

**INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS,
AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES,
AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER
ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS
QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE
DES FICHIERS DE FACTURATION
ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -
EDITION 2021
MISE A JOUR 2021/19corr – Publication 4-3-2024**



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

Service des soins de santé

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

MISE A JOUR 2021/19 corrigendum

Pages à remplacer :

- Annexes 6 suite, 6.6, 12.5, 13.5, 16.5, 20.3, 23.3, 25.2, 25.3, 25.4, 25.5, 25.6, 25.7, 25.8, 26.3;
- ET 21 Z 8;
- ET 50 Z 5 S 1, Z 14 S 2, Z 32;
- ET 52 Z 3.

Page à supprimer :

- Annexes 24.5, 24.6.

1. **New Deal médecins généralistes, annexes 6 suite, 6.6, 12.5, 13.5, 20.3, 23.3, 26.3, ET 50 Z 32.**

Dans la mise à jour 2021/16 du 26/9/2023, les pseudo-codes pour le financement à l'acte pour les patients avec une relation thérapeutique fixe ont été publiés. Ceux-ci sont facturés en tiers payant via eFac par les médecins généralistes concernés.

Dans la situation exceptionnelle où un médecin New Deal facture les prestations de référence de l'art. 2 (101076, 103412, 103434) pour un patient avec une relation thérapeutique fixe (soirs, nuits, week-ends ou jours fériés, si l'état du patient ces jours et heures nécessite des soins urgents, qui ne peuvent être reportés), alors les zones suivantes doivent être remplies pour indiquer qu'il s'agit d'une exception :

- ET 50 Z 32 (justification) = N
- ET 50 Z 17-18 (prestation relative) = 107575 (voir aussi le point 6 ci-dessous).

Ces zones ne doivent être renseignées que si la facturation est effectuée par un médecin New Deal individuel et non si le tiers facturant est un poste de garde. Dans ce dernier cas, les prestations concernées de l'art. 2 peuvent être facturées sans remplir les deux zones.

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

2. **Trajet de soins 'Troubles de l'alimentation', ET 50 Z 14 S 2.**

Pour activer le trajet de soins, le médecin traitant facture le pseudo-code 401295 (honoraires forfaitaires par période de 12 mois pour le suivi du bénéficiaire).

Un pseudo-code est également prévu pour la participation à la concertation multidisciplinaire (401310).

Enfin, 2 pseudo-codes sont prévus pour la diététique (401332 et 401354). Pour ces codes, le prescripteur doit être mentionné (voir également le point 7 ci-dessous) et le numéro INAMI du réseau SMEA (Santé Mentale Enfants et Adolescents) doit être mentionné comme lieu de prestation.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/2/2024.

3. **Lecture eID hôpitaux, annexes 25.2, 25.3, 25.4, 25.5, 25.6, 25.7, 25.8, ET 21 Z 8, ET 52 Z 3.**

Dans l'annexe 25.2, des codes ont été ajoutés au traitement récurrent 'radiothérapie'.

Dans l'annexe 25.3, quelques ajouts et clarifications ont été apportés à la liste des exceptions.

Dans l'annexe 25.4, une correction a été apportée au point c).

Dans les annexes 25.6 à 25.8, les scénarios de test et les instructions concernant la phase test (qui s'est terminée le 1/5/2022, date du début de la phase de monitoring) ont été supprimés.

Dans l'ET 21 Z 8 et l'ET 52 Z 3, le libellé de la raison "7" pour l'encodage manuel a été précisé.

4. **Code compétence, annexe 16.5.**

Un nouveau code compétence a été créé pour les psychologues et orthopédagogues cliniciens en formation.

5. Projet transversal ‘Trajet de soins de préhabilitation et de réhabilitation dans le cadre d’une transplantation abdominale’, ET 50 Z 5 S 1.

Une correction (+ note de bas de page) est apportée dans le tableau de la mise à jour 2021/18:

Pseudo-codes	Libellé court	Qui facture?	ET	Date de prestation	Prestataire	Lieu de prestation	Prescripteur
400750-400761 400875-400886 400993-401004 401111-401122	Concertation (p)réhabilitation	Hôpital	50	Date de la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400772-400783 401015-401026 400890-400901 401133-401144	Forfait évaluation (p)réhabilitation	Hôpital	50	Même date que la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400794 401030 400912 401155	Forfait annuel (p)réhabilitation	Hôpital	50	Date > date de la concertation (p)réhabilitation	Pseudo-prestataire 01.00001.06.999	N° INAMI hôpital	Non
400816 401052 400934 401170	Séance de kinésithérapie individuelle	Kinésithérapeute (ou hôpital*)	50	Date de la séance ou du troisième bloc de 15 minutes si modulaire	Kinésithérapeute	Zéro ou n° INAMI de l’institution où la prestation est effectuée (hôpital ou autre)	Oui
400831-400842 400956-400960 401074-401085 401192-401203	Examen d’admission	Hôpital	50	Date ≥ date de la concertation (p)réhabilitation (**)	Médecin MPR	N° INAMI hôpital	Non
400853 400971 401096 401214	Forfait pour la coordination du processus de (p)réhabilitation	Hôpital	50	Même date que le forfait annuel (p)réhabilitation	Médecin MPR	N° INAMI hôpital	Non

* lorsque le kinésithérapeute est lié à l’hôpital

(**) La prestation comprend un certain nombre d’activités effectuées par le médecin MPR et se termine par la finalisation du plan de traitement (ce qui est fait après en avoir discuté lors de la concertation (p)réhabilitation). La date de prestation est définie comme la date de fin de cette période et doit donc être supérieure ou égale à la date de la concertation (p)réhabilitation.

