

**INSTRUCTIONS AUX DISPENSATEURS DE SOINS ET ÉTABLISSEMENTS DE  
SOINS QUI RECOURENT A LA DÉLIVRANCE DES FICHIERS DE  
FACTURATION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE  
ET AUX ORGANISMES ASSUREURS  
- EDITION 2021 -  
MISE À JOUR 2021/31 - Publication 10-03-2026**



---

**Service des soins de santé**

**INSTRUCTIONS DE FACTURATION PAR VOIE ÉLECTRONIQUE**

**MISE À JOUR 2021/31**

**Page à créer:**

- Annexe 28.5;

**Pages à remplacer:**

- Annexes 9.1, 16.3, 25.2, 25.3, 26.3, 28.2, 28.3, 28.4;
- ET 30 Z 4 S 4, Z 13;
- ET 50 Z 13, Z 13 S 2, Z 14 S 2, Z 30-31, Z 33, Z 51.

### 1. **Quelques révisions, Annexe 9.1, 26.3, ET 50 Z 30-31, Z 33.**

Le ticket modérateur forfaitaire par jour pour les produits pharmaceutiques dans les hôpitaux psychiatriques est porté à 0,91 € à partir de la date de prestation du 1<sup>er</sup> mars 2026. Les instructions de facturation sont donc adaptées en conséquence.

Pour les tarifs maximaux, dont le montant doit être mentionné dans l'ET 50 Z 30-31, la référence à l'Accord National est actualisée. Les références distinctes à l'ancrage mécanique, à l'utilisation d'un substitut dentinaire bioactif et au traitement endodontique remboursable en cas de detiscore B dans le même texte sont datées et sont supprimées.

Quelques références oubliées aux codes de transparence sont ajoutées.

Une référence à la liste "lieu de prestation" est supprimée. Cette liste n'existe pas.

### 2. **Modulos pour les numéros INAMI, Annexe 16.3.**

Lorsque le range de numéros INAMI significatifs d'une profession déjà existante avant 2022 est épuisé, de nouveaux modulos sont désormais automatiquement utilisés pour calculer les check-digits. L'ordre des modulos activés est le suivant: 97, 89, 83, 79.

L'aperçu des secteurs spécifiques qui étaient déjà passés au modulo 89 pour les nouveaux numéros est remplacé par une description générale.

### 3. **Irradiation du sein, Annexe 25.2, ET 50 Z 14 S 2, Z 51.**

La nouvelle prestation de radiothérapie 444732-444743 est ajoutée à la liste des traitements récurrents dans le cadre de la lecture eID par les hôpitaux, à la liste des prestations pour lesquelles l'agrément "service radiothérapie" (+113) est requise, ainsi qu'à l'énumération des codes donnant automatiquement droit au remboursement des frais de transport et pour lesquels le numéro de site doit donc être complété dans l'ET 50 Z 51.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2026.

### 4. **Télésurveillance oncologique, Annexe 25.3, ET 30 Z 4 S 4, Z 13, ET 50 Z 13, Z 13 S 2.**

Conformément au septième avenant à la Convention Nationale Hôpitaux-OA, deux nouveaux pseudocodes sont créés pour la télésurveillance oncologique:

- 770431-770442: *démarrage du monitoring à distance oncologique (1er mois)*
- 770453-770464: *monitoring à distance oncologique (2e au 5e mois compris)*

Ces pseudocodes sont ajoutés dans l'ET 30 Z 4 S 4. Ils sont également dispensés de la lecture eID. Il est en outre précisé qu'ils doivent être facturés avec le code service 720.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2026.

**5. Projet pilote praticiens de l’art infirmier, Annexes 28.2, 28.3, 28.4, 28.5.**

L’annexe contenant les instructions de facturation pour le projet pilote est adaptée :

- le point 1 (principes généraux) reste inchangé
- le point 2 (situations particulières) est remplacé
- le point 3 (structure du fichier de facturation) est mis à jour
- le point 4 (contrôles par les OA) est ajouté
- l’exemple de facturation reste inchangé

**6. Liste « membre traité ».**

Pas de modifications.

**7. Liste « prestation relative ».**

Codes supprimés			
De	à	Numac	Date d’application
201154	201165	2026000348	01.01.2026

Dans l’onglet “opmerkingen – remarques 6” concernant les conventions de rééducation, la référence au point 17 de l’ET 30 Z 4 est supprimée. Ce point contenait à l’origine également des pseudocodes issus de ces conventions de rééducation, mais entre-temps, tous ces pseudocodes ont été regroupés sous le point 16.

**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.

Le bloc “projet pilote infirmiers à domicile” est également décrit.

## 1. Utilisation de la zone "intervention personnelle" et zone "supplément".

Attention : cette annexe ne tient pas compte de la facturation à 100% (voir valeurs 2 et 3 et leurs exemples correspondants dans ET 30, 50 Z 33)

### 1.1 Coûts de séjour.

#### 1.1.1. Hospitalisation à l'exception de l'hôpital chirurgical de jour

	Enregistrement montant par admission (si d'application)	Enregistrement montant par jour	Enregistrement intervention personnelle		Enregistrement supplément	Forfait € 0,62 / € 0,91
(☞31) E.T. 30 Z 4	code forfait par admission	code forfait par jour	code I.P.	code I.P.	code chambre 1 ou 2 personne(s)	0750002
E.T. 30 Z 19	valeur forfait	valeur forfait	- I.P.	- I.P.	0	0
(☞31) E.T. 30 Z 27	0	0	+ I.P.	+ partie I.P. ou 0	0	0,62 / 0,91
E.T. 30 Z 30-31	0	0	0	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	0
E.T. 30 Z 33	0	0	0	1	0 ou 1	0
E.T. 30 Z 24-25	0	prix à 100%	0	0	0	0

