifications.

10. <u>Liste « zone 23 ».</u>

Le code nomenclature 477411-477422 est ajouté à la liste à partir du 1/7/2020.

11. <u>Liste « codes erreur ».</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/55

Pages à remplacer :

- Annexes 1.2, 6, 6.2, 9.3;
- ET 30 Z 4 S1, Z 5;
- ET 40 Z 4 S 1, S 3, S 4 BIS;
- ET 50 Z 3, Z 26, Z 57-58-59.

Page à ajouter :

- ET 20 Z 52.

1. **<u>Nouveau-nés – facturation séparée au nom du bébé,</u> annexe 6, 6.2, ET 20 Z 52, ET 30 Z 4 S 1, Z 5.**

En vue d'une facturation entièrement séparée au nom du nouveau-né, 2 nouveaux pseudo-codes service (170 et 180) ont été créés lors de la mise à jour 2013/54.

Une nouvelle zone "numéro d'admission de la mère" (ET 20 Z 52) est ajoutée, afin de garder un lien avec la mère sur la facture du nouveau-né.

Un nouveau pseudo-code 791560 est créé pour la journée d'entretien à 0 € en service 170 ou 180.
Ce pseudo-code est également repris sur la liste "prestation relative" (voir plus bas), pour que le choix de la chambre de la mère soit mentionné dans l'enregistrement de la journée d'entretien (à 0 €) du nouveau-né. En effet, le choix de la chambre de la mère détermine l'éventuelle attestation de suppléments d'honoraires sur les prestations du nouveau-né.

<u>Date d'application</u>: Suite à un retard dans le projet e-birth-bis, la date d'application prévue (naissances à partir du 1/1/2021) est reportée.
La nouvelle date sera communiquée ultérieurement.

2. **<u>Intervention spécifique contraception,</u> ET 40 Z 4 S 1, S 3, S 4 BIS.**

Le 31/8/2020, une loi modifiant l'AR fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs (AR du 16 septembre 2013) a été publiée.
Dorénavant, l'intervention spécifique s'appliquera non seulement aux femmes de moins de 25 ans, mais également aux femmes ayant droit à une intervention majorée (3e chiffre du Code Titulaire = 1), quel que soit leur âge.

Le tableau du point 2 de la mise à jour 2013/42 est donc adapté comme suit (modifications en italique):

	Femmes < 25 ans *ou ayant droit à l'intervention majorée* résidentes de MSP, CSJ, habitation de soins, IHP, centre de rééducation	Autres femmes ambulatoires < 25 ans *ou ayant droit à l'intervention majorée*	Femmes hospitalisées < 25 ans *ou ayant droit à l'intervention majorée*
Produits de la liste de l'AR indiqués par « I »	OUI	OUI	OUI
Autres produits de la liste de l'AR	OUI	NON	NON

Le libellé des pseudo-codes concernés est adapté.

<u>Date d'application:</u> Délivrances à partir du 10/9/2020.

3. **<u>Matériel utilisé lors d'une intervention non attestée mais bien effectuée,</u> ET 50 Z 3.**

Les forfaits matériel repris sur « la Liste » ont été établis pour couvrir l'ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention médicale. C'est pourquoi l'intervention médicale peut être mentionnée dans le libellé de la prestation pour le matériel. Celle-ci doit alors être mentionnée comme prestation relative dans l'enregistrement du matériel.
Il peut, néanmoins, arriver qu'une intervention ne puisse être attestée en raison de la règle des champs opératoires alors que du matériel a bien été utilisé pour réaliser cet acte médical.
Dans ce cas, bien que les honoraires pour cet acte médical ne puissent pas être facturés, la prestation pour le matériel doit pouvoir être remboursée.

La méthode suivante doit être appliquée:
L'acte médical non attestable doit être mentionné comme prestation relative de la prestation matériel et doit également être facturé à 0 € avec un **nouveau code norme 8** dans l'ET 50 Z 3.
Cet enregistrement statistique permettra de toujours lier une prestation matériel à un acte médical qui a été réalisé.
Lors des contrôles, il sera aussi possible de vérifier que les actes médicaux facturés à 0 € ont bien été exécutés sur base des dispositions prévues dans l'art. 1, § 8 de la nomenclature :
"Pour les prestations pour lesquelles il n'y a pas de demande explicite de rapport, document, tracé, graphique dans le libellé, le dossier devra démontrer l'exécution de la prestation."

Exemple
Un patient se fait opérer dans 1 seul champ opératoire. Pour chaque acte médical réalisé, une prestation matériel est utilisée.
- Acte médical 1 (principal) xxxxx1 et prestation matériel xxxxx2
- Acte médical 2 xxxxx3 et prestation matériel xxxxx4

Etant donné que la prestation xxxxx3 n'est pas l'intervention principale, celle-ci ne peut pas être attestée alors que le matériel (prestation xxxxxx4) peut être attesté et remboursé.
Ceci n'interfère en rien avec la règle des champs.

	ET 50	ET 50	ET 50	ET 50
Zone 3 (norme prestation)	0	0	**8**	0
Zone 4 (code nomenclature)	xxxxx1	xxxxxx2	xxxxx3	xxxxx4
Zone 17-18 (prestation relative)	0	xxxxx1	0	xxxxx3
Zone 19 (montant OA)	montant	montant	0	montant
Zone 27 (intervention personnelle)	montant éventuel	montant éventuel	0	montant éventuel
Zone 30-31 (supplément)	montant éventuel	0	0	0

Le matériel et l'acte médical à 0 € doivent figurer sur le même fichier de facturation, pour que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles nécessaires.

Date d'application: Mois facturé décembre 2020 (pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2019).

4. Suppression "marge de sécurité" pour les spécialités de référence, annexe 9.3.

Depuis le 1/7/2020, la 'marge de sécurité' (différence entre prix et base de remboursement) a été supprimée. L'annexe 14 a déjà été adaptée dans ce sens, mais il avait été oublié d'adapter également l'annexe 9. Cela est à présent fait.

Date d'application: Délivrances à partir du 1/7/2020.

5. Echelonnement – norme prescripteur, ET 50 Z 26.

Dans le cadre de l'échelonnement, le code norme 2 sera utilisé dans le circuit eAttest (paiement au comptant).
Dans le circuit tiers payant, cette valeur n'est provisoirement pas encore utilisée, mais elle est bien réservée.

6. <u>Code d'enregistrement défibrillateurs cardiaques,</u> ET 50 Z 57-58-59.

Comme il y a chaque année de nouveaux montants de rattrapage relatifs aux défibrillateurs cardiaques, la date de fin à la ligne « défibrillateurs cardiaques et électrodes » est supprimée du tableau de l'ET 50 Z 57-58-59.

7. <u>Adresse e-mail OA900,</u> annexe 1.2.

Prochainement, les e-mails destinés à l'OA900 utilisant encore les anciennes adresses (@b-holding) ne circuleront plus.
Il faut toujours utiliser une adresse e-mail avec @hr-rail.
L'adresse de contact dans l'annexe 1.2 est également adaptée dans ce sens.

8. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes à ajouter				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
170855	170866	6/7/2020	13/7/2020	1/8/2020
180891	180924	6/7/2020	13/7/2020	1/8/2020
791560		pseudo-code		encore à déterminer

9. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes à ajouter				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
654754	654861	9/4/2020	24/4/2020	1/6/2020
658490	658921	9/4/2020	24/4/2020	1/6/2020

10. <u>Liste « zone 23 ».</u>

Pas de modification.

11. <u>Liste « codes erreur ».</u>

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.

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/56

Pages à remplacer :

- Pages 8, 9, 13;
- Aperçu des annexes, annexes 5.3, 5.3 suite 1, 6, 6 suite, 7;
- ET 10 Z 1.

Page à ajouter :

- Annexes 6.2bis, 25.1, 25.2, 25.3, 25.4, 25.5, 25.6, 25.7, 25.8, 25.9, 25.10;
- ET 21 Z 1, Z 2, Z 3, Z 4, Z 5, Z 6, Z 7, Z 8, Z 9, Z 99.

<u>Données de lecture du document d'identité électronique en hôpital</u>, p. 8, 9, 13, aperçu des annexes, annexes 5.3, 5.3 suite 1, 6, 6 suite, 6.2bis, 7, 25.1, 25.2, 25.3, 25.4, 25.5, 25.6, 25.7, 25.8, 25.9, 25.10, ET 10 Z 1, ET 21 Z 1, Z 2, Z 3, Z 4, Z 5, Z 6, Z 7, Z 8, Z 9, Z 99.

Un groupe de travail mixte de la Commission de convention Hôpitaux - Organismes assureurs et de la Commission Informatique a élaboré des modalités de lecture du document d'identité en milieu hospitalier.

Au niveau du fichier de facturation, un nouvel enregistrement de type 21 est créé pour l'enregistrement des données de lecture et ceci, aussi bien pour les factures d'hospitalisation (de jour) que pour les factures ambulatoires.
Les données de lecture suivantes doivent être enregistrées dans ce nouvel enregistrement 21 :
- ET 21 Z 3 : Heure de lecture
- ET 21 Z 4 : Date de lecture
- ET 21 Z 5 : Type de saisie (lecture puce, lecture codes à barres,…)
- ET 21 Z 6 : Type de support (carte d'identité électronique, carte ISI+,…)
- ET 21 Z 7 : Raison utilisation vignette
- ET 21 Z 8 : Raison encodage manuel ou lecture à postériori
- ET 21 Z 9 : Numéro de série du support

Les principes généraux, les exceptions, les modalités de tests et de la période de monitoring et le planning sont repris dans une nouvelle annexe 25 des instructions de facturation.

Une phase de tests et une période de monitoring sont prévues :
La <u>phase de tests</u> se déroulera durant la période septembre 2021 - novembre 2021 selon les modalités décrites dans la nouvelle annexe 25. L'évaluation de la phase de tests aura lieu en janvier 2022.
La <u>phase de monitoring</u> (enregistrement facultatif des données de lecture) débutera le 1er mai 2022 jusqu'à l'obligation d'enregistrement à condition que l'évaluation de la phase de tests soit jugée positive.
L'évaluation de la phase de monitoring aura lieu sur les mois facturé février, mars, avril 2023.
Les résultats seront analysés en septembre 2023 avant de décider de la date de début de l'obligation d'enregistrement des données de lecture du document d'identité. L'obligation ne pourra débuter que si l'évaluation est jugée positive.

<u>Date d'application</u>:
- Septembre à novembre 2021: période de tests
- Janvier 2022 : évaluation des tests
- 1er mai 2022 (si tests ok) : début de la période de monitoring (période facultative)
- Septembre 2023 : évaluation de la période de monitoring.
- Janvier 2024 (si période de monitoring ok) : obligation

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/57

Pages à remplacer :

- Pages 14, 20, 21, 22;
- ET 10 Z 27;
- ET 20 Z 18;
- ET 30 Z 4 S 14;
- ET 50 Z 20-21, Z 24-25, Z 26.

1. <u>Suppression numéro BCE fictif,</u> ET 10 Z 27.

Le pseudo-numéro BCE 0999.999.922 ne peut plus être utilisé.
Un véritable numéro BCE doit désormais toujours être rempli dans l'ET 10 Z 27.

<u>Date d'application:</u> Mois facturé février 2021 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202102).

2. <u>Fusion mutualités 206 et 228,</u> p. 20, 21, 22.

A partir du 1/1/2021, les Mutualités Neutres 206 et 228 se regroupent au sein d'une même entité juridique sous la dénomination « Mutualia » identifiée par le numéro 228.
Les instructions pratiques à ce sujet sont reprises aux pages 20, 21 et 22 (les instructions relatives aux fusions précédentes au 1/1/2019 sont supprimées).

<u>Date d'application:</u> 1/1/2021.

3. <u>Mutualité de destination (ANMC),</u> p. 14, ET 20 Z 18.

A partir du 1/1/2021, les envois des MSP et des groupements mixtes seront traités par l'ANMC dans Refac.
Par conséquent, ces tiers doivent remplir l'ET 20 Z 18 (mutualité de destination) d'une autre façon.
Le PUC (point unique de contact) doit désormais être mentionné dans cette zone.

<u>Date d'application:</u> 1/1/2021.

4. <u>Convention accompagnement de la transidentité,</u> ET 30 Z 4 S 14.

2 nouvelles prestations (pseudo-codes) sont ajoutées.

<u>Date d'application:</u> Prestations effectuées à partir du 1/10/2020.

5. *Pas d'application (correction dans la version NL uniquement)*

6. <u>Echelonnement – norme prescripteur,</u> ET 50 Z 20-21, Z 24-25, Z 26.

Un AR prévoyant l'application de l'échelonnement en tiers payant est en préparation.
La valeur « 2 » dans la zone « norme prescripteur » (qui a déjà été réservée dans le cadre de eAttest) sera donc effectivement applicable dans le circuit tiers payant à partir du 1/1/2021.

<u>Concrètement:</u>
Dans l'ET 50 Z 26, la prestation est indiquée avec la norme 2.
Le médecin généraliste référent est mentionné comme prescripteur (ET 50 Z 24-25).
La date du formulaire d'envoi est remplie dans la zone « date de prescription » (ET 50 Z 20-21).

<u>Date d'application:</u> Prestations effectuées à partir du 1/1/2021 (sous réserve de publication de l'AR)

7. Liste « prestation relative ».

Pas de modification.

8. Liste « prescripteur ».

Pas de modification.

9. Liste « zone 23 ».

Pas de modification.

10. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS, AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES, AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE DES FICHIERS DE FACTURATION ET AUX ORGANISMES ASSUREURS - EDITION 2013

MISE A JOUR 2013/58 – Publication 10-2-2021

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2013/58

Pages à remplacer :

- Annexes 6, 6 suite, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.5 bis, 6.6, 6.7, 12.5, 13.5, 20.3, 23.3;
- ET 50 Z 4 S 29, S 30, S 31, Z 15, Z 16, Z 19 S 1, S 2, Z 49.

Pages à ajouter :

- ET 50 Z 50 a.

1. **<u>Praticiens de l'art infirmier – adaptation des instructions relatives aux honoraires forfaitaires,</u> annexes 6, 6 suite, 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.5 bis, 6.6, 6.7, 12.5, 13.5, 20.3, 23.3, ET 50 Z 4 S 29, S 30, S 31, Z 15, Z 16, Z 49, Z 50a.**

   En 2019, un seuil a été introduit pour le nombre de valeurs W qui ne peuvent pas être dépassées sur une base annuelle par les praticiens de l'art infirmier à domicile et les aides soignants.
   Dans le cas des honoraires forfaitaires, les différentes visites et prestations sont souvent effectuées par des infirmiers/aides soignants différents.
   Dans ce cas, une clé de répartition est convenue entre les infirmiers/aides soignants coopérants.
   Cette clé de répartition est reprise dans le logiciel.
   A la demande du secteur (Commission de Conventions) et du Service d'Evaluation et de Contrôle Médicaux de l'INAMI, cette clé de répartition devra dorénavant être également reprise dans la facturation. À cette fin, une nouvelle zone "*pourcentage dans le forfait*" est créée (ET 50 Z 50a).
   Si, dans le cadre d'un forfait, les soins sont dispensés par plusieurs infirmiers et/ou aides soignants, la part des différents infirmiers/aides soignant dans le forfait doit être mentionnée dans les enregistrements des prestations de base (pseudo-codes).

   En outre, les instructions concernant les zones "*dispensateur*" (ET 50 Z 15), "*norme dispensateur*" (ET 50 Z 16) et "*dispensateur auxiliaire*" (ET 50 Z 49) seront également adaptées afin d'obtenir des données de profil pures et correctes des prestataires de soins.

   L'adaptation concrète des contrôles des OA (codes erreur) sera publiée dans une prochaine mise à jour, mais les contrôles suivants devront en tout cas être prévus:
   - Le pourcentage (Z 50a) doit obligatoirement être rempli dans chaque enregistrement (statistique) reprenant une prestation de base (pseudo-code).
   - La somme des pourcentages des différentes visites lors d'une journée forfaitaire doit être égale à 100%.

   <u>Date d'application:</u> Prestations effectuées à partir du 1/10/2021
   (les tests seront possibles à partir du 1/6/2021).

2. **<u>Lait maternel - correction,</u> ET 50 Z 19 S 1, S 2.**

   Une erreur a été constatée dans les règles de calcul: pour les tranches supplémentaires au dessus de 200 ml, un ticket modérateur de 0,02€ par tranche de 20 ml est applicable.
   Cette erreur est corrigée dans la règle de calcul et dans les exemples.

   <u>Date d'application:</u> Mois facturé février 2021 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202102).

3. **<u>Liste « prestation relative ».</u>**

   Pas de modification.

4. Liste « prescripteur ».

Codes à ajouter				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
705515	705983	25/11/2018	14/12/2018	1/2/2019
706510	706985	25/11/2018	14/12/2018	1/2/2019
707512	707582	25/11/2018	14/12/2018	1/2/2019
Codes à supprimer				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
301033	301044	Les codes ne sont pas supprimés de la nomenclature, mais seulement de la liste "prescripteur" (pour les prestations effectuées à partir du 1/3/2021)		1/3/2021
371033	371044			1/3/2021

5. Liste « zone 23 ».

Pas de modification.

6. 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.

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 2021/1 – Publication 31-3-2021

RIZIV-INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging – Service des soins de santé

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

Service des soins de santé

INSTRUCTIONS DE FACTURATION SUR SUPPORT MAGNETIQUE OU PAR VOIE ELECTRONIQUE

MISE A JOUR 2021/1

Pages à remplacer :

- Annexes 6.3, 7, 25.1, 25.3, 25.7;
- ET 21 Z 5, Z 6, Z 9;
- ET 50 Z 4 S 13, S 25, S 27, S 29, S 30, S 31, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31, Z 43;
- ET 52 Z 9, Z 10, Z 16.

1. <u>Lecture e-id,</u> annexes 6.3, 7, 25.1, 25.3, 25.7, ET 21 Z 5, Z 6, Z 9, ET 52 Z 9, Z 10, Z 16.

<u>Praticiens de l'art infirmier</u>

Une nouvelle valeur A (saisie électronique (Itsme)) est ajoutée dans les zones "type de saisie" (ET 52 Z 9) et "type de support" (ET 52 Z 10).

<u>Date d'application</u> : la nouvelle valeur peut être utilisée à partir du mois facturé août 2021 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202108).

<u>Hôpitaux</u>

Il y a 2 nouvelles valeurs A (saisie électronique (Itsme)) et B (saisie via l'application hôpital) qui sont ajoutées dans les zones "type de saisie" (ET 21 Z 5) et "type de support" (ET 21 Z 6).
Les zones concernées deviennent alphanumériques.
Les valeurs "0" ("aucun type de saisie" et "aucun type de support") sont supprimées.

A l'annexe 25, les modifications suivantes sont introduites :
- Un scénario de test supplémentaire est fourni suite à l'ajout des nouvelles valeurs A et B.
- Le paragraphe sur les traitements récurrents et sur les exceptions (prestations pour lesquelles aucun enregistrement 21 n'est requis) est clarifié et mis à jour.
- Il a été précisé que pour les prestations visées par l'article 8 de la nomenclature (infirmières) qui sont facturées par un hôpital, les modalités des infirmières doivent être suivies (sauf si les prestations sont fournies dans un cabinet au sein de l'hôpital). Plus précisément, un enregistrement 21 est requis par contact avec le patient (et non par jour comme c'est la règle générale dans les hôpitaux).

<u>Date d'application</u> : Voir le calendrier convenu précédemment, inclus dans l'annexe 25.10.

2. <u>Soins infirmiers - prescripteur,</u> ET 50 Z 4 S 25, S 27, S 29, S 30, S 31.

En vertu de l'Arrêté Royal du 10/1/2021 (Moniteur belge du 19/2/2021) modifiant l'art. 8 de la nomenclature, le prescripteur de soins infirmiers peut désormais également être un dentiste.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/4/2021.

3. <u>Avis dermatologique à distance</u>. ET 50 Z 15 S 1.

Dans le cadre d'une étude pilote sur le développement d'une méthode d'avis dermatologique via des consultations à distance, un nouveau pseudo-code 103390 a été prévu pour le "avis dermatologique à distance".
Ce pseudo-code doit être facturé électroniquement dans le système de tiers payant (e-fac médecins-spécialistes ou facture électronique de l'hôpital).
Sur le site internet de l'INAMI, une liste est publiée des dermatologues qui participent à ce projet et qui peuvent facturer la prestation 103390.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 11/2/2021.

4. <u>Fin des projets « accouchements avec séjour hospitalier écourté » et « hospitalisation à domicile »,</u> ET 50 Z 4 S 13, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.

Ces projets pilotes ont pris fin le 1/7/2019 et le 1/1/2021, respectivement.
Concernant le projet « accouchements avec séjour hospitalier écourté », les pseudo-codes pour l'enregistrement du début et de la fin de la charge sont supprimés.
Concernant le projet « hospitalisation à la maison », les pseudo-codes pour l'enregistrement du début de la charge sont supprimés. Les pseudo-codes pour l'enregistrement de la fin de la charge sont toujours conservés pour le moment.

Date d'application: à partir de la date d'exécution 1/7/2019 et 1/1/2021, respectivement.

5. <u>Nouvelle nomenclature pour le matériel de stomie,</u> ET 50 Z 43.

À partir du 1/4/2021, un tout nouveau système est applicable pour le matériel de stomie, pour lequel il n'est plus possible de mentionner ce matériel dans le fichier de facturation électronique d'un hôpital. Ceci est spécifié dans ET 50 Z 43.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/4/2021.

6. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Pas de modification.

7. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Pas de modification.

8. <u>Liste « zone 23 »</u>

Des prestations de l'art. 24 et l'art. 32 de la nomenclature ont été ajoutées en raison de deux AR du 22/02/2021 (Moniteur Belge du 15/03/2021 et du 17/03/2021)

9. <u>Liste « codes erreur »</u>

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.

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 2021/2 – Publication 30-6-2021

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 2021/2

Pages à remplacer :

- Annexes 1.1, 1.2, 16.19, 20.3 ;
- ET 20 Z 42-45, Z 53 à Z58 ;
- ET 50 Z 14 S 2, S 5, Z 16.

1. **Garantie de paiement MDA (Member Data), ET 20 Z 42-45, Z 53 à Z 58.**

   Les zones relatives à la garantie de paiement sont actualisées. Les références aux zones des messages MDA sont ajoutées.

2. **Mise à jour de la liste des contacts OA, annexes 1.1, 1.2.**

   Les données de contact des OA 900 et 300 ont changé.

3. **Correction code norme, annexe 20.3, ET 50 Z 16.**

   Le code norme 5 (prestation attestée par le maître de stage mais effectuée par le médecin stagiaire) n'est pas autorisé pour les médecins spécialistes.

4. **Lieu de prestation, ET 50 Z 14 S 2**

   Une nouvelle prestation a été ajoutée dans l'article 4 de l'AR du 26 mai 2016 portant exécution de l'art. 64 de la Loi, (AR 17/5/2021, MB 9/6/2021).

   Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1 août 2021.

5. **Implants : nouveau numéro d'identification de l'hôpital, Annexe 16.19 et ET 50 Z 14 S 5.**

   Suite à l'AM du 11/5/2021 (MB 7/6/2021), un nouveau numéro d'identification pour les centres « Implants pour le traitement de l'incontinence fécale » a été créé. (numéro hôpital + 174)

   Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1 juillet 2021.

6. **Liste « prestation relative ».**

Codes supprimés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
562671	562741	Pseudo-codes (indemnités kiné)		1/6/2021
639855	639892	Pseudo-codes (indemnités kiné)		1/6/2021

7. **Liste « prescripteur ».**

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
567372	567814	Pseudo-codes (convention MobileHealth)		1/1/2021 (*)

(*) Le remplissage de la zone « prescripteur » est obligatoire à partir du mois facturé de juin 2021 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202106).

8. **Liste « zone 23 »**

   Pas de modification.

9. **Liste « codes erreur »**

   Le bloc d'enregistrement 18 (kiné avec indemnité), est supprimé.

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 2021/3 – Publication 6-10-2021

RIZIV-INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging – Service des soins de santé

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 2021/3

Pages à remplacer :

- Page 3 ;
- Annexes 6 suite, 6.8, 7, 7 suite 1, 20.5, 23.5, 25.1 ;
- ET 10 Z 13
- ET 20 Z 10 ;
- ET 30 Z 3, Z 4 S 4, Z 13 ;
- ET 50 Z 4 S 27, Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 3, Z 16, Z 34, Z 49.

Pages à ajouter :

- ET 52 Z 19

1. **<u>Création d'un nouveau groupe pour l'hospitalisation de jour</u>, ET 20 Z 10, ET 30 Z 3, Z 4 S 4, Z 13, ET 50 Z 13, Z 13 S 2.**

   Suite au deuxième avenant à la Convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, un nouveau groupe 6 bis pour l'hospitalisation de jour a été créé.

   <u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 1 juillet 2021.

2. **<u>Nouvelles instructions soins infirmiers – ajout + report de la date d'application</u>, ET 50 Z 4 S 27, ET 50 Z 16, ET 50 Z 49.**

   Dans la mise à jour 2013/58, de nouvelles instructions pour les soins infirmiers étaient publiées. A la suite de questions et de commentaires lors de la phase test, ces instructions sont complétées comme suit :

   - Les nouvelles instructions concernant les zones « norme dispensateur » et « dispensateur auxiliaire » sont étendues à toutes les prestations de soins infirmiers pour lesquels des enregistrements statistiques avec pseudo-codes sont requis.

   - Le code norme 2 peut également être utilisé pour les prestations 428035, 428050, 428072 et 429273.

   La phase de test est prolongée d'un mois. Les nouvelles instructions seront donc appliquées à partir de la date de prestation du 1/11/2021 (à la place du 1/10/2021).

3. **<u>Clarification de l'utilisation du code service 770</u>, ET 50 Z 13.**

   Les instructions concernant l'utilisation du code 770 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle ont été clarifiées.

4. **<u>Nettoyage du texte</u>, page 3, ET 10 Z 13.**

   L'adresse du CIN de la page 3 n'était plus à jour. Du fait que le paragraphe n'était plus d'application depuis le 1/2/2020, nous le supprimons entièrement.

5. **<u>Nouvelle zone numéro d'accord</u>, Annexe 6 suite, 6.8, 7, 7 suite 1, 20.5, 23.5 et ET 52 Z 19.**

   En vue de la facturation électronique pour le secteur kiné, une nouvelle zone, qui servira à indiquer le numéro d'accord, a été créée. Ce numéro est envoyé au kinésithérapeute via le message MyCarenet « eAgreement » et doit être inclus dans la facturation.

   <u>Date d'application</u> : Date à laquelle eFact commence à être en production pour le secteur kiné (prévu à partir de février 2022).

6. **<u>Précision lecture eID dans les hôpitaux</u>, annexe 25.1.**

   Une précision a été apportée pour les traitements récurrents.

7. **<u>Implants – implants pour l'occlusion de l'auricule gauche</u>, ET 50 Z 14 S 3**

   De nouvelles prestations nécessitant un agrément de pathologie cardiaque B ont été introduites (lieu de prestation = « numéro de l'hôpital + 120 »).
   Les prestations concernées sont également ajoutées à la liste « prestation relative ».

   <u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 1/8/2021.

8. Implants – Micro-stents pour le traitement du glaucome, ET 50 Z 34

Une nouvelle prestation 181974 – 181985 nécessitant la mention du membre traité a été créée.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 1/10/2021.

9. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
181915	181941	Liste implant 14/7/2021		1/8/2021
475086	475086	AR 12/5/2021, MB 2/6/2021		1/8/2021
592992	592992	AR 29/8/2021, MB 13/9/2021		1/10/2021
679151	679243	AR 30/5/2021, MB 2/7/2021		1/10/2021
705515	705622	AR 30/5/2021, MB 2/7/2021		1/10/2021
767970	767981	Pseudo-codes (Convention Hôpitaux-OA)		1/7/2021

10. Liste « prescripteur ».

Codes à supprimer			
Code	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
592852	AR 29/8/2021, MB 13/9/2021		1/10/2021
592955			
593051			
593154			

Code à ajouter			
Code	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
592992	AR 29/8/2021, MB 13/9/2021		1/10/2021

Exception supplémentaire :

Pour toutes les prestations de l'art. 7, un prescripteur doit être mentionné, sauf pour la prestation « rapport écrit » qui ne doit pas explicitement figurer sur la prescription *et pour les prestations « intake ».*

11. Liste « zone 23 »

Pas de modification.

12. 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.

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 2021/4 – Publication 10-11-2021

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 2021/4

Pages à remplacer :

- Page 23 ;
- Annexe 25.3 ;
- ET 20 Z 3, Z 18 ;
- ET 30 Z 4 S 1, S 2, S 8, S 10, Z 5, Z10 ;
- ET 40 Z 10 ;
- ET 50 Z10, Z 13 S 1, Z 26 S 1, Z 32, Z 34 ;
- ET 52 Z 19.

Pages à ajouter :

- Page 24 bis.

1. **Fusion OA300, page 23 et ET 20 Z 18.**

   Les mutualités socialistes wallonnes fusionnent en une seule mutualité Solidaris Wallonie.

   Date d'application : 01/01/2022.

2. **Fusion des mutuelles 414 et 418, page 24 bis.**

   Les mutuelles 414 et 418 fusionnent en une seule mutuelle 414.

   Date d'application : 01/01/2022.

3. **Lecture eID hôpitaux, annexe 25.3.**

   Des précisions ont été apportées concernant la lecture eID chez les bénéficiaires de moins de 3 mois ainsi que pour les personnes étant assurées 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.

4. **Levée de l'interdiction tiers payant, ET 20 Z 3 et ET 50 Z 32.**

   Une Loi visant à supprimer l'interdiction du tiers payant est en préparation. Dès lors, l'ET 20 Z 3 et l'ET 50 Z 32 devront systématiquement être remplis avec la valeur « 0 ».

   Date d'application : Prestations effectuées à partir du 10e jour après publication de la Loi. A titre transitoire, une valeur différente de « 0 » peut encore être utilisée jusqu'à 4 mois après publication de la Loi.

5. **Facturation 8 hôpitaux de revalidation, ET 30 Z 4 S 1, S 2 et S 8.**

   Les pseudo-codes indiqués avec (°) ne peuvent plus être facturés via le compte C par les 8 hôpitaux de revalidation.

   Date d'application : Prestations effectuées à partir du 01/01/2022.

6. **Nouveaux pseudo-codes convention TAO, ET 30 Z 4 S 10.**

   Dans le cadre de la nouvelle convention en matière de technologie avancée et/ou onéreuse (TAO) pour les patients diabétiques, de nouveaux pseudocodes 784991-785002 sont créés. Les pseudocodes 784630-784641 et 784652-784663 (convention « Monitoring continu de la glycémie chez le patient diabétique ») sont supprimés.

   Date d'application : 01/10/2021.

7. **Facturation séparée au nom du nouveau-né, ET 30 Z 5, Z 10, ET 40 Z 10, ET 50 Z 10 et Z 13 S 1.**

   Dans la mise à jour 2013/54, des instructions ont été publiées concernant la facturation séparée au nom du nouveau-né. Dans la mise à jour 2013/55, ces instructions ont été complétées et il a été communiqué que la date d'application était reportée. Cette date n'avait pas encore été modifiée dans les pages d'instructions concernées. Cela est maintenant rectifié.

   Date d'application : 01/07/2022.

8. Nouvelles instructions soins infirmiers, report de la date d'application.

La phase de test est prolongée d'un mois. Les nouvelles instructions (publiées lors de la mise à jour 2013/58 et complétées lors de la mise à jour 2021/3) seront donc appliquées à partir de la date de prestation du 1/12/2021 (à la place du 1/11/2021).

9. Nettoyage du texte, ET 50 Z 26 S 1.

La mention « dentiste » a été supprimée. En effet, l'art.4, § 1 ne concerne pas seulement les dentistes, mais p.ex. aussi les stomatologues.

10. Membre traité, ET 50 Z 34.

Suite à l'AR du 06/09/21 (MB 27/09/21), mentionner la latéralité (gauche ou droite) devient obligatoire pour chaque membre et chaque organe pair.
Les codes nomenclatures concernés sont inclus dans une liste Excel qui fait partie intégrante des instructions de facturation et qui, si besoin, sera mise à jour en cas de futurs changements de nomenclature dans l'art. 14.

Date d'application : L'obligation de mentionner la latéralité pour chaque membre et chaque organe pair entre officiellement en vigueur pour les prestations effectuées à partir du 1/11/2021, mais, pour des raisons techniques, la date est reportée au premier jour du mois suivant la publication de la liste Excel. Cette liste sera publiée au plus tard fin février 2022, afin que l'obligation entre en vigueur au plus tard à la date de prestation 1/3/2022.

11. Nouvelle zone numéro d'accord, ET 52 Z 19.

L'utilisation de la nouvelle zone « numéro d'accord » est reportée, vu que l'entrée en production des services MyCarenet « eAgreement », « eFact » et « eAttest » pour les kinésithérapeutes a été reportée.

Date d'application : 01/05/2022.

12. Liste « prestation relative ».

Codes supprimés				
De	**à**	**A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
157570	157706	11/5/2021	7/6/2021	1/7/2021

13. Liste « prescripteur ».

Pas de modification.

14. Liste « zone 23 ».

Pas de modification.

15. Liste « codes erreur ».

Dans le cadre de la lecture eID pour les hôpitaux, les codes 300114, 400114 et 500114 ont été rajoutés à la liste des codes erreurs et le libellé de l'erreur 200150 a été modifié.

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 2021/5 – Publication 21-12-2021

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 2021/5

Pages à remplacer :

- Annexes 25.1, 25.3, 25.5, 25.8, 25.10
- ET 10 Z 13
- ET 21 Z 3, Z 4, Z 7, Z 8, Z 9

Pages à ajouter :

- Pages 29 bis, 29 ter et 29 quater

1. **<u>Fusion OA500</u>, 29 bis, 29 ter, 29 quater.**

   Les mutualités 526 « Partena Ziekenfonds Vlaanderen » et 501 « Onafhankelijke Ziekenfonds », fusionnent pour ne former plus qu'une seule entité juridique, sous la dénomination « Helan Onafhankelijk ziekenfonds » et le numéro 526.

   <u>Date d'application</u> : 01/01/2022

2. **<u>eFac secteur kiné</u>, ET 10 Z 13.**

   En vue de la facturation électronique pour le secteur kiné (prévue pour mai 2022), une modification de la zone « contenu de facturation » a été faite.

3. **<u>Phase de test eID</u>, Annexes 25.1, 25.3, 25.5, 25.8, 25.10, ET 21 Z 3, Z 4, Z 7, Z 8, Z 9.**

   Il a été décidé de prolonger la phase test de 3 mois jusque fin février 2022.
   De plus, les précisions suivantes sont apportées dans les instructions :
   - Le scope (« milieu hospitalier ») = tout ce qui est facturé par un hôpital 710/720
   - Pas de rejet lorsqu'une zone est remplie alors que ce n'était pas obligatoire (ET 21 Z 3, Z 4, Z 7, Z 8 et Z 9)
   - Précision relative à l'exception pour le type de facture 5 et 6

4. **<u>Liste « prestation relative ».</u>**

   Pas de modification.

5. **<u>Liste « prescripteur ».</u>**

   Pas de modification.

6. **<u>Liste « zone 23 ».</u>**

   Pas de modification.

7. **<u>Liste « codes erreur ».</u>**

   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.

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 2021/6 – Publication 01-02-2022

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 2021/6

Pages à remplacer :

- 4, 14, 15, 22 ;
- Annexe 16.16, 25.3 ;
- ET 20 Z 18 ;
- ET 30 Z 4 S 15 ;
- ET 50 Z 14 S 2, Z 50a.

Pages à ajouter :

- 22 bis.

1. **<u>Adaptation des libellés de certaines prestations</u>, 15, Annexe 16.16, ET 30 Z 4 S 15.**

   Le libellé de certaines prestations a été modifié.

2. **<u>REFAC</u>, 4, 14, ET 20 Z 18.**

   Les centres de revalidation/rééducation et les maisons de repos (MRPA, MRS, CSJ) rentrent dans le projet REFAC de l'OA 100.

3. **<u>Lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 2.**

   Deux nouvelles prestations (457973 - 457984 et 590236 - 590240) nécessitant un numéro d'agrément dans la zone « Lieu de prestation » ont été créées.

   <u>Date d'application</u> : Date de prestation 01/02/2022.

4. **<u>Exception à la lecture eID</u>, Annexe 25.3.**

   Une exception générale de lecture eID pour les prestations de la biologie clinique, l'anatomopathologie et la génétique est prévue. De plus, quelques prestations « labo » (genetic counseling + forfaits ambulatoires + tests Covid) sont rajoutées à l'énumération.

5. **<u>Fusion Solidaris Wallonie (OA 300)</u>, 4, 14, 22, 22 bis.**

   Suite à la fusion de 5 mutualités, un nombre bien plus important d'affiliés vont se retrouver inscrits à la mutualité portant le n°319. Ainsi, 3 possibilités de calcul du chiffre de contrôle sont ajoutées dans nos instructions de facturation, en plus du calcul déjà existant.
   Une actualisation des tableaux pages 4 et 14 est également ajoutée.

6. **<u>Pourcentage dans le forfait soins infirmiers</u>, ET 50 Z 50a.**

   Une précision par rapport à l'exemple 100% est ajoutée. Le but de cette zone est de déterminer la valeur exacte de la lette clé W par infirmier. Ainsi, lorsqu'il y a plusieurs prestations, une répartition 100% - 0% est interdite.

7. **<u>Liste « prestation relative ».</u>**

   Pas de modification.

8. **<u>Liste « prescripteur ».</u>**

   Pas de modification.

9. **<u>Liste « zone 23 ».</u>**

   Pas de modification.

10. **<u>Liste « codes erreur ».</u>**

    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.

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 2021/7 – Publication 28-03-2022

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 2021/7

Pages à remplacer :

- Page 14 ;
- Annexes 5.1 S 1, 16.12, 25.5, 25.9 ;
- ET 20 Z 3, Z 7, Z 18 ;
- ET 30 Z 5, Z 10 ;
- ET 40 Z 10, Z 98 ;
- ET 50 Z 4 S 2, S 14, Z 10, Z 13 S 1, Z 14 S 5, Z 32, Z 34, Z 98.

1. **<u>Fusion des membres au sein des mutualités chrétiennes</u>, page 14, ET 20 Z 7 et Z 18.**

   Les membres des différentes mutualités chrétiennes ne feront plus partie que de deux entités juridiques (une francophone, une néerlandophone).
   Les instructions relatives aux zones « mutualité d'affiliation » et « mutualité de destination » ont été modifiées.

   <u>Date d'application</u> : Date de prestation 01/04/2022 en ce qui concerne la zone 7, mois facturé avril 2022 en ce qui concerne la zone 18.

2. **<u>Pharmaciens biologistes en formation</u>, annexe 16.12.**

   Ajout du code compétence « 000 » pour les pharmaciens biologistes en formation.

3. **<u>Uniformisation de la définition de « erreur E »</u>, annexes 5.1 S 1, 25.5 et 25.9.**

   La définition de l'erreur E a été précisée et uniformisée.

4. **<u>Levée de l'interdiction de tiers-payant</u>, ET 20 Z 3 et ET 50 Z 32.**

   La date d'application et la date de fin de la période transitoire n'avaient pas encore été adaptées dans ces zones. Cela est maintenant rectifié.

   <u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 01/01/2022.

5. **<u>Report de la facturation séparée pour les nouveau-nés</u>, ET 30 Z 5, Z 10, ET 40 Z 10, ET 50 Z 10 et Z 13 S 1.**

   La facturation séparée au nom du nouveau-né (qui était prévue à partir du 1/7/2022) est reportée au 1/1/2023.

   <u>Date d'application</u> : 01/01/2023.

6. **<u>TVA,</u> ET 40 Z 98, ET 50 Z 4 S 14 et Z 98.**

   La zone « flag TVA » a été adaptée afin de pouvoir être utilisée peu importe le taux TVA appliqué aux prestations.
   Le libellé du pseudo-code 0961251-0961262 (frais médicaux et paramédicaux) a été généralisé.

7. **<u>Convention de Rééducation fonctionnelle,</u> ET 50 Z 4 S 2.**

   Des nouvelles prestations d'honoraires complémentaires (pseudo-codes 776193, 776204, 776230 et 776241) peuvent être facturées pour les prestations R 60 des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50 et 9.51. Ces honoraires complémentaires nécessitent en prestation relative la prestation de séance de rééducation R 60 correspondante.

   <u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 01/01/2022.

8. <u>Lieu de prestation,</u> annexe 16.19 et ET 50 Z 14 S5.

De nouvelles prestations ont été ajoutées au chapitre « D. Urologie et néphrologie » de la Liste par l'Arrêté Ministériel du 24 février 2022 (MB du 14 mars 2022).
Un nouveau numéro d'agrément « numéro de l'hôpital + 175 » est créé à cet effet.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/04/2022.

9. <u>Membre traité,</u> ET 50 Z 34.

Lors de la mise à jour 2021/6, de nouvelles instructions ont été publiées suite à l'AR du 06/09/21 (MB 27/09/21). Les codes nomenclatures concernés sont maintenant inclus dans une liste Excel qui fait partie intégrante des instructions de facturation et qui, si besoin, sera mise à jour en cas de futurs changements de nomenclature. A partir de la date de prestation 1/4/2022, la zone « membre traité » doit être remplie pour toutes les prestations mentionnées sur cette liste, également lorsqu'il s'agit d'aide opératoire (ET 50 Z 3 = 1 ou 2). Cette liste contient également les prestations pour lesquelles le remplissage de la zone était déjà obligatoire avant le 1/4/2022.

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 01/04/2022.

10. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
106492	106514	28/11/2021	17/12/2021	01/04/2022*
557793	557804	08/02/2022	25/02/2022	01/04/2022
776193	776241	Pseudo-codes (Convention de Rééducation fonctionnelle)		01/01/2022

(*) Les prestations sont applicables à partir du 01/02/2022, mais la prestation relative n'est remplie qu'à partir de la date de prestation 01/04/2022.

11. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Pas de modification.

12. <u>Liste « zone 23 ».</u>

Pas de modification.

13. <u>Liste « codes erreur ».</u>

Pas de modification.

14. <u>Liste « membre traité ».</u>

Nouvelle liste.

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 2021/8 – Publication 17-05-2022

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 2021/8

Pages à remplacer :

- Annexes 11.2, 13.2, 16.1, 16.4, 16.5, 16.6, 16.7, 16.8, 16.9, 16.10, 16.11, 16.12, 16.13, 16.14, 16.21, 20.2, 20.3, 23.2, 23.3, 25.3, 25.4 ;
- ET 21 Z 9 ;
- ET 30 Z 4 S 10 ;
- ET 40 Z 4 S 1, Z 4 S 3, Z 4 S 6, Z 30-31 ;
- ET 50 Z 14 S 3, Z 15, Z 16, Z 49.
- ET 52 Z 16.

