26 mai 2026

INSTRUCTIONS AUX PRESTATAIRES QUI RECOURENT AU SYSTEME BRUXELLOIS DE DELIVRANCE DES FICHIERS DE FACTURATION ET AUX ORGANISMES ASSUREURS BRUXELLOIS - EDITION 26/05/26 (valable à partir du 01/01/25)

INSTRUCTIONS AUX PRESTATAIRES QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE DE DONNEES DE FACTURATION SUR CD-ROM OU PAR VOIE ELECTRONIQUE ET AUX ORGANISMES ASSUREURS.

Le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales.

Vu

- l''article 22, § 1er , 11° de l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales ;
- l''article 2 alinéa 1er de l'arrêté du 30 septembre 2021 portant exécution de l'article 3, § 1, deuxième alinéa de l'ordonnance du 21 décembre 2018 relatif aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine de la santé et de l'aide aux personnes;

Arrête:

1. Introduction et définitions

Les instructions concernant la transmission d'un fichier de facturation telle que décrite dans ce document sont obligatoires pour les deux parties, tant au niveau de la procédure générale que pour le dessin d'enregistrement et la description des zones.
Elles sont complémentaires aux instructions de facturation fédérales reprises sur le site de l'INAMI, à l'adresse suivante : https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/information-tous/Pages/facturation-electronique.asp
Il convient de se référer aux instructions de facturation de l'Inami pour les parties qui ne sont pas expressément reprises dans les présentes instructions de facturation.
La liste excel des "Codes erreur" de l'Inami reste d'application. Une liste excel complémentaire de "Codes erreur" régionaux est également d'application et repris sur le site d'Iriscare :

Dans le texte ci-dessous, il faut entendre par "facture papier" :

- note d'honoraires (annexe 83 du Règlement du 28/7/2003) (facture récapitulative + facture individuelle) en cas de facturation par le Conseil Médical sans qu'il y ait suppression de la facture individuelle;
- note d'honoraires (annexe 83 du Règlement du 28/7/2003) (facture récapitulative seulement) en cas de facturation par le Conseil Médical, avec suppression de la facture individuelle;
- note de frais récapitulative + notes de frais individuelles en cas de facturation par une ~~ou~~ IHP ;
- attestations individuelles de soins donnés ou attestations récapitulatives, accompagnées d'une note récapitulative (voir annexe 2 B) en cas de facturation par un groupe de dispensateurs de soins ou en cas de facturation par d'autres établissements ou d'autres dispensateurs de soins .

Dans le texte ci-dessous, il faut entendre par :

- fichier de facturation : le fichier envoyé par un tiers payant facturant à l'organisme assureur bruxellois, et qui contient les données de facturation initiales.
- fichier de décompte : le fichier envoyé de l'organisme assureur bruxellois au tiers payant facturant et qui contient les prestations / factures rejetées et les données relatives au décompte.

Un fichier de facturation peut être transmis de façons différentes:

- Par le système Iriscarenet (voir pages 6 à 11 incluse).

- Par cd-rom (toutes les spécifications techniques du présent document se rapportent à ce type de support).

2. Procédure générale

Le décompte (la facturation) a lieu tous les mois. Ceci signifie qu'une périodicité d'un mois est prise en considération (ou encore, la période entre deux décomptes consécutifs est d'un mois), quel que soit le jour dans le mois auquel le décompte a lieu.

Dans le cadre du tiers payant (pour le prestataire), un fichier de facturation est transmis chaque mois à l'organisme assureur bruxellois .

Le fichier de facturation comprend toutes les factures du décompte sur un mois, groupées par organisme assureur bruxellois suivant le numéro d'admission en cas d'hospitalisation et suivant le numéro d'ordre des factures individuelles en cas de prestations ambulatoires.

L'ordre dans lequel les factures sont enregistrées sur le fichier de facturation doit correspondre à celui des factures papier.
L'ordre des prestations figurant sur les factures papier devrait être maintenu dans la mesure du possible lors de l'enregistrement des données sur le fichier de facturation.

Principe de base :
Seul un fichier de facturation par mois et par numéro de tiers payant est accepté

Exceptions sur ce principe de base:

- Dans des cas exceptionnels, il est aussi possible d'introduire une facturation supplémentaire (p.ex. clôture des cas problématiques à la fin de l'année). Cela doit être indiqué dans l'ET 10 Z 13.

- En principe, un fichier de facturation destiné à l'organisme assureur bruxellois correspond à un envoi de factures papier, bien que les deux envois ne doivent pas nécessairement avoir lieu au même moment; la période entre les deux envois doit toutefois être limitée autant que possible et ne peut en aucun cas excéder 14 jours.

- Si un envoi mensuel des factures papier est difficilement réalisable, une dérogation est uniquement possible par le moyen d'un accord explicite et en concordance avec l'organisme assureur bruxellois. Le cas échéant, il peut être assumé qu'un fichier de facturation correspond à plusieurs envois de factures papier. Lors de chaque envoi de factures papier un état récapitulatif est ajouté avec mention du sous-total de l'envoi précédent ou des envois appartenant au même fichier de facturation.

Ci-dessous les modalités de facturation par type d'établissement sont discutées:

a. MSP

A partir du 01/01/2022 une facturation par mois est obligatoire pour ces prestataires. Dans ce cas, le fichier de facturation doit être établi par mois. Un seul fichier de facturation par mois et par numéro de tiers payant est accepté.
A partir du 01/01/22, la facturation des prestations régionales se fait obligatoirement sur support électronique via MyCarenet.
A partir du mois de facturation 01/2025, la facturation des prestations régionales se fait obligatoirement via Iriscarenet:

- les envois et décomptes associés avec le mois de facturation (Z23 RT10) <= 12/2024 seront encore envoyés via MyCarenet et seront donc transmis en 01/ 2025 ou après.
- les envois et décomptes associés avec le mois de facturation- (Z23 RT10) >= 01/2025 seront à transmettre via Iriscarenet pour la partie régionale et seront envoyés en 02/2025 ou après.

b. MRPA, MRS et CSJ

A partir du 01/04/2023, une facturation par mois est obligatoire pour ces prestataires.
A partir du 01/04/2023, la facturation se fait obligatoirement sur support électronique via Iriscarenet.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit être établi par mois.
Un seul fichier de facturation par mois et par numéro de tiers payant est accepté.

c. IHP

Pour ces prestataires, une facturation trimestrielle par papier est prévue. Le système d'avances est prévu pour ces établissements.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit être établi trimestriellement.
Un seul fichier de facturation par trimestre et par numéro de tiers payant est accepté.

d. Centres de revalidation

Pour ces prestataires, une facturation mensuelle est prévue.

Certains centres de revalidation facturent par l'intermédiaire d'un hôpital. Celui-ci facture sur support électronique.
A partir du mois de facturation 01/2025, la facturation des prestations régionales se fait sur support électronique via Iriscarenet:

- les envois et décomptes associés avec le mois de facturation (Z23 RT10) <= 12/2024 seront encore envoyés via MyCarenet et seront donc transmis en 01/ 2025 ou après.
- les envois et décomptes associés avec le mois de facturation- (Z23 RT10) >= 01/2025 seront à transmettre via Iriscarenet pour la partie régionale et seront envoyés en 02/2025 ou après.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit être établi mensuellement.
Un seul fichier de facturation par mois et par numéro de tiers payant est accepté.

e. Équipes palliatives multidisciplinaires

Pour ces prestataires, une facturation mensuelle par papier est prévue.

Dans ce cas, le fichier de facturation doit également être établi mensuellement.
Un seul fichier de facturation par mois et par numéro de tiers payant est accepté.

3. Processus de facturation.

A. En cas de facturation par CD-Rom.

I. Généralités

Le prestataire transmet chaque mois un CD-ROM à l'organisme assureur bruxellois (voir les adresses à l'annexe 1), ainsi qu'un bordereau d'envoi (voir annexe 2 A) en triple exemplaire.
Sur ce support, il y a lieu d'indiquer au minimum les données de l'annexe 4 sur une face externe.

II. Validité et acceptabilité des CD-Rom

A la réception d'un fichier de facturation par un organisme assureur bruxellois, ce dernier effectue un premier contrôle relatif à l'acceptabilité du fichier de facturation.

Le contenu du fichier de facturation doit correspondre au contenu des factures papier.

L'annexe 5.1 donne les grandes lignes de la codification des erreurs et les principes des contrôles qu'appliquent tous les organismes assureurs.

Cinq situations peuvent se produire :

1) le fichier de facturation est illisible pour raisons techniques;

2) le fichier de facturation ne comporte aucune erreur. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté;

3) le fichier de facturation comporte une erreur qui est de nature à bloquer le système. Les erreurs bloquantes sont reprises dans la liste Excel « Codes erreur ». Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur bruxellois attend alors une nouvelle version du fichier concerné. L'établissement reçoit en sus, dans la mesure du possible, une liste des rejets résultant du contrôle de l'ensemble des enregistrements du fichier de facturation;

4) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui sont de nature à bloquer le système mais l'ensemble des erreurs excède le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est rejeté et l'organisme assureur bruxellois attend alors une nouvelle version du fichier concerné. Le seuil d'acceptabilité est défini en annexe 5.1.;

5) le fichier de facturation ne comporte pas d'erreurs qui soient de nature à bloquer le système et l'ensemble des erreurs n'excède pas le seuil d'acceptabilité. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté.

C'est uniquement dans le cas d'un envoi refusé dû à une erreur bloquante ou à un taux d'erreur trop élevé que l'organisme assureur bruxellois renvoie au tiers, au plus tard 2 semaines après réception du dernier envoi (soit celui du fichier de facturation, soit celui des factures papier), le support électronique en même temps que le bordereau et une liste de contrôle. Le tiers facturant doit communiquer à l'organisme assureur bruxellois une adresse à laquelle toute correspondance relative à cette facturation devra être envoyée. Cette adresse peut être différente de celle où est situé cet établissement.

Les organismes assureurs bruxellois doivent s'assurer que les CD-roms renvoyés ne sont pas endommagés.

La communication par l'organisme assureur bruxellois de l'acceptation ou du refus d'un fichier de facturation peut se faire d'une des manières suivantes :

1° Un exemplaire du bordereau d'accompagnement doit toujours être retourné à l'expéditeur avec mention du visa de l'organisme assureur bruxellois et la date du traitement informatique en cas d'acceptation; ou la mention "refusé" avec la motivation si le fichier de facturation est refusé.

2° Le bordereau susmentionné doit être accompagné d'une liste de contrôles (annexe 5.2) avec mention du pourcentage d'erreur.

3° Dans des cas exceptionnels (par exemple d'illisibilité du support), la liste de contrôles peut être remplacée par une lettre d'accompagnement.

Ces documents (ou l'épreuve de ces documents s'il a été fait usage du système (Iriscarenet peuvent être utilisés afin de satisfaire aux exigences réglementaires et de qualité, des réviseurs d'entreprises, etc... et doivent, dès lors, être conservés par l'établissement.

La liste de contrôles (voir annexe 5.2) comporte une ligne par enregistrement et anomalie détectée par les programmes des organismes assureurs bruxellois, avec, à la fin, une statistique desdites anomalies. Les organismes assureurs bruxellois se réservent le droit de limiter le nombre de lignes imprimées pour les enregistrements erronés, à 20 enregistrements par type d'erreur.

III. Responsabilités.

La tarification, les paiements et le décompte sont effectués par l'organisme assureur bruxellois; ou par les services auxquels les factures papier sont envoyées.

Le paiement s'effectue pour tous les organismes assureurs bruxellois par un paiement central par organisme assureur bruxellois.

On ne procèdera toutefois au paiement que lorsque ET le fichier de facturation, ET les factures papier auront été reçus, et après que le fichier de facturation ait été accepté.

Remarquons que peu importe qui assure en fait la transmission du fichier de facturation. Cela peut être ou le prestataire qui facture lui-même, ou le Conseil Médical ou un de ses services.

IV. Vérification des factures et corrections.

La vérification des factures papier se fait après que le fichier de facturation ait été accepté.

a. Les factures papier qui comportent des erreurs sont renvoyées pour correction au prestataire par les organismes assureurs bruxellois avec une demande de vérification et une note de débit ou de crédit.

Le prestataire corrige ces factures papier conformément à la réglementation tel que défini ci-dessous:

- la correction manuelle des attestations de soins donnés n'est pas autorisée;
- toutes les adaptations doivent être effectuées au moyen d'un document correctif, qui mentionne les données erronées et les données corrigées
  Il y a lieu de faire référence au document original;
- le document correctif est signé par la personne qui a signé le document original erroné.

b. Une facture individuelle ou une attestation de soins donnés entièrement rejetée doit être réintroduite sur fichier de facturation.
Cette réintroduction se fait soit comme facture originale si la nouvelle facture est adressée à un autre organisme assureur bruxellois, soit comme réintroduction de rejet avec référence à la facture précédente dans l'enregistrement de type 20, à partir de la zone 29 jusque la zone 41.

c. Tous les prestataires qui reçoivent de l'O.A. bruxellois un fichier de décompte avec des données détaillées du décompte, sont tenus de réintroduire toutes les données corrigées par voie électronique.

B. <u>En cas de facturation via Iriscarenet</u>

Outre la communication des données administratives, l'échange des données financières via le réseau Iriscarenet constitue une mission supplémentaire essentielle.

En effet, cet échange électronique permet de tirer profit du remplacement des CD-ROMS, en accélérant la transmission des informations et surtout en fournissant une sécurité propre au système Iriscarenet.
.
De plus, cette fonction impliquera l'informatisation et la suppression progressive des documents papier (factures récapitulatives, décomptes, rejets, etc.), ce qui simplifiera l'ensemble du traitement, tant au niveau des prestataires qu'au niveau des organismes assureurs bruxellois. Une distinction est faite dans la procédure selon le type d'établissement:

- MSP: à partir du 01/01/2022 ces établissements facturent obligatoirement mensuellement et électroniquement. Le système des avances est supprimé. A partir du mois de facturation 01/2025, la facturation des prestations régionales s'effectue obligatoirement via Iriscarenet:
  - les envois et décomptes associés avec le mois de facturation (Z23 RT10) <= 12/2024 seront encore envoyés via MyCarenet et seront donc transmis en 01/ 2025 ou après.
  - les envois et décomptes associés avec le mois de facturation- (Z23 RT10) >= 01/2025 seront à transmettre via Iriscarenet pour la partie régionale et seront envoyés en 02/2025 ou après.

- MRPA, MRS et CSJ: à partir du 01/04/2023 ces établissements-facturent obligatoirement mensuellement et électroniquement-.Le système des avances est supprimé.

- Les prestations de tabacologie effectuées dans le cadre d'une hospitalisation peuvent être facturées électroniquement par des Hôpitaux agréés Cocom. A partir du mois de facturation de 01/2025, la facturation se fera via Iriscarenet:
  - les envois et décomptes associés avec le mois de facturation (Z23 RT10) <= 12/2024 seront encore envoyés via MyCarenet et seront donc transmis en 01/ 2025 ou après.
  - les envois et décomptes associés avec le mois de facturation- (Z23 RT10) >= 01/2025 seront à transmettre via Iriscarenet pour la partie régionale et seront envoyés en 02/2025 ou après.

- Certaines conventions de rééducation fonctionnelle sont facturées mensuellement et électroniquement par des hôpitaux. A partir du mois de facturation de 01/2025, la facturation se fera via Iriscarenet:
  - les envois et décomptes associés avec le mois de facturation (Z23 RT10) <= 12/2024 seront encore envoyés via MyCarenet et seront donc transmis en 01/ 2025 ou après.
  - les envois et décomptes associés avec le mois de facturation- (Z23 RT10) >= 01/2025 seront à transmettre via Iriscarenet pour la partie régionale et seront envoyés en 02/2025 ou après.

A terme, cette fonction, combinée au transfert des données administratives, améliorera sensiblement la qualité des données.

I. Le processus de facturation dans son ensemble.

1. Le tiers payant envoie le fichier de facturation (lay-out Iriscare), accompagné des enregistrements des bordereaux récapitulatifs.

2. L'organisme assureur bruxellois effectue un premier contrôle en validant les enregistrements des bordereaux par mutualité :
   a. si aucune erreur n'est décelée, l'organisme assureur bruxellois envoie un accusé de réception;
   b. si une erreur est décelée, l'organisme assureur bruxellois envoie un fichier faisant apparaître que l'ensemble de la facture est rejetée; après correction, l'institution renvoie un fichier complet.

3. L'organisme assureur bruxellois effectue un contrôle sur le détail de la facture :

   a. en cas d'erreur bloquante ou si le nombre d'erreurs dépasse de 5 % le nombre d'enregistrements de la facturation, l'organisme assureur bruxellois transmet un fichier d'erreurs. Autrement dit, la facturation tout entière est rejetée;
   b. s'il n'y a pas d'erreur bloquante ou si le nombre d'erreurs n'excède pas 5 %, l'organisme assureur bruxellois transmet un fichier d'erreurs qui doit permettre au tiers payant de corriger, pour la facturation suivante, des anomalies éventuelles dans les programmes et/ou les fichiers de référence. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté par l'organisme assureur bruxellois.

4. L'organisme assureur bruxellois effectue un contrôle plus poussé en vue d'établir un fichier de décompte dans lequel figurent les montants qui ont été acceptés et crédités en faveur de l'établissement d'une part, et l'ensemble des rejets définitifs d'autre part.

II. Structure des fichiers

La structure des fichiers et des enregistrements qui y sont liés tient compte, d'une part, de la structure utilisée pour l'administration du tiers payant et, d'autre part, de la structure et du contenu tels qu'ils sont définis par Iriscare en rapport avec le détail de la facturation.

Les généralités et les principes, fixés pour les avis administratifs, sont également en application dans le cas présent. Compte tenu de la spécificité de l'application, des informations complémentaires ont toutefois été reproduites dans un document 'généralités et principes' pour l'échange des données de facturation.

III. Inventaire des fichiers

Contenu du fichier	Nom du fichier
Bordereaux de facturation	920000
Accusé de réception	931000
Fichier refus du fichier bordereaux de facturation	920999
Fichier rejets (à titre d'information, nombre d'erreurs < 5 %)	920098
Fichier rejets (erreurs bloquantes ou nombre d'erreurs > 5 %)	920099
Fichier décompte et rejets	920900

Messages 920000 et 920999

Dès qu'il reçoit le fichier de facturation (920000) dans son back office, l'OA bruxellois procède à toute une série de contrôles préliminaires sur les informations liées aux enregistrements qui figurent dans ce fichier (à l'exception du détail des enregistrements de la facture).

Lorsqu'une erreur est décelée à ce niveau ou lorsque tous les enregistrements du type 95 et/ou 96 contiennent au minimum une erreur, l'OA bruxellois transmet au tiers payant un fichier spécifique (920999).

Il est important de noter que l'envoi d'un tel fichier de notification des erreurs signifie également que l'ensemble du fichier de facturation, en ce compris les factures papier, sera considéré comme caduc et devra entièrement être renvoyé à l'organisme assureur bruxellois.

