

**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 créé.

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 tomодensitométrique', 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. Automatisation du remboursement des frais de transport pour les bénéficiaires dialysés et les bénéficiaires suivant un traitement oncologique – zone « site hospitalier », 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.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/4/2025.

7. Clarification des instructions relatives à la substitution et suppression de la norme prescripteur '6', 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.

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

8. Tuteurs coronaires: lieu de prestation, 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.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/9/2024.

9. Liste « prestation relative ».

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 Ibis	1/10/2024

10. Liste « prescripteur ».

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.

-	service pathologie cardiaque B	120
-	service pathologie cardiaque B1	121
-	service pathologie cardiaque B1 +B2	127
-	service pathologie cardiaque T	122
-	service pathologie cardiaque C	123
-	service pathologie cardiaque E + B 3	124
-	service pathologie cardiaque E sans B 3	125
-	service pathologie cardiaque P	126
-	premier accueil des urgences	130
-	soins urgents spécialisés	131
-	fonction service mobile d'urgence	132
-	programme de soins de base en oncologie	133
-	programme de soins d'oncologie	134
-	programme de soins d'oncologie	134
(☞9, 13)	agrément soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein (jusqu'au xx/xx/202x)	135
(☞13)	agrément clinique du sein coordinatrice (jusqu'au xx/xx/202x)	136
(☞13)	agrément clinique du sein satellite (jusqu'au xx/xx/202x)	137
(☞22)	programme de soins spécialisé soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives	138
-	programme de soins de médecine de la reproduction A	140
-	programme de soins de médecine de la reproduction B	141
-	centre de chirurgie robot-assistée (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	150
-	centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3	151
-	centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B	152
-	centre « moniteur cardiaque implantable » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	153
-	centre « stent valvulaire percutané implantable en position pulmonaire» (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	154
-	centre d'expertise pour patients comateux	155
(☞23)	centre « tuteur coronaire et drug eluting stent » (jusqu'au 31/8/2024 inclus)	156
-	centre « traitement per opératoire fibrillation auriculaire » (jusqu'au 29/2/2016 inclus)	157
-	centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	158
-	centre « endoprothèses fenêtrées et/ou multibranches » (jusqu'au 30/4/2016 inclus)	159
-	centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	160
-	centre « neurostimulateurs en cas de Parkinson et de tremblements essentiels »	161
-	centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique» (jusqu'au 31/7/2016 inclus)	162
-	centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales»	163
-	centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage »	164
-	centre « neurostimulateurs trouble obsessionnel compulsif » (à partir du 1/8/2016)	165
-	centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux » (à partir du 1/8/2016)	166
-	centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique » (à partir du 1/8/2016)	167
-	centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)	168
-	centre « fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire » (à partir du 1/1/2017)	169
-	centre « tige magnétique allongeable » (Magec)	170
(☞17)	centre « capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose » (jusqu'au 31/10/2023 inclus)	171
-	centre « neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de CRPS »	172
-	centre « valves endobronchiques unidirectionnelles »	173
(☞2)	centre « implants pour le traitement de l'incontinence fécale »	174
(☞7)	centre «neurostimulateurs des dysfonctionnements des voies urinaires inférieures»	175
(☞13)	centre « neurostimulation du nerf hypoglosse en cas de l'apnée obstructive du sommeil »	176
(☞20)	centre « neurostimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face »	177
(☞20)	centre « athérectomie rotationnelle coronaire percutanée »	178
(☞21)	centre « clou centromédullaire magnétique allongeable »	179
-	agrément convention reconstruction mammaire	190
-	agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose seulement du programme de soins médecine de la reproduction B)	191
-	agrément convention oncofreezing (l'hôpital dispose du programme de soins médecine de la reproduction B et répond aux normes du programme de soins en hématologie oncologie pédiatrique)	192
-	agrément convention chirurgie complexe pancréas	193
-	agrément convention chirurgie complexe œsophage	194
(☞17)	agrément convention obésité chez les enfants	195
(☞23)	agrément convention ablation percutanée sous guidage tomographie	196
	<u>Agrement banque de matériel corporel humain :</u>	
-	pseudo-numéro d'agrément pour le matériel corporel humain étranger issu de l'UE	: 200
-	agrément valves cardiaques	: 210
-	agrément tissus ophtalmiques	: 211
-	agrément épiderme	: 212
-	agrément système locomoteur	: 213
-	agrément tissus tympano-ossiculaires	: 215
-	agrément vaisseaux sanguins	: 216
-	agrément autre matériel corporel humain destiné à des thérapies cellulaires	: 218
-	agrément kératinocytes	: 219
-	agrément membrane amniotique	: 220
-	agrément cellules souches hématopoïétiques	: 221
-	agrément cellules souches provenant de sang ombilical	: 222
-	agrément matériel corporel humain fœtal et/ou de l'appareil reproducteur	: 223

Lecture des données d'identité en milieu hospitalier – enregistrement 21

(☞5,17) Cette annexe est d'application pour tout ce qui est facturé par un hôpital (ET 10 Z 14 = n° hôpital 710/719/720).

1. Principes**1.1. Hospitalisation classique**, ET 20 Z 10 (type facture) = 1

- 1 lecture par hospitalisation.
- Cette lecture a lieu dans les 3 jours après la date d'admission.
- Un enregistrement 21 par facture avec les données de la lecture

(☞11) Pour les séjours répartis sur différentes factures (clôture trimestrielle ou annuelle, mutation, modification assurabilité (changement CT1/CT2 ou assuré/non-assuré), ...), chaque facture doit contenir un enregistrement 21. Dans ce cas, les données de lecture qui ont été captées lors de l'admission (dans les 3 jours) sont répétées sur chaque facture.