La même adaptation est faite dans l’ET 50 Z 5 S 1.

Date d’application: Prestations effectuées à partir du 1/2/2024.

6. Liste « prestation relative ».

Codes ajoutés			
De	À	Numac	Date d’application
101076, 103412, 103434		Il s’agit de codes nomenclature existants de l’art. 2 (prestation relative = 107575 seulement à remplir dans la situation d’exception décrite dans le point 1 ci-dessus)	1/4/2024
107450		Pseudo-code prestation à l’acte New Deal	1/4/2024

7. Liste « prescripteur ».

Codes ajoutés			
De	À	Numac	Date d’application
401332	401354	Pseudo-codes trajet de soins ‘troubles de l’alimentation’	1/2/2024

8. Liste « zone 23 ».

Codes supprimés			
De	À	Numac	Date d’application
434490-434501 et 559311-559322		2022043461	1/3/2023

9. Liste « codes erreur ».

Quelques codes erreur ont été créés dans le cadre du projet New Deal.

10. Liste « membre traité ».

Pas de modifications.

Type d'enregistrements	50		51		52		80		90			
zone	position	Prestations ou fournitures	position	Engagement de tarif e-fac	position	Suite de l'enregistrement 50	position	Fin de facture	position	Fin d'envoi		
1	1-2	enregist. de type 50	1-2	enregist. de type 51	1-2	enregist. de type 52	1-2	enregist. de type 80	1-2	enregist. de type 90		
2	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.		
3	9-9	norme prest (%)	9-9	0	9-9	Raison encodage manuel	9-9	0	9-9	0		
4	10-16	(pseudo-)code nomencl.	10-16	(pseudo-)code nomencl	10-16	(pseudo-)code nomencl	10-16	heure d'admission	10-16	0		
5	17-24	date 1er prest. effect.	17-24	date de prestation	17-24	date de prestation	17-24	date d'admission	17-24	n° compte financier a		
6 a	25-28	date dernière prestation effectuée	25-28	0	25-28	Date de lecture document identité	25-28	date de sortie	25-28			
6 b	29-32		29-32	0	29-32		29-32		29-32	0		
7	33-35	n° mutualité affiliation	33-35	0	33-35	0	33-35	n° mutualité affiliation	33-35	numero d'envoi		
8 a	36-47	Identification du bénéficiaire	36-47	Identification du bénéficiaire	36-47	Identification du bénéficiaire	36-47	identification du bénéficiaire	36-47	n° cpte financier b		
8 b	48-48		48-48		48-48		48-48		48-48		48-48	48-48
9	49-49	sexe bénéficiaire	49-49	0	49-49	Type de saisie document identité	49-49	sexe bénéficiaire	49-49	0		
10	50-50	accouchement	50-50	0	50-50	Type de support document identité	50-50	type facture	50-50	0		
11	51-51	ref. n° cpte financier	51-51	0	51-51	Raison utilisation vignette	51-51	0	51-51	0		
12	52-52	nuit, w.e. ou jour ferie	52-52	0	52-52	Heure de lecture document identité	52-52	0	52-52	0		
13	53-55	code service	53-55	0	53-55		53-55	service 721 bis	53-55	0		
14	56-67	lieu de prestation	56-67	0	56-67	0	56-67	n° ets. qui facture	56-67	n° tiers payant		
15	68-79	ident. dispensateur	68-79	ident. dispensateur	68-79	ident. dispensateur	68-79	signe + mont. cpte financier b	68-79	signe + mont. total cpte fin. b		
16	80-80	norme dispensateur	80-80	0	80-94	Numéro de série du support	80-80	0	80-80	0		
17	81-84	prestation relative	81-84	prestation relative	95-119	Numéro du document justificatif	81-84	causes traitement	81-84	0		
18	85-87		85-87		120-131	Numéro unique appareil imagerie médicale	85-87	n° mutualité destination	85-87	0		
19	88-99	signe + montant o.a.	88-99	signe + montant o.a.	132-151	Numéro d'accord	88-99	signe + mont. cpte financier a	88-99	signe + mont. total cpte fin. a		
20	100-106	date de la prescription	100-106	0	152-348	0	100-106	date de la facture	100-106	0		