Si aucune erreur n'est décelée au niveau des enregistrements en dehors du détail des enregistrements de la facture, l'OA bruxellois transmettra un message 931000 accompagné, uniquement, d'un accusé de réception de la facturation qui doit encore être traitée.

Les erreurs constatées par l'OA bruxellois au niveau des factures feront partie d'un fichier spécifique de rejets (920099).

Les contrôles effectués sur les zones enregistrements Iriscare (10, 20, …,90) sont ceux décrits dans la liste Excel « Codes erreur ».

Un fichier (tampon) facture ne comporte qu'un seul envoi (un seul enregistrement de type 10).

Message 931000

Ce message permet au destinataire d'un fichier spécifique (autre que les messages) de confirmer la réception de ce fichier déterminé, sans qu'il soit nécessairement accepté.
Exemple : un OA Bruxellois envoie un accusé de réception pour un fichier de facturation; le tiers payant envoie un accusé de réception pour un fichier décompte ou un fichier rejets.

Message 920098

Ce message est utilisé dans les cas suivants[1] :

- Le fichier de facturation ne comporte aucune erreur de nature à bloquer le système et l'ensemble des erreurs ne dépasse pas le seuil d'acceptation. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté;
- Le fichier de facturation ne contient aucune erreur. Dans ce cas, le fichier de facturation est accepté.

Le message 920098 mentionne tous les enregistrements (20, 30, 40, 50, ~~51, 52~~ ou 80) pour lesquels l'OA bruxellois a constaté une erreur.

Ce fichier est transmis au tiers payant dans les deux semaines suivant la réception du fichier de facturation (message 920000).

[1] Voir également le point 2.A.2. (Validité et acceptabilité des CD-Rom) et l'annexe 5.1. pour une description plus détaillée.

L'information mentionnée dans ce message a un caractère préventif. A l'avenir, il doit permettre à l'établissement d'éviter de commettre des erreurs (ce ne sont pas encore des rejets définitifs). Il se limite donc à fournir les erreurs constatées. Les enregistrements suivants du fichier de facturation doivent être repris :

- Toujours ET 10 et 90
- ET 20 et 80:
    - Si erreur dans l'ET 20, seuls les ET 30, 40, 50, ~~51 et 52~~ sont mentionnés s'il y a une erreur dans l'enregistrement concerné.
    - Si erreur dans l'ET 80
    - Si erreur dans l'ET 30, 40, 50, ~~51 ou 52~~
- ET 30, 40, 50, 51, 52 si erreur dans l'enregistrement concerné

A ce stade, les zones 107, 108, 114, 115, 116 et 117 ne sont pas complétées.

Message 920099

Le message 920099 est utilisé dans les cas suivants[2]:

- Le fichier de facturation contient une seule erreur de nature à bloquer le système. Dans ce cas, le fichier de facturation est refusé et l'organisme assureur bruxellois attend une nouvelle version du fichier en question. Dans la mesure du possible, un contrôle doit être effectué sur l'ensemble des enregistrements du fichier de facturation;
- Le fichier de facturation ne contient aucune erreur de nature à bloquer le système, mais l'ensemble des erreurs dépasse le seuil d'acceptation. Dans ce cas, le support est refusé et l'établissement attend une nouvelle version du fichier en question.

Le message 920099 mentionne tous les enregistrements (10, 20, 30, 40, 50, ~~51, 52,~~ 80 ou 90) pour lesquels l'OA bruxellois a constaté une erreur.

Ce fichier est transmis au tiers payant dans les deux semaines suivant la réception du fichier de facturation (message 920000).

Message 920900

Ce fichier, composé d'un ensemble d'enregistrements de différents types, permet d'informer le tiers payant, d'une part, sur l'acceptation partielle ou totale de la facturation correspondante et, d'autre part, sur les enregistrements qui n'ont pas été acceptés à la suite d'une erreur éventuelle.

- Zone 310 – pourcentage d'erreur: le pourcentage d'erreur n'a pas d'importance dans cette phase de traitement. Cette zone doit donc être mise à zéro (voir zone 311).

[2] Voir également le point 2.A.2 (Validité et acceptabilité des CD-Rom). et l'annexe 5.1. pour une description plus détaillée.

IV. Aperçu schématique du traitement d'une facturation via Iriscarenet.

Schéma

4. Spécifications techniques relatives à la transmission du fichier de facturation par CD-rom

Le contenu du fichier de facturation est identique, quel que soit le mode de transport : support matériel (CD-Rom) ou Iriscarenet.

Le fichier de facturation est constitué de lignes de 350 octets.

L'encodage est ASCII limités aux caractères réels ($20 à $7E).

PDF : fr en (archive)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A	B	C	D	E	F
000	[NUL]	[SOH]	[STX]	[ETX]	[EOT]	[ENQ]	[ACK]	[BEL]	[BS]	[HT]	[LF]	[VT]	[FF]	[CR]	[SO]	[SI]
001	[DLE]	[DC1]	[DC2]	[DC3]	[DC4]	[NAK]	[SYN]	[ETB]	[CAN]	[EM]	[SUB]	[ESC]	[FS]	[GS]	[RS]	[US]
002	[SP]	!	"	#	$	%	&	'	(	)	*	+	,	-	.	/
003	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	:	;	<	=	>	?
004	@	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
005	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	[	\	]	^	_
006	`	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
007	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z	{	|	}	~	[DEL]

A. Support magnétique : CD-Rom.

La présence d'une étiquette externe (ou CD-label) est obligatoire (voir modèle en annexe 4).
Cette information peut éventuellement être inscrite directement sur le CD au marqueur indélébile.

Des dérogations sur les normes généralement admises décrites ci-dessous peuvent éventuellement être accordées avec l'assentiment de tous les organismes assureurs.

Les normes suivantes sont d'application pour le CD-Rom :

Format :	5.25 pouce
Capacité :	650 / 700 Mb
Protocole :	ISO 9660 updatable – multisession
le system:	MS-DOS (utilisable sous DOS, OS/2, WINDOWS).
Dénomination :	8 caractères, point, extension 3 caractères
pos 1 - 3	numéro SMR et caisse auxiliaire bruxelloise (CAAMI) 180/06, 280/04, 380/05, 480/03, 580/03, 600
pos 4 - 6	numéro d'envoi (tel qu'imprimé sur la facture récapitulative)
pos 7 - 8	usage libre (valeur par défaut = 00)
pos 9	point
pos 10 - 12	000
Contenu	ASCII

Remarques

- 1 fichier de facturation par CD-Rom
- les CD-Roms sont de type “non réinscriptible”

B. Dessin d'un CD-rom

Veuillez trouver à l'annexe 3 tous les dessins de CD-roms possibles.

C. Dessin d'un fichier

Remarque: certains enregistrements ne s'appliqueront pas aux compétences Bruxelloises: par exemple type enregistrements types 21, 51 et 52. Veuillez trouver ci-après l'ordre des enregistrements dans le fichier de facturation :

- Identification de l'envoi (type 10)
- Identification de la première facture (type 20)
- Identification des données pour :
  - journées d'entretien (type 30)
  - idem
  -
  - idem
  - prestations ou fournitures (type 50)
  -
  - idem (type 50)
  -
  -
- Montant total de la première facture (type 80)
- Identification de la deuxième facture (type 20)
- Identification des données (type 30, , 50,)
- Montant total de la deuxième facture (type 80)
- Idem
- Montant total de la dernière facture (type 80)
- Montant total de l'envoi (type 90).

Sur le fichier de facturation, les factures sont triées selon les séquences suivantes :

- Année et mois facturés
- Numéro matricule tiers payant
- Numéro matricule institution
- Numéro de la mutualité de destination en ordre croissant
- Numéro d'admission pour les patients hospitalisés ou numéro d'ordre de la facture individuelle pour les patients ambulants.

Dans le cas de réintroduction d’une facture créditée, la note de crédit (type de facturation 3) doit précéder la refacturation (type de facturation 1).

D. Signification et codification des éléments

L'annexe 7 comporte la description et la codification de chaque élément qui figure dans le dessin d'enregistrement.

5. Identification du patient

Afin de permettre aux organismes assureurs bruxellois d'effectuer leurs ventilations comptables et statistiques en matière de dépenses en soins de santé, certaines données d'identification du patient sont nécessaires.
Les organismes assureurs bruxellois communiqueront ces données sur le document "notification d'hospitalisation et d'engagement de paiement". Ces données figurent aussi sur les carnets de membres ou sur les vignettes d'identification et dans la carte d'identité sociale.

L'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et l'aide aux personnes stipule que pour être reconnue comme organisme assureur bruxellois, chaque SMR bruxelloise rassemble tous les membres des mutualités qui font partie d'une même Union Nationale et qui doivent être considérés comme des assurés bruxellois
[3]Ceci a pour conséquence que toute personne affiliée à une mutualité pour l'assurance maladie obligatoire est automatiquement membre de la SMR bruxelloise correspondante pour ce qui concerne les compétences transférées. Le même automatisme s'applique à la caisse auxiliaire bruxelloise, qui est actuellement assurée par la CAAMI et qui réunit les membres de la CAAMI et de la caisse de soins de santé de HR Rail qui doivent être considérés comme assurés bruxellois et fait fonction d'organisme résiduaire pour toute assuré bruxellois qui n'est pas affilié à une SMR bruxelloise[4]. Le système bruxellois ne prévoit pas non plus de cotisation pour l'affiliation à un OA bruxellois.

Le libre choix de l'intéressé est garanti, étant donné que chacun est libre de changer de mutualité, ce qui a automatiquement pour conséquence que l'intéressé change aussi de organismes assureurs bruxellois.

6. Identification du bénéficiaire

L'utilisation du numéro NISS est obligatoire, sauf pour les nouveau- nés et pour les conventions internationales.

A. SMR des Mutualités Chrétiennes pour la Région de Bruxelles-Capitale

A la SMR des mutualités chrétiennes pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale il y a lieu de prendre à cet effet le numéro pseudo-national du patient qui est inscrit dans le carnet de membre et sur la carte d'assurabilité. Celui est structuré de la même manière que chez l'OA fédéral.

Sa forme est :

positions 1 à 6	Date de naissance inversée (AA MM JJ)
position 7	blanc (signifie que le bénéficiaire est né dans le courant du 20ème siècle (19xx) ou du 21ème siècle (20xx))
positions 8 à 10	numéro de suite dans la date de naissance
position 11	blanc ou M (M signifie qu'il ne s'agit pas du véritable numéro national mais d'un numéro formé par l'alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes)
positions 12 à 13	nombre de contrôle que l'on obtient comme suit : former un nombre en juxtaposant le numéro

[3] Art. 5, 3°, de l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes.
[4] Art. 9, alinéas 2 et 3 et 28, de l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes.

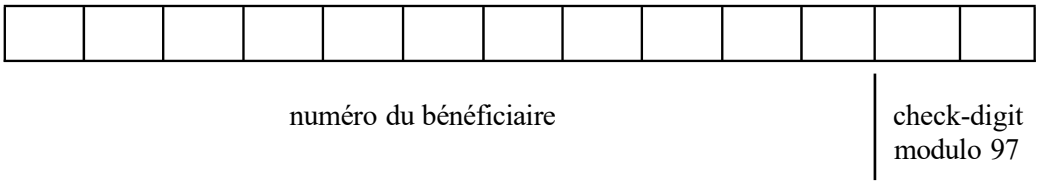
	de suite (8 à 10) à la date de naissance inversée (1 à 6). Si la lettre M est indiquée dans la position 11, le nombre est augmenté de 1. Ce nombre est divisé par 97. La différence entre 97 et le reste de la division donne le nombre de contrôle. Si le nombre de contrôle trouvé ne correspond pas à celui du numéro, réitérer le calcul avec le nombre 2aammjjnnn (+1, si M en position 11). Si cette fois le nombre de contrôle est correct, cela signifie que le bénéficiaire est né après le 31-12-1999. Remarque: ce 2ème calcul n'a de sens que lorsque la date de naissance (6 premiers chiffres) est comprise entre 000101 et la date actuelle.

B. SMR de l'Union nationale des mutualités neutres pour la Région bruxelloise

La structure normalisée du numéro d'identification en vigueur à la SMR de l'Union nationale des mutualités neutres pour la Région bruxelloise. Ce numéro est structuré de la même manière que chez l' OA fédéral

.

ZONE 8 et 8bis des enregistrements (13 caractères).



$$\frac{\text{Numéro du bénéficiaire}}{97} = \text{quotient} + \text{reste}$$

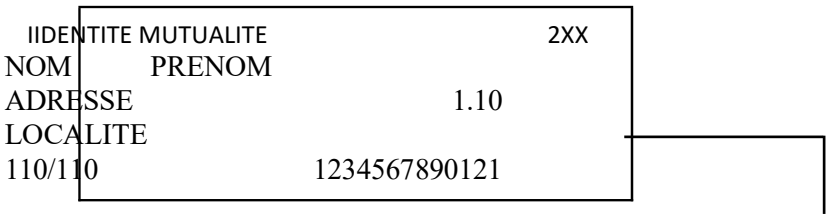
Dont reste = check-digit; sauf si reste = 0, alors le check-digit = 97.
Exemple : numéro du bénéficiaire = 12345678901; check-digit = 21

$$\frac{12345678901}{97} = 127.275.040 + 21$$

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	1

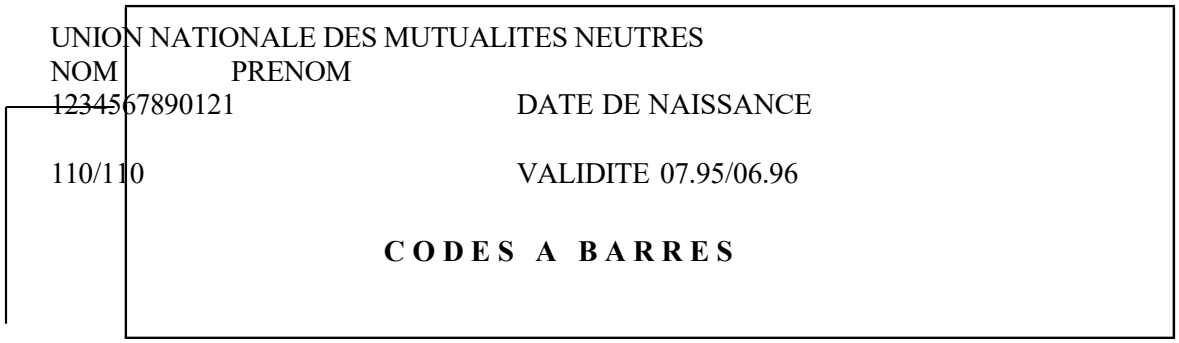
numéro du bénéficiaire check-digit

Ce numéro de 13 caractères est repris sur la vignette d'identification en bas à droite.



Numéro d'identification

Ce numéro de 13 caractères est repris sur le badge magnétique.



Numéro d'identification.

C. SMR des mutualités socialistes pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale

A la SMR des Mutualités Socialistes le numéro d'identification des bénéficiaires est structuré de la façon suivante, comme chez l' OA fédéral.

13 caractères numériques :

- 1 à 7 : numéro d'identification du titulaire
- 8 à 13 : date de naissance (JJ,MM,AA) du bénéficiaire

Règle de calcul du chiffre de contrôle du numéro d'identification du titulaire :

- 3ème chiffre (dix mille) X 2;
- 5ème chiffre (centaine) X 2;
- 7ème chiffre (unité) X 2.

Si le résultat de la multiplication est plus grand que "9", retrancher "9" de ce résultat.

Additionner ces résultats au :

- 2ème chiffre (cent mille);
- 4ème chiffre (mille);
- 6ème chiffre (dizaine).

L'unité du résultat de l'addition représente le chiffre contrôle que se place en première position.

- Si le chiffre de contrôle calculé ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute «5» au chiffre de contrôle calculé. S'il ne correspond pas, le numéro d'identification est erroné.

- Si le chiffre de contrôle correspond au chiffre de contrôle présent, le numéro d'identification du bénéficiaire est exact pour le calcul du chiffre de contrôle.

Par exemple:

Identification du titulaire							Date de naissance					
C.C.[5]	Racine						Jour		Mois		Année	
1 of 6	0	2	8	2	7	6	2	3	0	6	6	1

Dans cet exemple le chiffre de contrôle du numéro d'identification du titulaire est calculé comme suit:

- le 3ième chiffre est 2 ➔ 2 × 2 = 4
- le 5ième chiffre est 2 ➔ 2 × 2 = 4
- le 7ième chiffre est 6 ➔ 6 × 2 = 12 - 9 = 3

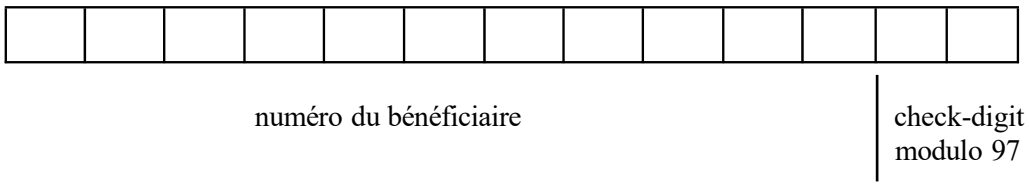
➔ La somme est 4 + 4 + 3 = 11. Le résultat obtenu est additionné avec le deuxième (0), le quatrième (8) et le sixième (7) chiffre: 11 + 15 = 26. Mais 6 est en principe le chiffre de contrôle. S'il ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute "5": 26 + 5 = 31.

D. SMR de l'Union nationale mutualités libérales pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale

Structure du numéro d'identification à la SMR de l'Union nationale mutualités libérales pour la Région de Bruxelles-Capitale. Ce numéro est structuré de la même manière que chez l' OA fédéral.

La structure normalisée du numéro d'identification en vigueur à la SMR des mutualités libérales pour la Région de Bruxelles-Capitale. Celui est structuré de la même manière que chez l' OA fédéral.

ZONE 8 et 8 BIS des enregistrements (13 caractères).



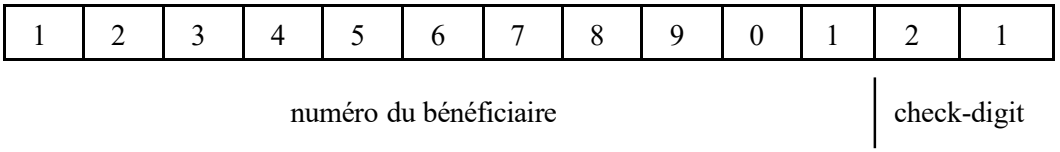
$$\frac{\text{Numéro du bénéficiaire}}{97} = \text{Quotient + reste}$$

Reste = check-digit; sauf si reste = 0, alors le check-digit = 97.