(☞12) L'ET 21 de la première facture du séjour est donc copié sur les autres factures du séjour.

(☞12) - La lecture antérieure lors d'un passage aux urgences le même jour ou le jour précédent peut être utilisée. L'ET 21 de la facture ambulatoire (urgence) est donc repris (copié) sur la facture d'hospitalisation. En cas de refacturation par l'hôpital à la mutuelle du patient s'il a été initialement facturé comme un accident de travail mais qu'il n'est pas reconnu ultérieurement comme tel, les données de lecture saisies à l'admission (dans les 3 jours) peuvent être utilisées.

(☞12) - En cas de réintroductions de facture, factures de corrections et factures complémentaires (ET 20 Z 11 = 1, 2, 4 ou 5), un enregistrement de type 21 doit toujours être mentionné, qu'il s'agisse d'une répétition/copie de l'ET 21 d'origine ou d'un nouvel ET 21 (si la facture d'origine n'avait pas d'ET 21 précédemment et qu'elle avait été rejetée pour cela).

- La lecture lors d'une préadmission ne suffit pas.

1.2. Soins ambulatoires et hospitalisation de jour, ET 20 Z 10 (type facture) = 3, 4 ou 9

- Une lecture par jour.
- Cette lecture a lieu à l'arrivée à l'hôpital et donc, préalablement à la 1^{ère} prestation de santé.
- Un enregistrement 21 par jour avec les données de la lecture journalière.

- Si la facture (ET20-80) contient des prestations exécutées à des jours différents, plusieurs enregistrements 21 seront enregistrés (1 enregistrement 21 pour chaque jour) dans la facture (ET20-80) concernée.

(☞15) - Exceptions à la règle d'une lecture par jour:

- o si cela concerne un traitement ambulatoire de quelques heures aux urgences réparti sur 2 jours (par ex. arrivée aux urgences à 22 heures et départ à 1 heure du matin) ou une hospitalisation de jour répartie sur 2 jours (par ex. lorsque le patient reste à l'hôpital après minuit et que des prestations sont encore attestées après minuit), une seule lecture suffit (soit le jour x de l'admission, soit le jour x + 1). La valeur 1 doit alors être remplie dans l'ET 21 Z 10.

- o Si cela concerne une facture ambulatoire qui ne contient que de la médication de sortie, aucune lecture ne doit être effectuée à cette date de prestation (date de sortie), mais l'ET 21 de la facture d'hospitalisation peut être répété (copié) sur la facture ambulatoire, à condition que la valeur 3 soit remplie dans l'ET 40 Z 12.

- Si l'hospitalisation de jour ou les soins ambulatoires sont répartis sur différentes factures (factures complémentaires, ...), chaque facture doit contenir un enregistrement 21 par jour.

(☞1) - Pour les prestations de l'art. 8 de la nomenclature (soins infirmiers) qui sont facturées par un hôpital, les hôpitaux doivent suivre les modalités des infirmières (sauf si les prestations sont effectuées dans un cabinet au sein de l'hôpital).

Concrètement, cela signifie qu'un enregistrement 21 est nécessaire par contact avec le patient (donc en cas de multiples contacts par jour → plusieurs enregistrements 21).

(☞14) - Pour les prestations de l'art. 9 de la nomenclature (sages-femmes) qui sont facturées par un hôpital, les modalités pour les hôpitaux pour les prestations ambulatoires sont applicables: 1 lecture par jour.

(☞12) - En cas de réintroductions de facture, factures de corrections et factures complémentaires (ET 20 Z 11 = 1, 2, 4 ou 5), un enregistrement de type 21 doit toujours être mentionné, qu'il s'agisse d'une répétition/copie de l'ET 21 d'origine ou d'un nouvel ET 21 (si la facture d'origine n'avait pas d'ET 21 précédemment et qu'elle avait été rejetée pour cela).

1.3. Traitements récurrents (ET 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chimiothérapie, radiothérapie, immunothérapie, dialyse, PMA, postcure soins de santé mentale)

(☞3) - Au minimum une lecture par facture (la date de lecture = une des dates de prestation du traitement récurrent)

(☞23) - Toutefois, un ET 21 par date de prestation doit être rempli (l'ET 21 d'une lecture peut être copié pour tous les jours de prestation)

(☞23) - Les organismes assureurs ne donnent pas de messages d'erreur lorsque la date de lecture est postérieure à la date de prestation.

(☞14,15,22) - Pour les médicaments administrés dans le cadre de soins récurrents et facturés avec ceux-ci (sur la même facture), une lecture par facture suffit, à condition que la valeur 2 soit remplie dans l'ET 40 Z 12. Un ET 21 doit être indiqué pour chaque date de prestation.

- (☞1) - La liste des traitements récurrents concernés :
- chimiothérapie/immunothérapie : (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 et 767933-767944
 - radiothérapie (art. 18 §1^{er} de la nomenclature) : codes 444113-444124, 444135-444146, 444150-444161, 444172-444183, 444194-444205, 444216-444220, 444231-444242, 444253-444264, 444290-444301, 444312-444323, 444334-444345, 444356-444360, 444371-444382, 444614-444625, 444393-444404, 444415-444426, 444430-444441, 444452-444463, 444474-444485, 444496-444500, 444511-444522, 444533-444544, 444555-444566, 444570-444581, (☞14,19) 444592-444603, 444636-444640, 444651-444662, 444673-444684, 444695-444706, 444614-444625 + consultations 105932 et 105954
- Rq : La lecture peut se faire lors de la simulation à condition que la simulation est reprise sur la même facture que le traitement.*
- honoraires et indemnités forfaitaires prévus dans la convention sur le financement de la dialyse : (pseudo)-codes 470293-470304, 470330-470341, 470315-470326, 470890-470901, 767594, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767756, 767782 et 767804
- (☞23) + produits sanguins délivrés dans le cadre de la dialyse : pseudocodes 0752113-0752124, 0752393-0752404, 0752415-0752426, 0752430-0752441, 0752452-0752463, 0752474-0752485, 0752496-0752500, 0752555-0752566, 0752570-0752581, 0752592-0752603, 0752614-0752625, 0752636-0752640, 0752651-0752662, 0752673-0752684 et 0752695-0752706
- forfaits PMA : (pseudo)-codes 757293, 757315 et 757330
 - postcure soins de santé mentale : (pseudo)-code 762974