21	107-107		107-107	0			107-107		0			
22	108-112	signe + nombre d'unités	108-112	0			108-112	heure de sortie	108-112	année facturée	0	
23	113-114	dérogation nombre maximal ou prestation identique	113-114	0			113-114	0	113-114	mois facture	0	
24	115-119	identification du prescripteur	115-119	0			115-119	n° de facture individuelle	115-119	0	0	
25	120-126		120-126	0			120-126		120-126	0	0	
26	127-127	norme prescript	127-127	0			127-127	0	127-127	0	0	
27	128-137	signe + interv pers pat	128-137	c.t.1 + c.t.2			128-137	signe + interv pers pat	128-137	Numéro BCE	0	
28	138-162	ref. établissement	138-162	0			138-162	ref. établissement	138-162	ref. établissement	0	
29	163-164	dent traitée	163-164	0			163-164	0	163-164	0	0	
30	165-166	signe + montant supplément	165-166	0			165-166	signe + montant supplément	165-166	0	0	
31	167-174		167-174	0			167-174		167-174			
32	175-175	justification	175-175	0			175-175	flag identif. benef.	175-175	bic - compte financier a	0	
33	176-176	code fact. i.p. ou suppl.	176-176	0			176-176	0	176-176			
34	177-177	membre traité	177-177	0			177-177	0	177-177			
35	178-178	prestataire convent.	178-178	0			178-178	0	178-178	0	0	
36	179-179	Heure de prestation	179-179	0			179-179	0	179-179	iban - compte financier a	0	
37	180-182		180-182	0			180-182	0				
38	183-194	ident. administ. sang	183-194	0			183-194	signe + acompte cpte fin. A	183-194			
39	195-204	n° attestation d'administration	195-204	0			195-204	0	195-204	0		
40	205-206		205-206	0	205-206	0	205-206					
41	207-212	numero bon de délivrance ou sac	207-212	0	207-212	0	207-212					
42	213-218		213-218	0	213-218	0	213-218					
43 a	219-229	code implant	219-229	Numéro d'agrément engagement tarif	152-348	0	219-229	bic - compte financier b	219-229	0		
43 b	230-230		230-230				230-230		0			
44	231-234	Libelle du produit	231-234				0	231-234	0	231-234	0	
45	235-260		235-260				0	235-260	0	235-260	réservé (réforme de l'état)	
46	261-261	norme plafond	261-261	0			261-261	0	261-261			
47 a	262-268	valeur de base prestation	262-268	0			262-268	0	262-268	0		
47 b	269-269		269-269	0			269-269	0	269-269			
48	270-270	transplantation	270-270	0			270-270	0	270-270	0		
49	271-282	ident. dispensateur auxiliaire	271-282	0			271-282	0	271-282	iban - compte financier b		
50 a	283-285	pourcentage dans le forfait indication prestation	283 - 285	0			283 - 285	0	283 - 285			
50 b	286-286	indication prestation dans le cadre de la lecture eID	286-286	0			286-286	0	286-286			
51	287-292	site hospitalier	287 - 292	0			287 - 292	0	287 - 292	0		
52	293-304	identif. association bassin de soins	293-304	0			293-304	0	293-304			
53	305-312	f numero de course	305-312	0			305-312	0	305-312	réservé (réforme de l'état)		
54 a	313-315		313-315	0			313-315	0				
54 b	316-316	flag GPS	316-316	0			316-316	0	316-316	0		
54 c	317-320	0	317-320	0			317-320	0	317-320	0		
55	321-328	code notification implant	321-328	date communic. info			321-328	réservé (réforme de l'état)	321-328	réservé (réforme de l'état)	321-328	réservé (réforme de l'état)
56	329-332		329-332	0			329-332		0			
57	333-336	code enregistrement	333-336	0			333-336	0	333-336	0		
58	337-340		337-340	0	337-340	0	337-340	0				
59	341-346		341-346	0	341-346	0	341-346	0				
98	347-348		flag TVA	347-348	0	347-348	c.c. de la facture	347-348	c.c. de l'envoi			
99	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist		