#### 1.1.2. Hôpital chirurgical de jour et journée d'entretien forfaitaire

	Enregistrement montant par admission (si d'application)	Enregistrement montant par jour ou journée forfaitaire	Enregistrement supplément	Petits risques indépendants sans assurance libre (prestations effectuées avant le 1/1/2008)
E.T. 30 Z 4	code forfait par admission	code forfait par jour	code chambre 1 ou 2 personne(s)	code forfait
E.T. 30 Z 19	valeur forfait	valeur forfait	0	0
E.T. 30 Z 27	0	0	0	0
E.T. 30 Z 30-31	0	0	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)	montant porté en compte (sauf s'il est en charge d'une législation hors AMI)
E.T. 30 Z 33	0	0	0 ou 1	0 ou 1
E.T. 30 Z 24-25	0	prix à 100%	0	0

15) Opticiens.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

16) Audiciens.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

17) Pharmaciens-biologistes.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

18) Fournisseurs de matériel d'autogestion qui ne sont pas des pharmacies.

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

19) Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC, psychologue clinicien, orthopédagogue clinicien

Un numéro d'ordre de 0001 à 9999.

20) Personnel soignant et aides soignants.

Les 4ème au 8ème chiffres constituent un numéro d'ordre entre 10.000 et 99.000, attribué par l'INAMI.

C. Check-digits (7ème et 8ème chiffres du numéro d'identification), à l'exception du numéro du personnel soignant

Le nombre inscrit en positions 7 et 8 est égal à la différence entre

- 1) 97, et
- 2) le reste de la division dont le dividende est formé par les chiffres des positions 1 à 6 inclus du numéro d'inscription, et le diviseur est égal à 97 (c.à.d. le nombre premier le plus élevé, inférieur à 100).

(☞ 31) Lorsque la série de numéros INAMI est épuisée pour une profession, on passe automatiquement de 97 à un nouveau modulo pour cette profession, d'abord à 89, puis à 83 et enfin à 79.

Le nombre inscrit en positions 7 et 8 est égal à la différence entre

- 1) 89/83/79, et
- 2) le reste de la division dont le dividende est formé par les chiffres des positions 1 à 6 inclus du numéro d'inscription, et le diviseur est égal à 89/83/79.

(☞ 31) Pour ces professions, 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 prestataires différents soient identiques.

D. Qualification d'un dispensateur (9ème au 11ème chiffre inclus du numéro d'identification)

La qualification diffère de dispensateur à dispensateur.

Il est possible qu'un dispensateur ait plusieurs codes de compétence. Cela signifie que pour chaque qualification, les huit premiers chiffres sont toujours les mêmes et les chiffres 9 à 11 seront différents selon la qualification.

1. Médecins

Voir liste officielle des codes compétence publiée sur le site de l'INAMI

(<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/codes-competences-numero-inami-dispensateurs-soins.aspx>).

- (☞1) - La liste des traitements récurrents concernés:
- chimiothérapie/immunothérapie: (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 et 767933-767944
  - (☞14,19,24,31) ○ radiothérapie (art. 18 §1<sup>er</sup> 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, 444592-444603, 444636-444640, 444651-444662, 444673-444684, 444695-444706, 444614-444625, 444732-444743 + 444710-444721 (\*) + 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.*
- (☞26) ○ honoraires et indemnités forfaitaires prévus dans la convention sur le financement de la dialyse: (pseudo)-codes 470293-470304, 470330-470341, 470315-470326, 470890-470901, 470934-470945, 471111-471122, 471133-471144, 471155-471166, 471170-471181 767594, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767756, 767782, 767804 et 767955-767966
  - (☞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

### **1.1. 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 postériori (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 postériori 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<sup>ère</sup> prestation de santé (ET 21 Z 5 = 7)**

Les données d'identité peuvent être encodées manuellement (préalablement à la 1<sup>ère</sup> 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).

\* Prestation COVID-19, supprimée le 01/01/2026.

**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).
- (☞12,26) - Dans le cas où la prestation a déjà été effectuée, que le patient décède dans le mois qui suit la date de prestation/date d'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, 22,23,25,27,28,29,31) - Autres prestations sans la présence nécessaire 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<sup>er</sup> niveau: 400676-400680, forfait trimestriel: 400632- 400643, forfait annuel: 400654.
  - \* conventions 'trajet de soins 1 et 2 (p)réhabilitation': 400750-400761, 400772-400783, 400794, 400831-400842, 400853, 400875-400886, 400890-400901, 400912, 400956-400960, 400971, 400993-401004, 401015-401026, 401030, 401074-401085, 401096, 401111-401122, 401133-401144, 401155, 401192-401203, 401214, 401634-401645, 401656-401660, 401671, 401693-401704, 401715-401726 et 401730.
  - \* 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
  - \* convention 'télésurveillance insuffisance cardiaque': 403012-403023, 403034-403045, 403056-403060, 403071-403082, 403093-403104 et 403115-403126
  - \* forfaits 'télésurveillance oncologique': 770431-770442 et 770453-770464
  - \* convention 'accompagnement de la transidentité': 783451-783462 et 783473-783484.
- (☞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 1 soit remplie dans l'ET 40 Z 12 et/ou l'ET 50 Z 50b.