1. <u>Intégration des hygiénistes bucco-dentaires</u>, annexe 16.1, 16.21, ET 50 Z 16, Z 49.

Dans le cadre de l'intégration des hygiénistes bucco-dentaires au sein de l'assurance maladie-invalidité, nous adaptons l'annexe 16 concernant la structure des numéros INAMI. Un code profession 31 et un nouvel attribut sont créés pour les hygiénistes bucco-dentaires.

Des nouveaux codes nomenclature distincts sont créés pour les prestations effectuées par un hygiéniste bucco-dentaire. Ces prestations sont attestées par un dentiste/stomatologue (ET 50 Z 15 = n° INAMI du dentiste/stomatologue).
La zone « prescripteur » (ET 50 Z 24-25) devra être remplie pour toutes les prestations effectuées par un hygiéniste bucco-dentaire. Le prescripteur (Z 24-25) sera généralement le même que le prestataire (Z15), mais ce n'est pas nécessairement toujours le cas. La zone « norme du dispensateur » est toujours égale à 2 et le numéro INAMI de l'hygiéniste est toujours indiqué dans la zone « prestataire auxiliaire » (ET 50 Z 49). Un exemple de comment compléter le fichier selon la situation est donné ci-dessous.

Exemple :

	Z 15 (prestataire)	Z 16 (norme dispensateur)	Z 24-25 (prescripteur)	Z 26 (norme prescripteur)	Z 49 (prestataire auxiliaire)
Prestation effectuée par un dentiste ou stomatologue	N° INAMI dentiste ou stomatologue	1	0 (sauf pour une prestation sur prescription)	0 (sauf pour une prestation sur prescription)	0
Prestation effectuée par un hygiéniste (prestataire = prescripteur)	N° INAMI dentiste ou stomatologue	2	0	3	N° INAMI hygiéniste
Prestation effectuée par un hygiéniste (prestataire ≠ prescripteur)	N° INAMI dentiste ou stomatologue X	2	N° INAMI dentiste ou stomatologue Z	1	N° INAMI hygiéniste

<u>Date d'application</u> : Prestations effectuées à partir du 1/10/2022 (sous réserve de la publication de l'AR modifiant la nomenclature).

En marge de ce dossier nous clarifions également que, dans la facturation électronique, les prestations de l'article 5 de la nomenclature peuvent également être attestées par un stomatologue avec son n° INAMI de stomatologue.

2. <u>Lecture eID hôpitaux</u>, annexe 25.3, 25.4, ET 21 Z 9, ET 52 Z 16.

La phase de monitoring pour la lecture des données d'identité dans le milieu hospitalier a débuté le 1er mai 2022 (voir Circ. Hôp. 2022/6).

La date précise de début de la phase de monitoring avait été définie ainsi :

- Pour les factures de soins ambulatoires : à partir de la date de prestation du 01/05/2022.
- Pour les factures de patients hospitalisés : pour les admissions à partir du 01/05/2022.

Les instructions de facturation ont encore été précisées :

- Annexe 25 :
    - Toutes les prestations pour l'alimentation parentérale, les produits pharmaceutiques utilisés dans le cadre de dialyse, les prestations de consultation multidisciplinaire sans la présence du patient et les prestations, services et médicaments non-remboursables sont ajoutés à la liste des exceptions ;
    - Les prestations d'anatomopathologie et de biologie clinique sont supprimées du point 3 « situations spécifiques »
- ET 21 Z 9 et ET 52 Z 16 :
    - La structure des numéros de série en fonction du type de support a été ajoutée.

3. Structure des numéros INAMI, annexe 16.4, 16.5, 16.6, 16.7, 16.8, 16.9, 16.10, 16.11, 16.12, 16.13, 16.14.

Le site internet de l'INAMI est désormais référencé pour les codes compétences de tous les secteurs dont les codes sont sur le site.

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

L'AM du 19/04/2022 (MB 25/04/2022) prévoit de nouvelles prestations (181473-181484, 181554-181565, 183610, 183632) nécessitant un agrément de pathologie cardiaque T (lieu de prestation = « numéro de l'hôpital + 122 »).

Date d'application : prestations effectuées à partir du 26/04/2022.

5. Contraceptifs, ET 40 Z 4 S 1, S 3, S 6, Z 30-31.

L'arrêté royal du 24/03/2022 (MB du 15 avril 2022) modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 remplace le mot « femme » par « bénéficiaire », les libellés des prestations sont adaptés.

Date d'application : Délivrances à partir du 25 avril 2022.

6. Levée de l'interdiction du tiers-payant, annexe 11.2, 13.2, 20.2, 20.3, 23.2, 23.3.

Depuis le 1er mai 2022, les ET 20 Z 3 et ET 50 Z 32 doivent toujours être complétés par la valeur 0, les annexes mentionnant ces zones ont été modifiées.

7. Correction de certaines énumérations de codes, ET 50 Z 15, Z 16.

L'énumération des codes des honoraires forfaitaires pour lesquels il faut utiliser la norme 9 est complétée de nouveaux codes concernant les interventions forfaitaires pour les stomies.

Le range 0590166 à 0590332 a été remplacé par 0590181, 0590203, 0590310, 0590332 car certains codes sont supprimés et les nouveaux codes 590236 et 590240 de l'art. 34 ne sont pas concernés.

8. Convention TAO, ET 30 Z 4 S 10.

Une nouvelle prestation pour la convention TAO a été ajoutée.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/05/2022.

9. Liste « prestation relative ».

Pas de modification.

10. Liste « prescripteur ».

Pas de modification.

11. Liste « zone 23 ».

Pas de modification.

12. 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.

13. Liste « membre traité ».

Pas de modification.

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 2021/9 – Publication 28-06-2022

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 2021/9

Pages à remplacer :

- Annexes 16.19, 20.1, 20.2, 20.3, 20.6, 20.7, 23.1, 23.3, 23.6, 23.7, 25.3 ;
- ET 30 Z 33, Z 33 S 1 ;
- ET 40 Z 33 ;
- ET 50 Z 14 S 4, S 5, Z 17-18, Z 33, Z 33 S 1, Z 44-45.

Pages à ajouter :

- Annexes 26.1, 26.2, 26.3, 26.4, 26.5, 26.6.

1. **<u>Lieux de prestation</u>, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 4, S 5.**

   Le 16 mai 2022 a été publié un Arrêté Ministériel (22 avril 2022) modifiant le chapitre " H. Gynécologie " de « la Liste » (implants et des dispositifs médicaux invasifs). Cela concerne les prestations (161991-162002 et 182836-182840) qui, afin de faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, devront être effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein accordé par le SPF Santé publique. Ces institutions ont reçu le numéro d'agrément 135. Celui-ci doit être mentionné comme « lieu de prestation » (ET 50 Z 14).

   Le 18 mai 2022 a été publié un Arrêté Ministériel (19 avril 2022) modifiant le chapitre « E. Chirurgie abdominale et pathologie digestive » de la Liste (implants et dispositifs médicaux invasifs). Cela concerne les prestations 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803 et 182814-182825 qui, afin de faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire, devront être effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément pour le traitement de l'incontinence fécale. Ces institutions dispose du numéro d'agrément 174. Celui-ci doit être mentionné comme « lieu de prestation » (ET 50 Z 14).

   <u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 01/06/2022.

2. **<u>Annexes récapitulatives kinésithérapeutes</u>, annexes 20.1, 20.2, 20.3, 20.6, 20.7, 23.1, 23.3, 23.6, 23.7, 26.1, 26.2, 26.3, 26.4, 26.5, 26.6.**

   Dans le cadre du développement de la facturation électronique pour les kinésithérapeutes, une annexe récapitulative a été créée (annexe 26) avec comme modèle de base les annexes médecins (annexe 20) et dentistes (annexe 23). Quelques erreurs ont été constatées dans ces deux dernières annexes et ont été corrigées.

   Dans l'annexe 26, il est indiqué de remplir l'ET 50 Z 14 (lieu de prestation) sur base d'une liste. Cette liste sera disponible lors d'une prochaine mise à jour.

3. **<u>Lecture eID hôpitaux</u>, annexe 25.3.**

   Les prestations ambulantes des conventions SEP/SLA/Huntington ont été ajoutées à la liste des exceptions de lecture eID car les patients ne sont pas présents à l'hôpital.

4. **<u>Détenus</u>, ET 30 Z 33, Z 33 S 1, ET 40 Z 33, ET 50 Z 33, Z 33 S 1.**

   Le 01/01/2023, les détenus seront intégrés dans l'assurance maladie-invalidité obligatoire avec la prise en charge des soins médicaux qu'ils reçoivent en dehors de la prison ou d'une institution du SPF Justice. Pour ces bénéficiaires, le tiers payant doit obligatoirement être appliqué et le ticket modérateur est à charge de l'AMI. Il ne peut pas être facturé des honoraires supplémentaires ou des suppléments de chambre lors d'une hospitalisation (des honoraires supplémentaires sont possibles pour les soins ambulatoires).

   Dans Z 33 des ET 30, 40 et 50, une nouvelle valeur 9 (catégorie sociale spécifique) a été créée.

   Les codes erreurs ont également été adaptés.

   <u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 01/01/2023.

5. <u>Prestations dentaires en dehors d'un cabinet fixe,</u> ET 50 Z 17-18.

Le pseudo-code 389933-389944 doit être indiqué comme prestation relative pour toutes les prestations de l'art. 5 de la nomenclature qui sont effectuées en dehors d'un cabinet fixe et pour lesquelles aucune autre prestation relative n'est requise.
Voir aussi le point 7 (liste prestation relative).

<u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 01/07/2022 (sous réserve de publication de l'AR).

6. <u>Correction du texte</u>, ET 50 Z 44-45.

Le code « 0960XXX » a été corrigé en « 096XXXX ».

7. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R. ou A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
182394	182825	19/04/22	18/05/2022	01/06/2022
Prestations de l'art. 5 (art dentaire)		Sous réserve de publication de l'AR (Prestation relative = 389933-389944 si la prestation est effectuée en dehors d'un cabinet fixe et si aucune autre prestation relative n'est requise.)		01/07/2022
457973 - 457984		05/12/21	28/12/21	01/07/2022*

(*) Les prestations sont applicables à partir du 01/02/2022, mais la prestation relative n'est remplie qu'à partir de la date de prestation 01/07/2022.

8. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés				
De	**à**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
302352	302444	Sous réserve de publication de l'AR (hygiénistes bucco-dentaires)		01/10/2022
302551	302643			01/10/2022
309492	309503			01/10/2022
372352	372444			01/10/2022
372551	372584			01/10/2022
379492	379503			01/10/2022

9. <u>Liste « zone 23 ».</u>

Pas de modification.

10. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

Codes erreurs « lecture eID » : date d'application = prestations effectuées à partir du 01/10/22.

11. Liste « membre traité ».

Pas de modification.

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 2021/10 – Publication 27-09-2022

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 2021/10

Pages à remplacer :

- Annexes 1.2, 22.2, 25.2, 25.3 ;
- ET 20 Z 10 S 1 ;
- ET 30 Z 5, Z 10
- ET 40 Z 10
- ET 50 Z 10, Z 13 S 1, Z 14, Z 15, Z 15 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.

1. **<u>Convention dépistage variole du singe</u>, ET 50 Z 14, ET 50 Z 15, ET 50 Z 15 S 1, ET 50 Z 27 S 1, ET 50 Z 30-31.**

   Suite à une convention entre l'INAMI, Sciensano et un nombre de laboratoires cliniques accrédités, deux nouvelles prestations 557233-557244 et 557270-557281 ont été créées. Ces prestations font partie d'une convention spécifique qui n'est pas soumise aux règles de forfaitarisation. Elles peuvent donc être facturées à 100%
   Vous trouverez ci-dessous un aperçu des différentes zones à compléter :

   - Lieu de prestation (ET 50 Z 14) : le numéro du laboratoire agréé. Les laboratoires agréés pour ces deux prestations reçoivent un attribut spécifique. Sciensano publie une liste des laboratoires agréés sur son site internet.
   - Identification dispensateur (ET 50 Z 15) : obligatoirement un spécialiste en biologie clinique actif.
   - Identification prescripteur (ET 50 Z 24-25) : obligatoirement le numéro INAMI du médecin prescripteur. La liste « prescripteur » est adaptée (voir point 8).
   - Intervention personnelle patient (ET50 Z27) : aucun ticket modérateur ne peut être facturés pour ces prestations (ET50 Z27 = 0).
   - Montant supplément (ET50 Z30-31) : aucun supplément ne peut être facturés pour ces prestations (ET50 Z30-31 = 0).

   Avec ces modifications, nous réorganisons l'ET 50 Z 15 et l'ET 50 Z 15 S 1.

   <u>Date d'application</u> : tests effectués à partir du 5 septembre 2022.

2. **<u>Concertation SPINE multidisciplinaire et nouvel article 14 n)</u>, Annexe 25.3.**

   Le 15 juillet 2022 a été publié l'AR du 17 juin 2022 concernant la concertation Spine multidisciplinaire.
   Les nouveaux codes de concertation multidisciplinaire (105291-105302, 105313-105324, 105335-105346, 105350-105361) créés dans cet AR sont ajoutés à la liste des exceptions de lecture eID. Une série de ces codes ont été ajoutés à la liste « prestation relative » ou à la liste « prescripteur ». (voir points 6 et 7). La norme prescripteur (ET 50 Z 26) pour ces prestations peut être égale à 1 ou 3 (l'auto-prescription est autorisée).

   Un nouvel article 14 n) concernant des prestations relevant de la spécialité de chirurgie orthopédique (DP) et neurochirurgie (DA) est également ajouté à la nomenclature.
   Certains codes nécessitent que la latéralité soit mentionnée (voir point 10) et d'autres codes nécessitent une prestation relative (voir point 6).
   Pour les prestations de cet article, à l'exception des prestations du paragraphe 1, II, A, une obligation d'enregistrement est prévue à partir du 1er janvier 2023. Le code d'enregistrement ne devra pas être mentionné dans la facturation électronique.

   <u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 1er septembre 2022.

3. **<u>Lecture eID hôpitaux</u>, annexe 25.2, 25.3.**

   Les instructions de facturation concernant la vérification à postériori ont été clarifiées afin d'éviter que les prestataires de soins introduisent le NISS dans la zone réservée au numéro de série.

4. **<u>Report de la facturation séparée pour les nouveau-nés</u>, ET 30 Z 5, Z 10, ET 40 Z 10, ET 50 Z 10 et Z 13 S 1.**

   La facturation séparée au nom du nouveau-né (qui était prévue à partir du 1/1/2023) est reportée à une date encore à déterminer.

   <u>Date d'application</u> : encore à déterminer.

5. <u>Données de contact des OA</u>, annexe 1.2.

Les données de contact de l'OA 400 ont été actualisées.

6. <u>Correction calcul</u>, annexe 22.2.

Une erreur de calcul dans un exemple de l'annexe 22 concernant les règles d'arrondis a été corrigée.

7. <u>Type facture</u>, ET 20 Z 10 S 1

Un texte concernant les prestations de l'art. 25 §3 est actualisé.

8. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés				
De	**À**	**A.R. ou A.M.**	**M.B.**	**Date d'application**
105350	105361	17/06/2022	15/07/2022	01/09/2022
171975	171986	15/04/2022	04/08/2022	01/09/2022
183993	184004	Pas encore publié		01/09/2022
226612	226645	17/06/2022	15/07/2022	01/09/2022
262290	262323	22/07/1988	30/07/1988	01/10/2022 (*)
305130	305163	06/06/2022	24/06/2022	01/12/2022 (**)
375130	375163			

(*) Ces prestations existent depuis longtemps mais sont ajoutées à la liste « prestation relative » pour les prestations effectuées à partir du 1er octobre 2022.
(**) Ces prestations sont rentrées en vigueur depuis le 1er juillet 2022. Pour les prestations effectuées du 1er juillet 2022 au 30 novembre 2022, la prestation relative peut être mentionnée de manière facultative. Pour les prestations effectuées à partir du 1er décembre 2022, la mention de la prestation relative est obligatoire.

9. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés				
De	**À**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
105291	105346	17/06/2022	15/07/2022	01/09/2022
557233	557281	Convention dépistage variole du singe		05/09/2022

10. <u>Liste « zone 23 ».</u>

Pas de modification.

11. <u>Liste « codes erreur ».</u>

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.

12. <u>Liste « membre traité ».</u>

Codes ajoutés				
De	**À**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
224195	224243	17/06/2022	15/07/2022	01/09/2022
224394	224442			
225072	225120			

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 2021/11 – Publication 22-11-2022

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 2021/11

Pages à remplacer :

- Page 4 ;
- Annexes « annexe », 16.15, 16.18, 20.3, 23.3, 25.1, 25.3, 25.6, 25.8, 26.3 ;
- ET 21 Z 5 ;
- ET 40 Z 33 ;
- ET 50 Z 4 S 23, Z 4 S 24, Z 4 S 27, Z 4 S 30, Z 14 S 4, Z 15 S 1, Z 33 ;
- ET 52 Z 9.

Pages à supprimer :

- ET 50 Z 4 S 32, Z 4 S 33, Z 4 S 34.

1. **<u>Données de contact des OA</u>, page 4.**

   Les données de contact de l'OA 900 ont été actualisées.

2. **<u>Modification de l'aperçu des annexes</u>, annexe.**

   Ajout de l'annexe concernant la facturation électronique par les kinésithérapeutes via eFac (annexe 26).

3. **<u>Centre de santé mentale</u>, annexes 16.15 et 16.18.**

   Une solution provisoire sera implémentée pour la facturation des soins par les centres de santé mentale.

   En attendant le système des multi-mandats, le centre pourra facturer les prestations des spécialistes (ET 10 Z 14 = tiers facturant = n° INAMI du centre ; ET 50 Z 15 = n° INAMI du dispensateur).
   Pour ce faire, le canal utilisé sera SSO. La facturation se fait alors une fois par mois.
   Cette solution de facturation ne permet pas l'utilisation d'eTar.

4. **<u>Modifications des annexes concernant la facturation électronique par les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes</u>, annexes 20.3, 23.3 et 26.3.**

   La valeur 9 peut être utilisée par les médecins, les dentistes et les kinésithérapeutes dans l'ET 50 Z 33 dans le cadre de soins prodigués à un détenu. Cette information a été complétée dans les annexes.

   L'annexe pour les dentistes a été modifiée afin d'intégrer les hygiénistes bucco-dentaires.

5. **<u>Lecture eID hôpitaux</u>, annexes 25.1, 25.3, 25.6, 25.8, ET 21 Z 5 et ET 52 Z 9.**

   Le terme « QR code » est remplacé par le terme « Datamatrix ».

   Certaines prestations sont ajoutées aux exceptions de l'annexe 25 :
   - Prestations effectuées dans le SMUR ;
   - Produits radio-pharmaceutiques ;
   - Avis ;
   - Réintroductions de facture, notes de crédit, factures de corrections et factures complémentaires.

6. **<u>Détenus et nouveau-nés</u>, ET 40 Z 33 et ET 50 Z 33.**

   Si une détenue donne naissance, le nouveau-né n'est pas considéré comme un détenu. Comme la facturation séparée au nom du bébé n'entrera pas encore en vigueur le 1/1/2023, les prestations pour le bébé seront toujours facturées au nom (et sur la facture) de la mère. Les <u>prestations pour le bébé</u> ne peuvent <u>pas</u> être indiquées avec la valeur 9 et doivent être facturées de la manière habituelle.

7. <u>Soins de plaies</u>, ET 50 Z 4 S 23, S 24, S 27, S 30, S 32, S 33, S 34.

Le 27 octobre a été publié un Arrêté Royal (03/10/22) modifiant l'art.8 de la nomenclature et donnant lieu à des modifications des instructions de facturation.

Hormis quelques modifications mineures (par exemple, l'adaptation du libellé de certaines prestations), la principale adaptation est que la prestation « soins de plaie(s) spécifiques » a été supprimée et remplacée par une utilisation d'honoraires complémentaires au code nomenclature « soins de plaie(s) complexes ». Ces honoraires complémentaires nécessiteront en prestation relative la prestation « soins de plaie(s) complexes » (voir point 9).

Ces honoraires complémentaires n'entrent pas dans le calcul du plafond journalier, peuvent être attestés en plus des honoraires forfaitaires pour patients lourdement dépendants et ne peuvent être facturés qu'une fois par journée de soins, ils sont donc apparentés aux prestations de soins techniques spécifiques. Ils ne suivent donc pas directement la prestation à laquelle ils sont liés (soins de plaie(s) complexes).

Les pages de questions/réponses qui concernent le diabète, les soins de plaie(s), les soins techniques spécifiques, la consultation infirmière et la préparation hebdomadaire de médicaments administrés par voie orale ont été supprimées.

<u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 1er décembre 2022.

8. <u>Lieu de prestation</u>, ET 50 Z 14 S 4.

Le 19 septembre 2022 a été publié un Arrêté ministériel (12/09/2022) modifiant le chapitre « B. Neurochirurgie » de la Liste (implants et dispositifs médicaux invasifs).
De nouvelles prestations devront être effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose de l'agrément 165 afin de faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire.

<u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 01/10/2022.