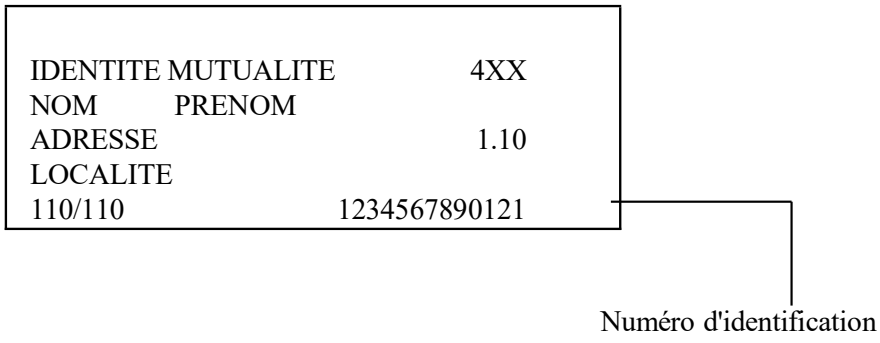
Exemple :

Numéro du bénéficiaire = 12345678901; check-digit = 21

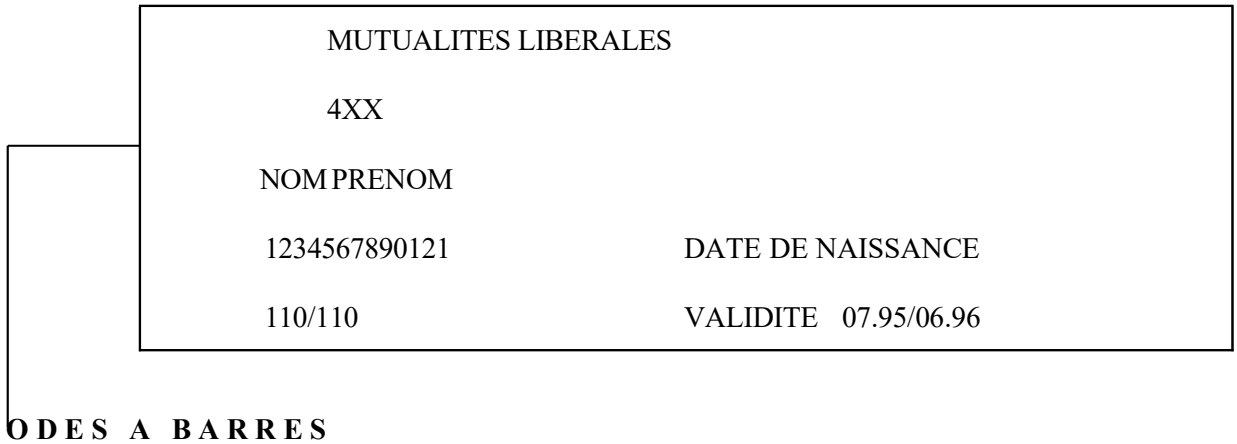
$$\frac{12345678901}{97} = 127.275.040 + 21$$



Ce numéro de 13 caractères est repris sur la vignette d'identification en bas à droite.



Ce numéro de 13 caractères est repris sur le badge magnétique.

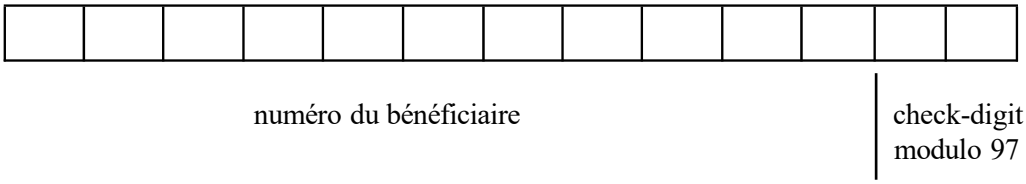


Numéro d'identification

E. SMR des mutualités libres pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale

La structure normalisée du numéro d'identification en vigueur à la SMR des mutualités libres pour la Région de Bruxelles-Capitale. Celui est structuré de la même manière que chez l' OA fédéral.

ZONE 8 et 8 BIS des enregistrements (13 caractères).



$$\frac{\text{Numéro du bénéficiaire}}{97} = \text{Quotient + reste}$$

Reste = check-digit; sauf si reste = 0, alors le check-digit = 97.

Exemple :

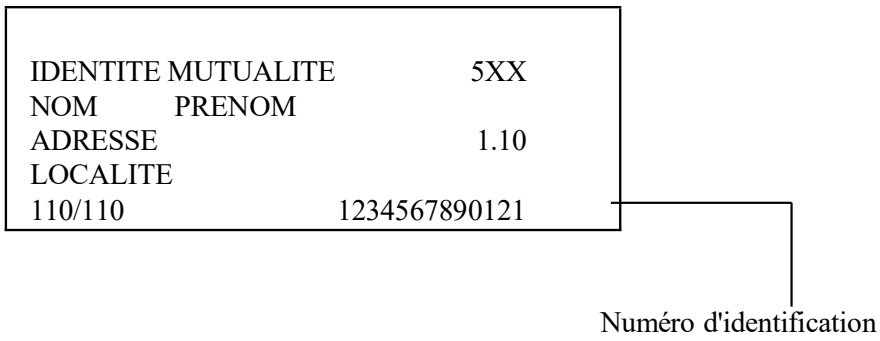
Numéro du bénéficiaire = 12345678901; check-digit = 21

$$\frac{12345678901}{97} = 127.275.040 + 21$$

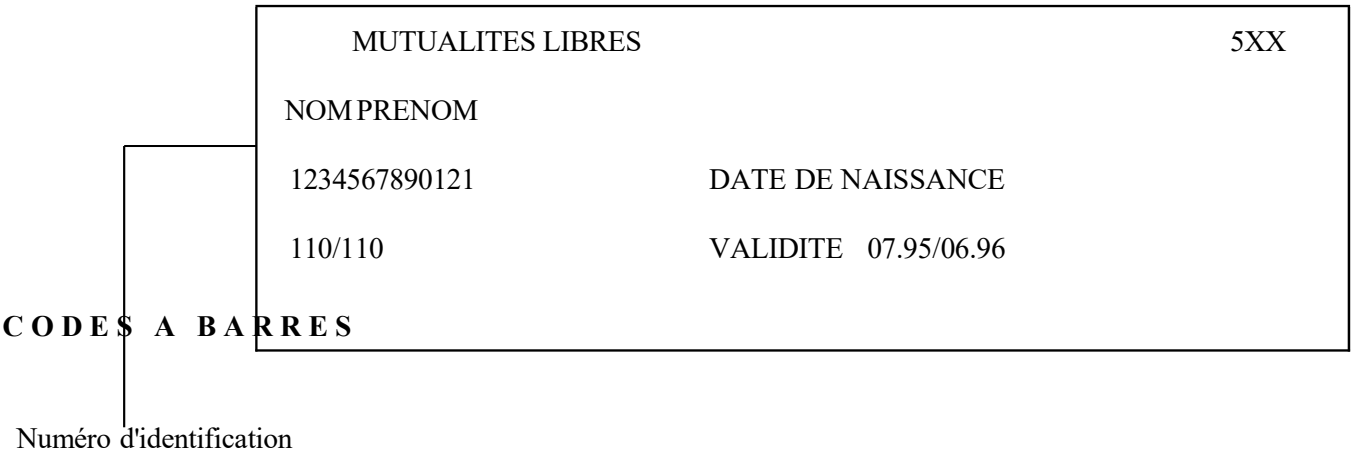
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	1

numéro du bénéficiaire | check-digit

Ce numéro de 13 caractères est repris sur la vignette d'identification en bas à droite.

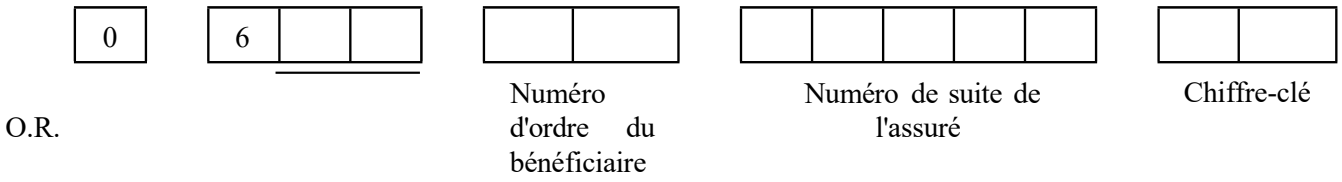


Ce numéro de 13 caractères est repris sur le badge magnétique.



F. Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité

f) La structure du numéro d'identification à la *CAISSE AUXILIAIRE D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE*.



O.R.

Numéro d'identification :

1) **Le premier chiffre est un 0** - 1 position numérique

2) **Organisme assureur bruxellois - service régional**: 3 positions numériques

- Le deuxième chiffre est un 6 (O.A. bruxellois = Caisse auxiliaire)
- Les deux chiffres suivants identifient le bureau local au sein de l'office régional ou l'office régional au sein de l'O.A.

Les deux chiffres peuvent uniquement être les suivants :

- 01 : office régional d'Anvers
- 02 : office régional **de** Bruxelles-Capitale
- 03 : office régional de la Flandre Occidentale
- 04 : office régional de la Flandre Orientale
- 05 : office régional du Hainaut - bureau de Mons
- 15 : office régional du Hainaut - bureau de Charleroi
- 06 : office régional de Liège
- 07 : office régional du Limbourg
- 08 : office régional du Luxembourg
- 09 : office régional de Namur
- 10 : office régional d'Eupen - Malmédy - bureau d'Eupen
- 20 : office régional d'Eupen - Malmédy - bureau de Malmédy.
- 12 : office régional Brabant Flamand
- 22 : office régional Brabant Wallon
- 85 : CSS de HR Rail
- 75 : Marins
- 90: Mediprima
- 91: Fedasil
- 95: détenus

3) **Numéro d'ordre du bénéficiaire** - 2 positions numériques

00	titulaire
01 jusqu'à 04	conjoint
05 jusqu'à 09	personne non rétribuée s'occupant du ménage (homme ou femme)
10 jusqu'à 89	descendants
90 jusqu'à 98	ascendants

4) **Numéro de suite de l'assuré et de ses personnes à charge** - 5 positions numériques

Ce numéro identifie le titulaire et ses personnes à charge dans le cadre de l'office régional ou du bureau local de l'office régional.
Le numéro de suite de l'assuré et de ses personnes à charge est le même.
Les personnes à charge sont identifiées au moyen de leur numéro d'ordre (voir ci-avant point 3).

Remarques :

- Les 0 à gauche sont indiqués.
- Pour des conventions internationales: le premier chiffre du numéro de suite est toujours 9. Ce chiffre indique qu'il s'agit du numéro d'identification d'un assuré social étranger séjournant temporairement en Belgique (formulaires E.111, E.112 ou documents bilatéraux équivalents des conventions internationales).

5) **Chiffre - clé** - 2 positions numériques

Règle générale: formule : modulo 97 :
Le chiffre-clé est calculé sur base des 11 positions numériques précédentes, à savoir :
- le code organisme assureur bruxellois + office régional;
- le numéro d'ordre du bénéficiaire;
- le numéro de suite de l'assuré.

Il est égal au reste de la division de ces 11 chiffres par 97. Si le reste est égal à 0, le chiffre-clé est 97.

Pour les conventions internationales: formule modulo 97 (voir ci-dessus) ou modulo 89 (à partir du 1/6/2015):

Le chiffre-clé est calculé sur base des 11 positions numériques précédentes, à savoir :
- le code organisme assureur bruxellois + office régional;
- le numéro d'ordre du bénéficiaire;
- le numéro de suite de l'assuré.

Il est égal au reste de la division de ces 11 chiffres par 89. Si le reste est égal à 0, le chiffre-clé est 89.

Régime général

Titulaire : Exemple 06020057220/55 : 97 = 06020057220 reste 55 = check-digit

0	6	0	2	0	0	5	7	2	2	0	5	5

Personne à charge : Exemple 06021057220/82 : 97 = 06021057220 reste 82 = check-digit

0	6	0	2	1	0	5	7	2	2	0	8	2

10 = descendant

Conventions Internationales

Titulaire : Exemple 06020091234/22 : 97 = 06020091234 reste 22 = check-digit

0	6	0	2	0	0	9	1	2	3	4	2	2

Personne à charge : Exemple 06020191234/15 : 97 = 06020191234 reste 15 = check-digit

0	6	0	2	0	1	9	1	2	3	4	1	5

01 = conjoint

Titulaire : Exemple 06020091234/48 : 89 = 06020091234 reste 48 = check-digit

0	6	0	2	0	0	9	1	2	3	4	4	8

Personne à charge : Exemple 06020191234/12 : 89 = 06020191234 reste 12= check-digit

0	6	0	2	0	1	9	1	2	3	4	1	2

G. Caisse des soins de santé de HR Rail

La facture pour les personnes affiliées à cette caisse est envoyée à la CAAMI. Cependant, le numéro d'identification HR-RAIL reste inchangé.

La facturation se fait via la structure reprise au point F (affilié 685).

Aperçu des annexes

Annexe 1:	Liste des adresses et personnes de contact des organismes assureurs bruxellois
Annexe 2 A:	Bordereau d'expédition pour supports magnétiques
Annexe 4:	Etiquette externe
Annexe 5.3:	Principes relatifs à la délivrance d'un fichier de décompte
Annexe 6 :	Dessin d'enregistrement
Annexe 7 :	Libellé des zones
Annexe 13:	Facturation électronique par les maisons de soins psychiatriques
Annexe 18:	Facturation électronique par les MRPA, MRS et CSJ

Annexe 1
Liste des adresses et personnes de contact des organismes assureurs bruxellois

	Adresse facturation	Contact informatique	Contact médical	Contact institutions
Société mutualiste régionale des mutualités chrétiennes pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale Pour les MR/MRS/CSJ	**Point Unique de Contact (FR) :** SMR MC Bruxelles Service tiers-payant Rue du Douaire, 40 6150 Anderlues tierspayant.mr@mc.be Tél. 081 23 67 23 **Point Unique de Contact (NL) :** RMOB CM Brussel Facturatie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo zorgverleners.vlbb@cm.be Tél. 02 240 86 23	MyCareNet@cm.be	**Point Unique de Contact (FR) :** SMR MC Bruxelles Administration médecin-conseil Rue du Douaire, 40 6150 Anderlues accord.mr@mc.be Tél. 081 23 67 23 **Point Unique de Contact (NL) :** RMOB CM Brussel Medische administratie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo medischeadministratie.vlbb@cm.be Tél. 02 240 86 15	L'institution contacte son point unique de contact renseigné dans les colonnes ci-contre.
Société mutualiste régionale des mutualités chrétiennes pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale Pour les MSP	**Point Unique de Contact (FR) :** SMR MC Bruxelles Service tiers-payant Bd Anspach, 111-115 1000 Bruxelles Srh@mc.be Tél. 081 23 67 30 **Point Unique de Contact (NL) :** RMOB CM Brussel Facturatie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo zorgverleners.vlbb@cm.be Tél. 02 240 86 23 **Point Unique de**	MyCareNet@cm.be	**Point Unique de Contact (FR) :** SMR MC Bruxelles Administration médecin-conseil Bd Anspach, 111-115 1000 Bruxelles accord.revalidation.smr@mc.be Tél. 081 23 67 30 **Point Unique de Contact (NL) :** RMOB CM Brussel Medische administratie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo medischeadministratie.vlbb@cm.be Tél. 02 240 86 15	

Société mutualiste régionale des mutualités chrétiennes pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale Pour les: IHP Centres de revalidation fonctionnelle Equipes multidisciplinaires de soins palliatifs Sevrage tabagique	**Contact (FR) :** SMR MC Bruxelles Service tiers-payant Bd Anspach, 111-115 1000 Bruxelles tierspayant.revalidation.smr@mc.be Tél. 081 23 67 21 **Point Unique de Contact (NL) :** RMOB CM Brussel Facturatie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo zorgverleners.vlbb@cm.be Tél. 02 240 86 23		**Point Unique de Contact (FR) :** SMR MC Bruxelles Administration médecin-conseil Bd Anspach, 111-115 1000 Bruxelles accord.revalidation.smr@mc.be Tél. 081 23 67 21 **Point Unique de Contact (NL) :** RMOB CM Brussel Medische administratie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo medischeadministratie.vlbb@cm.be Tél. 02 240 86 15	L'institution contacte son point unique de contact renseigné dans les colonnes ci-contre. Pour le sevrage tabagique, le point de contact francophone ou néerlandophone dépend de la mutualité à laquelle est affiliée l'assuré (134 FR ou 120 NL).
Sociétémutualiste régionale des mutualités chrétiennes pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale Pour les aides à la mobilité	**Assurés affiliés à la mutualité 134 :** SMR MC Bruxelles Service tiers-payant Place du Vingt Août, 38 4000 Liège tierspayant.bandagiste@mc.be		**Assurés affiliés à la mutualité 134 :** SMR MC Bruxelles Administration médecin-conseil Place du Vingt Août, 38 4000 Liège accord.bandagiste@mc.be	Le point de contact francophone ou néerlandophone dépend de la mutualité à laquelle est affiliée l'assuré

	Tél. 081 23 67 20 **Assurés affiliés à la mutualité 120 :** RMOB CM Brussel Facturatie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo zorgverleners.vlbb@cm.be Tél. 02 240 86 23		Tél. 081 23 67 20 **Assurés affiliés à la mutualité 120 :** RMOB CM Brussel Medische administratie Platte Lostraat, 541 3010 Kessel-Lo medischeadministratie.vlbb@cm.be Tél. 02 240 86 15	(134 FR ou 120 NL).
Société mutualiste régionale des mutualités socialistes pour la région bilingue de Bruxelles-Capitale	SMR bruxelloise des mutualités socialistes Département facturation Rue du Midi 111 1000 Bruxelles Tel. 02 506 99 49	brabant@solidaris.be	SMR bruxelloise des mutualités socialistes Département accord médecin-conseil Rue du Midi 111 1000 Bruxelles Tel. 02 506 96 11	SMR bruxelloise des mutualités socialistes Département établissements d'accueil et d'hébergement Rue du Midi 111 1000 Bruxelles Tel. 02 506 99 49
Société mutualiste régionale de l'Union nationale des Mutualités libérales pour la Région de Bruxelles-Capitale	Facturation papier et facturation électronique : SMR BRUMUT Service Tiers payant Rue de Livourne 25 1050 Bruxelles brumut@ml.be	brumut@ml.be	SMR BRUMUT Département accord médecin-conseil Place de la Reine 51-52 1030 Bruxelles Tel. 02 209 48 11 brumutmed@mutplus.be	SMR BRUMUT Service Tiers payant Rue de Livourne 25 1050 Bruxelles brumut@ml.be 02/542 88 36 (facturation papier) 02/542 86 35 (facturation électronique)
Société mutualiste régionale des Mutualités Libres pour la Région de Bruxelles-Capitale	Société mutualiste régionale des Mutualités Libres pour la Région de Bruxelles-Capitale Département facturation Route de Lennik 788A 1070 Bruxelles Tel. 02 778 92 11	Facturation via MyCarenet: mycarenet@mloz.be	Société mutualiste régionale des Mutualités Libres pour la Région de Bruxelles-Capitale Département médical Route de Lennik 788A 1070 Bruxelles Tel. 02 778 92 11 MEDSMRBRU@MLOZ.BE	smrbru@mloz.be
Société mutualiste régionale de	SMR Neutre Bruxelles A l'attention du Service Soins de santé	bru200SDS@unmn.be	SMR Neutre Bruxelles A l'attention du Service medical	bru200SDS@unmn.be

l'Union nationale des mutualités neutres pour la Région bruxelloise	Chaussée de Charleroi 147 1060 Bruxelles Personnes de contact Hurtado Karina, Tel: 02 535 73 58 02 300 11 03 bru200SDS@unmn.be		Chaussée de Charleroi 145 1060 Bruxelles Personne de contact: Lucie Lietaer: 02/533 06 04 DL200 Medical-Medisch@union-neutre.be	
Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité	Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité Direction des soins de santé Rue du Trône 30 A 1000 Bruxelles Facturation électronique: elecfac@caami.be 02/229.34.33 NL: elecfac@hziv.be / 02/229.34.34	MyCarenet helpdesk.carenet@caami.be 02/229.34.35 NL: Carenet: helpdesk.carenet@hziv.be / 02/229.34.36	Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité MedAdmin Rue du Trône 30 A 1000 Bruxelles medadmin@caami.be 02/227.62.44 NL: MedAdmin: MedAdmin@hziv.be / 02/227.62.45	FR: elecfac@caami.be 02/229.34.33 NL : elecfac@hziv.be 02/229.34.34
Caisse des Soins de Santé de HR Rail	HR Rail : Les factures et documents doivent être adressées à la CAAMI Rue du Trône, 30 A 1000 Bruxelles Pour tous les autres contacts (informatiques, médicaux et institutionnels), il faut utiliser les coordonnées mentionnées pour la CAAMI. (cfr ci-dessus)			

Annexe 2 A

Bordereau d'expédition pour supports magnétiques

Calcul du numéro de contrôle par mutualité (colonne (b))

- Les valeurs des zones 4 des types d'enregistrement 30, 40 et 50 de toutes les factures individuelles destinées à la fédération en question sont additionnées. A cette somme on ajoute encore la somme des valeurs des zones 17-18 et des zones 40-41 des types d'enregistrement 40 des mêmes factures. Le modulo 97 est appliqué sur ce résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97).