Enregistrement de type 50		
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu
Z 1	Enregistrement de type 50	Valeur constante 50
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	Obligation de compléter
Z 3	Norme prestation	Toujours 0
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	Obligation de compléter
Z 5	Date de première prestation effectuée	Date de prestation
Z 6a-6b	Date de dernière prestation effectuée	Date de prestation (=ET 50 Z 5)
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	Obligation de compléter
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	Idem ET 20 Z 8a-8b
Z 9	Sexe bénéficiaire	Idem ET 20 Z 9
Z 10	Accouchement	Toujours 0
Z 11	Référence numéro de compte financier	Toujours 0
Z 12	Nuit, week-end, jour férié	Valeur 0, 1, 2, 3 ou 4
Z 13	Code service	990 (si ET 20 Z 10 = 3) ou 002 (si ET 20 Z 10 = 1)
(9,31) Z 14	Lieu de prestation	Voir description zone
Z 15	Identification du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur, à moins qu'autre chose soit mentionné dans la description de la zone.
Z 16	Norme dispensateur	Valeurs 1 ou 9
Z 17-18	Prestation relative	Voir liste «prestation relative »
Z 19	Intervention de l'assurance	Montant de l'intervention
Z 20-21	Date prescription	Obligation de compléter si Z 24-25 ≠ 0
Z 22	Nombre d'unités	Toujours 1
Z 23	Dérogation nombre maximal ou prestation identique	Toujours 00
Z 24-25	Identification prescripteur	Voir liste « prescripteur »
Z 26	Norme prescripteur	Valeurs 0 ou 1
Z 27	Intervention personnelle patient	Intervention personnelle réglementaire effectivement facturée
Z 28	Référence établissement	Facultatif
Z 29	Dent traitée	Toujours 0
Z 30-31	Supplément	Montant qui est éventuellement facturé au patient en plus de l'intervention personnelle réglementaire
(9,19) Z 32	Justification	Toujours 0
(9,11) Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	Valeur 0, 1, 2 ou 9
Z 34	Membre traité	Toujours 0
Z 35	Prestataire conventionné	Valeur 0, 1, 2 ou 9
Z 36-37	Heure de prestation	Toujours 0
Z 38	Identification administrateur du sang	Toujours 0
Z 39-40	Numéro attestation d'administration	Toujours 0
Z 41-42	Numéro bon de délivrance ou sac	Toujours des blancs
Z 43	Code implant	Toujours 0
Z 44-45	Libellé du produit	Toujours des blancs
Z 46	Norme plafond	Toujours 0
Z 47	Valeur de base prestation	Toujours 0
Z 48	Transplantation	Toujours 0
Z 49	Identification dispensateur auxiliaire	Toujours 0
(9,14) Z 50a	Pourcentage dans le forfait	Toujours 0
Z 50b	Indication prestations lecture eID	Toujours 0
Z 51	Site hospitalier	Toujours 0
(9,27,28) Z 52a	N° de réf. prescr. de renvoi électronique	Compléter si une prescription de renvoi el. a été utilisée
Z 53-54a	Numéro de course	Toujours 0
Z 55-56	Code de notification implant	Toujours 0
Z 57-58-59	Code d'enregistrement	Toujours 0
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

## 2. Situations spécifiques

2.1 Les pseudo-codes suivants (qui ne relèvent pas de l'art. 8 de la nomenclature) peuvent être facturés par une pratique participante (de manière autonome ou en combinaison avec des soins directs):

- Vaccination: 419451, 419974, 419996
- Éducation au diabète: 794253, 794312, 794334, 794415, 794430, 794452
- Hospitalisation à domicile: 418574, 418596, 418611

S'ils sont facturés en combinaison avec des soins directs, tous les codes d'intervention de la visite doivent être enregistrés. Pour le pseudo-code 'soins directs', le nombre de minutes doit toutefois être diminué de la valeur des prestations financées via les pseudo-codes concernés (un tableau de conversion est prévu à cet effet). En plus, les pseudo-codes sont facturés à la fin de la série (fin de journée de soins).

2.2 Si une partie de la visite est financée via une convention (par ex. une prise de sang), tous les codes d'intervention de la visite doivent être enregistrés. Pour le pseudo-code 'soins directs', le nombre de minutes doit toutefois être diminué de la valeur des prestations financées via la convention concernée (un tableau de conversion est prévu à cet effet).

2.3 Patient qui conjugue, pour une même journée, la qualité d'hospitalisé et d'ambulant:  
Les pseudocodes ambulatoires du projet pilote peuvent, dans ce cas, également être facturés le premier et le dernier jour d'une hospitalisation (ainsi que le jour d'une hospitalisation de jour).

2.4 Facturation par différents infirmiers de pseudo-codes du projet pilote (tarif horaire) et de codes nomenclature de l'art. 8 pour un même patient le même jour est possible.

Par ex.: le patient est soigné le matin par l'infirmier X qui ne participe pas au projet pilote et le soir par l'infirmier Y du groupement Z qui, lui, y participe.

Les forfaits A, B, etc... de l'art. 8 de la nomenclature ne sont toutefois pas cumulables, pour un même patient le même jour, avec les pseudo-codes du projet pilote. L'infirmier X ne peut donc pas facturer de forfaits A, B, etc... pour un patient qui est également soigné le même jour par l'infirmier Y; il ne peut facturer que des prestations par acte.