Le 3 novembre 2022 a été publié un Arrêté ministériel (04/10/2022) modifiant le chapitre « F. Chirurgie thoracique et cardiologie » de la Liste (implants et dispositifs médicaux invasifs).
La prestation 180294-180305 est supprimée.

<u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 01/12/2022.

9. <u>Prestations R30-R60</u>, ET 50 Z 15 S 1.

Pour les prestations 776193-776204 (honoraire complémentaire pour certains forfaits 776171-776182 (groupe A2, convention 950)) et 776230-776241 (honoraire complémentaire pour certains forfaits 776495-776506 (groupe A2, convention 951)), la zone « dispensateur » doit être mise à 0.

<u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 01/01/2022.

10. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés				
De	**À**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
429295	429332	03/10/2022	27/10/2022	01/12/2022
429413	429450	03/10/2022	27/10/2022	01/12/2022
429612	429656	03/10/2022	27/10/2022	01/12/2022
429715	429752	03/10/2022	27/10/2022	01/12/2022

11. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés				
De	**À**	**A.R.**	**M.B.**	**Date d'application**
745010	749744	Ces pseudo-codes (produits radiopharmaceutiques) existent depuis longtemps mais à partir de la date de prestation 01/01/2023, un prescripteur doit obligatoirement être mentionné.		01/01/2023
753012	753222			01/01/2023

12. <u>Liste « zone 23 ».</u>

Pas de modification.

13. <u>Liste « codes erreur ».</u>

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. <u>Liste « membre traité ».</u>

Pas de modification.

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 2021/11corr – Publication 13-12-2022

RIZIV-INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging – Service des soins de santé

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 2021/11corr

Pages à remplacer :

- ET 50 Z 4 S 23, S 27, S 30, S 31.

1. **<u>Soins de plaies</u>, ET 50 Z 4 S 23, S 27, S 30, S 31.**

   Nous clarifions certains points en lien avec la nouvelle nomenclature de soins de plaies entrée en vigueur le 1er décembre 2022.

   - Pour les soins de plaies complexes réalisés dans le cadre d'un forfait, la prestation relative associée aux honoraires complémentaires doit correspondre au pseudocode correspondant aux soins de plaies complexes (mentionné dans un enregistrement statistique précédent l'enregistrement du forfait) et non au code nomenclature du soins de plaie complexe. Pour les prestations 429516, 429531 et 429553, un pseudo-code de l'annexe 87 du règlement doit être utilisé.
   - Dans l'ET 50 Z 4 S 27, S 30 et S 31, une ambiguïté est levée concernant les soins techniques spécifiques ne nécessitant pas de prescripteur.

   <u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 1er décembre 2022.

2. **<u>Liste « prescripteur ».</u>**

   Certains actes médicaux tombant sous les prestations de soins de plaies simples ou complexes nécessitent une prescription (par exemple, débridement d'escarres de décubitus). Cette prescription est nécessaire d'un point de vue médico-légal (elle doit figurer dans le dossier du patient) mais n'est pas une condition pour le remboursement, ce qui signifie qu'elle n'est pas nécessaire pour la facturation. En conséquence, nous précisons que la mention d'un prescripteur est facultative pour les prestations 424336, 424351, 424491, 424513, 424631, 424653, 424793, 424815, 427932, 427954, 427291 et 427313.
   Les codes nomenclature pour soins de plaies spécifiques sont également supprimés (424373, 424535, 424675, 424830 et 427976).

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 2021/12 – Publication 07-02-2023

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 2021/12

Pages à remplacer :

- Pages 2, 30 ;
- Annexes 12.1, 12.5, 25.1, 25.2, 25.3, 25.6, 25.7 ;
- ET 20 Z 10 ;
- ET 21 Z 5 ;
- ET 30 Z 3, Z 4 S 4, Z 13 ;
- ET 50 Z 4 S 4, Z 4 S 12, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 2, Z 14 S 4, Z 14 S 5, Z 15, Z 15 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31, Z 47.

1. **<u>eFac secteur kiné</u>, page 2.**

   En ce qui concerne la facturation électronique pour le secteur kiné, il a été précisé lors de la mise à jour 2021/5 que la valeur « 040 » (exception e-fac) doit être utilisée dans l'ET 10 Z 13, ce qui signifie concrètement que la facturation peut se faire journalièrement. Cela est maintenant également précisé à la page 2 des instructions.

2. **<u>Nouvel OR pour les détenus affiliés de plein droit à la CAAMI,</u> page 30.**

   Un Office Régional a été créé pour les détenus affiliés de plein droit à la CAAMI. Ces personnes assurées peuvent être incluses dans l'envoi des assurés à la CAAMI (600). En revanche, toutes les prestations effectuées pour ces patients ne devront pas être facturées avec une valeur 9 dans la zone 33 car le ticket modérateur n'est pas d'office à charge de l'OA.

   Les patients préalablement inscrits à une autre fédération de l'OA 600 restent affiliés à leur mutuelle d'origine.

3. **<u>Maisons médicales (au forfait) – prestations à l'acte,</u> annexes 12.1, 12.5, ET 50 Z 5, ET 50 Z 6a-6b, ET 50 Z 15, ET 50 Z 27 S 1 et ET 50 Z 30-31.**

   Les maisons médicales pourront facturer certaines prestations à l'acte reprises sur une liste (qui sera publiée via circulaire).

   <u>Date d'application</u> : prestations effectuées à partir du 01/02/2023.

4. **<u>Lecture eID hôpitaux</u>, annexe 25.1, 25.2, 25.3, 25.6, 25.7 et ET 21 Z 5.**

   Le concept de « réutilisation » a été remplacé par celui de « répétition/copie ».
   L'objectif du concept de réutilisation d'offrir une solution technique facile pour un certain nombre de situations n'est pas atteint et ce concept est donc supprimé. La valeur 9 dans l'ET 21 Z 5 est alors supprimée.
   La plupart des situations pour lesquelles le concept de réutilisation avait été prévu peuvent être résolues en utilisant des données de lecture saisies précédemment ou en copiant un ET 21 déjà mentionné. Le cas du décès, qui n'est pas réglée de cette manière, est ajouté à la liste des exceptions.

   Les réintroductions de facture, factures de correction et factures complémentaires sont retirées de la liste des exceptions. Les notes de crédit ne posent pas problème et restent dans cette liste.

5. **<u>Alimentation parentérale,</u> annexe 25.3, ET 50 Z 4 S 4, ET 50 Z 14 S 1 et ET 50 Z 15 S 1.**

   Les 2 conventions « traitement des enfants avec aversion grave de l'alimentation orale » et « formation et suivi alimentation parentérale à domicile » ont changé de base légale et donc les mentions à l'art.56 ont été supprimées des instructions de facturation.

6. **<u>Forfaits refroidissement du cuir chevelu et, des mains et des pieds,</u> ET 20 Z 10, ET 30 Z 3, ET 30 Z 4 S 4, ET 30 Z 13, ET 50 Z 13 et ET 50 Z 13 S 2.**

   Un nouvel avenant à la convention nationale hôpitaux – OA a été conclu et prévoit deux nouveaux forfaits :
   763932 - 763943 : refroidissement du cuir chevelu pour prévenir la chute des cheveux en cas de chimiothérapie
   763954 - 763965 : refroidissement des mains et des pieds par hilothérapie pour la prévention de la neuropathie périphérique et de la toxicité des ongles induites par la chimiothérapie

Ces nouveaux forfaits ne peuvent être facturés que conjointement (le même jour) avec un maxi forfait oncologie et suivent donc les mêmes règles de facturation que ce maxi forfait (type d'enregistrement 30, type de facture 9, pseudo-code service 730).

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/01/2023.

7. Convention « soins de psychologie de première ligne », ET 50 Z 4 S 12, Z 14 S 2, ET 50 Z 15 S 1.

Depuis le 1er septembre 2021, la facturation des prestations dans le cadre de la convention « soins de psychologie de première ligne » n'utilise plus le circuit habituel de facturation mais est gérée par l'ASBL IM. Les prestations concernées ont été annotées d'un astérisque.

8. Implants - Dossier « enveloppes antibactériennes résorbables », ET 50 Z 14 S 4.

Une nouvelle prestation 184015-184026 est créée et ne peut faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elle est effectuée dans un établissement hospitalier qui dispose d'un agrément pour le programme de soins pathologie cardiaque P.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/01/2023.

9. Convention transplantation rénale, ET 50 Z 14 S 5 et ET 50 Z 15 S 1.

Une nouvelle convention relative au financement de la perfusion par machine lors d'une transplantation rénale et de l'aphérèse lors d'une transplantation rénale en provenance d'un donneur vivant ABO-incompatible est entrée en vigueur au 1er septembre 2022. Il est précisé comment les zones « lieu de prestation » et « identification du dispensateur » doivent être complétées pour les prestations concernées.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/09/2022.

10. Suppression pseudo-code « avis dermatologique à distance », ET 50 Z 15 S 1.

Le code 103390 est supprimé à partir du 30/11/2021.

11. Valeur de base prestation, ET 50 Z 47.

Il est précisé que la zone « valeur de base » ne doit plus être complétée que si un supplément est effectivement facturé.

Date d'application : mois facturé mars 2023 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202303).

12. Liste « prestation relative ».

Pas de modification.

13. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
596724	/	2022030162	01/02/2023

Lors de la mise à jour 2021/11, les pseudo-codes concernant les produits radiopharmaceutiques ont été ajoutés à la liste prescripteur. Certains de ces codes étaient supprimés depuis plus de deux ans et ont donc été retirés de la liste prescripteur.

14. <u>Liste « zone 23 ».</u>

En raison d'un Arrêté Royal qui a été publié le 6 février 2023 et qui introduit une nouvelle règle diagnostique pour la prestation 545915-545926, cette dernière a été rajoutée à la liste « zone 23 ».

15. <u>Liste « codes erreur ».</u>

Dans le cadre de la lecture eID, la date d'entrée en vigueur des codes erreur R 521610, R 521611 et R 521612 relatifs au contrôle de la zone « numéro de série du support » est reportée au 1er mars 2023.

16. <u>Liste « membre traité ».</u>

Pas de modification.

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 2021/13 – Publication 16-05-2023

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 2021/13

Pages à remplacer :

- Annexe 16.19 ;
- ET 20 Z 54a-54b-54c ;
- ET 50 Z 14 S 3, Z 14 S 4, Z 14 S 5, Z 51, Z 57-58-59, Z 57-58-59 S 1.

1. **Implants, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 3, Z 14 S 4 et Z 14 S 5.**

   a. Hypoglossal

Un nouveau numéro d'agrément "numéro hôpital +176" a été créé pour les prestations 184030 à 184166 inclus (voir publication sur le site : Implants et dispositifs médicaux invasifs : Liste des prestations et listes nominatives des dispositifs individuels - INAMI (fgov.be)).

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/04/2023.

   b. Micra

Le 16 mars 2023 a été publié un Arrêté ministériel (2023040378) modifiant le chapitre « F. Chirurgie thoracique et cardiologie » de la Liste (implants et dispositifs médicaux invasifs).
Un lieu de prestation "numéro hôpital + 124" (pathologie cardiaque E + B 3) est requis pour les nouvelles prestations 182851 à 183002 inclus.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/04/2023.

   c. Corevalve

Le 6 avril 2023 a été publié un Arrêté ministériel (2023010148) modifiant le chapitre « F. Chirurgie thoracique et cardiologie » de la Liste (implants et dispositifs médicaux invasifs). A partir du 1er mai 2023, les prestations 172734-172745, 172756-172760, 181952-181963 et 172771-172782 ne pourront faire l'objet d'une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier ou une collaboration d'établissements hospitaliers avec un numéro d'agrément 167.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 01/05/2023.

2. **Cliniques du sein, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 3, Z 14 S 4 et Z 51.**

En appliquant les recommandations du KCE, l'INAMI envisage une adaptation des règles de remboursement afin que la COM du sein et tous les actes chirurgicaux (et éventuellement aussi le matériel associé) liés au cancer du sein ne soient remboursés que s'ils sont réalisés dans une clinique du sein coordinatrice agréée. A cet effet, un certain nombre de textes réglementaires (Arrêté Royal portant exécution de l'art. 64, convention de reconstruction mammaire, La Liste) seront modifiés si nécessaire.

L'agrément s'applique au niveau du site, ce qui signifie que les cliniques du sein coordinatrices agréées ne peuvent pas être identifiées uniquement sur la base du numéro de l'hôpital.
Ainsi, désormais, pour les prestations concernées, le numéro du site (codification SPF Santé Publique, 4 chiffres) devra être mentionné dans la facturation.
Une zone est déjà prévue à cet effet (zone 51 des types d'enregistrement 30, 40 et 50).

À partir de la date de prestation du 1/7/2023, la zone doit également être remplie pour :

- les prestations de La Liste pour lesquelles l'agrément du programme de soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein est requis (161991-162002 et 182836-182840). Selon les dispositions actuelles de La Liste, il peut toujours s'agir d'une clinique du sein coordinatrice ou d'un satellite.
- Les prestations (pseudo-codes) de la convention « reconstruction mammaire ».

A partir d'une date ultérieure encore à déterminer (en fonction de la publication des modifications réglementaires), la zone devra également être complétée pour les prestations complémentaires.

En ce qui concerne les numéros d'agrément INAMI « numéro d'hôpital + xxx » (zone lieu de prestation), les modifications suivantes seront mises en œuvre à partir de la même date encore à déterminer :

- L'agrément 135 (soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein) sera supprimé et remplacé par 2 nouveaux numéros d'agrément : 136 pour les cliniques du sein coordinatrices et 137 pour les satellites. Seuls les hôpitaux agréés 136 (clinique du sein coordinatrice) pourront encore facturer les prestations liées au traitement du cancer du sein.
- L'agrément 190 de la convention de reconstruction mammaire demeure.

3. Garantie de paiement MDA, ET 20 Z 54a-54b-54c.

Lors de la mise à jour 2021/2, les zones 42-45 et 53 à 58 de l'enregistrement de type 20 ont été actualisées (en ajoutant des références aux informations extraites de MDA).
Le texte dans la zone 54a-54b-54c (date fin période assurabilité) a été corrigé : 1 jour doit être soustrait de la date NOTONORAFTER de MDA.

4. Code d'enregistrement, ET 50 Z 57-58-59 et ET 50 Z 57-58-59 S 1.

Le 01/03/2023, 01/04/2023, 01/07/2023 et 01/01/2024, un certain nombre de registres sont transférés vers Healthdata 2.0, à la suite de quoi un code d'enregistrement pour les prestations concernées ne devra plus être indiqué dans la facturation.
Le tableau dans l'ET 50 Z 57-58-59 est donc mis à jour.

Attention :
Dans la plupart des cas, la date de fin pour la mention du code d'enregistrement dans la facturation est définie sur base de la date d'enregistrement (et non la date de prestation). Pour Orthopride, par exemple, il s'agit de la date d'enregistrement 1/3/2023. Les prestations effectuées en février (ou avant) et enregistrées en février seront donc toujours facturées avec un code d'enregistrement ; les prestations effectuées en février (ou avant) et enregistrées en mars ou après seront facturées sans code d'enregistrement. Il est possible que des prestations du passé (en principe jusqu'à 2 ans en arrière) soient enregistrées après le 1/3/2023. Aucun code d'enregistrement ne devra donc être mentionné dans la facturation pour ces prestations.
Les OA sont priés d'en tenir compte dans leurs contrôles.

Pour information :
Des mesures transitoires ont été déterminées pour l'enregistrement dans les nouveaux registres Healthdata, permettant temporairement de facturer les prestations sans les avoir déjà enregistrées. L'enregistrement devra alors se faire rétroactivement.
Pour plus d'informations sur ces dispositions transitoires :
https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/prestations_medicales_dispositifs_registres_healthdata_mesures_transitoires.pdf

5. Liste « prestation relative ».

Pas de modification.

6. Liste « prescripteur ».

Codes supprimés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
105313	105346	Ces codes ont été inclus à tort dans la liste et sont désormais supprimés de la liste. A compter de la date de prestation du 01/04/2023, aucun prescripteur ne doit donc être indiqué pour ces prestations.	01/04/2023

7. Liste « zone 23 ».

Pas de modification.

8. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation :

- Enregistrement (registres Healthdata) : nouveau code d'erreur R 500482 : prestation soumise à obligation d'enregistrement n'a pas (encore) été enregistrée (date d'application à déterminer, voir mesures transitoires point 4).
- Détenus : les codes d'erreur R 303325, R 403325 et R 503325 sont convertis en erreurs E.

9. Liste « membre traité ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
247214	247240	2022034808	01/03/2023

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 2021/14 – Publication 27-06-2023

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 2021/14

Pages à remplacer :

- Annexes 6, 6 suite, 6.5, 6.6, 11.3, 12.5, 13.4, 13.5, 20.3, 23.3, 25.1, 25.2, 25.3, 25.4, 26.3;
- ET 20 Z 10;
- ET 21 Z 5, Z 6, Z 8;
- ET 50 Z 4 S 3, Z 4 S 4, Z 4 S 6, Z 4 S 13, Z 4 S 23, Z 4 S 24, Z 4 S 27, Z 4 S 31, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 1, Z 14 S 2, Z 15, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31, Z 43.

Pages à ajouter :

- ET 40 Z 12;
- ET 50 Z 50b.

1. **<u>Hospitalisation à domicile</u>, ET 20 Z 10, ET 50 Z 4 S 13, S 23, S 24, S 27, S 31, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 2, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.**

   Un aperçu des forfaits à facturer et des pseudo-codes à 0 € à enregistrer est repris dans le tableau en annexe de la convention.
   Il s'agit de pseudo-codes ambulatoires, qui doivent être mentionnés dans le type d'enregistrement 50.
   Le tableau concerné indique également qui peut facturer les forfaits (c'est-à-dire qui est le tiers facturant dans l'ET 10 Z 14).
   La plupart des forfaits sont facturés par l'hôpital.
   L'hôpital doit également enregistrer des pseudo-codes à 0 € pour le début et la fin de la prise en charge.
   L'hôpital doit utiliser le nouveau type de facture 7 et le nouveau pseudo-code service 980.

   Un certain nombre de forfaits doivent être facturés par le prestataire même (médecin généraliste, infirmier). Dans ce cas, le type de facture 3 et le pseudo-code service 990 doivent être utilisés.
   Ces forfaits peuvent déjà être facturés avant que l'OA n'ait connaissance de l'hospitalisation à domicile (via le pseudo-code de début de prise en charge qui doit être enregistré par l'hôpital).
   Ils feront donc l'objet d'un contrôle a posteriori au regard du statut de l'hospitalisation à domicile. Ce contrôle est effectué après 3 mois. En cas d'anomalie, l'OA procède à la récupération.

   Les forfaits pour les infirmiers sont cumulables avec les prestations de l'article 8 de la nomenclature. Ils peuvent également être facturés de manière autonome (sans autres prestations de l'art. 8) et ne comptent pas pour le calcul du plafond journalier. Ils sont donc facturés en dehors du bloc. Une prescription d'un médecin est nécessaire (voir également le point 6: liste prescripteur).

   <u>Remplissage des zones les plus importantes lors de la facturation des forfaits</u>:
   - Date (Z 5 et Z 6):
     - Forfaits par jour de traitement: Z 5 = Z 6 = date de prestation
     - Forfaits pour la mise en route de l'hospitalisation à domicile: Z 5 = Z 6 = une date comprise dans la période d'hospitalisation à domicile (délimitée au moyen des pseudo-codes de début et de fin de prise en charge)
   - Code service (Z 13):
     - forfaits facturés par l'hôpital: 980
     - forfaits facturés par le médecin généraliste ou l'infirmier: 990
   - Lieu de prestation (Z14):
     - forfaits facturés par l'hôpital: numéro de l'hôpital
     - forfaits facturés par le médecin généraliste ou l'infirmier: zéro
   - Prestataire (Z 15):
     - Surveillance: médecin-spécialiste
     - Honoraires forfaitaires pour le (cabinet du) médecin généraliste détenteur du DMG: médecin généraliste
     - Honoraires forfaitaires pour le praticien de l'art infirmier à domicile (pour la mise en route de l'hospitalisation à domicile, pour la coordination des soins et pour l'administration de médicaments anticancéreux par voie intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique): praticien de l'art infirmier à domicile
     - Forfait pour la préparation et la délivrance de médicaments : pharmacien hospitalier
     - Tous les autres forfaits: pseudo-prestataire 01.00001.06.999
   - Zones montant:
     Z 19 (AMI): voir montants dans la convention
     Z 27 (IP) et Z 30-31 (supplément): zéro
     <u>Remarque</u> : un ticket modérateur est bien possible pour les éventuelles prestations de l'art. 8 de la nomenclature.

Remplissage des zones les plus importantes lors de l'enregistrement des pseudo-codes pour le début et fin de prise en charge:

- Date (Z 5 = Z 6): date de début ou fin de prise en charge
- Code service (Z 13): 980
- Lieu de prestation (Z 14): numéro de l'hôpital
- Prestataire (Z 15): médecin spécialiste qui prend la décision d'hospitalisation à domicile et supervise le traitement
- Zones montant (Z 19, Z 27, Z 30-31): zéro

Tarification des médicaments (ET 40)
Les médicaments sont tarifés aux prix* et facturés avec les pseudo-codes catégorie ambulatoires (existants).
Les médicaments antitumoraux appartiennent toujours à la catégorie de remboursement A (pas de ticket modérateur).
Les antibiotiques sont remboursés en catégorie A pour les patients hospitalisés à domicile, même s'ils relèvent d'une autre catégorie de remboursement.
Les pseudo-codes (ambulatoires) de catégorie A (750912, 750853, 753911) doivent être utilisés.
Pour les médicaments et dispositifs médicaux délivrés par le pharmacien hospitalier et qui sont nécessaires pour administrer un antibiotique ou un médicament oncologique, un ticket modérateur est bien possible.