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

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

(☞20,22) **Attention** : Les principes du point 1.1 priment. Une facture d'hospitalisation (type de facture 1) doit donc toujours comporter un ET 21, même si elle ne contient que des *prestations* pour lesquelles aucune lecture n'est requise (p. ex. une facture complémentaire ne comportant que des prestations de biologie clinique). Une facture d'hospitalisation concernant un *patient* pour lequel aucune lecture n'est requise (3 premiers tirets du point 2.4) ou concernant un *patient hospitalisé ailleurs* (code service = 002) ne doit pas contenir d'ET 21.

2. Exceptions

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

(☞23) La vérification de l'identité peut être réalisée à posteriori en introduisant manuellement le NISS dans l'ET 20 Z 8 et le numéro de série dans l'ET 21 Z 9 ou via une lecture à posteriori dans les cas suivant (la date et l'heure de la lecture doivent toujours être renseignées) :

- si le patient ne peut pas soumettre de document d'identité valide au moment des soins
- (☞14) - si le patient est arrivé aux urgences ou via le SMUR et est, ensuite, hospitalisé : pour les prestations exécutées aux urgences ou dans le SMUR, l'identité du patient est lue dans les 3 jours qui suivent le jour d'admission (hospitalisation)
- si le patient est arrivé aux urgences tard le soir avant minuit : pour les prestations exécutées aux urgences, l'identité du patient peut être lue le lendemain (*remarque : elle peut également avoir lieu le soir même*).
- si la prestation est dispensée en dehors des heures d'ouverture administrative de l'hôpital
- en cas de panne du système informatique

(☞10,22) La vérification de l'identité peut être réalisée à posteriori en introduisant manuellement le NISS dans l'ET 20 Z 8 et le numéro de série dans l'ET 21 Z 9 dans le cas suivant :

- absence d'interconnectivité entre logiciels

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- (☞4) - Pour les bénéficiaires âgés de moins de 3 mois. (C'est l'âge au moment de l'admission qui compte).
- (☞12) - Dans le cas où la prestation a déjà été effectuée, que le patient décède dans le mois qui suit la prestation/l'admission et que la vérification à posteriori n'a pas eu lieu.
- (☞4) - Pour les personnes qui bénéficient de l'assurance obligatoire soins de santé sur base d'une carte européenne d'assurance maladie ou d'un formulaire S2 ou d'un formulaire E111, E128 ou d'une médicarte australienne. Cela englobe TOUS les patients et uniquement les patients dont le CT1 = 18X.
- (☞8,10,23) - prestations de consultation multidisciplinaire sans la présence du patient : (pseudo)-codes 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346, 105350-105361, 350114-350125, 350136-350140, 350151-350162, 350173-350184, 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420, 350475-350486, 350674-350685, 350696-350700, 350711-350722, 350733-350744, 350755-350766, 350770-350781 et 350792-350803.
- (☞17,18,19,22,23) - autres prestations sans la présence du patient :
- rapport écrit d'une période d'hospitalisation : 350313-350324
 - mammographie de dépistage en 2e lecture : 450214-450225
 - convention 'obésité chez les enfants': conseil/soutien au 1^{er} niveau: 400676-400680, forfait trimestriel: 400632-400643, forfait annuel: 400654.
 - convention 'trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale': concertation de (p)réhabilitation: 400750-400761, 400875-400886, 400993-401004, 401111-401122
 - concertation pluridisciplinaire (psychiatrie infanto-juvénile): 109336, 109351, 109373, 109395, 109410, 109432, 109454 et 109675
 - convention 'troubles de l'alimentation': concertation multidisciplinaire: 401310
 - évaluation néphrologique pluridisciplinaire : 103994
- (☞8,14,22,23) - forfaits pour l'alimentation parentérale à domicile : (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413, 751951, 751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936, 764971, 766172 et 766194, ainsi que pour les spécialités incorporées dans l'alimentation parentérale (à distinguer au moyen de la prestation relative).
- chimiothérapie orale : (pseudo)-codes 767852 et 767863
 - transport urgent du patient vers l'hôpital B effectué et facturé par l'hôpital A : (pseudo)-codes 784416, 784431, 784453 (ces codes ne s'appliquent qu'aux transports en hélicoptère, voir bas de page ET 50 Z 4 S 13).
- (☞8) - dialyse au domicile du patient : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 et 767830-767841 ainsi que les produits pharmaceutiques facturés avec un code service 750.
- (☞11,14) - médication/prestations administrées/effectuées en SMUR (dans laquelle le patient n'est pas transporté à l'hôpital du SMUR), à condition que la valeur I soit remplie dans l'ET 40 Z 12 et/ou l'ET 50 Z 50b
- (☞6) - Pour toutes les prestations de biologie clinique, d'anatomopathologie et de génétique (art. 3 § 1 AII, § 1 B (2 prestations) et § 1 CI, Art.1 CI, Art. 18 § 2 B, e, Art. 24, Art. 24bis, Art. 32, Art. 33, Art. 33bis et Art. 33ter de la Nomenclature ; prestations de la convention Genetic Counseling (589750, 589761, 589772, 589783, 589794, 589805) ; AR du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations (592815, 592911, 592992, 593014, 593110), les tests Covid et les prestations 559812-559823, 559834-559845, 559856-559860 (*activité de laboratoire FIV*)).
- (☞17)
- (☞5, 21) - Pour les forfaits dans le cadre des conventions de revalidation visées aux articles 22, 6° et 23, §3 de la loi coordonnée du 14/7/1994 c'est-à-dire les forfaits attestés par l'hôpital dans le cadre d'une convention de rééducation (il s'agit des pseudo-codes des paragraphes 16) et 17) de l'ET 30 Z 4 et des paragraphes 5bis, 5ter, 5quater, 5quinquies et 8b) de l'ET 50 Z 4), qui sont facturés avec le code service 770 et le type de facture 5 ou 6). L'exception vaut également pour les prestations facturées avec le forfait de rééducation sur la même facture de type 5/6.
- (☞9) - Pour les pseudo-codes ambulants du paragraphe 18) de l'ET 30 Z 4 (conventions SEP/SLA/Huntington : 764853, 764816, 764831, 770136, 770151 et 770173)
- Equipes mobiles : lorsque l'hôpital facture uniquement les pseudo-codes IN/OUT (793715, 793730, (☞19) 793752 et 793774) et les visites à domicile des psychiatres (104473, 104495).
- (☞11) - Tous les produits radio-pharmaceutiques (voir liste sur le site de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/radiopharma/Pages/radio-pharmaceutiques-remboursables-listes-fichiers-reference.aspx>)
- (☞11) - La prestation « avis » du chapitre II de la nomenclature (109012).
- (☞11,12) - Pour les notes de crédit (ET 20 Z 11=3).
- (☞8,14,19,23) - Pour toutes les prestations, produits, services et médicaments non-remboursables. Les médicaments gratuits (ET 40 Z 16 =1) sont assimilés aux médicaments non-remboursables.
- (☞14) - Prestations effectuées sur le donneur (potentiel) et facturées au receveur (ET 30, 40, 50 Z 48 = 2)
- (☞14,21) - Prestations à distance : prestations du point 1 de la circulaire avec les prestations temporaires COVID-19 (<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/prestations-individuelles/prix/Pages/tarifs-prestations-temporaires-COVID19.aspx>) + les prestations de l'art. 37 de la nomenclature + les prestations 309411-309422, 309433-309444, 379411-379422 et 379433-379444 de l'art. 5 de la nomenclature
- (☞14) - Factures d'hospitalisation à domicile (identifiables par le type de facture 7 et le pseudo-code service 980)
- (☞19) - Pour les prestations avec norme 7 dans l'ET 50 Z 3
- (☞20) - Pseudo-codes IN/OUT projet pilotes « soins transmuraux pour les enfants souffrant de maladies chroniques » (799956-799960 et 799971-799982).