Annexe 6.6

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 50
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	norme prestation (pourcentage)
4	7 N	10 - 16	code nomenclature ou pseudo-code nomenclature
5	8 N	17 - 24	date premiere prestation effectuee
6 a	4 N	25 - 28	date derniere prestation effectuee (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date derniere prestation effectuee (partie 2)
7	3 N	33 - 35	numero mutualite d'affiliation
8 a	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)
8 b	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)
9	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire
10	1 N	50 - 50	accouchement
11	1 N	51 - 51	reference numero compte financier
12	1 N	52 - 52	nuit, week-end, jour ferie
13	3 N	53 - 55	code service
14	12 N	56 - 67	lieu de prestation
15	12 N	68 - 79	identification du dispensateur
16	1 N	80 - 80	norme dispensateur
17	4 N	81 - 84	prestation relative (partie 1)
18	3 N	85 - 87	prestation relative (partie 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant intervention de l'assurance
20	7 N	100 - 106	date prescription (partie 1)
21	1 N	107 - 107	date prescription (partie 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	signe + nombre d'unites
23	2 N	113 - 114	dérogation nombre maximal ou prestation identique
24	5 N	115 - 119	identification prescripteur (partie 1)
25	7 N	120 - 126	identification prescripteur (partie 2)
26	1 N	127 - 127	norme prescripteur
27	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	dent traitee
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)
(☞19) 32	1 A	175 - 175	justification
33	1 N	176 - 176	code facturation intervention personnelle ou supplement
34	1 N	177 - 177	membre traite
35	1 N	178 - 178	prestataire conventionne
36	1 N	179 - 179	heure de prestation (partie 1)
37	3 N	180 - 182	heure de prestation (partie 2)
38	12 N	183 - 194	identification administrateur du sang
39	10 N	195 - 204	numero de l'attestation d'administration (partie 1)
40	2 N	205 - 206	numero de l'attestation d'administration (partie 2)
41	6 A	207 - 212	numero bon de delivrance ou sac (partie 1)
42	6 A	213 - 218	numero bon de delivrance ou sac (partie 2)
43 a	11 N	219 - 229	code implant (partie 1)
43 b	1 N	230 - 230	code implant (partie 2)
44	4 A	231 - 234	libelle du produit (partie 1)
45	26 A	235 - 260	libelle du produit (partie 2)
46	1 N	261 - 261	norme plafond
47	1 A + 7 N	262 - 269	Valeur de base prestation
48	1 N	270 - 270	transplantation
49	12 N	271 - 282	identification du dispensateur auxiliaire
(☞14) 50 a	3 N	283 - 285	pourcentage dans le forfait
50 b	1 N	286 - 286	indication prestation dans le cadre de la lecture eID
51	6 N	287 - 292	site hospitalier
52	12 N	293 - 304	identification association bassin de soins
53	8 A	305 - 312	numero de course (partie 1)
54a	3 A	313 - 315	numero de course (partie 2)
54b	1 N	316 - 316	flag GPS
54c	4 N	317-320	reserve
55	8 N	321 - 328	code notification implant (partie 1)
56	4 N	329 - 332	code notification implant (partie 2)
57	4 N	333 - 336	code d'enregistrement (partie 1)
58	4 N	337 - 340	code d'enregistrement (partie 2)
59	6 N	341 - 346	code d'enregistrement (partie 3)
98	2 N	347 - 348	flag TVA
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Enregistrement de type 50				
Zone	Longueur	Positions	Libellé	Commentaire concernant le contenu
	2 N	1 - 2	Enregistrement de type 50	<i>Toujours 50</i>
	6 N	3 - 8	Numéro d'ordre de l'enregistrement	<i>Séquentiel à partir de 1, suit l'E.T. 10</i>
	1 N	9 - 9	Norme prestation (pourcentage)	<i>Zéro</i>
(☞12,18)	7 N	10 - 16	Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature	<i>M = 0109616; K = 0509611; I = 0409614; suiviabmm = 0109594 (jusqu'au 31/12/2023), 0400396 (à partir du 1/1/2024); Certaines prestations à l'acte</i>
	8 N	17 - 24	Date première prestation effectuée	<i>voir zone</i>
	4 N	25 - 28	Date dernière prestation effectuée (partie 1)	<i>voir zone</i>
	4 N	29 - 32	Date dernière prestation effectuée (partie 2)	<i>AAAAMMJJ</i>
	3 N	33 - 35	Numéro mutualité d'affiliation	<i>Mutualité d'affiliation du patient</i>
	12 A	36 - 47	identification beneficiaire (partie 1)	<i>NISS du patient</i>
	1 A	48 - 48	identification beneficiaire (partie 2)	
	1 N	49 - 49	sexe beneficiaire	<i>M = 1, F = 2</i>
	1 N	50 - 50	accouchement	<i>Zéro</i>
	1 N	51 - 51	reference numero de compte financier	<i>Zéro</i>
	1 N	52 - 52	nuit, week-end, jour ferie	
	3 N	53 - 55	code service	<i>990</i>
	12 N	56 - 67	lieu de prestation	<i>N° agrégation INAMI de la maison médicale</i>
	12 N	68 - 79	identification du dispensateur	<i>voir zone</i>
	1 N	80 - 80	norme dispensateur	
	4 N	81 - 84	prestation relative (partie 1)	
	3 N	85 - 87	prestation relative (partie 2)	
	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant intervention de l'assurance	<i>Montant intervention O.A. pour la prestation</i>
	7 N	100 - 106	date prescription (partie 1)	
	1 N	107 - 107	date prescription (partie 2)	
	1 A + 4 N	108 - 112	signe + nombre d'unités	<i>+0001</i>
	2 N	113 - 114	dérogation nombre maximal ou prestation identique	
	5 N	115 - 119	identification prescripteur (partie 1)	
	7 N	120 - 126	identification prescripteur (partie 2)	
	1 N	127 - 127	norme prescripteur	
	1 A + 9 N	128 - 137	signe + intervention personnelle patient	<i>+000000000</i>
	25 A	138 - 162	reference de l'établissement	<i>Réservé pour l'établissement qui facture</i>
	2 N	163 - 164	dent traitée	
	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)	<i>+000000000</i>
	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)	
(☞19)	1 N	175 - 175	justification	<i>Toujours zéro</i>
	1 N	176 - 176	code facturation intervention personnelle ou supplement	
	1 N	177 - 177	membre traite	
	1 N	178 - 178	prestataire conventionne	
	1 N	179 - 179	heure de prestation (partie 1)	
	3 N	180 - 182	heure de prestation (partie 2)	
	12 N	183 - 194	identification administrateur du sang	
	10 N	195 - 204	numero de l'attestation d'administration (partie 1)	
	2 N	205 - 206	numero de l'attestation d'administration (partie 2)	
	6 A	207 - 212	numero bon de delivrance ou sac (partie 1)	
	6 A	213 - 218	numero bon de delivrance ou sac (partie 2)	
	11 N	219 - 229	code implant (partie 1)	
	1 N	230-230	code implant (partie 2)	
	4 A	231 - 234	libelle du produit (partie 1)	
	26 A	235 - 260	libelle du produit (partie 2)	
	1 N	261 - 261	norme plafond	
	8 N	262 - 269	valeur de base prestation	
	1 N	270 - 270	transplantation	
	12 N	271 - 282	identification du dispensateur auxiliaire	
(☞14)	3 N	283 - 285	pourcentage dans le forfait	<i>Toujours zéro</i>
	1 N	286 - 286	indication prestation dans le cadre de la lecture eID	<i>Toujours zéro</i>
	6 N	287-292	site hospitalier	
	12 N	293-304	identification association bassin de soins	
	8 A	305-312	numero de course (partie 1)	
	3 A	313-315	numero de course (partie 2)	
	5 N	316-320	reserve	
	8 N	321-328	code notification implant (partie 1)	
	4 N	329-332	code notification implant (partie 2)	
	4 N	333-336	reserve	
	4 N	337-340	reserve	
	6 N	341-346	reserve	
	2 N	347 - 348	reserve	
	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement	<i>Chiffres de contrôle de l'enregistrement</i>