- Sur la ligne "Totaux", on indiquera le numéro de contrôle de l'envoi (cf. type d'enregistrement 90 zone 98).

Directives concernant l'utilisation du bordereau d'expédition

- Dans le cas du système de facturation 1) il y a lieu de compléter les colonnes (a), (b) et (e), la colonne (c) étant facultative; seul le visa de l'établissement (hospitalier) est apposé.

- Dans le cas du système de facturation 2) il y a lieu de compléter les colonnes (a), (b), (c), (d) et (e); le visa du Conseil médical doit être apposé en regard du visa de l'établissement (hospitalier).

- Dans le cas du système de facturation 3) il y a lieu de compléter toutes les colonnes. Dans ce cas, le bordereau d'expédition peut être composé de deux volets; une première partie où les colonnes (a), (a) et (c) sont complétées, et une deuxième partie où les colonnes (a), (b) et (d) sont complétées. Avant expédition, il faut cependant fixer ensemble les deux volets, et sur chacun doivent figurer les visas des deux parties (établissement (hospitalier) & Conseil médical).

- Dans le cas du système de facturation 4) il y a lieu de compléter toutes les colonnes. Dans ce cas, le bordereau d'expédition doit être composé de deux volets; une première partie où les colonnes (a), (b), (c) et (d) sont complétées, et une deuxième partie où les colonnes (a), (b) et (d) sont complétées. Avant expédition, il faut cependant fixer ensemble les deux volets, et sur chacun doivent figurer les visas des deux parties (établissement (hospitalier) & Conseil médical).

Ordre séquentiel

Lorsque les données de facturation sont transmises sur deux fichiers séparés (c'est-à-dire les systèmes de facturation 3 et 4) les deux fichiers doivent être établis selon un ordre séquentiel identique.

L'ordre séquentiel imposé est le suivant :
- année et mois facturés;
- numéro tiers payant;
- numéro matricule établissement;
- numéro mutualité de destination dans un ordre croissant;
- pour les patients hospitalisés, le numéro d'admission dans un ordre croissant;
  ou pour les patients ambulants, le numéro de la facture individuelle dans un ordre croissant.

N.B. : En cas de facturation via Iriscarenet, les données de ce bordereau d'expédition sont intégrées dans le message électronique même.

Annexe 4

Etiquette externe

A	B	C	D	E	F	G	
	XXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX	XXX	XXXXXX	XXX	XXX

L'étiquette

Cette étiquette peut être lue comme suit :

A : X X X X X X X : La version du fichier

B : X X X X X X X X X X X X : Le numéro du tiers payant (ET 10 Z 14).

C : X X X : Le numéro de l'envoi (ET 10 Z 7).

D : X X X : Le numéro de l'organisme assureur bruxellois (100, 200, 300, 400, 500, 600 ou 900).

E : X X X X X X : Les quatre premières positions donnent l'année : 1998, 1999, 2000, 2001, ... (ET 10 Z 22) et les deux suivantes donnent le mois : 01 ..... 12 (ET 10 Z 23).

F : X X X : Le numéro d'ordre de la bande magnétique.
(000 : dans le cas où le fichier se trouve sur un seul support magnétique ou
001, 002, ...dans le cas où le fichier se trouve sur plusieurs supports magnétiques, les
différents supports successifs doivent être numérotés)
Pour les disquettes, cette valeur est toujours égale à 000 (Multi-volumes

plus autorisés) G : X X X : Valeur standard = 001 (un seul fichier de facturation par

support).

Annexe 5.3

PRINCIPES RELATIFS A LA DELIVRANCE D'UN FICHIER DE DECOMPTE

1. La délivrance d'un fichier de décompte est liée à la transmission du fichier de facturation par le système Iriscarenet.
2. Les fichiers de décompte sont établis par les 6 organismes assureurs bruxellois.
3. Un fichier de décompte est transmis par paiement (un ou plusieurs par envoi) par l'organisme assureur bruxellois. En cas de paiement sur 2 comptes bancaires différents, un seul fichier de décompte est transmis.

   Le paiement s'effectue pour tous les organismes assureurs bruxellois via un paiement central par UNION à l'exception de l'UNMS (paiement séparé et fichier de décompte distinct pour mutualité 306).

   Les traitements d'un fichier de facturation peuvent être répartis dans plusieurs fichiers de décomptes, avec la restriction que l'ensemble des traitements par une mutualité ne peut être divisé.

5. Toutes les factures d'un fichier de facturation seront finalement reprises dans un fichier de décompte
   - s'il s'agit d'une facture entièrement acceptée, seuls les enregistrements de type 20 et 80 doivent être repris;
   - s'il s'agit d'une facture partiellement acceptée, en plus des enregistrements de type 20 et 80, les enregistrements erronés intermédiaires doivent être repris;
   - s'il s'agit d'une facture entièrement rejetée, tous les enregistrements de la facture concernée doivent être repris.
6. Trois codes rejets sont, au maximum, mentionnés par enregistrement rejeté.
7. En cas de correction automatique par les organismes assureurs bruxellois, le montant tarifié (et donc effectivement payé) est mentionné dans la zone 114 et/ou 115. Il n'y a aucun code de rejet mentionné dans la zone 111, 112 ou 113.
8. Le fichier est encadré par un enregistrement de début et de fin, dans lequel chaque position de chaque zone est complétée par des données non significatives,
   - «1» dans l'ET 10, à l'exception des zones 1 à 101 incluse et 111 à 113 incluse,
   - «9» dans l'ET 90, à l'exception des zones 1 à 100 incluse et 111 à 113 incluse.
9. Les zones 114/115 du fichier de décompte doivent être complétées comme suit :
   - S'il s'agit d'un ET 20: toujours 0
   - S'il s'agit d'un ET 30ou 50 :

     Refus de l'enregistrement = 0

     Adaptation du montant facturé en – ou + = montant du remboursement (= montant tarifé) Acceptation de l'enregistrement = enregistrement ne figure pas sur le support de décompte
   - S'il s'agit d'un ET 80: montant effectivement payé (la différence entre les zones 19/15 et 114 / 115 correspond à la différence entre les zones 19 et 114 / 115 des ET 30et 50) (= montant tarifé).
10. La zone 119 (résultat OAb) est complétée si les zones 111b, 112b ou 113b contiennent un code erreur XX1940. Elle est remplie avec le montant tarifié par l'OAb
11. Les codes erreur de l'ET 20 doivent être prévus dans les ET 30, 50, et 80. Les codes erreur de l'ET 20 doivent être mentionnés en premier lieu, puis ceux des ET 30, 50 , et 80.
    Pour une facture rejetée suite à une erreur dans l'ET 20, les enregistrements de type 30 et 50 correspondants sont mentionnés avec le code erreur respectif RR0119 (si aucune autre erreur ne peut être attribuée).
12. Les zones non définies sont complétées par des zéros.
13. Le fichier de facturation est trié de la façon suivante :
    1. numéro d'envoi;
    2. année et mois facturés;
    3. mutualité;
    4. numéro de suite de l'enregistrement original.

Annexe 6

Type d'enregistrements	10		20		30	
zone	position	Debut d'envoi	Position	Debut de facture	position	Journees d'entretien
1	1-2	enregist. de type 10	1-2	enregist. de type 20	1-2	enregist. de type 30
2	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.	3-8	n° ordre enregist.
3	9-9	code indice	9-9	autorisation t.p.	9-9	norme journ. entret.
4	10-16	version fichier	10-16	heure admission	10-16	pseudo-code jour. ent. forf.
5	17-24	n° compte financier a	17-24	date d'admission	17-24	date 1er jour facture
6 a	25-28		25-28	date de sortie	25-28	date dernier jour facture
6 b	29-32	0	29-32		29-32	
7	33-35	numero de l'envoi	33-35	n° mutualite affiliation	33-35	n° mutualite affiliation
8 a	36-47	n° compte financier b	36-47	identification du beneficiaire	36-47	identification du beneficiaire
8 b	48-48	0	48-48		48-48	
9	49-49	code s.f.p.	49-49	sexe beneficiaire	49-49	sexe beneficiaire
10	50-50	code fichier de decompte	50-50	type facture	50-50	accouchement
11	51-51	0	51-51	type facturation	51-51	ref. n° cpte financier
12	52-52	0	52-52	0	52-52	0
13	53-55	contenu facturation	53-55	service 721 bis	53-55	code service
14	56-67	n° tiers payant	56-67	n° ets. qui facture	56-67	lieu de prestation
15	68-79	n° accreditation cin	68-79	n° ets. de sejour	68-79	ident. conv./ets. sejour
16	80-80	0	80-80	code levee delai prescr.	80-80	0
17	81-84	0	81-84	causes traitement	81-84	prestation relative
18	85-87	0	85-87	n° mutualite destination	85-87	
19	88-99	0	88-99	n° admission	88-99	signe + montant o.a.
20	100-106	0	100-106	date de l'accord traitement	100-106	0
21	107-107	0	107-107		107-107	0
22	108-112	annee facturee	108-112	heure de sortie	108-112	signe + nb. jours ou forf.
23	113-114	mois facture	113-114	0	113-114	0
24	115-119	0	115-119	n° de facture individuelle	115-119	signe + ordre de grandeur frais de sejour
25	120-126	date de date creation	120-126		120-126	
26	127-127		127-127	applicat. franch. soc.	127-127	0
27	128-137	Numéro BCE	128-137	c.t.1 + c.t.2	128-137	signe + interv pers pat
28	138-162	ref. etablissement	138-162	ref. etablissement	138-162	ref. etablissement
29	163-164	0	163-164	numero de facture precedente	163-164	0
30	165-166	0	165-166		165-166	signe + montant supplement
31	167-174	bic - compte financier A	167-174		167-174	
32	175-175		175-175	flag identif. benef.	175-175	excep. tiers payant
33	176-176		176-176	0	176-176	code fact. i.p. ou suppl.
34	177-177		177-177	numero de l'envoi precedent	177-177	0
35	178-178	0	178-178		178-178	0
36	179-179	iban - compte financier a	179-179		179-179	0
37	180-182		180-182	n° mut. fact. preced.	180-182	0
38	183-194		183-194	reference mutualite n° compte financier a	183-194	0
39	195-204		195-204		195-204	0
40	205-206		205-206	0	205-206	0
41	207-212		207-212	annee - mois fact. prec.	207-212	0
42	213-218	0	213-218	donnees de reference reseau	213-218	0
43 a	219-229	bic - compte financier b	219-229		219-229	0
43 b	230-230	0	230-230		230-230	0
44	231-234	0	231-234		231-234	0
45	235-260	Iban - compte financier c	235-260		235-260	0
46	261-261		261-261	0	261-261	0
47 a	262-268		262-268	date de facturation	262-268	date accord prestation
47 b	269-269	0	269-269		269-269	
48	270-270	Indication région	270-270	0	270-270	transplantation
49	271-282	iban - compte financier b	271-282	reference mutualite numero de compte financier b	271-282	0
50 a	283 - 285		283 - 285		283 - 285	0
50 b	286 - 286		286 - 286		286 - 286	0
51	287 - 292		287 - 292		287 - 292	site hospitalier
52	293-304		293-304	numéro d'admission de la mère	293-304	identif. association bassin de soins
53	305-312	Bic - compte financier c	305-312	date debut assurabilite	305-312	0
54 a	313-315		313-315	date fin assurabilite	313-315	0
54 b	316-316		316-316		316-316	
54 c	317-320		317-320		317-320	
55	321-328	0	321-328	date communic. info	321-328	0
56	329-332	0	329-332	maf annee en cours	329-332	0
57	333-336	0	333-336	maf annee en cours - 1	333-336	0
58	337-340	0	337-340	maf annee en cours - 2	337-340	0
59	341-346	0	341-346	0	341-346	0

98	347-348	0	347-348	0	347-348	0
99	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist	349-350	c.c. enregist

Annexe 6 suite

Type d'enregistrements	50		80		90	
zone	position	Prestations ou fournitures	position	Fin de facture	position	Fin d'envoi
1	1-2	enregist. de type 50	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	9-9	norme prest (%)	9-9	0	9-9	0
4	10-16	(pseudo-)code nomencl.	10-16	heure d'admission	10-16	0
5	17-24	date 1er prest. effect.	17-24	date d'admission	17-24	n° compte financier a
6 a	25-28	date derniere prestation effectuee	25-28	date de sortie	25-28	
6 b	29-32		29-32		29-32	0
7	33-35	n° mutualite affiliation	33-35	n° mutualite affiliation	33-35	numero d'envoi
8 a	36-47	Identification du beneficiaire	36-47	identification du beneficiaire	36-47	n° cpte financier b
8 b	48-48		48-48		48-48	0
9	49-49	sexe beneficiaire	49-49	sexe beneficiaire	49-49	0
10	50-50	accouchement	50-50	type facture	50-50	0
11	51-51	ref. n° cpte financier	51-51	0	51-51	0
12	52-52	nuit, w.e. ou jour ferie	52-52	0	52-52	0
13	53-55	code service	53-55	service 721 bis	53-55	0
14	56-67	lieu de prestation	56-67	n° ets. qui facture	56-67	n° tiers payant
15	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	80-80	0
17	81-84	prestation relative	81-84	causes traitement	81-84	0
18	85-87		85-87	n° mutualite destination	85-87	0
19	88-99	signe + montant o.a.	88-99	signe + mont. cpte financier a	88-99	signe + mont. total cpte fin. a
20	100-106	date de la prescription	100-106	date de la facture	100-106	0
21	107-107		107-107		107-107	0
22	108-112	signe + nombre d'unites	108-112	heure de sortie	108-112	annee facturee
23	113-114	dérogation nombre maximal ou prestation identique	113-114	0	113-114	mois facture
24	115-119	identification du prescripteur	115-119	n° de facture individuelle	115-119	0
25	120-126		120-126		120-126	0
26	127-127	norme prescript	127-127	0	127-127	0
27	128-137	signe + interv pers pat	128-137	signe + interv pers pat	128-137	Numéro BCE
28	138-162	ref. etablissement	138-162	ref. etablissement	138-162	ref. etablissement
29	163-164	dent traitee	163-164	0	163-164	0
30	165-166	signe + montant supplement	165-166	signe + montant supplement	165-166	0
31	167-174		167-174		167-174	bic - compte financier a
32	175-175	excep. tiers payant	175-175	flag identif. benef.	175-175	
33	176-176	code fact. i.p. ou suppl.	176-176	0	176-176	
34	177-177	membre traite	177-177	0	177-177	
35	178-178	prestataire convent.	178-178	0	178-178	0
36	179-179	Heure de prestation	179-179	0	179-179	iban - compte financier a
37	180-182		180-182	0	180-182	
38	183-194	ident. administ. sang	183-194	signe + acompte cpte fin. A	183-194	
39	195-204	n° attestation d'administration	195-204	0	195-204	
40	205-206		205-206	0	205-206	
41	207-212	numero bon de delivrance ou sac	207-212	0	207-212	
42	213-218		213-218	0	213-218	0
43 a	219-229	code implant	219-229	0	219-229	bic - compte financier b
43 b	230-230		230-230	0	230-230	0
44	231-234	Libelle du produit	231-234	0	231-234	0
45	235-260		235-260	0	235-260	Iban - compte financier c
46	261-261	norme plafond	261-261	0	261-261	
47 a	262-268	valeur de base prestation	262-268	0	262-268	
47 b	269-269		269-269	0	269-269	0
48	270-270	transplantation	270-270	0	270-270	0
49	271-282	ident. dispensateur auxiliaire	271-282	0	271-282	iban - compte financier b
50 a	283-285	pourcentage dans le forfait	283 - 285	0	283 - 285	
50 b	286-286	indication prestation dans le cadre de la lecture eID	286-286	0	286-286	
51	287-292	site hospitalier	287 - 292	0	287 - 292	
52	293-304	identif. association bassin de soins	293-304	0	293-304	
53	305-312	f numero de course	305-312	0	305-312	Bic - compte financier c
54 a	313-315		313-315	0	313-315	
54 b	316-316	flag GPS	316-316		316-316	0
54 c	317-320	0	317-320	0	317-320	0
55	321-328	code notification implant	321-328	Signe + montant numéro de compte financier c	321-328	Signe + montant total numéro compte financier c
56	329-332		329-332		329-332	
57	333-336	code enregistrement	333-336	0	333-336	0
58	337-340		337-340	0	337-340	0
59	341-346		341-346	0	341-346	0
98	347-348	flag TVA	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