Si l'infirmier X a malgré tout facturé un forfait A, B, etc... et que cette facturation a été transmise à l'OA plus tôt que la facturation du groupement Z (projet pilote), le forfait est donc accepté et payé à l'infirmier X avant que la facturation du groupement Z ne soit traitée. Par conséquent, la facturation de pseudo-codes du projet pilote (tarif horaire) (pour le patient concerné pour le jour concerné) par l'infirmier Y est automatiquement refusée.

Dans ce cas, les infirmiers peuvent prendre contact entre eux afin que l'infirmier X crédite son forfait (et facture ses prestations par acte), après quoi les pseudo-codes (tarif horaire) pour l'infirmier Y pourront être réintroduits et seront acceptés.

### 3. Structure du fichier de facturation

- Enregistrements de facturation (norme 0):
  - \* soins (in)directs semaine/week-end et temps de déplacement:
    - nombre d'unités (Z 22) = nombre de minutes
    - montant AMI = tarif horaire \* nombre de minutes / 60  
(arrondi au cent d'euro le plus proche; 5 vers le haut)
    - en cas de soin direct: prestation relative (Z 17-18) = pseudo-code indiquant le lieu de prestation
  - \* éventuelle indemnité rurale (1 par visite)
    - nombre d'unités (Z 22) = 1
  - \* éventuel forfait palliatif (1 par journée de soins) (ne peut pas être facturé de manière autonome)
    - nombre d'unités (Z 22) = 1
- Enregistrements statistiques (norme 9):
  - \* codes d'intervention
    - nombre d'unités (Z 22) = 1
    - zones montant = 0
- Lecture eID: chaque enregistrement 'soins directs' doit être accompagné d'un ET52
- Tous les enregistrements d'une 'journée de soins' sont considérés comme bloc
- Aides-soignants: utilisation de la 'norme dispensateur' et 'dispensateur auxiliaire' : analogue aux instructions pour les prestations avec des enregistrements statistiques avec pseudo-codes (cf. ET 50 Z 16 et Z 49):

#### Norme dispensateur (Z 16):

- Tous les soins effectués par un infirmier : soins (in)directs + tous les codes d'intervention : norme 1
- Tous les soins effectués par un aide-soignant : soins (in)directs + tous les codes d'intervention : norme 2
- Certains soins effectués par un infirmier et certains par un aide-soignant :  
soins (in)directs : norme 9 et codes d'intervention : norme 1 pour les prestations effectués par un infirmier ; norme 2 pour les prestations effectués par un aide-soignant

#### Dispensateur auxiliaire (Z 49)

- Tous les soins effectués par un infirmier : soins (in)directs + tous les codes d'intervention :  
numéro INAMI de l'infirmier
- Tous les soins effectués par un aide-soignant : soins (in)directs + tous les codes d'intervention :  
numéro INAMI de l'aide-soignant
- Certains soins effectués par un infirmier et certains par un aide-soignant :  
soins (in)directs : numéro INAMI de l'infirmier  
codes d'intervention : numéro INAMI de l'infirmier ou de l'aide-soignant qui a effectué la prestation

#### 4. Contrôles par les OA

- Rejet en bloc: une journée de soins pour un patient donné est considérée comme un “bloc”. Une erreur dans l’un des enregistrements de cette journée de soins entraîne donc le rejet de l’ensemble des enregistrements de la journée concernée.
- Seules les (sous-)pratiques participant au projet peuvent facturer les nouveaux codes (pseudo-codes + codes d’intervention). Elles ne peuvent pas facturer de codes nomenclature de l’art. 8, mais bien les pseudo-codes existants en dehors de l’art. 8 (voir l’énumération au point 2.1, 5)).  
Le tiers facturant (ET 10 Z 14) doit donc être une pratique participante (numéro 94 dont le nouveau attribut *HCI\_Praktijkfinanciering* a la valeur 1)
- Contrôle du tarif (tarif horaire \* nombre de minutes / 60, arrondi au cent d’euro le plus proche, 5 arrondi vers le haut).
- Contrôle de la durée des visites et des déplacements:  
le nombre de minutes de déplacement et de soins directs ne peut dépasser les seuils suivants:  
Déplacement: max. 1h par déplacement  
Soins directs: max. 3h par visite  
(pas de seuil contraignant pour les soins indirects, seulement un seuil indicatif dans le logiciel du praticien de l’art infirmier)
- Un pseudo-code ‘soins directs’ doit toujours être suivi d’au moins un code d’intervention pour des soins directs et peut éventuellement aussi être suivi d’un ou plusieurs code d’intervention pour des soins indirects.  
Un pseudo-code ‘soins indirects’ doit toujours être suivi d’au moins un code d’intervention pour des soins indirects et ne peut pas être suivi de code(s) d’intervention pour des soins directs.
- Prestation relative (lieu) pour les pseudo-codes de soins directs:
  - Présence du code prestation relative.
  - Contrôle des prestations à distance: la prestation relative peut seulement être égale à 421396 (« à distance ») si tous les codes d’intervention associés sont autorisés à être effectués à distance.
- Pour le code forfait palliatif (423975), un message MyCarenet “notification patient palliatif” (420000) doit avoir été reçu.
- Contrôle sur les codes d’intervention:
  - Prestataire (vérifier uniquement qu’il s’agit d’un praticien de l’art infirmier (code profession 41))
  - Prescripteur (sauf pour les codes d’intervention 438653, 438675, 438712, 438815, 438852 et 438874)
- Les codes (ambulatoires) du projet pilote doivent être acceptés le premier et le dernier jour d’une hospitalisation (ainsi que le jour d’une hospitalisation de jour), sans que cela soit indiqué via le pseudo-code 426613 (bénéficiaire ayant le même jour la qualité d’hospitalisé et d’ambulatoire). La zone « prestation relative » est en effet déjà utilisée pour l’indication du lieu.
- Contrôle lecture eID: pour chaque enregistrement ‘soins directs’, un ET 52 doit être présent.
- Cumul des prestations dans le cadre du projet pilote (pseudo-codes tarif horaire) et en dehors du projet pilote (nomenclature art. 8)
  - par le même infirmier pour le même patient le même jour: NON autorisé
  - par différents infirmiers pour le même patient le même jour: OUI autorisé, SAUF les forfaits A, B, etc... (ces derniers ne sont PAS cumulables, pour un même patient le même jour, avec les pseudo-codes du projet pilote (tarif horaire))