RUBRIQUE : DATE DE LECTURE DOCUMENT IDENTITÉ ÉLECTRONIQUE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8 N AAAAMMJJ - 41

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

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

Cette zone indique la date à laquelle la lecture (ou l'encodage manuel) a eu lieu.

Cette zone doit toujours être remplie.

Cette date est égale à la date dans l'ET 21 Z 4, sauf dans les cas suivants :

- Lecture a posteriori ou encodage manuel a posteriori (ET 21 Z 5 = 4, 5, 6 ou 8).
- Factures d'hospitalisation : maximum 3 jours d'écart
- Traitements récurrents.
- (☞23) - Facture ambulatoire avec médicaments de sortie (ET 40 Z 12 = 3)
- Passage aux urgences ou hospitalisation de jour réparti sur 2 jours (ET 21 Z 10 = 1) : maximum 1 jour d'écart

RUBRIQUE : Code journée d'entretien

Libellé	Ambulant	Hospitalisé
3) Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques		0750002
3 bis) Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pendant la période de nutrition parentérale au domicile du patient	0750175	
3 ter) Ticket modérateur forfaitaire pour produits pharmaceutiques pour les patients qui séjournent dans les MSP	0751811	
4) Frais de déplacements pour prématurés		0773581
4 bis) Frais de transport pour dialyse et chimiothérapie au départ d'un hôpital psychiatrique (art. 8 § 5 Convention Psy-OA)		0761946
au départ d'un hôpital général spécialisé (art. 5 bis Convention Hôp-OA)		0761961
5) Honoraires forfaitaires de biologie clinique payable par journée d'hospitalisation		0592001
6) Hôpital militaire de Neder-Over-Heembeek		
a) Prix - tout - compris par journée d'hospitalisation dans le service pour des bénéficiaires atteints de graves brûlures		0760524
b) Prix de journée d'entretien pour traitement par oxygène-thérapie hyperbare		0760642
c) Forfait « hôpital de jour »	0760653	0760664
7) Journée d'entretien forfaitaire		
a) Utilisation de la salle de plâtre	0761036	0761040
Soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait)	0761213 (*)	-
Maxiforfait	0761235	0761246
Forfait soins de base oncologiques	0767852	0767863
(☞ 12) Forfait refroidissements cuir chevelu	0763932	0763943
(☞ 12) Forfait refroidissements mains et pieds	0763954	0763965
Maxiforfait monothérapie	0767874	0767885
Maxiforfait combithérapie	0767896	0767900
Maxiforfait monothérapie + pédiatrie mono	0767911	0767922
Maxiforfait combithérapie + pédiatrie combi	0767933	0767944
Forfait groupe 1	0768176	0768180
(☞ 23) Forfait groupe 1bis	0766356	0766360
Forfait groupe 2	0768191	0768202
Forfait groupe 3	0768213	0768224
Forfait groupe 4	0768235	0768246
Forfait groupe 5	0768250	0768261
Forfait groupe 6	0768272	0768283
(☞ 3) Forfait groupe 6bis	0767970	0767981
Forfait groupe 7	0768294	0768305
Forfait 1 douleur chronique	0768316	0768320
Forfait 2 douleur chronique	0768331	0768342
Forfait 3 douleur chronique	0768353	0768364
Forfait manipulation cathéter à chambre	0768375	0768386
b) Service A : prix de la journée d'entretien en application de l'art. 2, §4 de la convention nationale (50% du prix total de la journée d'entretien)	0761073	-
(*) Zones montant égales à zéro.		