Annexe 6.1

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 10
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	nombre numeros comptes financiers (code indice)
4	7 N	10 - 16	version fichier
5	8 N	17 - 24	numero compte financier a (partie 1)
6 a	4 N	25 - 28	numero compte financier a (partie 2)
6 b	4 N	29 - 32	reserve
7	3 N	33 - 35	numero de l'envoi
8 a	12 N	36 - 47	numero compte financier b
8 b	1 N	48 - 48	reserve
9	1 N	49 - 49	code suppression facture papier
10	1 N	50 - 50	code fichier de decompte
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	contenu de la facturation
14	12 N	56 - 67	numero tiers payant
15	12 N	68 - 79	numero d'accreditation cin
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	reserve
18	3 N	85 - 87	reserve
19	12 N	88 - 99	reserve
20	7 N	100 - 106	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	5 N	108 - 112	annee facturee
23	2 N	113 - 114	mois facture
24	5 N	115 - 119	reserve
25	7 N	120 - 126	date de creation (partie 1) aaaammj
26	1 N	127 - 127	date de creation (partie 2) j
27	10 N	128 - 137	numéro BCE
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	reserve
30	2 N	165 - 166	reserve
31	8 A	167 - 174	bic - compte financier a (partie 1)
32	1 A	175 - 175	bic - compte financier a (partie 2)
33	1 A	176 - 176	bic - compte financier a (partie 3)
34	1 A	177 - 177	bic - compte financier a (partie 4)
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 A	179 - 179	iban - compte financier a (partie 1)
37	3 A	180 - 182	iban - compte financier a (partie 2)
38	12 A	183 - 194	iban - compte financier a (partie 3)
39	10 A	195 - 204	iban - compte financier a (partie 4)
40	2 A	205 - 206	iban - compte financier a (partie 5)
41	6 A	207 - 212	iban - compte financier a (partie 6)
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 A	219 - 229	bic - compte financier b
43 b	1 N	230 - 230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 A	235 - 260	Iban - compte financier c
46	1 A	261 - 261	Iban - compte financier c
47 a	7 A	262 - 268	Iban - compte financier c
47 b	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	Indication région
49	12 A	271 – 282	iban - compte financier b (partie 1)
50 a	3 A	283 – 285	iban - compte financier b (partie 2)
50 b	1 A	286 - 286	iban - compte financier b (partie 2 bis)
51	6 A	287 - 292	iban - compte financier b (partie 3)
52	12 A	293 - 304	iban - compte financier b (partie 4)
53	8A	305 - 312	Bic - compte financier c
54 a	3A	313 - 315	Bic - compte financier c
54 b	1N	316 - 316	reserve
54 c	4N	317 - 320	reserve
55	8N	321 - 328	reserve
56	4N	329 - 332	reserve
57	4N	333 - 336	reserve

58	4N	337 - 340	reserve
59	6N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Annexe 6.2

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 20
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	autorisation tiers payant
4	7 N	10 - 16	heure d'admission
5	8 N	17 - 24	date d'admission
6 a	4 N	25 - 28	date de sortie (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date de sortie (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	type facture
11	1 N	51 - 51	type de facturation
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	service 721 bis
14	12 N	56 - 67	numero de l'etablissement qui facture
15	12 N	68 - 79	etablissement de sejour
16	1 N	80 - 80	code levee delai de prescription
17	4 N	81 - 84	causes du traitement
18	3 N	85 - 87	numero mutualite de destination
19	12 N	88 - 99	numero d'admission
20	7 N	100 - 106	date accord traitement (partie 1)
21	1 N	107 - 107	date accord traitement (partie 2)
22	5 N	108 - 112	heure de sortie
23	2 N	113 - 114	reserve
24	5 N	115 - 119	numero de la facture individuelle (partie 1)
25	7 N	120 - 126	numero de la facture individuelle (partie 2)
26	1 N	127 - 127	application franchise sociale
27	10 N	128 - 137	ct 1 + ct 2
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	numero de facture precedente (partie 1)
30	2 N	165 - 166	numero de facture precedente (partie 2)
31	8 N	167 - 174	numero de facture precedente (partie 3)
32	1 N	175 - 175	flag identification du beneficiaire
33	1 N	176 - 176	reserve
34	1 N	177 - 177	numero envoi precedent (partie 1)
35	1 N	178 - 178	numero envoi precedent (partie 2)
36	1 N	179 - 179	numero envoi precedent (partie 3)
37	3 N	180 - 182	numero mutualite facturation precedente
38	12 A	183 - 194	reference mutualite numero de compte financier a (partie 1)
39	10 A	195 - 204	reference mutualite numero de compte financier a (partie 2)
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	annee et mois de facturation precedente
42	6 A	213 - 218	donnees de reference reseau (partie 1)
43 a	11 A	219 - 229	donnees de reference reseau (partie 2)
43 b	1 A	230 - 230	donnees de reference reseau (partie 3)
44	4 A	231 - 234	donnees de reference reseau (partie 4)
45	26 A	235 - 260	donnees de reference reseaus (partie 5)
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	date de facturation (partie 1)
47 b	1 N	269 - 269	date de facturation (partie 2)
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 A	271 - 282	reference mutualite numero compte financier b (partie 1)
50 a	3 A	283 - 285	reference mutualite numero compte financier b (partie 2)
50 b	1 A	286 - 286	reference mutualite numero compte financier b (partie 2 bis)
51	6 A	287 - 292	reference mutualite numero compte financier b (partie 3)
52	12 N	293 - 304	numéro d'admission de la mère
53	8 N	305 - 312	date debut assurabilite
54 a	3N	313 - 315	date fin assurabilite (partie 1)
54 b	1N	316 - 316	date fin assurabilite (partie 2)
54 c	4N	317 - 320	date fin assurabilite (partie 3)
55	8 N	321 - 328	date communication information
56	4 N	329 - 332	maf annee en cours
57	4 N	333 - 336	maf annee en cours - 1
58	4 N	337 - 340	maf annee en cours - 2

59	6 N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Annexe 6.3

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 30
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	norme journee d'entretien
4	7 N	10 - 16	pseudo-code journee d'entretien et forfait
5	8 N	17 - 24	date premier jour facture
6 a	4 N	25 - 28	date dernier jour facture (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date dernier jour facture (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 de compte financier
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	code service
14	12 N	56 - 67	lieu de prestation
15	12 N	68 - 79	identification convention/etablissement de sejour
16	1 N	80 - 80	reserve
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	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	1 A + 4 N	108 - 112	signe + nombre de jours ou forfaits
23	2 N	113 - 114	reserve
24	1 A + 4 N	115 - 119	signe + montant indicatif ordre de grandeur frais de sejour (partie 1)
25	7 N	120 - 126	montant indicatif ordre de grandeur frais de sejour (partie 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
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	reserve
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)
32	1 N	175 - 175	exception tiers payant
33	1 N	176 - 176	code facturation intervention personnelle ou supplement
34	1 N	177 - 177	reserve
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 N	179 - 179	reserve
37	3 N	180 - 182	reserve
38	12 N	183 - 194	reserve
39	10 N	195 - 204	reserve
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	reserve
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 N	219 - 229	reserve
43 b	1 N	230 - 230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 N	235 - 260	reserve
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	date accord prestation (partie 1)
47 b	1 N	269 - 269	date accord prestation (partie 2)
48	1 N	270 - 270	transplantation
49	12 N	271 - 282	reserve
50 a	3 N	283 - 285	reserve
50 b	1 N	286 - 286	reserve
51	6N	287 - 292	site hospitalier
52	12N	293 - 304	identification association bassin de soins
53	8N	305 - 312	reserve
54 a	3N	313 - 315	reserve
54 b	1N	316 - 316	reserve
54 c	4N	317 - 320	reserve
55	8N	321 - 328	reserve
56	4N	329 - 332	reserve
57	4N	333 - 336	reserve

58	4N	337 - 340	reserve
59	6N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Annexe 6.4

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)
32	1 A	175 - 175	exception tiers payant
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
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	6N	287 - 292	site hospitalier
52	12N	293 - 304	identification association bassin de soins
53	8A	305 - 312	numero de course (partie 1)
54a	3A	313 - 315	numero de course (partie 2)
54b	1N	316 - 316	flag GPS
54c	4N	317-320	reserve
55	8N	321 - 328	code notification implant (partie 1)
56	4N	329 - 332	code notification implant (partie 2)
57	4N	333 - 336	code d'enregistrement (partie 1)
58	4N	337 - 340	code d'enregistrement (partie 2)

59	6N	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

Annexe 6.5

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 80
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	reserve
4	7 N	10 - 16	heure d'admission
5	8 N	17 - 24	date d'admission
6 a	4 N	25 - 28	date de sortie (partie 1)
6 b	4 N	29 - 32	date de sortie (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	type facture
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	service 721 bis
14	12 N	56 - 67	numero de l'etablissement qui facture
15	1 A + 11 N	68 - 79	signe + montant numero de compte financier b
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	causes du traitement
18	3 N	85 - 87	numero mutualite de destination
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant numero de compte financier a
20	7 N	100 - 106	date de la facture (partie 1)
21	1 N	107 - 107	date de la facture (partie 2)
22	5 N	108 - 112	heure de sortie
23	2 N	113 - 114	reserve
24	5 N	115 - 119	numero de la facture individuelle (partie 1)
25	7 N	120 - 126	numero de la facture individuelle (partie 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
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	reserve
30	1 A + 1 N	165 - 166	signe + montant supplement (partie 1)
31	8 N	167 - 174	montant supplement (partie 2)
32	1 N	175 - 175	flag identification du beneficiaire
33	1 N	176 - 176	reserve
34	1 N	177 - 177	reserve
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 N	179 - 179	reserve
37	3 N	180 - 182	reserve
38	1 A + 11 N	183 - 194	signe + acompte numero compte financier a
39	10 N	195 - 204	reserve
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	reserve
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 N	219 - 229	reserve
43 b	1 N	230 - 230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 N	235 - 260	reserve
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	reserve
47 b	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 N	271 - 282	reserve
50 a	3 N	283 - 285	reserve
50 b	1 N	286 - 286	reserve
51	6N	287 - 292	reserve
52	12N	293 - 304	reserve
53	8N	305 - 312	reserve
54 a	3N	313 - 315	reserve
54 b	1N	316 - 316	reserve
54 c	4N	317 - 320	reserve
55	1 A + 7 N	321 - 328	Signe montant + montant numéro de compte financier c
56	4N	329 - 332	Signe montant + montant numéro de compte financier c
57	4N	333 - 336	reserve

58	4N	337 - 340	reserve
59	6N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	chiffres de controle de la facture
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Annexe 6.6

Zone	Longueur	Positions	Signification
1	2 N	1 - 2	enregistrement de type 90
2	6 N	3 - 8	numero d'ordre de l'enregistrement
3	1 N	9 - 9	reserve
4	7 N	10 - 16	reserve
5	8 N	17 - 24	numero compte financier a (partie 1)
6 a	4 N	25 - 28	numero compte financier a (partie 2)
6 b	4 N	29 - 32	reserve
7	3 N	33 - 35	numero d'envoi
8 a	12 N	36 - 47	numero compte financier b
8 b	1 N	48 - 48	reserve
9	1 N	49 - 49	reserve
10	1 N	50 - 50	reserve
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	reserve
14	12 N	56 - 67	numero tiers payant
15	1 A + 11 N	68 - 79	signe + montant total numero compte financier b
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	reserve
18	3 N	85 - 87	reserve
19	1 A + 11 N	88 - 99	signe + montant total numero compte financier a
20	7 N	100 - 106	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	5 N	108 - 112	annee facturee
23	2 N	113 - 114	mois facture
24	5 N	115 - 119	reserve
25	7 N	120 - 126	reserve
26	1 N	127 - 127	reserve
27	10 N	128 - 137	numéro BCE
28	25 A	138 - 162	reference de l'etablissement
29	2 N	163 - 164	reserve
30	2 N	165 - 166	reserve
31	8 A	167 - 174	bic - compte financier a (partie 1)
32	1 A	175 - 175	bic - compte financier a (partie 2)
33	1 A	176 - 176	bic - compte financier a (partie 3)
34	1 A	177 - 177	bic - compte financier a (partie 4)
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 A	179 - 179	iban - compte financier a (partie 1)
37	3 A	180 - 182	iban - compte financier a (partie 2)
38	12 A	183 - 194	iban - compte financier a (partie 3)
39	10 A	195 - 204	iban - compte financier a (partie 4)
40	2 A	205 - 206	iban - compte financier a (partie 5)
41	6 A	207 - 212	iban - compte financier a (partie 6)
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 A	219 - 229	bic - compte financier b
43 b	1 N	230 - 230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 A	235 - 260	Iban - compte financier c
46	1 A	261 - 261	Iban - compte financier c
47 a	7 A	262 - 268	Iban - compte financier c
47 b	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 A	271 - 282	iban - compte financier b (partie 1)
50 a	3 A	283 - 285	iban - compte financier b (partie 2)
50 b	1 A	286 - 286	iban - compte financier b (partie 2 bis)
51	6 A	287 - 292	iban - compte financier b (partie 3)
52	12 A	293 - 304	iban - compte financier b (partie 4)
53	8A	305 - 312	Bic - compte financier c
54 a	3A	313 - 315	Bic - compte financier c
54 b	1N	316 - 316	reserve
54 c	4N	317 - 320	reserve
55	1 A + 7 N	321 - 328	Signe + montant total numéro compte financier c
56	4N	329 - 332	Signe + montant total numéro compte financier c
57	4N	333 - 336	reserve

58	4N	337 - 340	reserve
59	6N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	chiffres de controle de l'envoi
99	2 N	349 - 350	chiffres de controle de l'enregistrement

Annexe 7

LIBELLE DES ZONES

1. **Date.**

La date est codifiée numériquement en 8 positions dans l'ordre suivant :

AAAA MM JJ

AAAA:		le numéro de l'année
MM	:	le numéro du mois dans l'année
JJ	:	le numéro du jour dans le mois

2. **Description des zones.**

a. En général.

Lorsque la valeur à introduire dans une zone numérique est plus petite que la zone réceptrice, la valeur est alignée à droite de la zone réceptrice et les positions non utilisées sont remplies de zéros.
Lorsqu'une zone alphanumérique n'est pas complète, le contenu est aligné à gauche et les positions non utilisées sont remplies de blanc.
Les zones numériques non définies doivent être remplies par des zéros et les zones alphanumériques non définies doivent être remplies par des blancs.

De ce principe général, il y a dérogation dans les situations mentionnées sous les points b., c., d. et e. ci-dessous.

Toutes les zones sont considérées comme numériques à l'exception de la zone 8a-8b des enregistrements de type 20 jusque et y compris 80, zone 28 des enregistrements 10, 20, 30, 50, 80 et 90, zone 42 jusque et y compris zone 45 des enregistrements de type 20 , zones 38-39 et zones 49-51 de l'enregistrement de type 20, les zones 32, 41-42 , 44-45 et 53-54a de l'enregistrement de type 50, les zones 31-32-33-34, 36-37-38-39-40-41, 43a et 49-50-51-52 des enregistrements de type (☞3) 10 et 90.

Dans les zones alphanumériques tous les caractères sont en principe autorisés; cependant l'emploi de "(", "%" et autres caractères rares sont à éviter dans la mesure du possible.

b. Zones montant.

Nous attirons votre attention sur le fait que les zones « supplément » et « intervention personnelle » doivent être remplies correctement. Voir aussi l'annexe 9

ET 30 Z 19, Z 27, Z 30-31
ET 50 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 47
ET 80 Z 15, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 38
ET 90 Z 15, Z 19

Dans toutes les zones montant, la première position à gauche est alphanumérique et réservée pour le signe algébrique + ou -.
Les deux premières positions à droite sont considérées comme décimales.
Le montant ne peux dès lors plus contenir de signe dans la dernière position.

c. Zones avec nombre ou quantité.

ET 30 Z 22
ET 50 Z 22

Dans toutes ces zones, la première position à gauche est alphanumérique et réservée pour le signe algébrique + ou -.

Le nombre ou la quantité ne peut dès lors plus contenir de signe dans la dernière position.

Dans un même enregistrement, les signes doivent être identiques dans toutes les zones (partout + ou partout -); excepté lorsqu'il s'agit d'un enregistrement de type 30 avec interventions
personnelles ou s'il s'agit d'un enregistrement avec une intervention pour le matériel d'incontinence en MRPA-MRS (pseudo-code 468115) ou un enregistrement avec un montant « accessibilité MSP » (pseudo-code 471099, 471114, 471136, 471158, 471173, 471195, 471217 ou 471239).
Si un montant ou un nombre est égal à zéro, le signe algébrique peut être différent de celui des autres zones de l'enregistrement comportant un signe.

d. Zones avec une position de réserve.

Les zones utilisées pour la mention d'une prestation ou d'un produit (Z 4, Z 17-18 et Z 40-41), d'un code service (Z 13), d'un numéro d'identification d'une institution ou d'un prestataire de soins (Z 14, Z 15, Z 24-25 et Z 38) ont été étendues d'une position de réserve; de manière à prévoir une éventuelle recodification.

La position de réserve doit être complétée par un zéro, qui se trouve dans la première position à gauche pour les zones 4, 14, 15, 17-18, 24-25, 38 et 40-41 et dans la première position à droite pour la zone 13.

Aucune recodification n'est encore prévue à ce jour.

e. Zone avec données de référence réseau

Dans cette zone, alphanumériquement définie, les positions non utilisées (3 au total) sont alignées à droite et remplies de zéros, ceci constitue une exception aux principes généraux (voir point a).

Si cette zone n'est pas remplie, elle doit alors être complètement remplie de zéro.

f. Zone avec le numéro de course (ET 50 Z 53-54a).

Si cette zone, alphanumériquement définie, n'est pas remplie, elle doit alors être complètement remplie de zéro, ceci constitue une exception aux principes généraux (voir point a).

Annexe 13.1

FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES.