## EXEMPLE DE FACTURATION (tarifs 2025)

		Norme prestation (Z 3)	Nombre d'unités (Z 22)	Montant AMI (Z 19)	Montant IP (Z 27)	Date (Z5-6)	Prest. relative (Z17-18)		tarifs horaires (en EUR/heure)
ET10	Début de l'envoi								
ET20	Début facture patient								59,10 soins pendant la semaine 79,10 soins pendant le week-end 39,10 temps de déplacement
Jour 1 visite 1	ET50 soins directs pendant la semaine	0	35 (minutes)	<b>34,48 EUR</b>	0 EUR	27-06-2025	pseudo-code lieu		59,10 * 35 / 60 = 34,4750
	ET52 lecture identité								
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0		
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0		
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0		
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0		
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0		
	ET50 déplacement (vers)	0	15 (minutes)	<b>9,78 EUR</b>	0 EUR	27-06-2025	0		39,10 * 15 / 60 = 9,7750
ET50 indemnité rurale	0	1	3,13 EUR	0 EUR	27-06-2025	0			
Jour 1 visite 2	ET50 soins directs pendant la semaine	0	20 (minutes)	<b>19,70 EUR</b>	0 EUR	27-06-2025	pseudo-code lieu		59,10 * 20 / 60 = 19,7000
	ET52 lecture identité								
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0		
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0		
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0		
	ET50 déplacement (vers)	0	5 (minutes)	<b>3,26 EUR</b>	0 EUR	27-06-2025	0		39,10 * 5 / 60 = 3,2583
ET50 indemnité rurale	0	1	3,13 EUR	0 EUR	27-06-2025	0			
Jour 1 forfait palliatif	ET50 forfait palliatif	0	1	37,30 EUR	0 EUR	27-06-2025	0		
Jour 2 visite	ET50 soins directs pendant le week-end	0	20 (minutes)	<b>26,37 EUR</b>	0 EUR	28-06-2025	pseudo-code lieu		79,10 * 20 / 60 = 26,3667
	ET52 lecture identité								
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	28-06-2025	0		
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	28-06-2025	0		
	ET50 déplacement (vers)	0	15 (minutes)	<b>9,78 EUR</b>	0 EUR	28-06-2025	0		39,10 * 15 / 60 = 9,775
ET50 indemnité rurale	0	1	3,13 EUR	0 EUR	28-06-2025	0			
Jour 2 soins indirects	ET50 soins indirects pendant le week-end	0	10 (minutes)	<b>13,18 EUR</b>	0 EUR	28-06-2025	0		79,10 * 10 / 60 = 13,18333
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	28-06-2025	0		
	ET50 code d'intervention	9	1	0 EUR	0 EUR	28-06-2025	0		
Jour 2 forfait palliatif	ET50 forfait palliatif	0	1	37,30 EUR	0 EUR	28-06-2025	0		
ET80	...								
ET80	Fin facture patient								
ET20	Début facture patient								
ET80	...								
ET80	Fin facture patient								
ET90	Fin de l'envoi								

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		
(☞27) au départ d'un hôpital psychiatrique (AMs de 30 mai 2024)		0761946
(☞27) au départ d'un hôpital général spécialisé (AMs de 30 mai 2024)		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 oxygéno-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
(☞31) Forfait démarrage du monitoring à distance oncologique	0770431	0770442
(☞31) Forfait monitoring à distance oncologique	0770453	0770464
(☞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.

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

Voir table de codification des enregistrement de type 50 zone 13.

(=3,12,26,31) Il s'agit du code service (\*) où séjourne le patient à 12h (midi) à la date mentionnée dans la zone 5 ou le pseudo-code service en cas d'utilisation de la salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, télésurveillance oncologie, forfaits refroidissements cuir chevelu, mains et pieds, dialyse rénale dans un "hôpital" (patient ambulant), journée forfaitaire psychiatrie, revalidation (interne ou externe), forfait groupe 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis ou 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3 ou autres prestations ambulatoires.

Dans le cas de journées d'entretien forfaitaires et d'une hospitalisation chirurgicale de jour pour des patients hospitalisés dans un autre établissement (code hospitalisé), le pseudo-code service 002 doit être mentionné.

S'il s'agit de prestations ambulatoires (autres que celles citées ci-dessus), alors le pseudo-code service 990 doit être mentionné.

Lorsque l'enregistrement concerne des suppléments pour le type de chambre, forfait pharmaceutique (750002), jours de congé non-payés ou jours d'absence à visée thérapeutique, cette zone est mise à zéro.

Forfaits pharmaceutiques 750175 et 751811 : code service 990.