- Pour les autres implants avec liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, la facturation s'effectue comme suit :
 - * le nombre d'enregistrements consécutifs est égal au nombre d'éléments utilisés + 1;
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
 - * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, la zone 22 est toujours égale à "+0001", la zone 43 est toujours égale à zéro;
 - * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25, est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé;
- (☞23) Les prestations à facturer de cette manière sont indiquées par la valeur 2 dans la zone « identificationZone43 » du fichier de référence « LIST ».
- Pour les implants avec obligation de notification, sans liste des produits admis et avec un remboursement pour un ensemble de matériel, la facturation s'effectue comme suit :
 - * le nombre d'enregistrements consécutifs est égal au nombre d'éléments utilisés notifiés + 1;
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre d'éléments utilisés notifiés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro; la zone 55-56 reprend le code de notification de l'élément utilisé;
 - * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, la zone 55-56 est toujours égale à zéro;
 - * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé;
- (☞23) Les prestations à facturer de cette manière sont indiquées par la valeur 2 dans la zone « identificationZone43 » du fichier de référence « LIST ».

Un exemple concret est détaillé dans l'ET 50 Z 4 S 21 et S 22.

- Pour les prestations 180235-180246 et 180250-180261, la facturation s'effectue comme suit :
 - * le nombre d'enregistrements consécutifs est égal au nombre d'éléments utilisés + 1;
 - * le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de drug-coated ballons) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro; la zone 43 reprend le code d'identification de l'élément utilisé;
 - * le(s) enregistrement(s) suivant(s) (nombre égal au nombre de tuteurs) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro; la zone 55-56 reprend le code de notification de l'élément utilisé;
 - * le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0 ou la norme 6; la zone 19 mentionne le montant du remboursement, les zone 43 et 55-56 sont égales à zéro;
 - * le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0 ou norme 6) de la série, dans lequel le montant est facturé. Dans le fichier de référence « LIST », ces prestations sont indiquées avec la valeur « 2 » aussi bien dans la zone « notificationZone55 » que dans la zone « identificationZone43 ».

0 Toutes les autres situations ...

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

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

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

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

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

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

478166: prestation 477120 effectuée sur un patient hospitalisé dans une fonction agréée de soins intensifs;

478181: prestation 477142 effectuée sur un patient hospitalisé dans une fonction agréée de soins intensifs;

478203: prestation 478100 effectuée sur un patient hospitalisé dans une fonction agréée de soins intensifs;

AR du 27/2/2019 (MB 13/3/2019) modifiant l'art. 17bis et l'art. 17quater de la nomenclature

La valeur de certaines échographies de l'art.17bis et art.17quater est augmentée de 50% en cas de grossesses multiples. Dans ce cas, il y a lieu d'utiliser les pseudo-codes suivants:

461856 - 461860: prestation 461731 - 461742 en cas de grossesse multiple

461871 - 461882: prestation 461753 - 461764 en cas de grossesse multiple

461893 - 461904: prestation 461775 - 461786 en cas de grossesse multiple

461915 - 461926: prestation 461790 - 461801 en cas de grossesse multiple

461930 - 461941: prestation 461812 - 461823 en cas de grossesse multiple

461952 - 461963: prestation 461834 - 461845 en cas de grossesse multiple

468856 - 468860: prestation 468731 - 468742 en cas de grossesse multiple

468871 - 468882: prestation 468753 - 468764 en cas de grossesse multiple

468893 - 468904: prestation 468775 - 468786 en cas de grossesse multiple

468915 - 468926: prestation 468790 - 468801 en cas de grossesse multiple

468930 - 468941: prestation 468812 - 468823 en cas de grossesse multiple

468952 - 468963: prestation 468834 - 468845 en cas de grossesse multiple

Toutes les règles de nomenclature qui sont d'application sur les codes nomenclature sont également d'application sur les pseudo-codes correspondants.

Convention "genetic counseling"

589750-589761: forfait pour le genetic counselling standard

589772-589783: forfait pour le genetic counselling complexe

589794-589805: forfait de rattrapage négatif temporaire

(☞23) Conventions reconstruction mammaire, chirurgie complexe et ablation percutanée sous guidage tomodynamométrique

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

Convention oncofreezing

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

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

(☞12) Convention « équipes mobiles » et « soins de psychologie de première ligne »(*)

Les pseudo-codes (et les tarifs associés) des prestations remboursables (respectivement visites à domicile du psychiatre et séances de psychologie par des psychologues ou des orthopédagogues) sont repris dans les conventions concernées.

Kinésithérapie : indemnité « ouverture du dossier »

639855-639866 Indemnité pour les prestations 560011, 560114, 560210, 560313 et 560501.

639892 Indemnité pour les prestations 560416, 564395 et 560571

639870 – 639881 Indemnité pour la prestation 560534-560545

(☞12) (*) Depuis le 01/09/2021, la facturation des prestations dans le cadre de la convention « soins de psychologie de première ligne » n'a plus lieu via le circuit de facturation habituel.