Enregistrement de type 50

Z 1	: Enregistrement de type 50
Z 2	: Numéro d'ordre de l'enregistrement
Z 3	: Norme prestation (pourcentage)
Z 4	: Code nomenclature ou pseudo-code nomenclature Code Ambulatoire
Z 5	: Date première prestation effectuée Date prestation
Z 6a-6b	: Date dernière prestation effectuée Date prestation
Z 7	: Numéro mutualité d'affiliation
Z 8a-8b	: Identification bénéficiaire
Z 9	: Sexe bénéficiaire
Z 10	: Accouchement Toujours 0
Z 11	: Référence numéro de compte financier
Z 12	: Nuit, week-end, jour férié
Z 13	: Code service: 990
Z 14	: Lieu de prestation Numéro M.S.P., excepté en cas de prestations effectuées dans un laboratoire de biologie clinique, un service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre de rééducation ou établissement hospitalier. Voir priorités ET 50 Z 14 S 5.
Z 15	: Identification du dispensateur
Z 16	: Norme dispensateur
Z 17-18	: Prestation relative
Z 19	: Signe + montant intervention de l'assurance
Z 20-21	: Date prescription
Z 22	: Signe + nombre d'unités
Z 23	: Dérogation nombre maximal ou prestation identique
Z 24-25	: Identification prescripteur
Z 26	: Norme prescripteur
Z 27	: Signe + intervention personnelle patient
Z 28	: Référence établissement
Z 29	: Dent traitée
Z 30-31	: Signe + montant supplément
(☞ 19) Z 32	: Justification : toujours 0
Z 33	: Code facturation intervention personnelle ou supplément
Z 34	: Membre traité
Z 35	: Prestataire conventionné
Z 36-37	: Heure de prestation
Z 38	: Identification administrateur du sang
Z 39-40	: Numéro attestation d'administration
Z 41-42	: Numéro bon de délivrance ou sac
Z 43a-43b	: Code implant
Z 44-45	: Libellé du produit
Z 46	: Norme plafond
Z 47	: Valeur de base prestation
Z 48	: Transplantation
Z 49	: Identification du dispensateur auxiliaire
Z 50a	: Pourcentage dans le forfait
(☞ 14) Z 50b	: Indication prestation dans le cadre de la lecture eID : 0
Z 51	: Site hospitalier
Z 52	: Identification association bassin de soins
Z 53-54a	: Numéro de course
Z 55-56	: Code notification implant
Z 99	: Chiffres de contrôle de l'enregistrement

12. Bandagistes (200-299)

- (☞8) 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>).

13. Fournisseurs d'implants (300-599)

- (☞8) 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>).

14. Ergothérapeutes

: 650

15. Opticiens (600-699)

- (☞8) 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>).

16. Audiciens (700-799)

- (☞8) 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>).

17. Pharmaciens-biologistes (000), (800-899) ou (900-999)

- (☞8) 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>).