Montant par admission (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): service d'admission ou 1er service qui entre en ligne de compte pour la facturation du montant par admission.

Frais de déplacement prématurés : code service 270.

Unité de traitement de grands brûlés : code service 290.

Dialyse rénale à domicile ou dans un centre (jusqu'au 31/7/2016 inclus : pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; à partir du 1/8/2016 : pseudo-codes repris dans la convention): code service 750 ou 990 selon le type de facture mentionné dans l'ET 20 Z 10.

Journées d'entretien forfaitaires dans le service A (0761073) et forfait de postcure de rééducation (0762974): code service 760.

Hôpital chirurgical de jour avec codes ambulants : code service 320.

Journée d'entretien camp de vacances collectif (793321, 793343 et 793365) : code service du service où le patient séjournait avant son départ en camp de vacances collectif.

Hôpital militaire (0760524, 0760642, 0760653 et 0760664) : code service = 000

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

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

(☞3,12, 14,26,31) Il s'agit du code service (\*) du service dans lequel le patient séjourne à la date mentionnée dans la zone 5 ou du pseudo-code service en cas d'utilisation de salle de plâtre, soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait), maxiforfait, (maxi)forfait oncologie, télésurveillance oncologique, forfaits refroidissements cuir chevelu, mains et pieds, dialyse rénale dans un hôpital, journée forfaitaire psychiatrie, rééducation (interne-externe), forfait groupe 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis et 7, forfait douleur chronique 1, 2 ou 3, forfait manipulation cathéter à chambre, hospitalisation à domicile ou autres prestations ambulatoires.

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

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

S'il s'agit de biologie clinique, de médecine nucléaire in vitro, d'anatomopathologie et d'examens génétiques (aussi bien l'honoraire forfaitaire par date de prélèvement que les prestations techniques), il y a lieu de mentionner dans cette zone le code service du (pseudo-)service où le patient séjournait à la date reprise dans les zones 5 et 6.

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

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

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

\* Honoraires forfaitaires ou quotes-parts personnelles :

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

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

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

\* Montant global prospectif : service d'admission

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

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

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

(☞3,30) \* Pour les prestations R30-R60 dans le cadre des conventions de rééducation fonctionnelle 9.50 et 9.51, les défibrillateurs cardiaques implantables (\*\*), les forfaits méthode mesure par capteurs dans le cadre de la convention diabète (enfants), le code service 770 doit toujours être utilisé.

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

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

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

(☞14,20,25) \* Pour les pseudo-codes 793715, 793730, 793752, 793774 (début et fin de prise en charge convention équipes mobiles), 799956-799960, 799971-799982 (début et fin de prise en charge soins transmurales chez les enfants souffrant de maladies chroniques) et 401472-401483, 401494-401505, 401516-401520, 401531-401542, 401553-401564, 401575-401586 (troubles de l'alimentation), cette zone est égale à zéro.

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

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

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

(☞30) (\*\*) Jusqu'au 31/12/2025. Intégré dans « La Liste » à partir du 1/1/2026.

## TABLE DE CODIFICATION DES PSEUDO-CODES SERVICES

Liste des services pour patients traités dans une section de l'hospitalisation de jour et pour patients ambulants		
Codes INAMI	Type hôpital	Libellé
002	Gén.	Prestations effectuées à des patients hospitalisés dans un autre établissement
710	Gén.	Salle de plâtre
(*) (☞31) 720	Gén.	Soins urgents ou perfusion intraveineuse (ancien miniforfait) + forfait soins de base oncologiques + télésurveillance oncologique
(☞12) 730	Gén.	Maxiforfait + maxiforfait oncologie + forfaits refroidissements cuir chevelu, mains et pieds
750	Gén.	Dialyse rénale
760	Psy.	Journée forfaitaire en psychiatrie + postcure rééducation
770		Rééducation
(☞3,26) 840	Gén.	Forfait groupe 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis ou 7 + forfait douleur chronique 1, 2, 3 + forfait manipulation cathéter à chambre
(☞14) 980	Gén.	Hospitalisation à domicile
990	Gén./Psy.	Autres patients ambulants ou dialyse rénale ambulatoire

Pseudo-codes service nouveau-nés		
Pseudo-code INAMI	Type hôpital	Libellé
170	Gén.	Nouveau-né hospitalisé en chambre chez la mère dans un service M
180	Gén.	Nouveau-né hospitalisé en service N* alors que la mère est également présente comme patiente à l'hôpital

## CODIFICATION POUR LE SERVICE Sp

Pseudo-code INAMI	Code comptable Santé publique	Index R.C.M./R.I.M.	Libellé
610	310	S1	Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle destinée à des patients atteints ...
620	312	S2	d'affections cardio-pulmonaires
630	311	S3	d'affections locomotrices
640	314	S4	d'affections neurologiques
650	313	S5	d'affections chroniques nécessitant des soins palliatifs
660	315	S6	de polyopathologies chroniques nécessitant des soins médicaux prolongés
			d'affections psychogériatriques

(\*) Ce pseudo-code service est utilisé dans toutes les situations qui donnaient lieu à la facturation du mini-forfait avant le 1/1/2014 (soins urgents et perfusion intraveineuse), pour le forfait soins de base oncologiques et pour télésurveillance oncologique.