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

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

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

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

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

Exception : lorsque la date de prélèvement de l'échantillon < date de prescription, alors cette zone est égale à la date de réception de la prescription (cette exception ne vaut pas pour la biologie clinique).

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

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

Maisons médicales :

(☞ 18) Le premier jour du mois facturé (AAAAMM01) doit être mentionné dans cette zone pour les (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614 et 0109594 (jusqu'au 31/12/2023) ou 0400396 (à partir du 1/1/2024).

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

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

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

Honoraires forfaitaires biologie clinique par admission ou par jour donnant droit à un maxiforfait ou à un forfait hôpital de jour (art.24,§2 de la nomenclature) : date d'admission ou date d'admission (transfert) dans le 1^{er} service qui entre en compte pour la facturation du forfait, date maxiforfait ou forfait hôpital de jour;

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

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

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

Montant global prospectif : date d'admission

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

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

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

La date de la facture (*invoice date*) de la facture de l'organisme qui a exécuté le typage et/ou le transport.

Exception : date de décès si le patient est décédé à la *invoice date*.

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

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

RUBRIQUE : LIEU DE PRESTATION**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56**

- * Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour la biologie clinique :
 - s'il s'agit de prestations de biologie clinique, médecine nucléaire in vitro ;
 - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur;
 - en cas d'honoraires forfaitaires pour prestations de biologie clinique ambulatoires;
 - s'il s'agit de prestations de biologie clinique pour lesquelles le remboursement ne dépend pas des conditions reprises dans l'article 63 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (voir AR du 31 janvier 1977, MB 4 février 1977), le numéro d'identification d'un laboratoire agréé pour la biologie clinique doit être mentionné, pour autant que ces prestations soient effectuées dans un laboratoire agréé;
 - si non, - le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné en cas de prestations effectuées dans un établissement de soins.
 - le numéro d'identification de l'établissement de séjour doit être mentionné s'il s'agit d'un patient qui séjourne dans une M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P.;
 - le numéro du centre de rééducation doit être mentionné s'il s'agit de patients qui subissent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
 - la zone doit être mise à zéro dans tous les autres cas.
 - s'il s'agit de prestations de biologie clinique non remboursables (960035-960046), le numéro d'identification d'un laboratoire doit être mentionné pour autant qu'elles soient facturées par le laboratoire, sinon le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné.
- (☞10) - s'il s'agit des prestations de la convention détection de la variole du singe (557233-557244, 557270-557281). La liste des laboratoires agréés est publiée sur le site de Sciensano et ils ont reçu un attribut spécifique.
- * Le numéro d'identification du laboratoire agréé pour l'anatomopathologie s'il s'agit de prestations de l'art. 32 de la nomenclature.
- * Le numéro d'identification du laboratoire du centre agréé de génétique humaine s'il s'agit de forfaits "genetic counseling" (589750-589761, 589772-589783, 589794-589805) ou de prestations de l'art. 33.
- (☞23) * Le numéro d'identification du laboratoire d'anatomopathologie, de biologie clinique ou de génétique humaine ayant adhéré à la convention NGS s'il s'agit des pseudo-codes figurant dans la convention NGS concernée. Les laboratoires concernés ont un attribut spécifique.
- * Le numéro d'identification du centre de rééducation
 - s'il s'agit de prestations effectuées pour des patients qui suivent un traitement de rééducation (interne ou externe) dans un centre agréé;
 - s'il s'agit d'honoraires supplémentaires pour prestations urgentes dans ce secteur ;
 - s'il s'agit de prestations de logopédie dispensées dans le cadre d'une convention de rééducation fonctionnelle (711373, 712375, etc...).
- * Le numéro d'identification de la banque de matériel corporel humain qui a délivré le matériel s'il s'agit d'une intervention dans la délivrance de matériel corporel humain (Uniquement s'il s'agit de matériel belge ou de matériel étranger importé d'un pays hors UE)

Pour le matériel corporel humain issu d'un pays de l'UE, aucun agrément banque de matériel corporel humain n'est nécessaire. Dans ce cas, le "numéro de l'hôpital + 200" doit toujours être mentionné dans cette zone.

Pour les frais de transport entre la banque étrangère de matériel corporel humain et la banque agréée belge (pseudo-code 272650-272661), le même numéro d'agrément que celui du matériel importé doit être mentionné.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 4