Enregistrement de type 10

Z 1 : **Enregistrement de type 10**
Z 2 : **Numéro d'ordre d'enregistrement**
Z 3 : **Nombre numéros comptes financiers (code indice)**
En cas de facturation par les MSP, un seul numéro de compte est autorisé.
Z 4 : **Version fichier**
Valeur constante 0001999.
Z 5-6a : **Numéro de compte financier A**
Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7 : **Numéro d'envoi**
Z 8a : **Numéro de compte financier B**
Est réservé au pool des médecins.
Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101
Z 9 : **Code "suppression facture papier"**
Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 1
Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0
Z 10 : **Code fichier de décompte**
Si ET 10 Z 22-23 < 0201001 : valeur 0 ou 1
Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 : valeur 0
Z 13 : **Contenu de la facturation**
Z 14 : **Numéro tiers payant**
Numéro d'identification MSP.
Z 15 : **Numéro d'accréditation**
CIN
Toujours 0.
Z 22 : **Année facturée**
Z 23 : **Mois facturé**
Valeur 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12 en fonction de la période factu
Z 25-26 : **Date de création**
Z 27 : **Numéro BCE**
Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015
Z 28 : **Référence de l'établissement**
Z 31-34 : **BIC compte financier A**
Z 36-41 : **IBAN compte financier A**
Z 43a : **BIC compte financier B**
Z 45-46-47a : IBAN compte financier C
Z 48 : Indication région
Z 49-52 : **IBAN compte financier B**
Z 53-54a : BIC compte financier C
Z 99 : **Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Annexe 13.2

Enregistrement de type 20

Z 1 : **Enregistrement de type 20**
Z 2 : **Numéro d'ordre de l'enregistrement**
Z 3 : **Autorisation tiers payant**
(□8) Toujours 0 (à partir de la date de prestation 01/05/2022)
Z 4 : **Heure d'admission**
Mention de l'heure.
Z 5 : **Date d'admission**
Mention de la date.
Z 6a-6b : **Date de sortie**
A mentionner si la période de séjour est terminée.
Z 7 : **Numéro de la mutualité d'affiliation**
Z 8a-8b : **Identification du bénéficiaire**
Z 9 : **Sexe bénéficiaire**
Z 10 : **Type de facture**
Type de facture 4
Z 11 : **Type de facturation**
Z 13 : **Service 721 bis** : 0
Z 14 : **Numéro de l'établissement qui facture**
Numéro MSP correspondant à celui mentionné dans l'E.T. 10 Z 14.
Z 15 : **Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)**
Numéro M.S.P..
Z 16 : **Code levée délai de prescription** : 0 ou 1
Z 17 : **Causes du traitement** : Toujours 0
Z 18 : **Numéro de la mutualité de destination**
Z 19 : **Numéro d'admission** : Toujours 0
Z 20-21: **Date de l'accord traitement de rééducation** : Toujours 0
Z 22 : **Heure de sortie**
A mentionner si date de sortie est complétée.
Z 24-25 : **Numéro de la facture individuelle**
Mention du numéro
Z 26 : **Application de la franchise sociale** : 0
Z 27 : **Code titulaire 1 + 2**
Z 28 : **Référence de l'établissement**
Z 29-30-31 : **Numéro de la facture précédente** : 0
Z 32 : **FLAG identification du bénéficiaire**
Z 34-35-36 : **Numéro de l'envoi précédent**
Z 37 : **Numéro de la mutualité de la facturation précédente**
Z 38-39 : **Référence mutualité numéro de compte financier A**
Z 41 : **Année et mois précédemment facturés**
Z 42-43-44-45 : **Données de référence réseau**
Z 47 : **Date de facturation** (facultatif)
Z 49-51 : **Référence mutualité numéro de compte financier B**
Z 53 : **Date début assurabilité**
Z 54a-54b: **Date fin assurabilité**
Z 55 : **Date communication information**
Z 56 : **MAF année en cours**
Z 57 : **MAF année en cours -1**
Z 58 : **MAF année en cours -2**
Z 99 : **Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Annexe 13.3

Enregistrement de type 30

Z 1 : **Enregistrement de type 30**
Z 2 : **Numéro d'ordre de l'enregistrement**
Z 3 : **Norme journée d'entretien**
Toujours 0
Z 4 : **Pseudo-code journée d'entretien et forfait**
Point 2E, 3bis et 13
Z 5 : **Date premier jour facturé**
A mentionner
Z 6a-6b : **Date dernier jour facturé**
A mentionner
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 13 : **Code service**: 990
Z 14 : **Lieu de prestation**
Numéro MSP en concordance avec ET 10 Z 14.
Z 15 : **Identification convention / Etablissement de séjour**
Numéro MSP
Z 17-18 : **Prestation relative**
Toujours 0
Z 19 : **Signe + montant intervention de l'assurance**
Z 22 : **Signe + nombre de jour forfaits**
Z 24-25 : **Signe + montant indicatif, ordre de grandeur frais de séjour**
Toujours 0.
Z 27 : **Signe + intervention personnelle patient**
Z 28 : **Référence établissement**
Z 30-31 : **Signe + montant supplément**
Z 32 : **Exception tiers-payant**
Z 33 : **Code facturation intervention personnelle ou supplément**
Z 47 : **Date accord prestation**
Z 48 : **Transplantation**
Toujours 0
Z 51 : **Site hospitalier**
Z 52 : **Identification association bassin de soins**
Z 99 : **Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Annexe 13.5

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 biolo clinique, un service agréé conformément aux normes, banque de tissus ou centre 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**
Z 32 : **Exception régime tiers-payant**
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**

Annexe 13.6

Enregistrement de type 80

Z 1 : **Enregistrement de type 80**
Z 2 : **Numéro d'ordre de l'enregistrement**
Z 4 : **Heure d'admission**
Mention de l'heure.
Z 5 : **Date d'admission**
Mention de la date.
Z 6a-6b : **Date de sortie**
A mentionner si la période de séjour est terminée.
Z 7 : **Numéro de la mutualité d'affiliation**
Z 8a-8b : **Identification du bénéficiaire**
Z 9 : **Sexe bénéficiaire**
Z 10 : **Type de facture**
Type de facture 4.
Z 13 : **Service 721 bis** : 0
Z 14 : **Numéro de l'établissement qui facture**
Numéro MSP correspondant à celui mentionné dans l'ET 20 Z 14.
Z 15 : **Signe + montant numéro de compte financier B**
Z 17 : **Causes du traitement**
Toujours 0.
Z 18 : **Numéro de la mutualité de destination**
Z 19 : **Signe + montant numéro de compte financier A**
Z 20-21 : **Date de la facture**
Z 22 : **Heure de sortie**
A mentionner si date de sortie est complétée.
Z 24-25 : **Numéro de la facture individuelle** : Mention du numéro.
Z 27 : **Signe + intervention personnelle patient**
Z 28 : **Référence de l'établissement**
Z 30-31 : **Signe + montant supplément**
Z 32 : **FLAG identification du bénéficiaire**
Z 38 : **Signe + acompte numéro de compte financier A**
Z 55-56 : Signe + montant numéro de compte financier C
Z 98 : **Chiffres de contrôle de la facture**
Z 99 : **Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Annexe 13.7

Enregistrement de type 90

Z 1	:	**Enregistrement de type 90**
Z 2	:	**Numéro d'ordre de l'enregistrement**
Z 5-6a	:	**Numéro de compte financier A** Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	**Numéro de l'envoi**
Z 8a	:	**Numéro de compte financier B** Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 14	:	**Numéro tiers payant** Numéro d'identification MSP.
Z 15	:	**Signe + montant total numéro de compte financier B**
Z 19	:	**Signe + montant total numéro de compte financier A**
Z 22	:	**Année facturée**
Z 23	:	**Mois facturé**
Z 27	:	**Numéro BCE** Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015
Z 28	:	**Référence de l'établissement**
Z 31-34	:	**BIC compte financier A**
Z 36-41	:	**IBAN compte financier A**
Z 43a	:	**BIC compte financier B**
Z 45-46-47a	:	IBAN compte financier C
Z 49-52	:	**IBAN compte financier B**
Z 53-54a	:	BIC compte financier C
Z 55-56	:	Signe + montant total numéro de compte financier C
Z 98	:	**Chiffres de contrôle de l'envoi**
Z 99	:	**Chiffres de contrôle de l'enregistrement**

Annexe 18.1

FACTURATION ELECTRONIQUE PAR LES MRPA/MRS/CSJ

Remarque : A chaque fois qu'il est question « du numéro d'identification MRPA/MRS » il s'agit du numéro INAMI unique, incluant le code qualification (les 3 dernières positions)

Enregistrement de type 10		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 10	*Valeur constante 10*
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	
Z 3	Nombre de numéros de compte financier (code index)	*Valeur constante 0 (en cas de facturation par les MRPA/MRS/CSJ, un seul numéro de compte autorisé)*
Z 4	Version du fichier	*Valeur constante : 0001999 Pour les tests : 9991999*
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	*Numéro de compte toujours mentionné dans cette zone* *Zone égale à zéro à partir du mois facturé janvier 2011 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0201101).*
Z 7	Numéro d'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	*Toujours 0*
Z 9	Code "suppression facture papier"	*Si ET 10 Z 22-23<0201001 : valeur 1* *Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 :valeur 0*
Z 10	Code fichier de décompte	*Si ET 10 Z 22-23<0201001 : valeur 0 ou 1* *Si ET 10 Z 22-23 ≥ 0201001 :valeur 0*
Z 13	Contenu facturation	*Toujours 0*
Z 14	Numéro tiers payant	*Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ*
Z 15	Numéro d'accréditation CIN	*Numéro d'accréditation attribué au logiciel*
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	*Valeur 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12 en fonction de la période facturée*
Z 25-26	Date de création	
Z 27	Numéro BCE	*Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015*
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – Compte financier A	*Toujours remplies par des blancs*
Z 36-41	IBAN – Compte financier A	*Toujours remplies par des blancs*
Z 43a	BIC – Compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 45-46-47a	IBAN - Compte financier C	
Z 48	Indication région	
Z 49-52	IBAN – Compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 53-54	BIC - Compte financier C	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Annexe 18.2

Enregistrement de type 20		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 20	*Valeur constante 20*
Z 2	Numéro d'ordre d'enregistrement	
Z 3	Autorisation tiers payant	*Toujours 0*
Z 4	Heure d'admission	*Mention de l'heure*
Z 5	Date d'admission	*Mention de la date*
Z 6a-6b	Date de sortie	*A mentionner si la période de séjour est terminée*
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification du bénéficiaire	*Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale*
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Type de facture	*Toujours 4*
Z 11	Type de facturation	
Z 13	Service 721 bis	*Toujours 0*
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	*Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET10Z14)*
Z 15	Numéro de matricule de l'établissement (hospitalier) (ou de rééducation) dans lequel le bénéficiaire est hospitalisé (séjourne)	*Numéro MRPA/MRS*
Z 16	Code levée délai de prescription	*0 ou 1*
Z 17	Causes du traitement	*Toujours 0*
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	
Z 19	Numéro d'admission	*Toujours 0*
Z 20-21	Date de l'accord traitement de rééducation	*Toujours 0*
Z 22	Heure de sortie	*A mentionner si la date de sortie a été complétée*
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	*Numéro de la note de frais individuelle*
Z 26	Application franchise sociale	*Toujours 0*
Z 27	Code titulaire 1 + 2	
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 29-31	Numéro de la facture précédente	
Z 32	Flag identification bénéficiaire	*Toujours 1, sauf en cas de convention internationale*
Z 34-36	Numéro de l'envoi précédent	
Z 37	Numéro de la mutualité de la facturation précédente	
Z 38-39	Référence mutualité numéro de compte financier A	*Toujours remplies par des blancs*
Z 41	Année et mois précédemment facturés	
Z 42-45	Données de référence réseau ou SIS	*Toujours 0*
Z 47	Date de facturation	*Facultatif*
Z 49	Référence mutualité numéro de compte financier B	*Toujours remplies par des blancs*
Z 53	Date début période assurabilité	*Toujours 0*
Z 54a-54b	Date fin période assurabilité	*Toujours 0*
Z 55	Date communication information	*Toujours 0*
Z 56	MAF année en cours	*Toujours 0*
Z 57	MAF année en cours -1	*Toujours 0*
Z 58	MAF année en cours -2	*Toujours 0*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Annexe 18.3

Enregistrement de type 30		
Zone	**libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 30	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 3	Norme journée d'entretien	*Toujours 0*
Z 4	Pseudo-code journée d'entretien et forfait	*Voir ET30 Z4 S5 (point 10)*
Z 5	Date premier jour facturé	*A mentionner*
Z 6a-6b	Date dernier jour facturé	*A mentionner*
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	*Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale*
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Accouchement	*Toujours 0*
Z 11	Référence numéro de compte financier	*Toujours 0*
Z 13	Code service	*990*
Z 14	Lieu de prestation	*Numéro MRPA / MRS / CSJ (=ET 10 Z 14)*
Z 15	Identification convention/Etablissement de séjour	*Numéro MRPA / MRS / CSJ*
Z 17-18	Prestation relative	*Toujours 0*
Z 19	Signe + montant intervention de l'assurance	
Z 22	Signe + nombre de jour ou forfaits	
Z 24-25	Signe + Montant indicatif ordre de grandeur frais de séjour	*Toujours 0*
Z 27	Signe + Intervention personnelle patient	*Toujours 0*
Z 28	Référence établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	*Toujours 0(sauf en cas de pseudo-code 468115)*
Z 32	Exception tiers-payant	*Toujours 0*
Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	*Toujours 0*
Z 47	Date accord prestation	*Toujours 0*
Z 48	Transplantation	*Toujours 0*
Z 51	Site hospitalier	*Toujours 0*
Z 52	Identification association bassin de soins	*Toujours 0*
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Annexe 18.4

Enregistrement de type 50		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 50	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 3	Norme prestation (pourcentage)	*Toujours 0*
Z 4	(Pseudo-)code nomenclature	*Pseudo-code ambulant de l'ET 50 Z 4 S 15, rubrique « suppléments MRPA-MRS-CSJ »*
Z 5	Date de première prestation effectuée	*Date de début de la période à laquelle les frais se rapportent (*)*
Z 6a-6b	Date de dernière prestation	*Date de fin de la période à laquelle les frais se rapportent (*)*
Z 7	Numéro mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	*Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale*
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Accouchement	*Toujours 0*
Z 11	Référence numéro de compte financier	*Toujours 0*
Z 12	Nuit, week-end, jour férié	*Toujours 0*
Z 13	Code service	*Toujours 990*
Z 14	Lieu de prestation	*Numéro MRPA/ MRS/ CSJ*
Z 15	Identification du dispensateur	*Toujours 0*
Z 16	Norme dispensateur	*Toujours 0*
Z 17-18	Prestation relative	*Toujours 0*
Z 19	Signe + montant de l'intervention de l'assurance	*Toujours 0*
Z 20-21	Date prescription	*Toujours 0*
Z 22	Signe + nombre d'unités	467017, 467039, 467054: nombre de jours ; 467098, 467113, 467135, 467194, 467216, 467334, 467415, 467437, 467459, 467474: toujours 1
Z 23	Dérogation nombre max. ou prestation identique	*Toujours 0*
Z 24-25	Identification prescripteur	*Toujours 0*
Z 26	Norme prescripteur	*Toujours 0*
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	*Toujours 0*
Z 28	Référence établissement	
Z 29	Dent traitée	*Toujours 0*
Z 30-31	Signe + montant supplément	*Obligation de compléter (dans le cas du 467238 , ~~961111, 961133 ou 961155~~, le montant est négatif)*
Z 32	Exception tiers-payant	*Toujours 0*
Z 33	Code facturation intervention personnelle ou supplément	*Toujours 0*
Z 34	Membre traité	*Toujours 0*
Z 35	Prestataire conventionné	*Toujours 0*
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 0*
Z 43	Code implant	*Toujours 0*
Z 44-45	Libellé du produit	*Libellé obligatoire pour les pseudo-codes 467157 et 467179*
Z 46	Norme plafond	*Toujours 0*
Z 47	Valeur de base prestation	*Toujours 0*
Z 48	Transplantation	*Toujours 0*
Z 49	Identification de l'aide soignant (réservée)	*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 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	*Obligation de compléter*

(*) période doit correspondre à la période à laquelle les forfaits (qui sont facturés aux OA) se rapportent

Annexe 18.5

Enregistrement de type 80		
Zone	**Libéllé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 80	*Valeur constante 80*
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 4	Heure d'admission	*Mention de l'heure*
Z 5	Date d'admission	*Mention de la date*
Z 6a-6b	Date de sortie	*A mentionner si la période de séjour est terminée*
Z 7	Numéro de la mutualité d'affiliation	
Z 8a-8b	Identification bénéficiaire	*Numéro NISS, sauf en cas de convention internationale*
Z 9	Sexe bénéficiaire	
Z 10	Type de facture	*Toujours 4*
Z 13	Service 721 bis	*Toujours 0*
Z 14	Numéro de l'établissement qui facture	*Numéro MRPA/MRS/CSJ (=ET 20 Z 14)*
Z 15	Signe + montant numéro de compte financier B	*Toujours 0*
Z 17	Causes du traitement	*Toujours 0*
Z 18	Numéro de la mutualité de destination	
Z 19	Signe + montant numéro de compte financier A	*Montant Total pour le patient concerné*
Z 22	Heure de sortie	*A mentionner si la date de sortie est complétée*
Z 24-25	Numéro de la facture individuelle	*Numéro de la note de frais individuelle*
Z 27	Signe + intervention personnelle patient	*Toujours 0*
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 30-31	Signe + montant supplément	
Z 32	Flag identification bénéficiaire	*Toujours 1, sauf en cas de conventions internationales*
Z 38	Signe + acompte numéro de compte financier A	*Toujours 0*
Z 55-56	Signe + montant total numéro de compte financier C	
Z 98	Chiffres de contrôle de la facture	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

Annexe 18.6

Enregistrement de type 90		
Zone	**Libellé**	**Commentaire concernant le contenu**
Z 1	Enregistrement de type 90	
Z 2	Numéro d'ordre de l'enregistrement	
Z 5-6a	Numéro de compte financier A	*Toujours 0*
Z 7	Numéro de l'envoi	
Z 8a	Numéro de compte financier B	*Toujours 0*
Z 14	Numéro tiers payant	*Numéro d'identification MRPA/MRS/CSJ*
Z 15	Signe + montant total numéro de compte financier B	*Toujours 0*
Z 19	Signe + montant total numéro de compte financier A	*Toujours 0*
Z 22	Année facturée	
Z 23	Mois facturé	
Z 27	Numéro BCE	*Obligatoire à partir du mois facturé juillet 2015*
Z 28	Référence de l'établissement	
Z 31-34	BIC – compte financier A	*Toujours 0*
Z 36-41	IBAN – compte financier A	*Toujours 0*
Z 43a	BIC – compte financier B	*Toujours 0*
Z 45-46-47a	IBAN - compte financier C	
Z 49-52	IBAN – compte financier B	*Toujours 0*
Z 53-54a	BIC - compte financier C	
Z 55-56	Signe + montant total numéro de compte financier C	
Z 98	Chiffres de contrôle de l'envoi	
Z 99	Chiffres de contrôle de l'enregistrement	

RUBRIQUE : NOMBRE NUMEROS COMPTES FINANCIERS (CODE INDICE)

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

La valeur dans cette zone est déterminée par le nombre de valeurs dans les enregistrements de type 30, 40 et 50 de la zone 11 (Référence numéro de compte bancaire), qu'il y ait un montant ou non.

Valeur	Signification
0	Une seule valeur est mentionnée dans les zones ET 30, 40, 50 Z 11.
1	Les valeurs 0 et 1 sont mentionnées dans les zones ET 30, 40, 50 Z 11 (compte A et compte B).
2	Les valeurs 0 et 3 sont mentionnées dans les zones ET 30, 40, 50 Z 11 (compte A et compte C)
3	Les valeurs 0, 1 et 3 sont mentionnées dans les zones ET 30, 40, 50 Z 11 (compte A, compte B et compte C).

Seule la valeur '0' est d'application pour la Cocom.

RUBRIQUE : NUMERO DE L'ENVOI

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

Ce numéro est attribué par l'établissement/le dispensateur qui facture.

Le numéro doit être unique par numéro tiers payant et différent de zéro. Il doit être différent que le numéro d'envoi fédéral.

La numérotation peut être recommencée au début d'une nouvelle année facturée.

En cas de facturation via support magnétique (accompagnée de facturation papier), ce numéro doit être repris sur :

- le bordereau d'expédition accompagnant le support magnétique adressé aux unions nationales;

- le relevé récapitulatif accompagnant les factures adressées aux mutualités.

En cas de facturation via Iriscarenet, ce numéro doit être repris dans la zone 301 du segment 300 (bordereau).

RUBRIQUE : NUMERO TIERS PAYANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 56

C'est le numéro de l'établissement ou du dispensateur de soins qui effectue la facturation.