- \* S'il s'agit d'un déplacement d'un patient, le numéro d'identification de l'hôpital qui facture doit alors être mentionné dans cette zone (par exemple en cas de pseudo-code 793553).
- (☞ 14) \* S'il s'agit de la convention « hospitalisation à domicile », le numéro d'identification de l'hôpital doit être mentionné dans cette zone, aussi bien pour les codes de début/fin de prise en charge que pour les forfaits facturés par l'hôpital. Pour les forfaits facturés par le médecin généraliste ou le praticien de l'art infirmier, cette zone est égale à zéro.
- \* Convention « équipes mobiles »:  
Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): numéro réseau de santé mentale.  
Pseudo-codes visite à domicile (104473, 104495): numéro équipe mobile.
- (☞ 19,25) \* Convention « troubles de l'alimentation »: prestations de diététique (401332 et 401354) et pseudo-codes (0€) 401472-401483, 401494-401505, 401516-401520: numéro réseau de santé mental enfants et adolescents; pseudo-codes 401531-401542, 401553-401564, 401575-401586: numéro de l'hôpital (centre de référence).
- \* S'il s'agit du montant forfaitaire par demi-heure pour l'intervention d'une ambulance/SMUR belge aux Pays-Bas dans le cadre de la décision du Benelux concernant le transport transfrontalier urgent par ambulance (pseudo-code 793575), le numéro d'identification du service ambulancier agréé ou, dans le cas d'une intervention du SMUR, le numéro de l'hôpital qui facture, doit être mentionné dans cette zone.
- \* S'il s'agit du transport urgent de malades (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus), le numéro d'identification du service ambulancier agréé doit alors être mentionné dans cette zone.
- \* S'il s'agit des frais de déplacement des médecins (0109911, 0109955, 0109970), cette zone est égale à zéro.
- \* Le numéro d'identification de l'établissement de transfusion sanguine agréé qui a délivré le sang total humain ou les produits sanguins labiles s'il s'agit d'une intervention dans le coût du sang humain total ou de produits sanguins labiles
- \* S'il s'agit de prestations de l'article 9 de la nomenclature (accouchements) exécutées en milieu hospitalier, le numéro d'identification de l'établissement hospitalier où la prestation a été effectuée doit alors être mentionné dans cette zone.
- \* Numéro de l'hôpital + 000 s'il s'agit d'un examen SPECT exécuté intra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT.
- \* S'il s'agit d'un examen SPECT exécuté extra-muros avec un appareil hybride SPECT-CT, cette zone est mise à zéro.

#### Produits radiopharmaceutiques

- \* Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations des paragraphes 10001 et 10002 du Chapitre II de la liste en annexe de l'AR du 22 mai 2014 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des produits radiopharmaceutiques.
- \* Numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit du forfait 747913-747924

#### AR 26/5/2016 (MB 31/5/2016)

- \* Le numéro du laboratoire du centre agréé de génétique humaine s'il s'agit de prestations de l'art. 33 de la nomenclature (565014 à 565600 inclus, 588674-588685, 588711-588722)
- (☞ 6) \* Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) s'il s'agit des prestations 457855 à 457903 inclus, 457973-457984, 458452-458463, 458570 à 458603 inclus, 458673-458684, 458732-458743, 458813 à 458905 inclus, 458953-458964, 458990-459001, 459351-459362, 459373-459384, 459550 à 459642 inclus, 459675-459701.
- (☞ 15) \* Attention : La prestation 457973-457984 ne peut être facturée que si l'hôpital dispose également du programme de soins global "pathologie cardiaque" B (agrément 120).
- \* Le numéro de l'hôpital + 110 (tomographe axial transverse) ou + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 459874 à 459922 inclus
- (☞ 2) \* Le numéro de l'hôpital + 111 (tomographe à résonance magnétique) s'il s'agit des prestations 457914 à 457962 inclus, 459395 à 459546 inclus, 459830-459841, 458975-458986.
- \* Le numéro de l'hôpital + 112 (PETscan) s'il s'agit des prestations 442676 à 442761 inclus, 442971- 442982
- (☞ 31) \* Le numéro de l'hôpital + 113 (service de radiothérapie) s'il s'agit des prestations 444113 à 444242 inclus, 444290 à 444323 inclus, 444356 à 444603 inclus, 444732-444743.
- (☞ 6) \* Le numéro de l'hôpital + 120 (programme de soins global « pathologie cardiaque » B) s'il s'agit des prestations 229655-229666, 589190-589201, 589632-589643, 590236-590240.

---

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


---

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


---

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

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

- (☞22) Les montants portés en compte pour les produits, prestations ou services non-remboursables (pseudo-codes ET 50 Z 4 S 14 et S 15) doivent être mentionnés dans cette zone.

Pour les code de transparence 384075-384086, 384090-384101, 384112-384123 et 384134-384145 (pseudo-codes statistiques indiquant les motifs pour porter en compte un supplément) le montant est égal à zéro. Pour tous les autres codes de transparence, le montant dans cette zone est > 0.

Transport urgent de malades

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

Implants :

- (☞29) - Aucun supplément ne peut être imputé et mentionné dans cette zone sauf pour les prestations « reconstruction de larges défauts osseux » (186432-186443, 186454-186465 et 186476-186480).  
 - Les implants non remboursables (pseudo-code 960234-960245) peuvent, seulement, être facturés au patient s'ils sont notifiés (le code de notification doit être mentionné dans la zone 55-56).

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

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

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

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

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

- (☞25) Convention « trajet de soins troubles de l'alimentation »: dans le cas des pseudo-codes 401472-401483, 401494-401505, 401516-401520, 401531-401542, 401553-401564, 401575-401586, cette zone est toujours égale à zéro.