Date d'application : hospitalisations à domicile qui commencent à partir du 1/7/2023.
Les prestations des infirmiers à domicile et des médecins généralistes peuvent être facturées dès cette date.
Tous les OA seront prêts à recevoir et à traiter correctement les factures des hôpitaux à partir du mois facturé octobre 2023 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202310).

2. Lecture eID hôpitaux, annexes 6, 6 suite, 6.5, 6.6, 11.3, 12.5, 13.4, 13.5, 20.3, 23.3, 25.1, 25.2, 25.3, 25.4, 26.3, ET 21 Z 5, Z 6, Z 8, ET 40 Z 12, ET 50 Z 50b.

2.1 Nouvelles zones.

2.1.1 Médicaments: ET 40 Z 12 (1 position)

Dans cette zone, les hôpitaux peuvent indiquer qu'il s'agit de:

- médication dans le cadre d'un traitement récurrent
- médication de sortie (médication donnée au patient à la fin de l'hospitalisaton et facturée via une facture ambulatoire distincte)
- médication lors d'un transport SMUR où le patient n'est pas transporté à l'hôpital du SMUR (le patient décède à la maison ou en route ou le patient est transféré à un autre hôpital)

Sur base de la valeur dans cette zone, l'OA va prévoir un contrôle spécifique déviant des règles générales pour les factures ambulatoires:

- médication lors d'un traitement récurrent: même règle que pour le traitement récurrent même : 1 lecture par facture
- médication de sortie: les données de lecture de l'hospitalisation peuvent être répétées sur la facture ambulatoire concernée
- médication lors d'un transport SMUR: aucun ET 21 n'est nécessaire

2.1.2 Prestations lors d'un transport SMUR : ET 50 Z 50b (1 position)

Dans les exceptions, il est actuellement mentionné:
intervention d'un médecin urgentiste en SMUR (dans laquelle le patient n'est pas transporté à l'hôpital): (pseudo-)codes 590472, 590435, 590446, 590413-590424 et 475075-475086 combiné avec 767056-767060 en prestation relative.
Vu que la liste des codes ne semble pas être exhaustive et qu'il est quasi impossible d'établir une liste limitative, une nouvelle zone est créée dans laquelle l'hôpital peut indiquer qu'il s'agit de prestations lors d'un transport SMUR dans lequel le patient n'est pas transporté à l'hôpital du SMUR. Moyennant cette indication, aucun ET 21 ne doit être mentionné sur cette facture SMUR (ambulatoire).
Remarque:
L'exception vaut seulement lorsque le patient n'est pas transporté à l'hôpital du SMUR. Lorsqu'il est bien transporté à l'hôpital du SMUR et qu'une hospitalisation suit donc dans cette hôpital, alors les mêmes règles sont applicables que pour un passage aux urgences suivi d'une hospitalisation: vérification à posteriori (voir point 2.1 dans l'annexe 25.2).

2.2 Exceptions supplémentaires (pas d'enregistrement de données de lecture).

2.2.1 Donneurs vivants

Les prestations effectuées sur le donneur (potentiel) et facturées au receveur sont ajoutées aux exceptions (pas d'ET 21).
En effet, le receveur (dont les données d'identité et d'assurabilité sont utilisées dans l'ET 20 de la facture) n'est pas présent pendant les prestations effectuées sur le donneur.
Les prestations concernées sont identifiables via la valeur 2 dans la zone 48 des types d'enregistrement 30, 40 et 50 ("Il y a eu (préparation d'une) transplantation d'organe ou de moelle osseuse et les prestations se rapportent au donneur (potentiel)").

2.2.2 Specialités incorporées dans l'alimentation parentérale

Les forfaits pour l'alimentation parentérale se trouvent déjà dans les exceptions (puisque le patient est à domicile). Dans cette nutrition, des spécialités remboursables peuvent être incorporées et facturées séparément. Celles-ci sont ajoutées dans les exceptions. Elles peuvent être distinguées par l'OA par le biais de la prestation relative (le forfait d'alimentation parentérale doit être mentionné comme prestation relative dans la ligne de la spécialité).

2.2.3 Hospitalisation à domicile

Pour les factures d'hospitalisation à domicile (identifiables par le type de facture 7 et le pseudo-code service 980), aucun enregistrement 21 ne doit provisoirement être mentionné. Cette exception sera revue ultérieurement (après l'évaluation prévue dans la convention).

2.2.4 Prestations à distance

Les prestations à distance sont provisoirement ajoutées aux exceptions (pas d'ET 21). D'ici le 1/1/2024, il n'y aura pas d'architecture ICT en production qui prévoit l'identification du patient pour ces prestations.
L'exception sera réexaminée lorsque cette architecture ICT sera en production.

2.3 <u>Nouvelle raison d'encodage manuel + possibilité type de support = 0.</u>

Une raison supplémentaire d'encodage manuel est prévue: *le bénéficiaire ne possède pas de document d'identité (tel que visé à l'article 3 de l'AR du 18/09/2015).*
Lors de l'utilisation de cette raison d'encodage manuel, la zone « type de support » peut être égale à 0.
Cette combinaison peut être utilisée, par exemple, pour :

- les détenus transportés à l'hôpital sous escorte policière. Ils ne reçoivent pas leur document d'identité, il reste en prison. (Attention : cela ne s'applique pas à tous les détenus, par exemple les détenus en congé pénitentiaire ont leur document d'identité).
- les bénéficiaires qui ne peuvent présenter qu'un passeport
- certains types de patients (par exemple toxicomanes) qui ont perdu leur document d'identité, de sorte qu'aucune lecture a posteriori n'est possible.
- les résidents de maison de repos dont le numéro NISS est encodé manuellement sur base d'une photocopie de la carte d'identité (actuellement, le « *manque d'interconnectivité* » est prévu comme raison de l'encodage manuel dans cette situation, mais la nouvelle raison « *le bénéficiaire ne dispose pas de document d'identité (tel que visé à l'article 3 de l'AR du 18/09/2015)*» est plus adapté, les instructions sont donc modifiées)

2.4 <u>Clarification concernant les prestations de sages-femmes au domicile du patient</u>

Pour le secteur des sages-femmes, la lecture obligatoire de l'eID n'est pas encore applicable et aucune modalité n'a encore été élaborée. Il est donc précisé que, si les prestations sont facturées par un hôpital, les modalités des hôpitaux pour les prestations ambulatoires s'appliquent : 1 lecture par jour (contrairement aux prestations infirmières, art.8, qui demande un ET 21 par contact patient).

<u>Date d'application</u>:
Les nouvelles zones peuvent être remplies à partir de la date de prestation 1/7/2023.
Tous les OA garantissent qu'à partir de cette date une valeur ≠ 0 n'entrainera pas de rejets (erreurs bloquantes).
Certains OA seront également prêts à partir de cette date pour appliquer les contrôles adaptés s'y rapportant. Les autres OA seront prêts au plus tard pour le 1/9/2023.

3. <u>Convention art. 56 thrombectomie mécanique</u>, ET 50 Z 4 S 6, Z 14 S 1, Z 15, Z 43.

Cette convention prévoit un certain nombre de pseudo-codes qui doivent être facturés via le circuit de facturation électronique normal, de la même manière que les prestations de "La Liste", à la différence qu'aucun coût ne peut être imputé au bénéficiaire (c'est-à-dire aucune marge de délivrance, aucune marge de sécurité, aucun supplément).
Il n'y a donc pas d'enregistrement « marge de délivrance » ni « marge de sécurité » pour ces pseudo-codes.

Le "numéro de l'hôpital + 000" doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

Un pseudo-code d'identification doit être mentionné dans l'ET 50 Z 43.

Voir également l'information sur notre site web:
https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/hopitaux/soins/Pages/remboursement-thrombectomie-mecanique-rupture-stock-medicaments-thrombolytiques.aspx
La liste des hôpitaux adhérés sera publiée sur cette page web.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 15/6/2023.
(seulement la prestation 184693 – 184704 pour l'instant; les prestations sont activées individuellement en fonction du besoin thérapeutique existant et pour des périodes de 2 mois renouvelables; cette information sera toujours mise à jour sur la page web susmentionnée).
Tous les OA seront prêts à recevoir et à traiter correctement ces prestations à partir du mois facturé octobre 2023 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202310).

4. Conventions diabète – nouveaux pseudo-codes, ET 50 Z 4 S 3, S 4.

Suite aux avenants aux conventions diabète, 5 nouveaux pseudo-codes (temporaires) sont créés.

Date d'application : prestations effectuées à partir du 1/7/2023 jusqu'au 30/6/2024 inclus.

5. Liste « prestation relative ».

Pas de modifications.

6. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
418596	418611	Pseudo-codes (hospitalisation à domicile)	1/7/2023

7. Liste « zone 23 ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
478295	478306	2023042250	1/7/2023

8. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

9. Liste « membre traité ».

Pas de modifications.

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 2021/15 – Publication 11-07-2023

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 2021/15

<u>Pages à remplacer</u> :

- Annexes 6, 25.1;
- ET 21 Z 3, Z 4;
- ET 40 Z 33 ;
- ET 50 Z 14 S 2, Z 33, Z 43;
- ET 52 Z 3, Z 10.

<u>Pages à ajouter</u> :

- ET 21 Z 10, Z 11.

1. Lecture eID hôpitaux, annexes 6, 25.1, ET 21 Z 3, Z 4, Z 10, Z 11.

Dorénavant, **deux dates** devront être mentionnées dans chaque ET 21 :
- la date à laquelle la lecture a eu lieu (**nouvelle zone 11**)
- la date pour laquelle la lecture vaut (la **zone 4 existante** prend une **nouvelle signification**).

Dans le cas des factures ambulatoires ou d'hospitalisation de jour, il s'agit de la date de prestation pour laquelle la lecture vaut. Dans le cas des factures d'hospitalisation, il s'agit de la date d'admission.

Dans de nombreux cas, les deux zones seront identiques :
- pour les factures ambulatoires : lecture à chaque date de prestation
- pour les factures d'hospitalisation : lecture à la date d'admission

Pour les factures d'hospitalisation, une lecture dans les 3 jours suivant l'admission est considérée comme une lecture ordinaire (et non a posteriori). Ainsi, la date dans la zone 11 peut être supérieure de 3 jours à la date dans la zone 4.
La lecture antérieure lors d'un passage aux urgences le même jour ou le jour précédent peut être utilisée pour la facture d'hospitalisation, de sorte que la date dans la zone 11 peut également être inférieure d'un jour à la date d'admission dans la zone 4.

Pour les factures ambulatoires, la règle générale est : une lecture par jour de prestation, donc pour chaque jour de prestation un ET 21 avec la zone 11 = zone 4.
Exception déjà prévue : traitements récurrents (+ médicaments s'y rapportant) : une seule lecture par facture suffit. La date de lecture doit correspondre à l'une des dates de prestation du traitement. Donc, la zone 11 (date de lecture) peut être différente de la zone 4 (date de prestation).
Exception déjà prévue récemment : médicaments de sortie (indication dans ET 40 Z 12): l'ET 21 de l'admission précédente peut être répété sur la facture ambulatoire qui reprend les médicaments de sortie → zone 4 (date de prestation) > zone 11 (date de lecture)
Exception supplémentaire: passage aux urgence ou hospitalisation de jour réparti sur 2 jours: une seule lecture (le 1er ou le 2e jour) suffit, à condition que la **nouvelle zone 10** ("indication urgence/hospitalisation de jour") soit remplie.
→ 2 ET 21 mais tous les 2 avec la même date de lecture (jour x ou jour x+1)
→ la zone 4 (date de prestation) et la zone 11 (date de lecture) peuvent différer de 1 jour

Exception générale pour laquelle zone 4 ≠ zone 11 : lecture a posteriori ou encodage manuel a posteriori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6, 8).
Attention : Désormais, l'heure de lecture (ET 21 Z 3) et la date de lecture (ET 21 Z 11) doivent également être introduites en cas d'encodage manuel a posteriori.

Date d'application: Mois facturé août 2023 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202308) (c'est-à-dire qu'à partir de ce moment, tous les OA accepteront le remplissage des nouvelles zones; les contrôles adaptés correspondants ne seront pas nécessairement appliqués immédiatement, la date à partir de laquelle tous les OA seront prêts à cet égard sera communiquée ultérieurement).

2. Lecture eID praticiens de l'art infirmier, ET 52 Z 3, Z 10.

Une nouvelle raison d'encodage manuel est prévue: *le bénéficiaire ne possède pas de document d'identité (tel que visé à l'article 3 de l'AR du 18/09/2015).*
Lors de l'utilisation de cette raison d'encodage manuel, le type de support peut être égale à 0.

Date d'application: Mois facturé octobre 2023 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202310)

3. <u>Lieu de prestation – précision relative à la prestation 457973-457984,</u> ET 50 Z 14 S 2.

Il est précisé que la prestation 457973-457984 ne peut être facturée que si l'hôpital dispose également du programme de soins global "pathologie cardiaque" B (agrément 120).

4. <u>Précision instructions détenus,</u> ET 40 Z 33, ET 50 Z 33.

Il est précisé que la valeur 9 dans la zone 33 ("catégorie sociale spécifique") ne peut pas être utilisée pour des médicaments, prestations ou services non remboursables.

5. <u>Hospitalisation à domicile - précisions</u>.

Complément au point 1 de la mise à jour 2021/14 du 27/6/2023 :
Pour les médicaments (ET 40), la date de prestation (Z5-6) doit être égale à la date de délivrance (et non à la date d'administration). Cette date de délivrance doit se situer dans la période d'hospitalisation à domicile (délimitée au moyen des pseudo-codes de début et de fin de prise en charge).
La date de début de la période d'hospitalisation à domicile est la date à laquelle l'hospitalisation à domicile commence effectivement, même s'il n'y a pas de traitement ce jour-là (et qu'aucun forfait par jour de traitement n'est donc facturé). Cette date de début peut donc être inférieure à la première date à laquelle un forfait est facturé.

6. <u>Défibrillateurs cardiaques implantables – structure des codes d'identification,</u> ET 50 Z 43.

Suite à la nouvelle convention qui entrera en vigueur le 1/1/2024, la structure des codes d'identification passera à la structure standard déjà applicable à tous les autres codes d'identification d'implants (10 + 2 chiffres de contrôle).

<u>Date d'application:</u> Prestations effectuées à partir du 1/1/2024.

7. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Pas de modifications.

8. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Pas de modifications.

9. <u>Liste « zone 23 ».</u>

Pas de modifications.

10. <u>Liste « codes erreur ».</u>

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.

11. <u>Liste « membre traité ».</u>

Codes supprimés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
288050	288061	2023031243	1/8/2023

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 2021/16 – Publication 26-09-2023

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 2021/16

Pages à remplacer :

- Pages 14, 24;
- Annexes 6, 6.1, 11.1, 12.3, 13.1, 20.1, 23.1, 26.1;
- ET 20 Z 7, Z 18;
- ET 21 Z 9;
- ET 50 Z 4 S 10, Z 4 S 13, Z 19 S 1, Z 19 S 2, Z 22, Z 23, Z 57-58-59;
- ET 52 Z 16.

Pages à ajouter :

- ET 10 Z 18.

1. **<u>Nouvelle zone "code profession du tiers facturant",</u> annexes 6, 6.1, 11.1, 12.3, 13.1, 20.1, 23.1, 26.1, ET 10 Z 18.**

Suite à la nouvelle logique d'attribution des numéros INAMI pour les nouvelles professions (numéros sans signification), une nouvelle zone est créée dans l'enregistrement de type 10 du fichier de facturation.

<u>Date d'application</u>: Remplissage facultatif à partir du mois facturé janvier 2024 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202401), remplissage obligatoire à partir du mois facturé avril 2024 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202404).

2. **<u>Nouvelles instructions OA400 suite à une migration,</u> p. 14, 24, ET 20 Z 7, Z 18.**

Le 1/1/2024, les Mutualités Libérales changent leur système informatique.
Cela entraîne des adaptations des fichiers de facturation électronique, et ce pour toutes les mutualités LM (4xx).

Les modifications s'appliquent à tous les fichiers de facturation reçus par l'OA à partir du 12/12/2023.
Entre le 12/12/2023 et le 01/01/2024, les factures seront stockées et traitées dans le nouveau système informatique.

L'adaptation des zones suivantes est d'application :

- Contenu de la zone ET 20/80 Z 7
  - instructions actuelles : Z 7 = « mutualité dont le bénéficiaire est membre »
  - à partir du 12/12/2023 : Z 7 = « 000 ».
- Contenu de la zone ET 20/80 Z 18
  - instructions actuelles : Z 18 = « 400 »
  - à partir du 12/12/2023 : Z 18 = « mutualité dont le bénéficiaire est membre »
- Contenu de la zone ET 20/80 Z 8a-8b : identification du bénéficiaire en cas d'utilisation du numéro d'affiliation (ET 20 Z 32 = 0) :
  - instructions actuelles : zone ET 20/80 Z 8a et 8b = ancienne structure (ID du titulaire + date de naissance)
  - à partir du 12/12/2023 : zone ET 20/80 Z 8a et 8b = nouvelle structure (numéro de série + chiffre de contrôle)

Les mêmes règles de facturation s'appliqueront donc aux Mutualités Libérales qu'aux MLOZ et aux Mutuelles Neutres.

<u>Date d'application</u>: Fichiers de facturation reçus par l'OA à partir du 12/12/2023.

L'occasion a également été saisie pour faire quelques actualisations relatives à l'OA100 (suppression d'anciennes instructions qui n'étaient plus pertinentes) sur les mêmes pages.

3. **New Deal médecins généralistes, ET 50 Z 4 S 13.**

Dans le cadre du projet "New Deal" (nouveau modèle de financement et d'organisation des cabinets de médecins généralistes) un certain nombre de pseudo-codes sont prévus.
Les pseudo-codes pour le financement à l'acte pour les patients avec relation de traitement fixe devront être facturés par les médecins généralistes concernés en tiers payant via eFac.
Pour plus d'informations sur ce projet, veuillez consulter notre site web:
https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/Pages/new-deal-financement-organisation-cabinet-medecin-generaliste.aspx

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/4/2024 (sous réserve).

4. **Lait maternel, ET 50 Z 4 S 10, Z 19 S 1, Z 19 S 2, Z 22.**

Suite à l'AM du 20 juin 2023 (MB du 4 août 2023) modifiant la liste en annexe de l'AR du 23 novembre 2021, les règles de remboursement actuelles (complexes) pour le lait maternel sont supprimées et remplacées par la règle suivante (simple) :
« L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est fixée comme suit : 0,60 EUR/10 ml. »
Les instructions de facturation sont adaptées en conséquence.

Date d'application: Délivrances à partir du 1/9/2023.

5. **Adaptations à la zone « dérogation nombre maximal ou prestation identique », ET 50 Z 23.**

L'utilisation des valeurs "03" et "04" (pour l'instant seulement utilisées pour les consultations et les visites) est étendue à toutes les prestations facturées par les médecins ou les dentistes via eFact ou eAttest.
Une nouvelle valeur "05" (autre prélèvement) est également créée. Elle doit obligatoirement être utilisée pour toutes les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de tests génétiques facturées le même jour pour le même patient par le même laboratoire.

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

6. **Implants – code d'enregistrement, ET 50 Z 57-58-59.**

Suite à l'AM du 17/8/2023 (MB du 15/9/2023) (numac: 2023043127), l'enregistrement n'est plus nécessaire pour les implants permettant l'ancrage d'une prothèse externe.
Le tableau dans l'ET 50 Z 57-58-59 est modifié en conséquence.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/10/2023.

7. <u>Lecture eID (hôpitaux et praticiens de l'art infirmier) - correction,</u> ET 21 Z 9, ET 52 Z 16.

Lors de la création de la nouvelle raison 7 pour l'encodage manuel et la valeur 0 comme type de support, on avait oublié de compléter les exceptions pour remplir la zone "numéro de série du support". Ceci est maintenant rectifié, tant dans l'ET 21 Z 9 (hôpitaux) que dans l'ET 52 Z 16 (praticiens de l'art infirmier).

<u>Date d'application</u>: Il s'agit d'une correction, donc date d'application de la nouvelle valeur 7.

8. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Pas de modifications.

9. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
418574	418574	Pseudo-code (hospitalisation à domicile)	1/7/2023

10. <u>Liste « zone 23 ».</u>

Pas de modifications.

11. <u>Liste « codes erreur ».</u>

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.

12. <u>Liste « membre traité ».</u>

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
184273	184682	2023043128	1/10/2023

Codes supprimés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
152935	153005	2023043128	1/10/2023
170811	170844	2023043128	1/10/2023
180574	180725	2023043128	1/10/2023

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 2021/17 – Publication 28-11-2023

RIZIV-INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging – Service des soins de santé

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 2021/17

Pages à remplacer :

- Annexes 16.19, 25.1, 25.3, 25.10;
- ET 10 Z 10;
- ET 20 Z 5;
- ET 50 Z 5, Z 6a-6b, Z 14 S 3, S 4, S 5, Z 15 S 1, Z 23.