- * Le numéro de l'hôpital + 124 (agrément path. cardiaque E+B3) ou numéro de l'hôpital + 125 (agrément path. cardiaque E sans B3) s'il s'agit des prestations 158550 à 158642 inclus, 158734 à 158760 inclus, 158874 à 158922 inclus, 158955 à 158966 inclus, 170590 à 170623 inclus, 172572-172583
- (☞12) * Le numéro de l'hôpital + 126 (agrément path. cardiaque P) s'il s'agit des prestations 158653 à 158723 inclus, 172395 à 172465 inclus, et 184015-184026
- (☞23) * Le numéro de l'hôpital + 127 (agrément path. cardiaque B1 + B2) s'il s'agit des prestations 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 et 170656-170660 (à partir de 1/9/2024)
- (☞9) * Le numéro de l'hôpital + 135 (agrément soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein) s'il s'agit
- (☞13) des prestations 161991-162002 et 182836-182840 (jusqu'au xx/xx/202x, à partir du xx/xx/202x : 136 ou 137).
- * Le numéro de l'hôpital + 150 (centre de chirurgie robot-assistée) s'il s'agit des prestations 777114-777125 (jusqu'au 29/2/2016)
- * Le numéro de l'hôpital + 151 (centre pour endoprothèses sans agrément pathologie cardiaque B3) ou + 152 (centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B3) s'il s'agit des prestations 161114 à 161206 inclus, 161210-161221, 161350 à 161405 inclus, 161453-161464, 180493-180504, 180515-180526, 180854 à 180880 inclus
- * Numéro de l'hôpital + 152 (centre pour endoprothèses avec agrément pathologie cardiaque B) s'il s'agit des prestations 161232 à 161346 inclus, 161416 à 161442 inclus, 172690 à 172723 inclus
- (☞23) * Le numéro de l'hôpital + 156 (centre « tuteur coronaire et drug eluting stent ») s'il s'agit des prestations 158970 à 158981 inclus, 158992 à 159040 inclus, 159552 à 159563 inclus, 170656 à 170660 inclus (jusqu'au 31/8/2024)
- * Le numéro de l'hôpital + 161 (centre « neurostimulateurs et accessoires en cas de Parkinson et de tremblements essentiels ») s'il s'agit des prestations 151454 à 151981 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 163 (centre « rétablissement percutané des feuillets des valves mitrales ») s'il s'agit des prestations 172491-172502 et 172513-172524
- * Le numéro de l'hôpital + 164 (centre « ablation par radiofréquence d'un œsophage) s'il s'agit des prestations 172616-172620, 172631-172642 et 172653-172664
- (☞11) * Le numéro de l'hôpital + 165 (centre « neurostimulateurs en cas de trouble obsessionnel compulsif ») s'il s'agit des prestations 173014 à 173541 inclus et 183654 à 183982 inclus
- * Le numéro de l'hôpital + 166 (centre « neurostimulateurs en cas de mouvements anormaux ») s'il s'agit des prestations 173552 à 173902 inclus
- (☞13) * Le numéro de l'hôpital + 167 (centre « stent valvulaire percutané implantable en position aortique») s'il s'agit des prestations 172734-172745 et 181952-181963.
Avant le 01/05/23 : le numéro de l'hôpital + 167 ou + 120 s'il s'agit des prestations 172756-172760, 172771- 172782.
A partir du 01/05/23 : le numéro de l'hôpital + 167 s'il s'agit des prestations 172756-172760, 172771- 172782.
- * Le numéro de l'hôpital + 168 (centre « implant d'ancrage pour prothèse externe » (Opra)) s'il s'agit des prestations 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263.
- (☞11) * Le numéro de l'hôpital + 169 (centre «fermeture percutanée de l'auricule gauche en cas de fibrillation auriculaire non-valvulaire ») s'il s'agit des prestations 180272-180283 et 180294-180305(*).
- * Le numéro de l'hôpital + 170 (centre «tige magnétique allongeable» (Magec))) s'il s'agit des prestations 182210-182221, 182232-182243,182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 et 182313-182324.
- (☞17) * Le numéro de l'hôpital + 171 (centre «capteur implantable pour la mesure en continu du taux de glucose») s'il s'agit des prestations 174370 à 174521 inclus (jusqu'au 31/10/2023)
- (☞11) (*) Cette prestation est supprimée à partir du 01/12/22.

- * Le numéro de l'hôpital + 172 (centre «neurostimulateurs des ganglions de la racine dorsale et accessoires en cas de CRPS ») s'il s'agit des prestations 174532 à 174661 inclus.
- * Le numéro de l'hôpital + 173 (centre « valves endobronchiques unidirectionnelles») s'il s'agit des prestations 180773-180784 et 180795-180806.
- (☞9) * Le numéro de l'hôpital + 174 (centre « implants pour le traitement de l'incontinence fécale ») s'il s'agit des prestations 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 157511-157522, 181672-181683, 181694-181705, 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803 et 182814-182825.
- (☞7) * Le numéro de l'hôpital + 175 (centre « neurostimulateurs des dysfonctionnements des voies urinaires inférieures») s'il s'agit des prestations 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 et 182615-182626.
- (☞13) * Le numéro de l'hôpital + 176 (centre « neurostimulation du nerf hypoglosse en cas de l'apnée obstructive du sommeil ») s'il s'agit des prestations 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 et 184155-184166
- (☞20) * Le numéro de l'hôpital + 177 (centre « neurostimulation des nerfs occipitaux en cas d'algie vasculaire de la face ») s'il s'agit des prestations 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 et 185172-185183.
- (☞20) * Le numéro de l'hôpital + 178 (centre «athérectomie rotationnelle coronaire percutanée») s'il s'agit des prestations 184936-184940 et 184951-184962.
- (☞21) * Le numéro de l'hôpital + 179 (centrum « clou centromédullaire magnétique allongeable ») s'il s'agit de la prestation 185194-185205.
- * Le numéro d'agrément du centre de référence en matière d'épilepsie réfractaire s'il s'agit des prestations 170892 à 171080 inclus, 152773 à 152924 inclus, 171496 à 171824 inclus
- * Le numéro d'identification du centre agréé pour l'implantation de défibrillateurs cardiaques s'il s'agit des défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

Convention reconstruction mammaire: numéro hôpital + 190

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

Convention chirurgie complexe œsophage: numéro hôpital + 194

(☞23) Convention ablation percutanée sous guidage tomодensitométrique: numéro hôpital + 196

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

Convention oncofreezing (également pour les codes 96):

- pour un bénéficiaire à partir de 16 ans : numéro hôpital + 191 ou + 192
- pour un bénéficiaire de moins de 16 ans (quel que soit la prestation) : numéro hôpital + 192

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

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

Alimentation parentérale

Lors de l'indication du code 751354, 751376, 751391, 751413, 751833, 751855, 751870, 751892, 751914, 751936, 751951, (☞22) 758870, 758995 ou 795815 dans la zone 4, le contenu de cette zone est égal à 0.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dialyse de détoxification (0761972-0761983): numéro du prestataire.

Intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles

Numéro d'identification du médecin responsable de l'établissement de transfusion sanguine.

Remarque : Pour la Croix Rouge Flamande, il s'agit du médecin responsable « local ».