- (☞31) Dentistes:

Les montants qui sont facturés (au patient) dans le cadre des tarifs maximaux (point 3.4.C de l'Accord National Dento-Mutualiste 2026-2027), sont mentionnés dans cette zone.

Montant global prospectif: toujours égal à zéro.

« Enregistrements à zéro »: supplément possible

- (☞10,25) Convention détection variole du singe \* (557233-557244, 557270-557281): toujours égal à zéro

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

\* Cette convention est valable jusqu'à la date de prestation 31/12/2024 incluse.

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

(☞9) Voir enregistrement de type 30 zone 33.

Valeur	Signification
--------	---------------

1	L'intervention personnelle et/ou le supplément ont/a été pris(e) en charge, en tout ou en partie, par le prestataire/établissement même ou par une législation hors AMI (contenu de la zone 27 et/ou zone 30-31 inférieur au montant attendu ou égal à zéro).
---	---

2	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation accidents de travail conventions internationales (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).
---	---

3	Tickets modérateurs portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
---	---

4	Communication droit au MAF reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
---	---

(☞24) 5 \*\*\*\* Supplément d'honoraires attesté en raison d'exigences particulières du patient, comme prévu dans les accords médico-mut et dento-mut. Cette valeur doit être utilisée si un médecin/dentiste conventionné (Z 35 = 1) facture un supplément d'honoraires ou si un médecin/dentiste, conventionné ou pas, facture un supplément d'honoraires à un bénéficiaire de l'intervention majorée.

6 **	Interné placé (facturation comme pour un assuré normal, mais facture patient adressée au SPF Justice).
------	--

7 **	Interné placé pour lequel les tickets modérateurs sont portés dans le cadre de la réglementation MAF (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
------	--

8 **	Interné placé pour lequel la communication droit au MAF a été reçue mais la facturation à 100 % n'est pas appliquée parce que la facture patient et/ou la facture OA était déjà établie au moment de la communication ou parce qu'il s'agit d'une correction, d'une refacturation ou d'une réintroduction d'une facture normale (pas à 100%). Cette valeur ne peut être utilisée que par les hôpitaux pour les patients hospitalisés. (*)
------	--

(☞9) 9 \*\*\* Catégorie sociale spécifique (contenu de la zone 27 est égal à zéro, le ticket modérateur est mentionné dans la zone 19).

0	Dans tous les autres cas, également lorsque l'intervention personnelle et/ou le supplément sont/est (directement) pris en charge par le CPAS ou une compagnie d'assurance privée (l'intervention personnelle doit être mentionnée dans la zone 27 ; le supplément doit être mentionné dans la zone 30-31).
---	--

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

(☞9) Attention : les valeurs 3, 4, 6, 7, 8 et 9 priment sur la valeur 1. La valeur prime aussi sur les valeurs 3 et 4.

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

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

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

(☞31) (\*) Les valeurs 3, 4, 7 ou 8 doivent aussi être utilisées pour les prestations sans intervention personnelle. Cependant, les valeurs 3, 4, 7 ou 8 ne peuvent être utilisées dans le cas d'une facturation de frais de déplacement « transport urgent de malades » (pseudo-codes 784416 à 784486 inclus) ou dans le cas d'une facturation de prestations ou services non-remboursables (codes 960 ou codes transparence).

(☞9) (\*\*) Cette valeur est supprimée à partir de la date de prestation du 01/01/2023. Pour les internés placés, les règles d'application seront les mêmes que pour les détenus (valeur 9).

(☞9) (\*\*\*) Il s'agit des détenus pour lesquels le ticket modérateur est pris en charge par l'assurance maladie.

(☞11) Cette valeur ne peut pas être utilisée pour les prestations effectuées sur un nouveau-né et facturées au nom de la mère (détenue) (ET 50 Z 10 = 2, 3, 4 ou 5)

(☞15,31) Cette valeur ne peut également pas être utilisée pour les prestations non remboursables (codes 96xxxx ou codes transparence).

(☞26) (\*\*\*\*) Cette valeur peut également être utilisée à titre facultatif par un médecin ou dentiste non conventionné pour un patient n'ayant pas droit à l'intervention majorée.

**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.

- (☞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.
- (☞20,21,27) 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”, sauf si le tiers facturant (ET 10 Z 14) est un hôpital flamand de rééducation ou un médecin individuel (efac).
- (☞23,27,31) 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:
- 470293, 470315, 470330, 470890 et 470934.
  - 101592 et 101614 (uniquement si le patient a bénéficié de la prestation 470352, 470875, 470912, 767734, 767815, 767826, 767830 ou 767841 au cours des douze mois précédents).
  - 444113, 444135, 444150, 444172, 444194, 444216, 444231, 444253, 444290, 444312, 444334, 444636, 444651, 444673, 444710 (\*) et 444732.
  - 102270, 102292, 102314, 102336, 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, 444636, 444651, 444673, 444710 (\*), 444732, 767874, 767896, 767911 ou 767933).
- (☞26,28) Pour toutes les autres prestations effectuées dans l'hôpital (ET 50 Z 14 = numéro hôpital, donc commençant par 710/719/720), cette zone peut facultativement être remplie.
- (☞28) Pour les prestations effectuées en dehors d'un hôpital (R 50 Z 14 ≠ numéro hôpital, donc ne commençant pas par 710/719/720 ou égal à zéro), cette zone ne peut pas être remplie.

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

\* Prestation COVID-19, supprimée le 01/01/2026.