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

- compétence générale pour la fourniture de matériel dans le cadre des trajets de soins : 004
- compétence générale pour la fourniture de matériel dans le cadre de trajets, de soins sauf les lancettes : 005

19. Thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC, psychologue clinicien, orthopédaogogue clinicien

- thérapeute cognitivo-comportementaliste pour SFC : 000
- psychologue ou orthopédaogogue clinicien agréé : 000
- (☞19) - psychologue ou orthopédaogogue clinicien en formation : 001

Enregistrement de type 50			
Zone	Libellé	Commentaire concernant le contenu	
Z 1	Enregistrement de type 50	Valeur constante 50	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	Obligation de compléter	
Z 3	Norme prestation	Méd. généralistes: 0 ou 5; Spécialistes: 1, 2, 5, 7 ou 9	
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	Obligation de compléter	
Z 5	Date de première prestation effectuée	Date de prestation	
Z 6a-6b	Date de dernière prestation effectuée	Date de prestation (=ET 50 Z 5)	
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	Obligation de compléter	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	Idem ET 20 Z 8a-8b	
Z 9	Sexe bénéficiaire	Idem ET 20 Z 9	
Z 10	Accouchement	Toujours 0	
Z 11	Référence numéro de compte financier	Toujours 0	
Z 12	Nuit, week-end, jour férié	Valeur 0, 1, 2, 3 ou 4	
Z 13	Code service	990 (si ET 20 Z 10 = 3) ou 002 (si ET 20 Z 10 = 1)	
Z 14	Lieu de prestation	Normalement 0, mais le numéro d'identification d'un établissement (hôpital, ...) est également possible (voir description de la zone)	
Z 15	Identification du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur, à moins qu'autre chose soit mentionné dans la description de la zone.	
(☞2)	Z 16	Norme dispensateur	Médecins gén. : 1, 4 ou 5 ; Spécialistes : 1, 3 ou 9
	Z 17-18	Prestation relative	Voir liste « prestation relative »
	Z 19	Intervention de l'assurance	Montant de l'intervention
	Z 20-21	Date prescription	Obligation de compléter si Z 24-25 ≠ 0
	Z 22	Nombre d'unités	Normalement 1, mais peut également être > 1 (p.ex. frais de déplacement) (voir description de la zone)
	Z 23	Dérogation nombre maximal ou prestation identique	01, 02, 03, 04 ou 00
	Z 24-25	Identification prescripteur	Voir liste « prescripteur »
	Z 26	Norme prescripteur	Médecins généralistes : 0, 1, 3, 4 ou 9 ; Spécialistes : toutes les valeurs possibles
	Z 27	Intervention personnelle patient	Intervention personnelle réglementaire effectivement facturée
	Z 28	Référence établissement	Facultatif
	Z 29	Dent traitée	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : facultatif (voir description de la zone)
	Z 30-31	Supplément	Montant qui est éventuellement facturé au patient en plus de l'intervention personnelle réglementaire
(☞8,19)	Z 32	Justification	Médecins généralistes : valeur 0 ou N ; Spécialistes : toujours 0
(☞11)	Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	Valeur 0, 1, 2 ou 9
	Z 34	Membre traité	Valeur 0, 1 ou 2
	Z 35	Prestataire conventionné	Valeur 0, 1, 2 ou 9
	Z 36-37	Heure de prestation	Toujours 0
	Z 38	Identification administrateur du sang	Toujours 0
	Z 39-40	Numéro attestation d'administration	Toujours 0
(☞9)	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	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : 0, 7 ou 8
	Z 47	Valeur de base prestation	Toujours 0
	Z 48	Transplantation	Toujours 0
	Z 49	Identification dispensateur auxiliaire	Compléter si Z 16 = 4 ou 5, dans tous les autres cas 0
	Z 50a	Pourcentage dans le forfait	Toujours 0
(☞14)	Z 50b	Indication prestation lecture eID	Toujours 0
	Z 51	Site hospitalier	Toujours 0
	Z 52	Identification association bassin de soins	Toujours 0
	Z 53-54a	Numéro de course	Toujours 0
	Z 55-56	Code de notification implant	Toujours 0
	Z 57-58-59	Code d'enregistrement	Médecins généralistes : toujours 0 ; Spécialistes : voir description de la zone
	Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

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	Valeur 0, 5 (pour les prestations de l'art.14, l)) ou 9 (pour les pseudo-codes des phases de fabrication des prothèses dentaires)	
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 n° de compte financier	Toujours 0	
Z 12	Nuit, week-end, jour férié	Valeur 0, 1, 2 ou 3	
Z 13	Code service	990 (si ET 20 Z 10 = 3) ou 002 (si ET 20 Z 10 = 1)	
Z 14	Lieu de prestation	Normalement 0, mais le numéro d'identification d'un établissement (hôpital, ...) est également possible (voir description de la zone)	
(☞ 11)	Z 15	Identification du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur
	Z 16	Norme dispensateur	1 ou 2
	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	01, 02, 03, 04 ou 00
(☞ 11)	Z 24-25	Identification prescripteur	Normalement 0, sauf pour les radiographies et les prestations réalisées par un hygiéniste bucco-dentaire reprises sur la liste « prescripteur » pour lesquelles prescripteur ≠ prestataire
(☞ 11)	Z 26	Norme prescripteur	<ul style="list-style-type: none"> • radiographies et les prestations réalisées par un hygiéniste bucco-dentaire reprises sur la liste « prescripteur » : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1 (ou 9) lorsque prescripteur ≠ prestataire ○ 3 lorsque prescripteur = prestataire • Autres prestations : 0
	Z 27	Intervention personnelle patient	Interv. personnelle réglementaire portée en compte
	Z 28	Référence établissement	Facultatif
	Z 29	Dent traitée	A compléter en fonction de la nomenclature : voir tarifs INAMI : prestations indiquées avec « NR/N° »
	Z 30-31	Supplément	Montant qui est éventuellement facturé au patient en plus de l'intervention personnelle réglementaire. Dans le cas des ancrages mécaniques, substitut dentinaire bioactif ou traitement endodontique, en cas de score DETI classe B : montant total porté en compte.
(☞ 8,19)	Z 32	Justification	Toujours 0 (à partir de la date de prestation 01/05/2022)
(☞ 11)	Z 33	Code fact. interv. pers. ou suppl.	Valeur 0, 1, 2 ou 9
	Z 34	Membre traité	Toujours 0
	Z 35	Prestataire conventionné	Valeur 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
(☞ 9)	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
(☞ 11)	Z 49	Identification dispensateur auxiliaire	Toujours 0 sauf pour les prestations effectuées par un hygiéniste bucco-dentaire
	Z 50a	Pourcentage dans le forfait	Toujours 0
(☞ 14)	Z 50b	Indication prestation lecture eID	Toujours 0
	Z 51	Site hospitalier	Toujours 0
	Z 52	Ident. association bassin de soins	Toujours 0
	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'enregistr.	Obligation de compléter