1. Convention “obésité chez les enfants”, annexe 16.19, ET 50 Z 5, Z6a-6b, Z 14 S 5, Z 15 S 1.

La convention "Obésité chez les enfants" est conclue avec un certain nombre de Centres Pédiatriques Multidisciplinaires de prise en charge de l’Obésité (CPMO).
Ces centres recoivent un numéro d'agrément "numéro hôpital + 195".
La convention prévoit un certain nombre de prestations (pseudo-codes), qui doivent toutes être facturées dans l'enregistrement de type 50, avec le type de facture 3 (facture ambulatoire) (un code hospitalisé est également prévu pour 2 prestations ; celles-ci peuvent donc également être facturées lors d'une hospitalisation, avec le type de facture 1).
Vous trouverez ci-dessous un aperçu de la manière de remplir les principales zones du fichier de facturation.

Patient avec contrat de trajet de soins (art.10 et 11)

Pseudo-code	Libellé court	Qui facture?	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
400632-400643	Forfait trimestriel	Hôpital	Z 5 = Z 6 = date de fin de la période à laquelle se rapporte le forfait	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	Numéro hôp. + 195	Non
400654	Forfait annuel pour le médecin généraliste ou le pédiatre	Médecin généraliste ou pédiatre (eFact) (ou hôpital *)	Z 5 = Z 6 = n’importe quelle date dans l’année calendrier	Médecin généraliste ou pédiatre	Zéro (ou n° de l’hôpital auquel le pédiatre est affilié *)	Non

* si le pédiatre ne travaille pas dans un cabinet privé mais est rattaché à un hôpital autre que celui du CPMO

Patient sans contrat de trajet de soins (art.12)

Pseudo-code	Libellé court	Qui facture?	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
400676-400680	Conseil/ soutien au 1er niveau par le pédiatre, affilié à un CPMO	Hôpital	Date du conseil au 1er niveau	Pédiatre	Numéro hôp. + 195	Oui
104090	Prise en charge par le pédiatre, affilié à un PMOC	Hôpital	Date de la prise en charge	Pédiatre	Numéro hôp. + 195	Oui
400691	Forfait pour les conseils complémentaires d'un kiné, psychologue, diététicien	Hôpital	Date du conseil complémentaire du dernier prestataire de soins	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	Numéro hôp. + 195	Oui

Ces instructions sont intégrées dans la description des zones 5-6 (date de prestation), 14 (lieu de prestation) et 15 (prestataire) et dans la liste "prescripteur" (voir également le point 8 ci-dessous).

Date d’application: Prestations effectuées à partir du 1/12/2023.

2. Lecture eID hôpitaux, annexes 25.1, 25.3, 25.10, ET 10 Z 10.

Il est précisé, dans la première phrase de l'annexe 25.1 (scope), que l'hôpital militaire (719) est également concerné.

La liste des exceptions (prestations qui ne nécessitent pas la mention de l'enregistrement 21) est complétée par un certain nombre de prestations.

Le calendrier est mis à jour : l'obligation prendra effet le 1/4/2024 (au lieu du 1/1/2024).

Dans l’ET 10 Z 10, il est précise que la valeur 9 doit être mentionnée en cas de participation à la phase monitoring. Cela avait déjà été convenu et publié dans la Circ. Hôp. 2022/06add et la Cir. Psy. 2022/03add du 24/5/2022, mais est maintenant également repris dans les instructions elles-mêmes.

3. <u>Hospitalisation à domicile – précision</u>, ET 20 Z 5.

Il est précisé que la zone "date d'admission" doit être égale à zéro en cas de type de facture 7 (hospitalisation à domicile).

4. <u>Lieu de prestation coronarographie,</u> ET 50 Z 14 S 3.

Une modification de l'AR du 26/5/2016 portant exécution de l'art 64 de la Loi est en préparation et ajoutera rétroactivement (à partir du 1/4/2023) les prestations 590251-590262 et 590273-590284 à la liste des prestations nécessitant un agrément pathologie cardiaque B (120) ou B1 + B2 (127).

Dans l'attente de la publication de l'AR, les instructions de facturation sont déjà modifiées pour rendre obligatoire la mention du « numéro de l'hôpital + 120 » ou « numéro de l'hôpital + 127 » dans la zone « lieu de prestation ».

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/11/2023.

5. <u>Lieu de prestation implants,</u> annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 3, S 4.

Suite à l'AM du 21/9/2023 (MB du 16/10/2023, Numac 2023043379), les prestations 181414 à 181580 sont ajoutées à la liste des prestations pour lesquelles un agrément « numéro hôpital + 122 » (pathologie cardiaque T) est exigé.

Suite à l'AM du 13/10/2023 (MB du 19/10/2023, Numac 2023043112), l'agrément 171 (centre «capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose») et les prestations 174370 à 174521 sont supprimés.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/11/2023.

6. <u>Dérogation nombre maximal,</u> ET 50 Z 23.

Dans l'attente de nouvelles discussions, la nouvelle valeur "05" (autre prélèvement en cas de biologie clinique, d'anatomo-pathologie et de génétique), qui était prévue à partir du 1/4/2024, sera retirée pour le moment.

7. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
101673	101732	Codes nomenclature existants art. 37 (consultations à distance) (*)	1/4/2024
182114	182125	2023043380	1/11/2023

(*) Si la condition de l'art. 37, §3, e), 1er alinéa ("*Le médecin a une relation de traitement existante avec le patient.*") n'est pas remplie, l'un des pseudo-codes suivants doit être mentionné comme prestation relative pour indiquer qu'une dérogation au 1er alinéa s'applique :
766975 : si le patient a été référé par un médecin à un médecin spécialiste
766990 : si la consultation a eu lieu pendant le service de garde organisé pour les médecins généralistes

8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
104090	104090	Pseudo-codes convention obésité chez les enfants	1/12/2023
400676	400691		1/12/2023

9. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

10. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

11. Liste « membre traité ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
202112	202145	2023045433	1/12/2023

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 2021/18 – Publication 16-1-2024

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 2021/18

Pages à remplacer :

- Annexes 12.5, 25.3;
- ET 40 Z 4 S 7;
- ET 50 Z 4 S 1, S 2, S 14, S 26, S 28, S 29, S 30, S 31, Z 5, Z 6a-6b, Z 15, Z 15 S 1, Z 57-58-59.

Page à ajouter :

- ET 50 Z 5 S 1.

1. Convention 'Obésité chez les enfants' – précision.

Une clarification est apportée dans la note de bas de page du tableau de la mise à jour 2021/17 :

Pseudo-code	Libellé court	Qui facture?	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
400654	Forfait annuel pour le médecin généraliste ou le pédiatre	Médecin généraliste ou pédiatre (eFact) (ou hôpital *)	Z 5 = Z 6 = n'importe quelle date dans l'année calendrier	Médecin généraliste ou pédiatre	Zéro (ou n° de l'hôpital auquel le pédiatre est affilié *)	Non

* si le pédiatre ne travaille pas dans un cabinet privé mais est rattaché à un hôpital autre que celui du CPMO **(Dans des cas exceptionnels, il peut également s'agir de l'hôpital du CPMO, mais uniquement si le pédiatre ne fait pas partie de l'équipe du CPMO)**.

2. Lecture eID hôpitaux, annexe 25.3.

La liste des exceptions (prestations qui ne nécessitent pas la mention de l'enregistrement 21) est complétée par un certain nombre de prestations sans présence du patient.

3. Trajet de démarrage diabète, annexe 12.5, ET 50 Z 4 S 1, S 2, Z 5, Z 6a-6b, Z 15.

Le pseudo-code pour les maisons médicales (109594) est remplacé par le nouveau pseudo-code 400396, mais les modalités de facturation (date de prestation Z 5-6, prestataire Z 15) restent les mêmes.
L'ET 50 Z 4 S 2 (prestations diététiques de la nomenclature de rééducation) est actualisé.

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

4. Projet transversal 'Trajet de soins de préhabilitation et de réhabilitation dans le cadre d'une transplantation abdominale', ET 50 Z 5 S 1, Z6a-6b, Z 15 S 1.

Les conventions (d'une part 'foie, intestin, pancréas ou multi-organes' et d'autre part 'transplantation rénale') prévoient un certain nombre de prestations (pseudo-codes), qui doivent toutes être facturées dans l'enregistrement de type 50, avec le type de facture 3 (facture ambulatoire) (un code hospitalisé est également prévu pour certaines prestations; celles-ci peuvent donc également être facturées lors d'une hospitalisation, avec le type de facture 1).
Vous trouverez ci-dessous un aperçu de la manière de remplir les principales zones du fichier de facturation.

Pseudo-codes	Libellé court	Qui facture?	ET	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
400750-400761 400875-400886 400993-401004 401111-401122	Concertation (p)réhabilitation	Hôpital	50	Date de la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400772-400783 401015-401026 400890-400901 401133-401144	Forfait évaluation (p)réhabilitation	Hôpital	50	Même date que la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400794 401030 400912 401155	Forfait annuel (p)réhabilitation	Hôpital	50	Date > date de la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400816 401052 400934 401170	Séance de kinésithérapie individuelle	Kinésithérapeute (ou hôpital*)	50	Date de la séance ou du troisième bloc de 15 minutes si modulaire	Kinésithérapeute	Zéro ou n° INAMI de l'institution où la prestation est effectuée (hôpital ou autre)	Oui
400831-400842 400956-400960 401074-401085 401192-401203	Examen d'admission	Hôpital	50	Même date que la concertation (p)réhabilitation	Médecin MPR	N° INAMI hôpital	Non
400853 400971 401096 401214	Forfait pour la coordination du processus de (p)réhabilitation	Hôpital	50	Même date que le forfait annuel (p)réhabilitation	Médecin MPR	N° INAMI hôpital	Non

* lorque le kinésithérapeute est lié à l'hôpital

Ces instructions sont intégrées dans la description des zones 5-6 (date de prestation) et 15 (prestataire) et dans la liste « prescripteur » (voir également le point 10 ci-dessous).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/2/2024.

5. <u>Transparence,</u> ET 50 Z 4 S 14.

Trois pseudo-codes génériques sont prévus pour les prestations non remboursables.

Dans la zone « prestation relative », des informations détaillées doivent être fournies sur la prestation effectuée :

- Pour le code générique 384016-384020 (*prestations qui ne sont pas remboursables et pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature*), la prestation relative est égale à un pseudo-code figurant sur une liste fixée par secteur.
- Pour le code générique 384031-384042 (*prestations remboursables, mais pour lesquelles les conditions préalables au remboursement ne sont pas remplies*), la prestation relative est égale au code nomenclature qui serait normalement attesté si les conditions de remboursement étaient remplies.
- Pour le code générique 384053-384064 (*le matériel, la technique ou l'instrumentation qui ne sont pas remboursables et pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature ou pour lesquels la prestation de base est remboursable*), la prestation relative est égale à un pseudo-code figurant sur une liste fixée par secteur.

Pour le secteur dentaire, la mesure entre en vigueur le 1/6/2024 et la liste concernée est reprise dans l'annexe au *Règlement du 11 décembre 2023 fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les praticiens de l'art dentaire*.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/6/2024 (pour le secteur dentaire).

6. <u>Adaptation nomenclature praticiens de l'art infirmier,</u> ET 50 Z 4 S 26, S 28, S 29, S 30, S 31.

Suite à l'AR du 13/11/2023 (MB du 27/11/2023) (Numac 2023047108) modifiant l'art. 8 de la nomenclature, quelques adaptations sont apportées aux instructions de facturation :
Dans l'ET 50 Z 4 S 26 et S 28, la possibilité d'utiliser la norme prestataire « 2 » (prestation attestée par l'infirmier mais effectuée par l'aide-soignant) est ajoutée pour les patients palliatifs.
Dans l'ET 50 Z 4 S 26, une précision est apportée quant au remplissage de la zone « prestataire » pour le forfait (plus spécifiquement pour le forfait palliatif).

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/1/2024.

Il a également été constaté que la norme 2 manquait encore sur les pages à partir de la S 28 (exemple de patient non-forfaitaire). Cette lacune a été corrigée.

7. <u>Forfaits pour le traitement de l'infertilité,</u> ET 40 Z 4 S 7.

L'AR du 30/11/2023 (MB du 20/12/2023) (Numac 2023047888) modifiant l'AR du 6 octobre 2008, supprime le mot "féminine".
Dans l'ET 40 Z 4 S 7 le mot "féminine" est donc supprimé.
Le contrôle sur le sexe doit être désactivé pour ces forfaits.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/1/2024.

8. Code d'enregistrement implants, ET 50 Z 57-58-59.

Suite à l'AM du 21/11/2023 (MB du 1/12/2023, Numac 2023046261), il n'y a plus d'obligation d'enregistrement pour les filets vaginaux. Le tableau de l'ET 50 Z 57-58-59 est modifié en conséquence.

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

9. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
159294	159305	2023046716	1/1/2024
184870	184925	2023046716	1/1/2024
303796	303800	2023046811	1/1/2024
373796	373800	2023046811	1/1/2024
384016	384064	Pseudo-codes (transparence)	1/6/2024

10. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
184693	184763	Pseudo-codes convention thrombectomie	1/1/2024 (*)
400816, 400934, 401052, 401170		Pseudo-codes 'Trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale'	1/2/2024

(*) ces pseudo-codes ont été créés précédemment mais ont été oubliés sur la liste

11. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

12. 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.

13. Liste « membre traité ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
184774	184866	2023047520	1/1/2024

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 2021/19corr – Publication 4-3-2024

RIZIV-INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging – Service des soins de santé

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 2021/19 corrigendum

Pages à remplacer :

- Annexes 6 suite, 6.6, 12.5, 13.5, 16.5, 20.3, 23.3, 25.2, 25.3, 25.4, 25.5, 25.6, 25.7, 25.8, 26.3;
- ET 21 Z 8;
- ET 50 Z 5 S 1, Z 14 S 2, Z 32;
- ET 52 Z 3.

Page à supprimer :

- Annexes 24.5, 24.6.

1. **<u>New Deal médecins généralistes,</u> annexes 6 suite, 6.6, 12.5, 13.5, 20.3, 23.3, 26.3, ET 50 Z 32.**

Dans la mise à jour 2021/16 du 26/9/2023, les pseudo-codes pour le financement à l'acte pour les patients avec une relation thérapeutique fixe ont été publiés. Ceux-ci sont facturés en tiers payant via eFac par les médecins généralistes concernés.

Dans la situation exceptionnelle où un médecin New Deal facture les prestations de référence de l'art. 2 (101076, 103412, 103434) pour un patient avec une relation thérapeutique fixe (soirs, nuits, week-ends ou jours fériés, si l'état du patient ces jours et heures nécessite des soins urgents, qui ne peuvent être reportés), alors les zones suivantes doivent être remplies pour indiquer qu'il s'agit d'une exception :

- ET 50 Z 32 (justification) = N
- ET 50 Z 17-18 (prestation relative) = 107575 (voir aussi le point 6 ci-dessous).

Ces zones ne doivent être renseignées que si la facturation est effectuée par un médecin New Deal individuel et <u>non</u> si le tiers facturant est un poste de garde. Dans ce dernier cas, les prestations concernées de l'art. 2 peuvent être facturées sans remplir les deux zones.

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

2. **<u>Trajet de soins 'Troubles de l'alimentation',</u> ET 50 Z 14 S 2.**

Pour activer le trajet de soins, le médecin traitant facture le pseudo-code 401295 (honoraires forfaitaires par période de 12 mois pour le suivi du bénéficiaire).

Un pseudo-code est également prévu pour la participation à la concertation multidisciplinaire (401310).

Enfin, 2 pseudo-codes sont prévus pour la diététique (401332 et 401354). Pour ces codes, le prescripteur doit être mentionné (voir également le point 7 ci-dessous) et le numéro INAMI du réseau SMEA (Santé Mentale Enfants et Adolescents) doit être mentionné comme lieu de prestation.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/2/2024.

3. **<u>Lecture eID hôpitaux,</u> annexes 25.2, 25.3, 25.4, 25.5, 25.6, 25.7, 25.8, ET 21 Z 8, ET 52 Z 3.**

Dans l'annexe 25.2, des codes ont été ajoutés au traitement récurrent 'radiothérapie'.
Dans l'annexe 25.3, quelques ajouts et clarifications ont été apportés à la liste des exceptions.
Dans l'annexe 25.4, une correction a été apportée au point c).
Dans les annexes 25.6 à 25.8, les scénarios de test et les instructions concernant la phase test (qui s'est terminée le 1/5/2022, date du début de la phase de monitoring) ont été supprimés.
Dans l'ET 21 Z 8 et l'ET 52 Z 3, le libellé de la raison "7" pour l'encodage manuel a été précisé.

4. **<u>Code compétence,</u> annexe 16.5.**

Un nouveau code compétence a été créé pour les psychologues et orthopédagogues cliniciens en formation.

5. Projet transversal 'Trajet de soins de préhabilitation et de réhabilitation dans le cadre d'une transplantation abdominale', ET 50 Z 5 S 1.

Une correction (+ note de bas de page) est apportée dans le tableau de la mise à jour 2021/18:

Pseudo-codes	Libellé court	Qui facture?	ET	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
400750-400761 400875-400886 400993-401004 401111-401122	Concertation (p)réhabilitation	Hôpital	50	Date de la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400772-400783 401015-401026 400890-400901 401133-401144	Forfait évaluation (p)réhabilitation	Hôpital	50	Même date que la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400794 401030 400912 401155	Forfait annuel (p)réhabilitation	Hôpital	50	Date > date de la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400816 401052 400934 401170	Séance de kinésithérapie individuelle	Kinésithérapeute (ou hôpital*)	50	Date de la séance ou du troisième bloc de 15 minutes si modulaire	Kinésithérapeute	Zéro ou n° INAMI de l'institution où la prestation est effectuée (hôpital ou autre)	Oui
400831-400842 400956-400960 401074-401085 401192-401203	Examen d'admission	Hôpital	50	Date ≥ date de la concertation (p)réhabilitation (**)	Médecin MPR	N° INAMI hôpital	Non
400853 400971 401096 401214	Forfait pour la coordination du processus de (p)réhabilitation	Hôpital	50	Même date que le forfait annuel (p)réhabilitation	Médecin MPR	N° INAMI hôpital	Non

* lorque le kinésithérapeute est lié à l'hôpital

(**) La prestation comprend un certain nombre d'activités effectuées par le médecin MPR et se termine par la finalisation du plan de traitement (ce qui est fait après en avoir discuté lors de la concertation (p)réhabilitation). La date de prestation est définie comme la date de fin de cette période et doit donc être supérieure ou égale à la date de la concertation (p)réhabilitation.

La même adaptation est faite dans l'ET 50 Z 5 S 1.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/2/2024.

6. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
101076, 103412, 103434		Il s'agit de codes nomenclature existants de l'art. 2 (prestation relative = 107575 seulement à remplir dans la situation d'exception décrite dans le point 1 ci-dessus)	1/4/2024
107450		Pseudo-code prestation à l'acte New Deal	1/4/2024

7. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
401332	401354	Pseudo-codes trajet de soins 'troubles de l'alimentation'	1/2/2024

8. Liste « zone 23 ».

Codes supprimés			
De	**À**	**Numac**	**Date d'application**
434490-434501 et 559311-559322		2022043461	1/3/2023

9. Liste « codes erreur ».

Quelques codes erreur ont été créés dans le cadre du projet New Deal.

10. Liste « membre traité ».

Pas de modifications.

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 ≥ 1/7/2024)
- Lorsque l'admission commence le 1/7/2024 ou plus tard : nouveau système : forfait à 100%, médicaments à 0€

4. <u>Lecture eID hôpitaux,</u> 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 inclues, 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 précise 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. <u>Nomenclature praticiens de l'art infirmier – nouvelle rubrique *3°ter*</u>, 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°ter* à l'article 8 de la nomenclature.
Les nouveaux codes nomenclature ont les mêmes règles d'application que les codes de la rubrique *3°bis* 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).

<u>Date d'application</u>: 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. <u>Projets pilotes « soins transmuraux pour les enfants souffrant de maladies chroniques »,</u> 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.

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 2021/21 – Publication 25-6-2024

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 2021/21

Pages à remplacer :

- Annexes 6, 6.3, 7, 7 suite 1, 16.19, 25.3;
- ET 21 Z 5;
- ET 50 Z 5 S 1, Z 14 S 3, S 5, Z 51.

Page à ajouter :

- ET 21 Z 28.

1. Modifications implants 1/6/2024, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 3, S 5.

Suite à l'AM du 27/5/2024 (MB du 7/6/2024) (Numac: 2024003092), un nouveau numéro d'agrément "numéro hôpital + 179" (centre « Clou centromédullaire magnétique allongeable ») est créé. Celui-ci doit être utilisé pour la nouvelle prestation 185194-185205.

Suite à l'AM du 3/5/2024 (MB du 15/5/2024) (Numac: 2024004303), le numéro d'agrément (existant) "numéro hôpital + 120" (pathologie cardiaque B) doit être indiqué pour les nouvelles prestations 185253-185264 et 185275-185286.

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

2. Lecture eID hôpitaux, annexes 6, 6.3, 7, 7 suite 1, 25.3, ET 21 Z 5, Z 28.

Les instructions dans l'ET 21 Z 5 sont modifiées pour permettre les raisons 1 (document d'identité sans puce ou avec puce défectueuse), 2 (indisponibilité du lecteur de carte) et 3 (absence d'interconnectivité entre logiciels) pour l'encodage manuel à postériori (valeur 8).

Une nouvelle zone « référence de l'établissement» est prévue aux positions 138-162 de l'enregistrement de type 21. Il s'agit d'une zone de texte libre, par analogie avec les zones déjà existantes dans d'autres types d'enregistrements.
L'annexe 7 suite 1 précise que cette zone doit être complétée par des zéros si elle n'est pas utilisée.