* s'il s'agit d'un dispensateur individuel, alors le numéro du tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. du dispensateur; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;

* s'il s'agit d'une institution qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I. (comme les établissements hospitaliers, maisons de repos et de soins, maisons de repos pour personnes âgées, maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées, , etc), alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I., la première position à gauche sera toujours égale à zéro, suivie par 8 chiffres significatifs identifiant l'établissement, les trois dernières positions indiquent le code qualification ou sont complétées par des zéros;

* s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins travaillant dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors le numéro tiers payant est identique au numéro d'identification I.N.A.M.I. de l'institution, dans lequel les 3 dernières positions sont complétées par "799"; la première position à gauche sera toujours égale à zéro;

* s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins qui ne travaillent pas dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., alors il s'agit du numéro tiers payant attribué par le Service des soins de santé.

  Les quatre premières positions sont toujours "0940, 0941, 0942, 0943, 0944, 0945 ou 0946" Les trois dernières positions rendent compte de la qualification des prestataires du groupe.

* s'il s'agit d'un groupement de dispensateurs de soins qui ne travaillent pas dans un établissement qui dispose d'un numéro d'identification I.N.A.M.I., et que la facturation s'effectue via Iriscarenet alors le numéro d'identification I.N.A.M.I. du dispensateur individuel est rempli dans cette zone et un mandat doit exister entre le dispensateur de soins individuel (le mandant) et son mandataire (une personne ou une organisation, ex : le responsable du groupement) qui enverra la facturation au nom de celui-ci. Les principes et modalités pratiques relatives à l'utilisation des mandats sont disponibles sur le site de la plateforme e-Health : https://www.ehealth.fgov.be/fr/%252Fesante/mandats

RUBRIQUE : MOIS FACTURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N MM - 113

Dans cette zone, on mentionne le mois durant lequel la plupart des prestations, qui figurent dans cette facture, sont effectuées. Ce mois peut être différent du mois durant lequel la facture a été établie.

Cela ne pose aucun problème pour autant que la période à laquelle se rapporte la facture, corresponde à un mois calendrier : le contenu de la zone 23 = mois calendrier auquel se rapporte la facture.

Si la période à laquelle se rapporte la facture ne correspond pas à un mois calendrier, la date de fin de la période de facturation est déterminante pour la zone 23 :

* la période de facturation se termine durant la première moitié du mois calendrier : le contenu de la zone 23 = mois qui précède le mois calendrier concerné;
* la période de facturation se termine durant la seconde moitié du mois calendrier : le contenu de la zone 23 = mois calendrier concerné.

Le mois facturé, combiné à l'année facturée, ne peut pas être postérieur à la date mentionnée dans l'ET 10 zone 25-26 (date de création).

Pour les facturations trimestrielles des I.H.P., il faut mentionner systématiquement 03, 06, 09 ou 12 selon la période facturée.

Pour les facturations mensuelles des M.R.S., M.R.P.A, CSJ et M.S.P, il faut mentionner systématiquement 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12 selon la période facturée.

Cette valeur reste inchangée lorsqu'un nouveau fichier est établi à partir d'un fichier rejeté. Voir également la différence avec la date de création.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 235

Il s'agit de l'IBAN du compte financier auquel le paiement des prestations à charges des communautés/régions doit être effectué (6e Réforme de l'état).

Les montants qui doivent être transférés sur ce compte auront la référence 3 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Si cette zone est remplie, alors dans l'ET 10 Z 48, il doit être indiqué à charge de quelle région (communauté/région) sont les montants transférés sur ce compte.

RUBRIQUE : INDICATION REGION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 270

Cette zone indique l'entité fédérée des prestations qui ont une référence au compte C dans les ET30Z11 et ET50Z11.

Valeur	Signification
0	Fédéral
1	Région Wallonne
2	Communauté Flamande
3	Communauté Germanophone
4	Bruxelles Cocom
5	Bruxelles Cocof
6	Bruxelles Cocon
7	Communauté Française

Seule la valeur '4' est d'application à la Cocom.

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 305

Il s'agit du BIC du compte financier auquel le paiement des prestations à charges des communautés/régions doit être effectué (6e réforme de l'état).

Les montants qui doivent être transférés sur ce compte auront la référence 3 dans la zone 11 de l'enregistrement où ils figurent.

Si cette zone est remplie, alors dans l'ET 10 Z 48, il doit être indiqué à charge de quelle entité fédérée (communauté/région) sont les montants transférés sur ce compte.

RUBRIQUE : AUTORISATION TIERS PAYANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 9

- S'il s'agit d'une exception à l'interdiction du régime tiers payant reçue par Iriscarenet (zone 316 du message 801900), cette zone doit alors être complétée; il en est de même lorsqu'il s'agit d'une facturation en tiers payant obligatoire.

- Si le contenu de cette zone est égal à 1,
* la valeur 0 peut être indiquée dans la zone 32 de l'enregistrement de type 50 sauf dans le cas de e-fac médecins généralistes et dentistes;
* aucun document justificatif à l'exception ne doit être joint à la facture papier.

Valeur	Signification
0	Pas d'exception reçue parIriscarenet (zone 316 du message 801900).
1	Exception reçue par Iriscarenet (zone 316 du message 801900

(☞7) L'interdiction du tiers payant a totalement été levée pour les prestations effectuées à partir du 01/01/2022.
A titre transitoire, une valeur ≠ 0 peut temporairement encore être saisie dans cette zone. A partir de la date de prestation 01/05/2022, cette zone doit toujours être égale à « 0 ».

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE D'AFFILIATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 33

Voir le répertoire des Unions nationales et des mutualités de Belgique, Bruxelles, INAMI ou l'aperçu sur le site web de l'INAMI (http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/autres/mutualites/Pages/contactez-mutualites.aspx)

OA100	Mut. d'affiliation 134 pour les affiliés à une mutualité francophone 120 pour les affiliés à une mutualité néerlandophone
OA200	Toujours égale à « 000 »
OA300	Toujours égale à « 000 »
OA400	Toujours égale à «000»
OA500	Toujours égale à « 000 »
OA600	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA900	Numéro de Centre Médical Régional (*) Mutualité dont le bénéficiaire est membre

Les forfaits mensuels, trimestriels ou annuels de rééducation fonctionnelle doivent être imputés à la mutualité à laquelle le patient était affilié à la date de début de la période à laquelle le forfait se rapporte.

(*) Le CMR régional (réponse message MyCareNet, vignette, carte d'affiliation : 921, 922, 931, 941, 942, 951) doit être mentionné dans cette zone. Cependant, la facture ne sera pas rejetée lorsqu'on mentionne le CRM comptables (910, 920, 930, 940, 950) à la place puisque les factures sont traitées dans une comptabilité centrale. Les factures papier des CMR régionaux ainsi que celles des CMR comptables sont uniquement traitées au niveau des CMR comptables et doivent, donc, être envoyées à ces adresses

RUBRIQUE : NUMERO MATRICULE DE L'ETABLISSEMENT (HOSPITALIER) (OU DE REEDUCATION) DANS LEQUEL LE BENEFICIAIRE EST HOSPITALISE (SEJOURNE)

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68

Dans cette zone, le numéro d'identification de l'hôpital d'admission doit être mentionné s'il s'agit d'une facture relative à un patient hospitalisé.

S'il s'agit de factures se rapportant à une convention de rééducation (soit interne, soit externe), le numéro de la convention doit être repris.

S'il s'agit de factures des MRS, MRPA, MSP ou IHP, alors le numéro de l'institution concernée doit être mentionné.

Voir enregistrement de type 10 zone 14.

Lorsqu'il s'agit d'un patient hospitalisé qui suit un programme de rééducation simultanément, la facture doit obligatoirement être subdivisée en une facture hospitalisation individuelle et une facture rééducation individuelle.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 1, le numéro de l'hôpital doit alors être mentionné dans cette zone.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 5 ou 6, le numéro du centre de revalidation doit alors être mentionné dans cette zone.

Si la zone 10 de l'enregistrement de type 20 = 4, le numéro de l'institution concernée doit alors être mentionné dans cette zone.

Dans tous les autres cas, , le contenu de cette zone doit être égal à zéro.

RUBRIQUE : NUMERO DE LA MUTUALITE DE DESTINATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 3 N - 85

OA100	Mut. de destination - 134 si le PUC actuel se trouve en Wallonie ou à Bruxelles (Francophone) - 120 si le PUC actuel se trouve en Flandre ou à Bruxelles (Néerlandophone) Remarque : d'un point de vue organisationnel (points uniques de contact), rendez-vous sur nos pages web Données de contact de la Mutualité chrétienne pour les prestataires de soins | Mutualité chrétienne (mc.be) et Contactgegevens voor zorgverleners | CM Factures individuelles pour les prestations non-réalisées Covid-19 utilisant le n° bénéficiaire fictif 991231 999M39 è 120
OA200	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA300	Toujours égale à « 300 »
OA400	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA500	Mutualité dont le bénéficiaire est membre
OA600	= mutualité d'affiliation (Z7)
OA900	= mutualité d'affiliation (Z7)

ENREGISTREMENT DE TYPE 20 ZONE 24-25

RUBRIQUE : NUMERO DE LA FACTURE INDIVIDUELLE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 115

Sur support magnétique, un enregistrement de type 20 et un enregistrement de type 80 doivent être établis par patient; les enregistrements de prestations intermédiaires (de type 30et/ou 50) ne se rapportent qu'au même patient.

Dans le circuit papier, une facture individuelle correspond soit à

- une facture individuelle de la note d'hospitalisation;
- une ou plusieurs attestation(s) de soins qui se rapportent au même patient.
- une note de frais individuelle Dans cette zone, les factures individuelles sont

numérotées.

Ce numéro doit également être mentionné soit sur

- la facture récapitulative de la note d'hospitalisation;
- l'état récapitulatif de l'annexe 2 B si des attestations de soins sont utilisées.
- la note de frais récapitulative (en cas de facturation par une MSP/IHP/MRPA/ MRS/CSJ)

Ce qui signifie que sur la facture papier récapitulative (note d'hospitalisation) ou sur l'état récapitulatif (annexe 2 B) ou sur la note de frais récapitulative, 1 ligne par patient doit être imprimée avec indication des données d'identification du patient et la somme des montants des prestations individuelles à charge des organismes assureurs bruxellois (voir enregistrement de type 80) et s'il s'agit d'une note d'hospitalisation, également les montants à charge du patient.

Pour compléter correctement cette zone, le lay-out de la facture récapitulative de la note d'hospitalisation ou de l'état récapitulatif de l'annexe 2 B ou de la note de frais récapitulative doit être suivi.

Le numéro doit être unique et différent de zéro.

Pour les établissements hospitaliers, le numéro est unique par année de facturation et différent de zéro (à l'exception de la remarque). La numérotation peut , donc, recommencer au début d'une nouvelle année facturée.

Le numéro d'une attestation de soins peut être utilisé comme numéro de facture (en supprimant les signes non numériques), mais ce dernier peut également être un numéro structuré par l'établissement. Dans ce dernier cas, ce numéro doit également être repris sur l'ensemble des attestations concernées. En cas de facturation par des (groupements ou postes de garde de) médecins ou dentistes (« e-fac »), un numéro structuré propre doit être utilisé (pas le numéro de l'attestation de soins donnés).

Remarque : En cas de facturation de médicaments délivrés par une officine hospitalière aux patients qui séjournent dans les M.R.S., M.R.P.A., M.S.P. ou I.H.P., le numéro de la facture doit être communiqué pour autant qu'une facture individuelle par patient ait été établie; sinon, cette zone est égale à zéro.

RUBRIQUE : DONNEES DE REFERENCE RESEAU

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 48 A=32A + 10N + 2N + 1N + 3N - 213

Cette zone est réservée pour la mention des données de la consultation du réseau (Iriscarenet.

Si l'attestation de remplacement n'a été présentée et le réseau n'a pas été consulté, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Le contenu de cette zone est structuré comme suit :

RRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRNNNNNNNNNNVVA000

soit R = 32 positions alphanumériques pour le numéro d'agrément de garantie de paiement (en cas de consultation du réseau)
N = 10 positions numériques pour le numéro de carte
V = 2 positions numériques pour le numéro de version
A = 1 position numérique
A = 1 : attestation de remplacement
A = 2 : consultation du réseau
0 = 3 positions numériques de réserve, remplies de zéros.

Si la position A = 1, les valeurs N et V peuvent être complétées à partir de l'attestation, les positions R seront alors égales à zéro.

Si la position A = 2, les positions R sont complétées à partir de la zone 333, 344, 355, 366 ou 377
(☞2) du message Iriscarenet 801900 ou à partir du *paymentApproval* du MDA (Member Data). Les positions N et V sont égales à zéro.

RUBRIQUE : DATE DE FACTURATION

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 8N AAAAMMJJ- 262

Cette zone ne doit être remplie que par les hôpitaux et les centres de rééducation. Dans les autres cas, le remplissage de cette zone est facultatif.

Cette zone contient la date à laquelle la facture concernée a été établie/finalisée (= date sur laquelle sont basés, les calculs de la facture concernée).

Sur base de cette date, l'organisme assureur bruxellois détermine les messages MyCarenet 730000 dont il doit tenir compte lors du contrôle de l'assurabilité et du MAF-facturation à 100%.

Cette date n'est pas modifiée lorsqu'une nouvelle version d'un fichier rejeté est établie.

Cette date est bien modifiée lorsqu'il s'agit d'une réintroduction d'une facture (partiellement) rejetée ou d'une facture créditée, mais à condition de tenir compte des règles reprises dans l'annexe 19 (MAF-facturation 100 %) et dans la Circ. Hôp 2012/6 (Psy 2012/5) (Circ. OA 2012/125) (engagement de paiement ambulatoire).

La date de facturation ne peut pas être postérieure à la date actuelle.

RUBRIQUE : PSEUDO-CODE JOURNEE D'ENTRETIEN ET FORFAIT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 7 N - 10

Ce code permet d'effectuer la comptabilité selon les rubriques prévues par Iriscare.

Remarque : Chaque enregistrement "intervention personnelle" doit être précédé par un enregistrement "journée d'entretien" et le nombre des deux enregistrements doit être identique.
Ces enregistrements « montant par jour » et « intervention personnelle » doivent toujours rester ensemble, même dans le cas d'une note de crédit, d'une facture de correction ou d'une réintroduction.

A. AINES

1. Maisons de repos et de soins (MRS)

Forfait Catégorie B - Intervention complète - Ambulant	**462316**
Forfait Catégorie B - Intervention partielle - Ambulant	**462338**
Forfait Catégorie C - Intervention complète - Ambulant	**462419**
Forfait Catégorie Cen - Intervention partielle - Ambulant	**462434**
Forfait Catégorie Cdem - Intervention complète - Ambulant	**462515**
Forfait Catégorie Cdem - Intervention partielle - Ambulant	**462537**
Montant de correction après la régularisation du forfait journalier d'une nouvelle institution	**462913**
Montant de correction après une rectification du forfait journalier consécutif à un contrôle par le Service, à une procédure juridique ou dans le cadre d'un contrôle Kappa	**462935**

2. Maisons de repos pour personnes âgées (MRPA)

Établissements non agréés enregistrés	**460113**
Forfait Catégorie O - Intervention complète - Ambulant	**461115**
Forfait Catégorie O - Intervention partielle - Ambulant	**461137**
Forfait Catégorie O - Court séjour - Intervention complète - Ambulant	**461159**
Forfait Catégorie O - Court séjour - Intervention partielle - Ambulant	**461174**
Forfait Catégorie A - Intervention complète - Ambulant	**461218**
Forfait Catégorie A - Intervention partielle - Ambulant	**461233**
Forfait Catégorie A - Court séjour - Intervention complète - Ambulant	**461255**
Forfait Catégorie A - Court séjour - Intervention partielle - Ambulant	**461277**
Forfait Catégorie B - Intervention complète - Ambulant	**461314**
Forfait Catégorie B - Intervention partielle - Ambulant	**461336**
Forfait Catégorie B - Court séjour - Intervention complète - Ambulant	**461358**
Forfait Catégorie B - Court séjour - Intervention partielle - Ambulant	**461373**
Forfait Catégorie C - Intervention complète - Ambulant	**461417**
Forfait Catégorie C - Intervention partielle - Ambulant	**461439**
Forfait Catégorie C - Court séjour - Intervention complète - Ambulant	**461454**

Forfait Catégorie C - Court séjour - Intervention partielle - Ambulant	**461476**
Forfait Catégorie Cdem - Intervention complète - Ambulant	**461513**
Forfait Catégorie Cdem - Intervention partielle - Ambulant	**461535**
Forfait Catégorie Cdem - Court séjour - Intervention complète - Ambulant	**461557**
Forfait Catégorie Cdem - Court séjour - Intervention partielle - Ambulant	**461579**
Forfait Catégorie D - Intervention complète - Ambulant	**461616**
Forfait Catégorie D - Intervention partielle - Ambulant	**461638**
Forfait Catégorie D - Court séjour - Intervention complète - Ambulant	**461653**
Forfait Catégorie D - Court séjour - Intervention partielle - Ambulant	**461675**
Montant de correction après la régularisation financière d'une nouvelle institution	**461918**
Montant de correction après une rectification du forfait journalier consécutif à un contrôle par le Service, à une procédure juridique ou dans le cadre d'un contrôle Kappa	**461933**

3. Centres de soins de jour (CSJ)

Forfait F - personnes âgées physiquement dépendantes - Ambulant	**463119**
Forfait Fd - Personnes âgées désorientée dans le temps et l'espace - Ambulant	**463215**
Forfait Fp - Personnes âgées en soins palliatifs - Ambulant	**463318**
Forfait D - Personnes âgées avec un diagnostique de démence - Ambulant	**463414**
Facturation avec effet rétroactif - Ambulant	**463915**

4. Déplacement (CSJ)

Frais de transport - Ambulant	**463819**

5. Matériel d'incontinence

Ristourne sur le coût solidarisé du matériel d'incontinence - Autres patients	**468115**

B. MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

1. Frais de séjour

Montant total de séjour pour patient psychiatrique, sans postcure de rééducation fonctionnelle	**471018**

Montant total de séjour pour patient psychiatrique, avec postcure de rééducation fonctionnelle	**471033**
Montant total de séjour pour patient handicapé mental, sans postcure revalidation	**471055**
Montant total de séjour pour patient handicapé mental, avec postcure revalidation	**471077**
Séjour dans des camps de vacances collectifs pour patient psychiatrique, sans postcure revalidation	**471497**
Séjour dans des camps de vacances collectifs pour patient psychiatrique, avec postcure revalidation	**471519**
Séjour dans des camps de vacances collectifs pour patient handicapé mental, sans postcure revalidation	**471534**
Séjour dans des camps de vacances collectifs pour patient handicapé mental, avec postcure revalidation	**471556**

2. Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4§2 convention MSP-OAB)

Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA) : bénéficiaire de la catégorie a)	**471099**
Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA) : bénéficiaire de la catégorie b)	**471114**
Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA) : bénéficiaire de la catégorie c)	**471136**
Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA) : bénéficiaire de la catégorie d)	**471158**
Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA) : bénéficiaire de la catégorie e)	**471173**
Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA) : bénéficiaire de la catégorie f)	**471195**
Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA) : bénéficiaire de la catégorie g)	**471217**
Intervention forfaitaire supplémentaire accordée par l'assurance maladie en vue d'améliorer l'accessibilité en MSP (art. 4, §2 convention MSP-OA) : bénéficiaire de la catégorie h)	**471239**