- (☞1) - La liste des traitements récurrents concernés :
 - o chimiothérapie/immunothérapie : (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 et 767933-767944
 - o 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.

 - o honoraires et indemnités forfaitaires prévus dans la convention sur le financement de la dialyse : (pseudo)-codes 470293-470304, 470330-470341, 470315-470326, 470890-470901, et 767594, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767756, 767782 et 767804
 - o forfaits PMA : (pseudo)-codes 757293, 757315 et 757330
 - o 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 de l'annexe 25.3)

- Pas de lecture.
- Pas d'enregistrement 21 avec les données de la lecture.
- Liste exhaustive des soins ne nécessitant pas de lecture du document d'identité : voir point 2.4 annexe 25.3.

2. Exceptions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Situations spécifiques

a) Transfert de patients entre hôpitaux :

- le patient ambulatoire est soigné dans l'hôpital A et est transféré pour un examen vers l'hôpital B : tant l'hôpital A que l'hôpital B doivent enregistrer les données de lecture du document d'identité (enregistrement 21).
- le patient est hospitalisé dans l'hôpital A et est transféré pour un examen vers l'hôpital B, où il est ensuite hospitalisé : tant l'hôpital A que l'hôpital B doivent enregistrer les données de lecture du document d'identité (enregistrement 21).
- le patient est hospitalisé dans l'hôpital A et est transféré pour un examen vers l'hôpital B. Il retourne ensuite à l'hôpital A :
L'hôpital B (ET 20 Z 10 (type facture) = 1, ET 20 Z 13 (code service) = 002) ne doit pas enregistrer les données de lecture du document d'identité (pas d'enregistrement 21).

b) Résidents de maison de repos :

- Au cas où un patient, qui a été amené à l'hôpital depuis une maison de repos a uniquement une photocopie de sa carte d'identité avec lui, l'hôpital introduit manuellement le NISS (ET 21 Z 5 = 7 ou 8) de ce patient et indique comme motif « *le bénéficiaire ne peut pas produire de document d'identité (tel que visé à l'art.3 de l'AR du 18/9/2015 lors des soins de santé mais son identité a été établie* » (ET 21 Z 8 = 7).
- Pas d'enregistrement des données de lecture du document d'identité du patient pour les médicaments délivrés à une maison de repos par la pharmacie de l'hôpital et facturé par l'hôpital à travers le fichier de facturation électronique de l'hôpital

c) Prestation ambulatoire en dehors de l'hôpital sans système ICT :

- S'il n'y a pas de lien entre le système informatique de l'hôpital où la facturation est effectuée et le système informatique du lieu extra-muros où la prestation est dispensée, l'identité du patient peut être vérifiée en introduisant manuellement le NISS (ET 21 Z 5 = 7) du patient avec comme motif une absence d'interconnexion (ET 21 Z 8 = 3).

4. Bloc d'enregistrements et principes de contrôle

- a) Les enregistrements 20, 30/40/50, 80 et les enregistrements 21 qui y sont liés forment un bloc.
- b) L'(es) enregistrement(s) 21 avec les données de lecture doivent toujours suivre l'enregistrement 20 correspondant (bloc d'enregistrements).
- c) Lorsqu'une erreur est détectée dans un enregistrement 21 du bloc, la facture (bloc) est rejetée (phase de production, à partir du moment où l'enregistrement de la lecture (ET 21) devient obligatoire)
- d) Lorsqu'un enregistrement 21 est absent alors qu'il est obligatoire (phase de production, à partir du moment où l'enregistrement de la lecture (ET 21) devient obligatoire), la facture (bloc) est rejetée.
- e) Lorsqu'un enregistrement 21 est mentionné alors qu'il n'était pas nécessaire, cela n'engendre pas de rejets (phase de production, à partir du moment où l'enregistrement de la lecture (ET 21) devient obligatoire).