Date d'application : Mois facturé septembre 2024.

Dans l'annexe 25.3, les nouvelles prestations « avis téléphonique » de l'article 5 (dentistes) sont ajoutées à l'exception pour les prestations à distance.
L'exception relative aux conventions de rééducation est également précisée.

3. Cliniques du sein, ET 50 Z 14 S 3, Z 51.

Suite à l'AR du 25 mai 2024 modifiant l'AR du 26 mai 2016 portant exécution de l'article 64, § 1er, alinéa 1er, 1°, de la Loi , certaines prestations (COM en cas de diagnostic de cancer du sein, certaines prestations chirurgicales de l'article 14, c) et 14, e) et les prestations 227592-227603 et 227614-227625 en cas de diagnostic de cancer du sein) ne pourront être facturées que si elles ont lieu dans une clinique du sein agréée.
Jusqu'au 31/12/2025, il peut s'agir d'une clinique du sein coordinatrice ou d'une clinique du sein satellite/affiliée. Le numéro d'agrément 135 existant continuera donc à être utilisé et ce n'est qu'à partir du 1/1/2026 (date d'entrée en vigueur d'un nouvel AR du SPF) que les numéros d'agrément distincts 136 (clinique du sein coordinatrice) et 137 (clinique du sein affiliée) seront créés.

Cela signifie que pour les prestations de l'AR susmentionné, il faudra dorénavant mentionner
1. le numéro d'agrément « numéro hôpital + 135 » comme lieu de prestation (ET 50 Z 14)
2. le numéro de site dans l'ET 50 Z 51

Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1/8/2024.

4. Mention du site hospitalier pour les implants - précision, ET 50 Z 51.

La mise à jour 2021/20 du 14/5/2024 prévoit que pour toutes les prestations de la « Liste » (implants et dispositifs médicaux invasifs), la zone « site hospitalier » doit être renseignée à partir de la date de prestation 1/1/2025.
Il est précisé que le numéro du site hospitalier doit également être répété dans tous les enregistrements statistiques (norme 9) et dans les enregistrements « marge de délivrance » et « marge de sécurité ».

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

5. Obesité chez les enfants – précision date de prestation du forfait trimestriel, ET 50 Z 5 S 1.

Les instructions relatives à cette convention ont été publiées dans la mise à jour 2021/17.
La date de prestation du forfait trimestriel (400632-400643) a été définie comme « *le dernier jour de la période à laquelle le forfait se rapporte* » (= période de 3 mois courants).
Cette date fait l'objet d'une clarification supplémentaire.

6. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutées			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
302654 (*)	302761 (*)	2024005343	1/7/2024
372816 (*)	372842 (*)	2024005343	1/7/2024
309492	309503	2024005345	1/7/2024
379492	379503	2024005345	1/7/2024
Codes supprimés			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
309735	309761	2024005343	1/7/2024

(*) la prestation relative est uniquement exigée si le travail prothétique est interrompu ou terminé prématurément en raison du décès ou pour des raisons médicales impérieuses

7. Liste « prescripteur ».

La prestation 747913-747924 (forfait INAMI PET) a été supprimée par inadvertance de la liste lors de la précédente mise à jour et y est à nouveau ajoutée.
Pour les produits radio-pharmaceutiques, la référence à la liste de l'AR est complétée par une clarification sur la manière dont les pseudo-codes concernés peuvent être sélectionnés dans le fichier de référence des spécialités pharmaceutiques remboursables, à savoir via la valeur 2 dans le champ RC_LVLO_ID de la table de base REFUND CONDITION_PRICES.

8. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

9. 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.

10. Liste « membre traité ».

Pas de modifications.

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 2021/22 – Publication 10-9-2024

RIZIV-INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging – Service des soins de santé

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 2021/22

Pages à remplacer :

- Annexes 15.1, 16.19, 25.1, 25.2, 25.3;
- ET 20 Z 10 S 1;
- ET 50 Z 3 S 2, Z 4 S 1, S 3, S 4, S 14, S 15, Z 14 S 3, Z 15, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31, Z 44-45.

1. **<u>Transparence médecins</u>, ET 50 Z 3 S 2, Z 4 S 14, S 15, Z 15, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31, Z 44-45.**

   Suite au Règlement fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les médecins (approuvé par le Comité de l'Assurance lors de sa réunion du 1/7/2024), les instructions de facturation sont complétées:
   - enregistrements statistiques (facultatifs) pour la catégorie 1 (même procédure que les forfaits dans le secteur des soins à domicile) (ET 50 Z 3 S 2)
   - nouveaux pseudo-codes dans l'ET 50 Z 4 S 14 (les codes hospitalisés sont facultatifs)
   - zone « dispensateur de soins » (ET 50 Z 15)
   - zone « libellé » (ET 50 Z 44-45)
   - zones montant (ET 50 Z 19, Z 27 et Z 30-31)

   La liste « prestation relative » (voir point 7) est également complétée par:
   - les pseudo-codes statistiques (catégorie 1).
   - les pseudo-codes génériques de catégorie 2 et catégorie 4

   Un tableau résumant la procédure pour les 4 catégories se trouve en annexe. A titre de comparaison, la colonne de droite reprend également la méthode de travail pour le secteur dentaire.

   <u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/10/2024.

2. **<u>Lecture eID hôpitaux</u>, annexes 25.1, 25.2, 25.3.**

   - **<u>Précision dans le point 1.3</u>**

     Il est précisé que pour les médicaments administrés dans le cadre d'un traitement récurrent, un ET 21 doit être indiqué pour chaque date de prestation.

   - **<u>Précision dans le point 1.4</u>**

     La mise à jour 2021/20 précise qu'une facture d'hospitalisation doit toujours contenir un ET 21, même si elle ne contient que des *prestations* pour lesquelles aucune lecture n'est requise. Il est désormais précisé que cela ne s'applique pas à une facture d'hospitalisation relative à un *patient* pour lequel aucune lecture n'est requise (nouveau-né, patient décédé, conventions internationales), ni à un *patient hospitalisé ailleurs* (code service = 002). De telles factures d'hospitalisation ne doivent pas contenir d'ET 21.

   - **<u>Correction dans le point 2.1</u>**

     Dans la mise à jour 2021/15, suite à la création de 2 zones de date distinctes, il a été prévu que la date/heure de lecture doit toujours être renseignée, y compris pour l'encodage manuel a posteriori. Ceci a été correctement adapté dans la description des zones, mais un passage doit être supprimé dans l'annexe 25.

   - **<u>Précision nouveaux-nés (point 2.4)</u>**

     La mention « *c'est l'âge au moment de l'admission qui compte* » ne concerne que les factures d'hospitalisation. Pour les factures ambulatoires, c'est la date de prestaion (et donc pas la date de l'ET 20 Z 5) qui doit être prise en compte.

- **Prestations sans contact avec le patient (point 2.4)**

  Les prestations suivantes sont ajoutées à l'énumération : 103994, 109336, 109351, 109373, 109395, 109410, 109432 et 109675.

3. Programme de soins spécialisé 'soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives', annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 3.

Suite à 2 AR de 12 juin 2024 (MB du 28 juin 2024) (NUMAC 2024006518 et 2024006517), un nouveau numéro d'agrément « numéro de l'hôpital + 138 » est créé.
Ce numéro d'agrément doit être mentionné comme lieu de prestation lors de la facturation de la prestation 588991-589002.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/8/2024.

4. Accessoires destinés à couvrir la tête, ET 50 Z 4 S 4.

Suite à l'AM du 6 juin 2024 (MB du 11 juin 2024) (NUMAC: 2024005866) qui modifie le chapitre « prothèses capillaires » de l'AR « moyens diagnostiques », un nouveau pseudo-code 755930 est prévu pour les accessoires pour couvrir la tête.
Ce pseudo-code est également ajouté à la liste des « prescripteur » (voir point 8).

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

5. Nutrition parentérale, annexes 15.1, 25.3, ET 50 Z 4 S 3, Z 15 S 1.

Suite à l'AM du 8 juillet 2024 (MB du 18 juillet 2024) (NUMAC: 2024006942) + erratum MB du 30 août 2024 (Numac : 2024008310), 3 nouveaux pseudo-codes (764971, 766172 et 766194) ont été prévus pour la nutrition parentérale.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/8/2024.

6. Précision rééducation, ET 20 Z 10 S 1, ET 50 Z 4 S 1.

Le terme « rééductation individuelle » peut prêter à confusion (notamment dans les instructions relatives au type de facture 1/3 par rapport au type 5/6) et est remplacé par une référence à l'AR du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation.

7. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutées			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
185356	185360	Implants – publication site web	1/9/2024
201434	201445	2024006285	1/9/2024
201456	201460	2024006295	1/9/2024
384075	384226	Pseudo-codes transparence médecins	1/10/2024
457796	457800	2024006293	1/9/2024

8. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutées			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
755930	755930	2024005866	1/7/2024

9. Liste « zone 23 ».

Codes ajoutées			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
457796	457800	2024006293	1/9/2024

10. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

11. Liste « membre traité ».

Codes ajoutées			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
286650	286742	2024007896	1/10/2024

ANNEXE

	MEDECINS	DENTISTES
Catégorie 1	Zone 4 (code prestation): code nomenclature Précédé (facultativement) par un (des) enregistrement(s) statistique(s) avec: Zone 4 (code prestation): pseudo-code 384075-384086, 384090-384101, 384112-384123, 384134-384145 Zone 3 (norme) : 9 Zone 17-18 (prest.rel.) : code nomenclature Zone 44-45 (libellé) : OUI	Zone 4 (code prestation): code nomenclature
Catégorie 2	Zone 4 (code prestation): pseudo-code générique 384215-384226 Zone 17-18 (prest. rel.) : code nomenclature Zone 44-45 (libellé): NON	Zone 4 (code prestation): pseudo-code générique 384031-384042 Zone 17-18 (prest. rel.) : code nomenclature Zone 44-45 (libellé): NON
Catégorie 3	Zone 4 (code prestation): pseudo-code générique 384230-384241 Zone 17-18 (prest. rel.): / Zone 44-45 (libellé): OUI	Zone 4 (code prestation): pseudo-code générique 384016-384020 Zone 17-18 (prest. rel.): pseudo-code détaillé de la liste Zone 44-45 (libellé): NON
Catégorie 4	Zone 4 (code prestation): pseudo-code générique 384156-384160, 384171-384182, 384193-384204 Zone 17-18 (prest. rel.): code nomenclature (ou pseudo-code catégorie 3) de la prestation pour laquelle le matériel, la technique ou l'instrumentation est facturé Zone 44-45 (libellé): OUI	Zone 4 (code prestation): pseudo-code générique 384053-384064 Zone 17-18 (prest. rel.): pseudo-code détaillé de la liste Zone 44-45 (libellé): NON

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 2021/23 – Publication 29-10-2024

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 2021/23

Pages à remplacer :

- Annexes 16.19, 25.1, 25.2, 25.3;
- ET 21 Z 11;
- ET 30 Z 4 S 4;
- ET 50 Z 3 S 3, Z 4 S 12, Z 5, Z 14, Z 14 S 4, Z 14 S 5, Z 15 S 1, Z 26, Z 26 S 2, Z 26 S 3, Z 26 S 9, Z 51.

1. Lecture eID hôpitaux, annexes 25.1, 25.2, 25.3, ET 21 Z 11.

- **Précision des instructions concernant les traitements récurrents (point 1.3)**

  Il est précisé que l'ET 21 de la lecture peut être copié pour tous les jours de prestation.
  Il est également ajouté que les organismes assureurs ne peuvent pas donner de messages d'erreur lorsque la date de lecture est postérieure à la date de prestation.

- **Ajouts dans les instructions concernant les traitements récurrents (point 1.3)**

  Les pseudocodes des produits sanguins délivrés dans le cadre de la dialyse, à savoir les pseudocodes 752113 à 752706, sont ajoutés à la liste des traitements récurrents.

- **Correction exceptions: vérification à postériori (point 2.1)**

  La première phrase est corrigée et alignée sur les instructions figurant dans la description des zones « heure de lecture document identité électronique » et « date de lecture document identité électronique ».

- **Ajouts aux exceptions: prestations de consultation multidisciplinaire sans la présence du patient (point 2.4)**

  Suite à la nouvelle convention « ablation percutanée », les codes 350755-350766, 350770-350781 et 350792-350803 sont ajoutés aux codes relatifs aux prestations de consultation multidisciplinaire sans la présence du patient.

  Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/11/2024.

- **Ajouts aux exceptions: autres prestations sans la présence du patient (point 2.4)**

  Le code 109454 est ajouté aux codes relatifs à la concertation 'psychiatrie infanto-juvénile'.
  Les codes 400632-400643 (forfait trimestriel) et 400654 (forfait annuel) sont ajoutés aux codes relatifs à la convention 'obésité chez les enfants'.

- **Précision exceptions: médicaments non-remboursables (point 2.4)**

  Il est précisé que les médicaments gratuits (ET 40 Z 16 = 1) sont assimilés aux médicaments non remboursables.

- **Correction exceptions: forfaits pour l'alimentation parentérale à domicile (point 2.4)**

  Les codes erronés 758870, 758995 et 795815 sont remplacés par les codes 764971, 766172 et 766194.

- **Correction dans la description de la zone 'date de lecture' (ET 21 Z 11)**

  Il est corrigé que 'facture ambulatoire avec médicaments de sortie' se réfère à
  ET 40 Z 12 = 3, et non à ET 40 Z 12 = 1.

2. Hôpital de jour: création forfait groupe 1bis, ET 30 Z 4 S 4.

Suite à un avenant à la convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs, le 'forfait groupe 1bis' est crée.

Il est identifié par le nouveau pseudocode: 766356-766360.

Pour les modifications liées à la liste « prestation relative », voir le point 9.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/10/2024.

3. Références implants, ET 50 Z 3 S 3.

L'ancienne référence aux fichiers Excel "Z 43" et "Z 55-56" est supprimée.

4. Convention 'NGS' (Next Generation Sequencing), ET 50 Z 5, Z 14.

Pour les pseudocodes de la convention, en ce qui concerne la date de prestation, on applique les mêmes règles que pour la biologie clinique, la médecine nucléaire in vitro, l'anatomie pathologique et les examens génétiques.
Le lieu de prestation doit comporter le numéro d'identification du laboratoire d'anatomie pathologique, de biologie clinique ou de génétique humaine qui a adhéré à la convention (et qui dispose d'un attribut spécifique à cet effet).

Pour les modifications liées à la liste « prescripteur », voir le point 10.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/7/2024.
Tous les organismes assureurs seront prêts à traiter et à effectuer les contrôles nécessaires sur ces prestations pour les fichiers de facturation qu'ils reçoivent à partir du 1/11/2024.

5. Convention 'ablation percutanée sous guidage tomodensitométrique', annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 12, Z 14 S 5, Z 15 S 1.

Suite à cette nouvelle convention, un nouveau numéro d'agrément «numéro hôpital + 196» est créé et celui-ci doit être mentionné comme lieu de prestation.
Il est spécifié que pour les prestations 'ablation percutanée' (587134-587145, 587156-587160, 587171-587182 et 587193-587204) et pour l'intervention globale pour la consultation multidisciplinaire (350755-350766) un médecin spécialiste en radiodiagnostic avec une expérience en radiologie interventionnelle doit toujours être mentionné comme prestataire.
Pour les prestations 'participation à la consultation multidisciplinaire', le prestataire est le médecin spécialiste référent (dans le cas du code 350770-350781) ou le médecin généraliste (dans le cas du code 350792-350803).

Pour les modifications liées à la lecture eID, voir le point 1.

Pour les modifications relatives aux listes « prestation relative » et « prescripteur », voir les points 9 et 10.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/11/2024.

6. <u>Automatisation du remboursement des frais de transport pour les bénéficiaires dialysés et les bénéficiaires suivant un traitement oncologique – zone « site hospitalier »</u>, ET 50 Z 51.

Suite à deux arrêtés ministériels, les interventions pour les frais de transport pour les bénéficiaires dialysés (Numac 2024005673) et les bénéficiaires suivant un traitement oncologique (Numac 2024005675) sont automatisées.
Pour les prestations qui, avec ou sans conditions supplémentaires, donnent lieu à un remboursement des frais de transport et qui sont énumérées dans les arrêtés ministériels, le remplissage de la zone « site hospitalier » devient obligatoire.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/4/2025.

7. <u>Clarification des instructions relatives à la substitution et suppression de la norme prescripteur '6'</u>, ET 50 Z 26, Z 26 S 2, Z 26 S3, Z 26 S 9.

En raison de son utilisation négligeable, la norme prescripteur '6' est supprimée.
En outre, une nouvelle formulation de la valeur 5 précise que la prestation en question remplace une prestation prescrite et n'est donc pas elle-même remplacée.

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

8. <u>Tuteurs coronaires: lieu de prestation</u>, annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 4.

Pour les prestations relatives aux tuteurs coronaires 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660, l'instruction de mentionner le «numéro hôpital + 156» (tuteur coronaire et drug eluting stent) est remplacée par l'instruction de mentionner le «numéro hôpital + 127» (pathologie cardiaque B1 + B2).
Ce n'est qu'en mentionnant ce numéro que l'assurance obligatoire peut intervenir.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1/9/2024.

9. <u>Liste « prestation relative ».</u>

Codes ajoutés			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
201471	201482	2024007256	1/9/2024
350770	350803	convention "ablation percutanée"	1/11/2024
766356	766360	convention nationale entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs : forfait hôpital de jour groupe 1bis	1/10/2024

10. <u>Liste « prescripteur ».</u>

Codes ajoutés			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
350755	350766	convention "ablation percutanée"	1/11/2024
535010	536023	convention "NGS"	1/7/2024

11. 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.

12. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

13. Liste « membre traité ».

Pas de modifications.

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 2021/24 – Publication 3-12-2024

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 2021/24

<u>Pages à remplacer</u> :

- Annexe 25.2, 25.3, 25.4;
- ET 21 Z 5, Z 6, Z 7, Z 8;
- ET 40 Z 4 S 7, Z 19, Z 19 S 1, Z 27;
- ET 50 Z 3, Z 14 S 4, Z 33.

1. Médicaments indisponibles, ET 40 Z 4 S 7, Z 19, Z 19 S 1, Z 27.

L'Arrêté Royal du 26 avril 2024 modifiant l'arrêté royal du 1er février 2018, fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, prévoit que le surcoût d'un médicament qui remplace une spécialité essentielle indisponible peut, dans un premier temps, être facturée à l'assurance maladie.

Le médicament de remplacement est inscrit sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables avec son propre code CNK. La base de remboursement, les conditions de remboursement et le ticket modérateur sont identiques à ceux du médicament indisponible. Ce médicament de remplacement sera indiqué avec un code 'S' dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et dans la source authentique des médicaments : SAMv2.
Un médicament de remplacement sera toujours considéré comme une spécialité originale.
Dans la plupart des cas, le médicament de remplacement sera plus cher que la spécialité indisponible. On entend par surcoût la différence entre le prix ex-usine du médicament de remplacement et de la spécialité indisponible, tel que mentionné sur la facture d'achat, plus les frais et droits relatifs à ce médicament, comme par exemple les frais d'importation. Ce surcoût est donc variable et ne sera pas publié dans la liste des spécialités remboursables et la base de données associée.

Le surcoût est facturé via une ligne de facturation séparée avec un nouveau pseudo-code.
Un médicament de remplacement est donc facturé de façon suivante:

- Ligne 1: pseudo-code catégorie existant du 'médicament de remplacement' (qui est toujours considéré comme spécialité originale); code CNK médicament de remplacement; AMI = remboursement normal; ticket modérateur = ticket modérateur du médicament de remplacement (déterminé sur la base de la base de remboursement, du ticket modérateur, du groupe de remboursement du médicament indisponible)
- Ligne 2: nouveau pseudo-code; même code CNK du médicament de remplacement; AMI = surcoût du médicament de remplacement; ticket modérateur = 0

Les 2 lignes de facturation sont considérées comme un bloc.
L'enregistrement 'surcoût'(pseudo-code 780673 ou 780942) doit toujours être précédé d'un enregistrement portant le pseudo-code de catégorie des spécialités. Si une erreur est détectée dans un des 2 enregistrements, les 2 enregistrements sont rejetés ensemble.

Pour la 1ère ligne, toutes les règles actuelles continuent à s'appliquer, y compris les règles de calcul et d'arrondi (ambulatoires et hospitalisés) dans l'annexe 14.

Pour la 2e ligne, le nombre d'unités délivrées doit être multiplié avec le surcoût par unité.

Le surcoût par unité est déterminé comme suit:

Dans le cas de 1 commande en provenance de l'étranger, le surcoût est divisé par le nombre d'unités.

Exemple:
Commande de l'étranger = 2000 € de surcoût pour 1000 gélules → surcoût par unité = 2 €

S'il y a plusieurs commandes de l'étranger à des moments différents, le scénario le plus souhaitable est de calculer le surcoût de la première commande et de le diviser sur le nombre d'unités avant de facturer. Une fois ce stock est épuisé, le surcoût peut être recalculé sur base du surcoût de la deuxième commande et ainsi facturé.

Ce scénario n'étant pas toujours réalisable, il est également acceptable, une fois que l'hôpital a reçu la deuxième commande, de recalculer le surcoût du stock restant de la première commande avec le surcoût de la deuxième commande pour obtenir un nouveau surcoût par unité.