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

Convention reconstruction mammaire: Numéro d'identification du médecin spécialiste qui est habilité à attester les prestations (voir liste des prestataires habilités sur le site Web de l'INAMI).

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

(☞23) Convention ablation percutanée sous guidage tomodensitométrie: médecin spécialiste en radiodiagnostic avec une expérience en radiologie interventionnelle, sauf pour les codes 350770-350781 (médecin spécialiste référent) et 350792-350803 (médecin généraliste).

(☞14) Convention « hospitalisation à domicile »

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

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

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

Convention « équipes mobiles »:

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

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

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

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

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

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

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

(☞17) Convention obésité chez les enfants

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

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

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

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

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

Séance de kinésithérapie individuelle: numéro d'identification du kinésithérapeute

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

RUBRIQUE : NORME PRESCRIPTEUR

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 127

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Pas de prescripteur.
1	La prestation peut être attribuée à un prescripteur.
2	Echelonnement (la prestation est facturée avec intervention personnelle réduite) (le numéro d'identification du médecin généraliste référent doit être mentionné dans la zone 24-25).
3	Les prestations sont effectuées pour ses propres patients.
4	Il s'agit de prestations ajoutées.
(☞23) 5	La prestation substitue la prestation prescrite. (voir art. 17 § 12 et art. 18 § 2 B d) septies de la nomenclature) Ce code norme ne peut être utilisé que pour l'examen médical même, et non pour les honoraires de consultation ou les forfaits y associés.
(☞23) 6	<i>Supprimé pour les prestations effectuées à partir du 1/1/2025.</i>
9	La prestation est prescrite par différents prescripteurs. Le numéro d'identification de l'un d'entre eux est enregistré dans la zone du prescripteur (type 50 zone 24-25).

Pour les soins infirmiers, la norme prescripteur est égale à 0, 1 ou 9.

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 26 SUITE 2

RUBRIQUE : Code norme prescripteur

Combinaisons valides pour les prestations de radiologie
art. 17

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25	
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur	
(☞23)	Le prestataire est un spécialiste en radiodiagnostic et			
	- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
	- la prestation substitue la prestation prescrite	A	5	B
(☞23)	Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et			
	- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
	- la prestation substitue la prestation prescrite	A	5	B

RUBRIQUE : Code norme prescripteurPrestations de l'art. 17 bis - échographies.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est un médecin spécialiste en radiodiagnostic et			
(☞23) - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation substitue la prestation prescrite	A	5	B
Le prestataire a une double qualification dont le radiodiagnostic et			
(☞23) - la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au béné- fice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros
- la prestation substitue la prestation prescrite	A	5	B

Prestations de l'art. 17 quater - échographies.

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur
Le prestataire est médecin-spécialiste avec avec une qualification autre que le radiodiagnostic et			
- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
- la prestation est effectuée au bénéfice de ses propres patients (c.-à-d. sans prescripteur)	A	3	12 zéros

RUBRIQUE : Code norme prescripteurCombinaisons valides pour les prestations de médecine nucléaire in vivo
(art. 18, § 2, B, a) jusqu'à d)quater inclus)

	Enregistrement de type 50 Zone 15	Enregistrement de type 50 Zone 26	Enregistrement de type 50 Zone 24-25	
	Numéro d'identification du dispensateur	Code norme prescripteur	Numéro d'identification du prescripteur	
Le dispensateur est un spécialiste en médecine nucléaire et				
(☞23)	- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
	- la prestation substitue la prestation prescrite	A	5	B
	- la prestation est prescrite par le spécialiste même pour ses propres patients (pas possible pour la prestation 442735-442746)	A	3	12 zéros
Le dispensateur a une double qualification dont la médecine nucléaire et				
(☞23)	- la prestation est prescrite	A	1 ou 9	B
	- la prestation substitue la prestation prescrite	A	5	B
	- la prestation est prescrite par le spécialiste même pour ses propres patients (pas possible pour la prestation 442735-442746, sauf lorsque le spécialiste est également neurologue, psychiatre, gériatre ou neuropsychiatre)	A	3	12 zéros

RUBRIQUE : SITE HOSPITALIER**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 6 N - 287**

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

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

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

- (☞ 13) A partir de la date de prestation du 01/07/2023, cette zone doit également être complétée pour les prestations 161991-162002 et 182836-182840 et pour les pseudo-codes de la convention « reconstruction mammaire ».
- (☞ 21) A partir de la date de prestation 1/8/2024, cette zone devra également être complétée pour les prestations qui ne sont remboursées que dans les cliniques du sein agréées, comme prévu par l'AR portant exécution de l'art. 64 de la Loi.
- (☞ 20,21) A partir de la date de prestation 1/1/2025, cette zone doit être complétée pour toutes les prestations de « La Liste » (implants et des dispositifs médicaux invasifs), également pour les éventuels enregistrements statistiques (avec norme 9) et pour les enregistrements “marge de délivrance” et “marge de sécurité”.
- (☞ 23) A partir de la date de prestation 1/4/2025, cette zone doit également être complétée pour les prestations donnant lieu au remboursement des frais de voyage, à savoir:
- 101592, 101614, 470293, 470315, 470330, 470875, 470890, 470912 et 470934.
 - 444113, 444135, 444150, 444172, 444194, 444216, 444231, 444253, 444290, 444312, 444334, 767874, 767896, 767911 et 767933.
 - 102270, 102292, 102351, 102373, 105932, 105954, 106293, 106315, 106330 et 106352 (uniquement si le patient a déjà bénéficié d'une des prestations 444113, 444135, 444150, 444172, 444194, 444216, 444231, 444253, 444290, 444312, 444334, 767874, 767896, 767911 ou 767933).

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