5. Modalités de test et période de monitoring

5.1 Période de tests

(☞ 19) Plus d'application.

(☞ 19) Page supprimée (plus d'application).

(☞ 19) Page supprimée (plus d'application).

(☞ 19) Page supprimée (plus d'application).

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)	
Z 14	Lieu de prestation	Lieu de prestation (voir liste)	
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
	Z 52	Identification association bassin de soins	Toujours 0
	Z 53-54a	Numéro de course	Toujours 0
	Z 55-56	Code de notification implant	Toujours 0
	Z 57-58-59	Code d'enregistrement	Toujours 0
	Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	Obligation de compléter

RUBRIQUE : RAISON ENCODAGE MANUEL OU LECTURE A POSTERIORI**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 24**

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 doit obligatoirement être remplie lorsque l'ET 21 Z 5 = 4, 5, 6, 7 ou 8.

(☞5) La facture ne peut pas être rejetée si cette zone est remplie alors que ce n'est pas obligatoire.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Pas d'encodage manuel ou de lecture à postérieur
1	Encodage manuel car utilisation d'un document d'identité sans puce ou avec puce défectueuse
2	Encodage manuel car indisponibilité du lecteur de carte
(☞14) 3	Encodage manuel car absence d'interconnectivité entre logiciels
4	Encodage manuel à postérieur ou lecture à postérieur car le patient ne pouvait pas soumettre de document d'identité valide au moment des soins
5	Encodage manuel à postérieur ou lecture à postérieur car panne du système informatique
6	Encodage manuel à postérieur ou lecture à postérieur car : <ul style="list-style-type: none"> - le patient est arrivé aux urgences et est, ensuite, hospitalisé : l'identité du patient a été lue dans les 3 jours qui ont suivi le jour d'admission (hospitalisation) - le patient est arrivé aux urgences tard le soir avant minuit : l'identité du patient a été lue le lendemain. - prestation dispensée en dehors des heures d'ouverture administrative de l'hôpital
(☞14,19) 7	Encodage manuel car le bénéficiaire ne peut pas produire de document d'identité (tel que visé à article 3 de l'AR du 18/09/2015) lors des soins de santé mais son identité a été établie

- (☞ 14) Conventions « hospitalisation à domicile » et « fonction psychiatrique au sein d'équipes mobiles » : pseudo-codes à 0 € : date de début/fin de prise en charge
Hospitalisation à domicile: forfaits:
 - Forfaits par jour de traitement: date de prestation
 - Forfaits pour la mise en route de l'hospitalisation à domicile: une date comprise dans la période d'hospitalisation à domicile (délimitée au moyen des pseudo-codes de début et de fin de prise en charge)
- (☞ 17) Convention « obésité chez les enfants »
Forfait trimestriel (400632-400643): date de fin de la période à laquelle se rapporte le forfait
Forfait annuel pour le médecin généraliste ou pédiatre (400654): n'importe quelle date dans l'année calendrier
Conseil/ soutien au 1er niveau (400676-400680): date du conseil
Prise en charge par le pédiatre (104090): date de la prise en charge
Forfait pour les conseils d'un kiné, psychologue, diététicien (400691): date du conseil du dernier prestataire de soins
- (☞ 18) Convention « trajet de soins (p)réhabilitation transplantation abdominale »
Concertation (p)réhabilitation, forfait évaluation (p)réhabilitation: date de la concertation (p)réhabilitation
- (☞ 19) Examen d'admission : date \geq date de la concertation (p)réhabilitation
Forfait annuel (p)réhabilitation: date $>$ date de la concertation (p)réhabilitation
Forfait pour la coordination du processus de (p)réhabilitation: même date que le forfait annuel (p)réhabilitation
Séance de kinésithérapie individuelle: date de la séance ou du troisième bloc de 15 minutes si modulaire

ENREGISTREMENT DE TYPE 50 ZONE 14 SUITE 2

- * 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) * Convention « troubles de l'alimentation » : prestations de diététique (401332 et 401354) : numéro réseau de santé mental enfants et adolescents.
 - * 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
 - * 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
- (☞ 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 : JUSTIFICATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 175

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

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

RUBRIQUE : RAISON ENCODAGE MANUEL

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

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

Pour les praticiens de l'art infirmier, l'obligation entrera en vigueur le 1/10/2017.

Cette zone doit obligatoirement être remplie lorsque l'ET 52 Z 9 = 4.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Utilisation d'un document d'identité sans puce
2	Indisponibilité du lecteur de carte
3	Panne du système informatique (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies)
4	Vérification différée sans panne parce que le patient ne pouvait pas soumettre de document d'identité valide (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies)
5	Vérification différée sans panne suite à un oubli de lecture du document d'identité (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies)
6	Absence d'interconnectivité entre logiciels (dans ce cas, l'encodage des données se fait par après et la date et l'heure de lecture (zones 6a-6b et 12-13) ne doivent pas être remplies)
(☞ 15,19) 7	Encodage manuel car le bénéficiaire ne peut pas produire de document d'identité (tel que visé à article 3 de l'AR du 18/09/2015) lors des soins de santé mais son identité a été établie