Exemple:
Commande 1 de l'étranger = 2000 € de surcoût pour 1000 gélules → surcoût par unité = 2 €
Commande 2 de l'étranger = 2500 € de surcoût pour 1000 gélules → surcoût par unité = 2,5 €

Scénario idéal:
Délivrance et facturation des 1000 unités de la commande 1 avec un surcoût de 2 € par unité. Dès que ce stock est épuisé, les 1000 unités suivantes sont facturées sur la base d'un surcoût de 2,5 € de la commande 2.

Scénario acceptable:
- Si seules les unités de la commande 1 sont disponibles dans l'officine hospitalière: délivrance et facturation des unités avec un surcoût de 2 € par unité.
- Dès que les unités de la commande 2 sont également disponibles dans l'officine hospitalière : recalculer le surcoût des unités restantes de la commande 1 (par exemple 250 unités avec un surcoût de 2 €), avec le surcoût de la commande 2 (1000 unités avec un surcoût de 2,5 €). Le surcoût pour les délivrances et la facturation s'élève ainsi à 2,4 € par unité.

Le surcoût par unité doit être exprimé avec 4 décimales. Le nombre d'unités multiplié par le surcoût par unité doit être arrondi à 2 décimales.

Exemple fictif

Dénomination / Benaming (Demandeur/Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs ***ex-usine / buiten bedrijf***	Base de remb Basis v tegem ***ex-usine / buiten bedrijf***	I	II
ORIGINEEL GENEESMIDDEL 10 mg			BEDRIJF A					ATC: A12BC03
B-999	1111-111	100 gélules, 20 mg	100 capsules hard, 20 mg		120,13	120,13	9,90	15,00
	1111-111				***100,00***	***100,00***		
B-999 *	7777-777	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg		1,1311	1,1311		
B-999 **	7777-777	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg		1,0600	1,0600		
B-999 ***	7777-777	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg		1,1477	1,1477	0,0990	0,1500
VERVANGEND GENEESMIDDEL 10 mg								ATC: A12BC03
B-999	2222-222	100 gélules, 20 mg	100 capsules hard, 20 mg	**S**		119,64	9,90	15,00
	2222-222					***100,00***		
B-999 *	8888-888	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	**S**		1,1311		
B-999 **	8888-888	1 gélule, 20 mg	1 capsule, hard, 20 mg	**S**		1,0600		

Le médicament X (CNK 7777-777) est indisponible. 1000 unités du médicament de remplacement Y (CNK 8888-888) sont achetées à l'étranger.
Le surcoût total de ces 1000 unités (par rapport au médicament X indisponible) est de 2000€.
Le surcoût par unité est donc de 2€.

Délivrance de 3 unités à un patient ambulatoire

Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (IP)	Z 40-41 (CNK)
750934 (catégorie B)	2,54	3	0,85	8888-888
780673 (nouveau pseudo-code)	6	3	0	8888-888

*Base de remboursement * nombre d'unités : 1,1311 * 3 = 3,3933 ≈ 3,39*
*Intervention personnelle: 0,25 * 3,3933 = 0,848325 ≈* ***0,85***
Intervention AMI: 3,39 – 0,85 = ***2,54***
*Surcoût: 2 * 3 =* ***6***

Délivrance de 20 unités à un patient hospitalisé (hors forfaitarisation)

Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (AMI)	Z 22 (nombre)	Z 27 (IP)	Z 39 (TM théorique)	Z 40-41 (CNK)
750746 (catégorie B)	20,83	20	0	0,37	8888-888
780942 (nouveau pseudo-code)	40	20	0	0	8888-888

*Base de remboursement * nombre d'unités : 1,0600 * 20 = 21,2000 ≈ 21,20*
Intervention personnelle théorique: 0,37
Intervention AMI: 21,20 – 0,37 = ***20,83***
*Surcoût: 2 * 20 =* ***40***

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

2. Lecture eID.

2.1 Ajouts de pseudo-codes dans la liste « traitements récurrents », annexe 25.2

La prestation 444710-444721 (pseudo-code AR n°.20; mesure temporaire COVID-19) est ajoutée à la liste des traitements récurrents.

2.2 Ajouts de pseudo-codes dans la liste « pas d'enregistrement 21 », annexe 25.3

Plusieurs pseudocodes des deux conventions « Dépistage du Virus de la Variole du Singe » (557233-557244 et 557270-557281) et « Next Generation Sequencing » (535010 jusqu'à 536023 inclus) sont ajoutés à la liste des prestations qui ne nécessitent pas la lecture de l'eID.

2.3 Instructions pour la mention d'enregistrements 21 non obligatoires, annexe 25.4

Les instructions du point 4 de l'annexe 25.4 prévoient déjà qu'aucun rejet ne doit être effectué lorsqu'un enregistrement 21 est mentionné alors qu'il n'était pas nécessaire. Il est maintenant précisé que tout enregistrement 21 mentionné, même non obligatoire, doit être correct. Les erreurs dans un enregistrement 21 non obligatoire peuvent donc donner lieu à des rejets (erreurs de types E, R et F).

2.4 Références au fichier « combinaisons autorisées enregistrement 21 », ET 21 Z 5, Z 6, Z 7, Z 8

Il est fait référence à un fichier Excel contenant deux onglets. Le premier onglet énumère les combinaisons logiques des zones 5, 6, 7 et 8. Le second onglet énumère les combinaisons illogiques mais autorisées.

3. Clarification valeur 6 norme prestation (pourcentage), ET 50 Z 3.

Il est précisé dans la libellé de la valeur 6 que, dans le cas d'implants avec liste nominative, le « prix INAMI » est égal au montant du code d'implant individuel figurant sur la liste nominative. La référence à l'Article 28 est également supprimée. En outre, les organismes assureurs alignent leurs contrôles de la zone concernée, comme le montre le tableau ci-dessous.

montant > montant code implant	interdit (rejet)
montant = montant code implant	norme 0
montant < montant code implant	norme 6

Date d'application: Il s'agit d'une clarification des instructions existantes, mais le contrôle sera appliqué plus strictement à partir du mois facturé janvier 2025 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202501).

4. Correction lieu de prestation tuteurs coronaires, ET 50 Z 14 S 4.

Pour les prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660, l'agrément de la pathologie cardiaque B1+B2 est nécessaire. Ainsi, en plus du numéro d'agrément 127 (B1+B2) (prévue dans la mise à jour précédente), le numéro d'agrément 120 (programme complet B (B1+B2+B3)) est également autorisé. Ce numéro sera désormais ajouté.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/9/2024.

5. Adaptation libellé valeur 5 « exigences particulières », ET 50 Z 33.

À partir du 1/1/2025, la valeur 5 devra également être utilisée lorsqu'un médecin/dentiste (conventionné ou pas) facture un supplément d'honoraires (en raison d'exigences particulières du patient) à un bénéficiaire de l'intervention majorée.

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

6. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutées			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
106831	106956	2024004479*	01.12.2024

** Uniquement si la condition de l'art. 37, §3, f), alinéa 1, (relation de traitement existante) n'est pas remplie: prestation relative = 766975, si le patient a été envoyé par un médecin vers un médecin spécialiste.*

7. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutées			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
372551	372643	2023042942	01.09.2023*

** Il s'agit d'un oubli dans la liste. Dans la pratique, un prescripteur est déjà mentionné pour ces prestations.*

8. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

9. Liste « membre traité ».

Pas de modifications.

10. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.

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 2021/25 – Publication 4-2-2025

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 2021/25

Pages à supprimer:

- Annexe 25.5, 25.6, 25.7, 25.8, 25.9, 25.10;

Pages à remplacer:

- Annexe 1.2, 5.1 S 2, 16.19, 20.3, 23.3, 25.3;
- ET 10 Z 3, Z 45-46-47a, Z 48, Z 53-54a;
- ET 30 Z 4 V 15, Z 11;
- ET 40 Z 11;
- ET 50 Z 4 S 12, Z 4 S 13, Z 5 S 1, Z 6a-6b, Z 11, Z 13, Z 14, Z 14 S 2, Z 14 S 4, Z 14 S 5, Z 15 S 1, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31, Z 34;
- ET 80 Z 55-56;
- ET 90 Z 45-46-47a, Z 53-54a, Z 55-56.

Pages à ajouter:

- ET 50 Z 15 S 2.

1. <u>Données de contact</u>, Annexe 1.2, 5.1 suite 2.

Les données de contact de l'OA400 ont été mises à jour.

2. <u>Ajout dans les annexes de synthèses pour les médecins et dentistes</u>, Annexe 20.3, 23.3.

La valeur 5 est ajoutée comme valeur possible dans l'ET 50 Z 33.

3. <u>Nettoyage de la description de la zone "membre traité"</u>, ET 50 Z 34.

Le point « prestations effectuées avant le 01/04/2022 », est supprimé dans son intégralité. La liste Excel « membre traité » constitue donc le seul aperçu des prestations pour lesquelles la zone doit être remplie.

4. <u>Suppression des pages relatives à la phase de monitoring pour la lecture eID dans les hôpitaux</u>, Annexe 25.5, 25.6, 25.7, 25.8, 25.9 et 25.10.

Les pages concernant la phase de monitoring passée ont été supprimées.

5. <u>Implants Magec et Nemost</u>, Annexe 16.19, ET 50 Z 14 S 4.

Suite à une condition de remboursement modifiée L-§30 relative aux implants « Magec », tiges magnétiques allongeables pour fixation à la colonne vertébrale (182210-182221, 182232-182243, 182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324), et une nouvelle condition de remboursement L-§39 pour les implants « Nemost », systèmes de croissance implantables auto-expansibles pour fixation à la colonne vertébrale (185371-185382, 185393-185404 et 185415-185426), le libellé du numéro d'agrément 170 est élargi. Les nouvelles prestations (Nemost) doivent donc également être facturées avec le numéro d'agrément (existant) 170.

Pour les modifications relatives à la liste "membre traité", voir le point 12.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1 décembre 2024.

6. <u>Convention "télésurveillance insufficance cardiaque"</u>, Annexe 16.19, 25.3, ET 50 Z 4 S 12, Z 5 S 1, Z 6a-6b, Z 14 S 5, Z 15 S 2.

Dans le cadre de la nouvelle convention "télésurveillance insufficance cardiaque", un nouveau numéro d'agrément 197 est créé. Les nouveaux pseudo-codes correspondants, énumérés dans le tableau de l'annexe A, sont repris dans les instructions de facturation.

Pour les modifications relatives à la liste "prescripteur", voir le point 13.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1 janvier 2025.

7. Convention « accompagnement de la transidentité », ET 30 Z 4 S 15.

Deux nouvelles prestations, séance individuelle à distance (783451-783462) et forfait soutien (783473-783484), sont ajoutées aux instructions de facturation. Ce faisant, ils sont également incluses dans la liste « Pas d'enregistrement lecture eID ». En outre, le forfait médicaments (787953-787964) est supprimé dans les instruction de facturation.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1 janvier 2025 (moyennant une mesure transitoire pour la suppression du forfait médicaments) .

8. Précision convention "Next Generation Sequencing", ET 50 Z 15 S 2.

Il est précisé que le prestataire pour les pseudo-codes de la convention NGS peut être un médecin spécialiste en génétique, un médecin spécialiste en anatomopathologie, un médecin spécialiste en biologie clinique ou un pharmacien-biologiste.

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

9. Adaptation convention "troubles de l'alimentation", Annexe 25.3, ET 50 Z 4 S 13, Z 5 S 1, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 S 2, Z 15 S 2, Z 19 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.

Les modifications au trajet de soins « troubles de l'alimentation » sont reflétées dans les instructions de facturation, avec une série de pseudo-codes à zéro euro, comme indiqué dans ce résumé:

- Z 5- Z 6 (date) = date d'exécution de la session (ou dans le cas du code FIN la date à laquelle le bénéficiaire arrête le programme)
- Z 13 (code service) = 0
- Z 14 (lieu de prestation) = numéro INAMI du réseau SMEA (dans le cas de 401472-401483, 401494-401505, 401516-401520) ou numéro INAMI de l'hôpital (centre de référence) (dans le cas de 401531-401542, 401553-401564, 401575-401586)
- Z 15 (prestataire) = pseudo-prestataire
- Z 19 (AMI), Z 27 (IP) et Z 30-31 (supplément) = 0

Les pseudo-codes sont également ajoutés à la liste "pas d'enregistrement de la lecture eID".

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

10. Fin de la convention "détection de la variole du singe", Annexe 25.3, ET 50 Z 14, Z 15 S 1, Z 27 S 1, Z 30-31.

Il est précisé que la convention "détection de la variole du singe" est arrivée à échéance.

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

11. Fin de l'utilisation du compte C, ET 10 Z 3, Z 45-46-47a, Z 48, 53-54a, ET 30 Z 11, ET 40 Z 11, ET 50 Z 11, ET 80 Z 55-56, ET 90 Z 45-46-47a, Z 53-54a, Z 55-56.

Il est précisé que le compte C ne peut plus être utilisé.

Date d'application: Mois facturé janvier 2025 (les fichiers de facturation jusqu'au mois facturé décembre 2024 peuvent encore suivre l'ancien circuit, à condition qu'ils soient encore transmis en 2025).

12. Liste "membre traité".

Codes ajoutés			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
185371	185426	2024011166	01.12.2024

13. Liste "prescripteur".

Codes ajoutés			
De	**à**	**Numac**	**Date d'application**
403012	403023	Pseudo-codes convention télésurveillance insuffisance cardiaque	01.01.2025

14. Liste « codes erreur ».

Une série de codes erreur ont été créés ou modifiés afin que les organismes assureurs puissent effectuer les contrôles adéquats sur les données du fichier de facturation.
La feuille « Bloc » a également été mise à jour.

15. Liste « prestation relative ».

Pas de modifications.

16. Liste « zone 23 ».

Pas de modifications.

ANNEXE A

Pseudocodes	Court libellé	Qui facture?	ET	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
403012 - 403023	Forfait de démarrage	Hôpital	50	1er jour de la télésurveillance	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	Numéro de l'hôpital + 197	OUI (médecin spécialiste en cardiologie)
403034 - 403045 403056 - 403060 403071 - 403082 403093 - 403104	Forfait de suivi/mois	Hôpital	50	1er jour du mois civil	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	Numéro de l'hôpital + 197	NON
403115 - 403126	Honoraire forfaitaire/ année civile pour le médecin généraliste	Médecin généraliste	50	jour aléatoire pendant la période de télésurveillance	Médecin généraliste	Zéro	NON

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 2021/26 - Publication 1-4-2025

RIZIV-INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging – Service des soins de santé

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 2021/26

<u>Pages à remplacer</u>:

- Annexes 16.19, 22.1, 22.2, 25.1, 25.2, 25.3;
- ET 20 Z 10;
- ET 21 Z 4, Z 10, Z 11.
- ET 30 Z 3, Z 13;
- ET 50 Z 3 S 3, Z 4 S 12, Z 4 S 15, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 3, Z 14 S 4, Z 14 S 5, Z 15, Z 16, Z 33, Z 51;
- ET 51 Z 3.

<u>Pages à ajouter</u>:

- Annexes 22.3, 22.4.

1. **<u>Règles de calcul et arrondis pour les montants réduits</u>, Annexes 22.1, 22.2, 22.3, 22.4.**

Comme les tarifs à 75% pour les médecins en formation ne sont plus publiés dans les fiches tarifaires depuis le 1er janvier 2025, les règles de calcul des montants réduits (75%, 50% et 10%) sont élaborées dans les instructions de facturation. Ce faisant, quatre catégories sont définies: les tickets modérateurs fixes pour les médecins généralistes, les tickets modérateurs fixes pour les médecins spécialistes, les tickets modérateurs en pourcentage sans plafond et les tickets modérateurs en pourcentage avec plafond. Les règles relatives aux calculs multiples sont maintenues. En revanche, les règles relatives à la psychiatrie infanto-juvénile et aux visites ne sont pas incluses. En effet, les prestations qui y sont liées ne relèvent d'aucune des quatre catégories et sont toujours publiées dans les feuilles de tarifs.

Pour la création associée de la liste « règles de calcul 75% », voir le point 11.

2. **<u>Lecture eID</u>, Annexes 25.1, 25.2, 25.3, ET 21 Z 4, Z 10, Z 11, ET 51 Z 3.**

- **Ajout de pseudocodes relatifs à la dialyse à l'aperçu des "traitements récurrents". (Annexe 25.2)**

Les pseudocodes 471111-471122, 471133-471144, 471155-471166 et 471170-471181, concernant l'information et la formation dialyse, et les pseudocodes 470934-470945 et 767955-767966, concernant l'hémodialyse self-care sont ajoutés à l'aperçu des « traitements récurrents ».

- **Clarification « pas d'enregistrement des données de la lecture en cas de décès du patient ». (Annexe 25.3)**

En ce qui concerne l'exception pour les patients décédés pour lesquels aucune vérification a posteriori ne peut avoir lieu, il est précisé qu'il s'agit d'une période d'un mois après la date de prestation ou la date d'admission.

- **Possibilité indication dialyse de nuit répartie sur deux jours. (Annexe 25.1, ET 21 Z 4, Z 10, Z 11)**

Comme il est possible que, dans le cadre d'une dialyse de nuit répartie sur deux jours, la date de lecture eID tombe un jour après la date de prestation, il est rendu possible d'utiliser la valeur 1 dans l'ET 21 Z 10 (indication urgences ou hospitalisation de jour répartie sur deux jours) également pour l'indication d'une dialyse de nuit répartie sur deux jours. Les textes dans l'Annexe 25.1 et les zones 4 et 11 sont modifiés en conséquence.

- **Puce défectueuse comme raison de l'encodage manuel des données d'identité. (ET 51 Z 3)**

Dans l'enregistrement de type 52 (infirmières), la signification de la valeur 1 dans la zone 3 (raison encodage manuel) a été étendue à « puce défectueuse », comme c'est déjà le cas dans la zone 8 de l'enregistrement de type 21 (hôpitaux).

3. <u>Ajout de références manquantes au forfait groupe 1bis</u>, ET 20 Z 10, ET 30 Z 3, Z 13, ET 50 Z 13, ET 50 Z 13 S 2.

Certaines références manquantes au forfait hôpital de jour groupe 1bis sont ajoutées aux zones 'type de facture', 'code service' et 'norme journées d'entretien'.

<u>Date d'application</u>: Prestations effectuées à partir du 1 octobre 2024.

4. <u>Modification textuelle relative à la convention « freezing »</u>, Annexe 16.19, ET 50 Z 4 S 12, Z 4 V 15, Z 5, Z 6a-6b, Z 14 V 5, Z 15, Z 16.

Suite au changement de nom de la convention « oncofreezing » en « freezing », les références à la convention dans les instructions de facturation sont adaptées. En outre, le libellé du pseudo-code 961391-961402 (participation annuelle pour freezing à charge du bénéficiaire) est modifié, puisqu'elle prévoit désormais une période de conservation remboursable plus longue pour les patients dont le prélèvement a eu lieu avant leur seizième anniversaire.

5. <u>Correction textuelle relative aux prestations non remboursables</u>, ET 50 Z 13.

Dans la phrase stipulant que la zone 'code service' doit être mise à zéro en cas de prestations non remboursables, le terme 'supplément' est remplacé par le terme 'montant'.

6. <u>Rectification implants avec obligation de notification, sans liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel</u>, ET 50 Z 3 S 3.

Pour les implants avec obligation de notification, sans liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, il est désormais fait référence à « IdentificationZone55 », au lieu de « IdentificationZone43 ».

7. <u>Clarification remplissage facultatif du site hospitalier</u>, ET 50 Z 51.

Il est précisé qu'aucun rejet ne doit intervenir lorsque le numéro d'identification d'un site hospitalier est indiqué, alors que cela n'est pas obligatoire au sens strict. La seule condition est alors que le lieu de prestation soit un hôpital.

8. <u>Précision remplissage facultatif de la valeur 5 (exigences particulières du patient)</u>, ET 50 Z 33.

Il est précisé que la valeur 5 (exigences particulières) peut également être utilisée à titre facultatif par un médecin ou dentiste non conventionné pour un patient sans droit à l'intervention majorée.

9. Implants: traitement ablation par radiofréquence d'un œsophage Barrett, ET 50 Z 14 S 4.

Suite à l'Arrêté Ministériel du 20 janvier 2025 (Moniteur Belge du 5 février 2025, Numac 2024009952), les trois nouveaux pseudo-codes 185290-185301, 185312-185323 et 185334-185345 seront ajoutés au numéro d'agrément existant 164.

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

10. Implants: embolectomie, ET 50 Z 14 S 3.

Suite à l'Arrêté Ministériel du 11 mars 2025 (Moniteur Belge du 17 mars 2025, Numac 2025002054), un nouveaux pseudo-code 185835-185846 est ajouté au numéro d'agrément existant 120.

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

11. Liste « règles de calcul 75% ».

Une nouvelle liste est créée avec deux composantes. Premièrement, les règles de calcul des montants réduits sont expliquées à l'aide d'exemples concrets et de formules. Deuxièmement, des groupes de prestations délimités sont attribués aux différentes catégories de calcul.

12. Liste « combinaisons lecture eID hôpitaux ».

Certaines combinaisons autorisées, mais illogiques manquantes sont ajoutées au tableau des combinaisons possibles.

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

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.

15. Liste « prestation relative ».

Pas de modifications.

16. **<u>Liste « prescripteur »</u>.**

Pas de modifications.

17. **<u>Liste « zone 23 »</u>.**

Pas de modifications.