3. Quote part personnelle en cas de séjour en MSP

Quote-part personnelle - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/2002	**471254**
Quote-part personnelle - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/2002	**471276**

Quote-part personnelle - pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 c, de l'A.R. du 17/12/2002	**471298**
Quote-part personnelle pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1,§1 a de l' A.R. du 17/12/2002	**471313**
Quote-part personnelle pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1,§1 b de l' A.R. du 17/12/2002	**471335**
Quote-part personnelle pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1,§1 c de l' A.R. du 17/12/2002	**471357**

4. Quote part personnelle en cas de congé individuel (diminué de 6,20 € liée à l'indice-pivot 116,15, base 1996 = 100) (art.5§2 convention MSP-OAB)

Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 a, de l'A.R. du 17/12/02	**471379**
Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 b, de l'A.R. du 17/12/02	**471394**
Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 2 c, de l'A.R. du 17/12/02	**471416**
Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 a, de l'A.R. du 17/12/02	**471438**
Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 b, de l'A.R. du 17/12/02	**471453**
Quote-part personnelle en cas de congé payé individuel pour les bénéficiaires mentionnés à l'article 1, § 1 c, de l'A.R. du 17/12/02	**471475**

5. Jours de congé payés individuels

Jours de congé payé individuel pour les patients psychiatriques, sans traitement de rééducation	**471578**
Jours de congé payé individuel pour les patients psychiatriques , avec traitement de rééducation	**471593**
Jours de congé payé individuel pour les handicapés mentaux, sans traitement de rééducation	**471615**
Jours de congé payé individuel pour les handicapés mentaux, avec traitement de rééducation	**471637**

C. INITIATIVES D'HABITATIONS PROTEGES

1. Frais de séjour

Initiatives d'habitations protégées - Ambulant	**472013**

D. IRRECOUVRABLE

Montants indus non-récupérables – informations financières	**499939**
Montants indus non-récupérables – à charge de l'organisme assureur bruxellois – article 18, § 3, de l'ordonnance du 21 décembre 2018	**499954**
Montants indus non-récupérables – à charge de la Commission communautaire commune – article 18, § 4, de l'ordonnance du 21 décembre 2018	**499976**

E. REGULARISATION

Régularisation	**499998**

F. SOINS PALLIATIFS

Montant forfaitaire unique - Ambulant	**476817**
Montant forfaitaire réduit - Ambulant	**476839**
Forfait de rattrapage - Ambulant	**476854**

G. EVALUATION MULTIDISCIPLINAIRE AMOB 790

Rapport de fonctionnement - Bénéficiaires hospitalisés ou Bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation - Conventions 790 - Ambulant	**419019**
Rapport de fonctionnement - Bénéficiaires hospitalisés ou Bénéficiaires qui suivent un programme de rééducation fonctionnelle dans un centre de rééducation- Conventions 790 - Hospitalisé	**419023**
Rapport de fonctionnement - Bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement - Conventions 790 - Ambulant	**419034**
Rapport de fonctionnement - Bénéficiaires qui ne suivent pas de programme de rééducation fonctionnelle dans l'établissement ou un autre établissement - Conventions 790 - Hospitalisé	**419045**

H. REVALIDATION

1. Rééducation motrice et neurologique (771)

Jours de congés payés - Dépassement de la capacité normale de facturation - Hospitalisé	**477189**
Jours de congé payés - Durant une période de rééducation	**477108**
Capacité normale de facturation - Ambulant	**477119**
Capacité normale de facturation - Hospitalisé	**477123**

Dépassement capacité normale de facturation - Ambulant	**477134**
Dépassement capacité normale de facturation - Hospitalisé	**477145**

2. Rééducation psychosociale pour adultes (772)

Rééducation psychosociale - Ambulant	**477215**
Rééducation psychosociale - Hospitalisé	**477226**
Dépassement de la capacité normale de facturation - Centres de jour pour soins palliatifs - Ambulant	**477237**
Dépassement de la capacité normale de facturation - Centres de jour pour soins palliatifs - Hospitalisé	**477248**

3. Toxicomanes (exc ISP) (773)

Forfait de rééducation normal - Jusqu'à capacité normale - Ambulant	**477318**
Forfait de rééducation normal - Jusqu'à capacité normale - Hospitalisé	**477329**
Dépassement de la capacité normale de facturation - 50 % ou 25 % des prix normalement valables - Ambulant	**477333**
Dépassement de la capacité normale de facturation - 50 % ou 25 % des prix normalement valables - Hospitalisé	**477344**

4. Enfants pathologie médico-psychologique grave (774)

Rééducation fonctionnelle pour psychotiques - Ambulant	**477414**
Rééducation fonctionnelle pour psychotiques - Hospitalisé	**477425**
Dépassement de la capacité normale de facturation - Ambulant	**477436**
Dépassement de la capacité normale de facturation - Hospitalisé	**477447**

5. Troubles précoces des interactions parents-enfants (774-5)

Dépassement de la capacité normale de facturation - Ambulant	**477539**
Troubles précoces de l'interaction parents-enfants (774-5) - Ambulant	**477517**
Troubles précoces de l'interaction parents-enfants (774-5) - Hospitalisé	**477528**
Dépassement de la capacité normale de facturation - Hospitalisé	**477543**

6. Autisme (774-6)

Séance de diagnostic (1 heure) - Ambulant	**477613**
Séance de coordination - Ambulant	**477635**
Séance de diagnostic (1 heure) - Hospitalisé	**477624**
Séance de coordination - Hospitalisé	**477646**

7. Unités de soins de répit (776-7)

Capacité normale de facturation - Hospitalisé	**477727**
Dépassement de la capacité normale de facturation - Hospitalisé	**477749**

8. Etablissements de rééducation troubles de l'ouïe / Malentendants (779)

Rééducation fonctionnelle pour malentendants - Ambulant	**477915**
Rééducation fonctionnelle pour malentendants - Hospitalisé	**477926**
Dépassement de la capacité normale de facturation - Ambulant	**477937**
Dépassement de la capacité normale de facturation - Hospitalisé	**477948**

9. Etablissements de rééducation IMOC / paralysés cérébraux (784)

Rééducation fonctionnelle pour paralysés cérébraux (784) - Ambulant	**477819**
Dépassement de la capacité normale de facturation - Ambulant	**477834**
Rééducation fonctionnelle pour paralysés cérébraux (784) - Hospitalisé	**477823**
Dépassement de la capacité normale de facturation - Hospitalisé	**477845**

10. Etablissements de rééducation Déficiences visuelles (969)

Bilan initial - Ambulant	**476913**
Bilan ordinaire - Ambulant	**476935**

Séance in - Ambulant	**476957**
Séance out - Ambulant	**476979**
Séance de groupe - Ambulant	**476994**
Bilan initial - Hospitalisé	**476924**
Bilan ordinaire - Hospitalisé	**476946**
Séance in - Hospitalisé	**476968**
Séance out - Hospitalisé	**476983**
Séance de groupe - Hospitalisé	**476909**

11. Centres de réadaptation fonctionnelle ambulatoire (CRFA) (953+965)

Groupe A - 100% - Ambulant	**479278**
Groupe B - 100% - Ambulant	**479293**
Groupe C -100% - Ambulant	**479315**
Groupe D1 - 100% - Ambulant	**479337**
Groupe D2 - 100% - Ambulant	**479359**
Groupe D3 -100% - Ambulant	**479374**
Groupe D4 -100% - Ambulant	**479396**
Groupe D5a - 100% - Ambulant	**479418**
Groupe A - 0% - Ambulant	**479433**
Groupe B - 0% - Ambulant	**479455**
Groupe C - 0% - Ambulant	**479477**
Groupe D1 - 0% - Ambulant	**479499**
Groupe D2 - 0% - Ambulant	**479514**
Groupe D3 - 0% - Ambulant	**479536**
Groupe D4 - 0% - Ambulant	**479558**
Groupe D5a -0% - Ambulant	**479573**
Groupe D5e - 0% - Ambulant	**479595**

12. Facturation au patient

Congé non-payé	**476699**

13. Revalidation à l'étranger

Assuré belge en revalidation à l'étranger	**476666**

14. Ticket modérateur

Quote-part personnelle - Dépassement de la capacité de facturation - Ambulant	**476618**
Quote-part personnelle - Jusqu'à facturation habituelle - Ambulant	**476633**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation premier jour : TIP - descendants	**476408**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - premier jour : TIP - Chômeurs titulaires assimilés + PAC	**476423**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation premier jour : TIP - Autres	**476445**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation premier jour : VIPO + PNP + Communautés religieuses 75 % - Descendants	**476467**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation premier jour : VIPO + PNP + Communautés religieuses 75 % - Autres	**476489**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation premier jour : VIPO + PNP + Communautés religieuses 100 %	**476504**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation à partir du 2e jour, TIP - Descendants	**476526**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation à partir du 2e jour : TIP - Chômeurs titulaires assimilés + PAC	**476548**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation à partir du 2e jour : TIP - Autres	**476563**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation à partir du 2e jour : VIPO + PNP + Communautés religieuses 75 % - Descendants	**476585**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation à partir du 2e jour : VIPO + PNP + Communautés religieuses 75 % - Autres	**476607**
Quote-part personnelle - Hospitalisé - Hospitalisation à partir du 2e jour : VIPO + PNP + Communautés religieuses 100 %	**476629**

15. Forfaits rattrapage

Forfaits de rattrapage - Ambulant	**476058**
Forfaits de rattrapage - Hospitalisé	**476069**

RUBRIQUE : REFERENCE NUMERO DE COMPTE FINANCIER

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

Il y a lieu d'indiquer au moyen d'un code à quel compte financier le montant de la zone 19 doit être transféré.

Valeur	Signification
0	Le montant dû doit être transféré au compte financier A (voir ET 10 ~~Z 5-6a~~, Z 31- 32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).
1	Le montant dû doit être transféré au compte financier B (voir ET 10 ~~Z 8a~~, Z 43a, Z 49-50-51-52).
3	Le montant dû doit être transféré au compte financier C (voir ET 10 Z 45-46-47a, Z 53-54a) pour une entité fédérée (l'entité fédérée est mentionnée dans ET 10 Z 48)

Seule la valeur '3' est d'application à la Cocom.

RUBRIQUE : CODE NOMENCLATURE OU PSEUDO-CODE NOMENCLATURE

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N - 51

Code de la prestation qui a été fournie.

Ces numéros de code figurent en général dans la nomenclature des prestations de santé et sont précédés d'un zéro.

Des pseudo-codes ont été introduits:
- pour des dépenses définies dans la nomenclature, mais non codifiées;
- pour des dépenses non définies dans la nomenclature, mais dans des accords ou conventions;
- etc, ...

Ceux-ci sont reproduits ci-après.

A. REVALIDATION

1. Frais de déplacement

Frais de transport des jeunes - Ambulant	**476073**
Frais de transport des jeunes - Hospitalisé	**476084**
Moyen de transport individualisé - adapté au handicap - Adapté à la voiture personnelle - Hospitalisé	**476128**
Moyen de transport en commun - Ambulant	**476154**
Moyen de transport individualisé - adapté au handicap - Organisé par le centre de rééducation - Hospitalisé	**476143**
Moyen de transport individualisé - adapté au handicap - Organisé par le centre de rééducation - Ambulant	**476139**
Moyen de transport individualisé - adapté au handicap - Adapté à la voiture personnelle - Ambulant	**476117**
Moyen de transport individuel - Ambulant	**476176**
Aides à la mobilité 790 - Moyen de transport individualisé adapté au handicap - Véhicule de l'établissement ou transporteur privé - Hospitalisé	**476025**
Aides à la mobilité 790 - Moyen de transport individualisé adapté au handicap - Véhicule adapté du bénéficiaire - Hospitalisé	**476047**
Aides à la mobilité 790 - Moyen de transport individualisé adapté au handicap - Véhicule de l'établissement ou transporteur privé - Ambulant	**476014**
Aides à la mobilité 790 - Moyen de transport individualisé adapté au handicap - Véhicule adapté du bénéficiaire - Ambulant	**476036**

B. Sevrage tabagique

Première séance - Ambulant	**421016**
Première séance - Hospitalisé	**421027**
Séances suivantes - Ambulant	**421038**
Séances suivantes- Hospitalisé	**421049**
Séances femmes enceintes - Ambulant	**421053**
Séances femmes enceintes - Hospitalisé	**421064**

Produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I..

C. MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES

1. Jours de congé non payés et frais divers

Jours de congé non payé	**471777**

Frais divers : confort de chambre	**471659**
Frais divers : frais personne accompagnante	**471674**
Frais divers : nourriture et boissons	**471696**
Frais divers : produits d'hygiène sans code APB	**471718**
Frais divers : autres produits/services fournis à la demande du patient	**471733**
Frais divers : frais d'ambulance	**471755**

D. INITIATIVES D'HABITATIONS PROTEGEES

1. Frais divers

Frais de séjour tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour	**472919**
Coûts éventuels surplus au frais de séjour tels qu'ils sont prévus dans la convention	**472934**
'Autres' coûts surplus qui ne sont pas prévus dans la convention de séjour	**472956**

E. AINES

1. Facturation suppléments au patient

Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais d'hébergement - chambre d'une personne	**467017**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais d'hébergement - chambre de deux personnes	**467039**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais d'hébergement - chambre commune	**467054**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais de séjour en CSJ	**467076**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais d'hébergement - abonnement télévision	**467098**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais d'hébergement - abonnement internet	**467113**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais d'hébergement - dépenses téléphone	**467135**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Suppléments liés aux soins - matériel de soins non compris dans le forfait	**467157**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Suppléments liés aux soins - matériel d'incontinence	**467179**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Suppléments liés aux soins - produits (para)pharmaceutiques	**467194**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Suppléments liés aux soins - compléments nutritionnels	**467216**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Suppléments liés aux soins - ristournes (montant en négatif)	**467238**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Autres - buanderie	**467253**

Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Autres - pédicure	**467275**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Autres - manicure	**467297**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Autres - boissons	**467319**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Autres n'appartenant pas aux catégories précédentes	**467334**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Transport lié aux soins - taxi	**467356**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Transport lié aux soins - ambulance	**467378**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Transport lié aux soins - transport domicile/CSJ	**467393**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais médecin (mention facultative)	**467415**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais kiné (mention facultative)	**467437**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais labo (mention facultative)	**467459**
Suppléments MRS - MRPA - CSJ : Frais polyclinique (mention facultative)	**467474**
MRS - MRPA : Congé non-payé	**467496**

F. AMOB

Pour les aides à la mobilité nécessitant un accord médical, il y a lieu de tenir compte de la date de délivrance de l'aide à la mobilité (reprise sur l'annexe 13 bis « attestation de délivrance destinée aux technologues orthopédiques en aides à la mobilité »):

- Les codes INAMI seront encore utilisés pour les aides à la mobilité délivrées jusqu'au 31 décembre 2021 inclus.
- Les aides à la mobilité délivrées à partir du 1 er janvier 2021 doivent être facturées avec les nouveaux codes IRISCARE.

Pour les aides à la mobilité ne nécessitant pas d'accord médical préalable (par exemple, un cadre de marche), la date de livraison détermine le code à utiliser : Jusqu'au 31 décembre 2021 inclus : les anciens codes INAMI - À partir du 1 er janvier 2022 : les nouveaux codes IRISCARE.

Pour les facturations liées au renting, les codes INAMI peuvent encore être utilisés pour les facturations relatives à une période débutant en 2021 (exemple locations du 15 décembre 2021 au 15 janvier 2022) puisque le début des prestations est antérieur au 31 décembre 2021. Les codes IRISCARE devront être utilisés à partir de la facturation dont la date des prestations est postérieure au 1 er janvier 2022.

En ce qui concerne les contrats de renting conclus avant le 31 décembre 2021, ils restent d'application et ils ne doivent pas faire l'objet d'un changement de code de nomenclature. La table de concordance devra être utilisée jusqu'à la fin de ces contrats. Les factures liées à ces mêmes contrats devront toutefois comporter les nouveaux codes de nomenclature pour les prestations réalisées après le 1er janvier 2022 (facturation de février). Tous les contrats conclus après le 1 er janvier 2022 devront, quant à eux, reprendre les nouveaux codes.

Voiturette manuelle standard	**410015**
Voiturette manuelle standard	**410026**

Voiturette manuelle modulaire	**410037**
Voiturette manuelle modulaire	**410048**
Voiturette manuelle de maintien et de soins	**410059**
Voiturette manuelle de maintien et de soins	**410063**
Voiturette manuelle active	**410074**
Voiturette manuelle active	**410085**
Voiturette électronique pour l'intérieur	**410096**
Voiturette électronique pour l'intérieur	**410107**
Voiturette électronique pour l'intérieur et l'extérieur	**410118**
Voiturette électronique pour l'intérieur et l'extérieur	**410129**
Voiturette électronique pour l'extérieur	**410133**
Voiturette électronique pour l'extérieur	**410144**
Scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur - Ambulant	**410155**
Scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur - Hospitalisé	**410166**
Scooter électronique pour l'extérieur - Ambulant	**410177**
Scooter électronique pour l'extérieur - Hospitalisé	**410188**
Voiturette de promenade standard	**410199**
Voiturette de promenade standard	**410203**
Voiturette de promenade modulaire	**410214**
Voiturette de promenade modulaire	**410225**
Voiturette manuelle standard pour enfants	**410236**
Voiturette manuelle standard pour enfants	**410247**
Voiturette manuelle active pour enfants	**410258**
Voiturette manuelle active pour enfants	**410269**
Voiturette électronique pour enfants pour l'intérieur	**410273**
Voiturette électronique pour enfants pour l'intérieur	**410284**
Voiturette électronique pour enfants pour usage intérieur et extérieur	**410295**
Voiturette électronique pour enfants pour usage intérieur et extérieur	**410306**
Table de station debout électrique	**410317**

Table de station debout électrique	**410328**
Voiturette de station debout mécanique	**410339**
Voiturette de station debout mécanique	**410343**
Voiturette de station debout électrique	**410354**
Voiturette de station debout électrique	**410365**
Tricycles orthopédiques pour les utilisateurs avec hauteur d'entrejambe jusque 70 cm inclus - Ambulant	**410376**
Tricycles orthopédiques pour les utilisateurs avec hauteur d'entrejambe jusque 70 cm inclus	**410387**
Tricycle orthopédique pour les utilisateurs avec hauteur d'entrejambe de plus de 70 cm	**410398**
Tricycle orthopédique pour les utilisateurs avec hauteur d'entrejambe de plus de 70 cm	**410409**
Cadre de marche avec 4 appuis fixes	**410413**
Cadre de marche avec 4 appuis fixes	**410424**
Cadre de marche avec 2 appuis fixes et 2 roues, sans siège	**410435**
Cadre de marche avec 2 appuis fixes et 2 roues, sans siège	**410446**
Cadre de marche avec 2 appuis fixes et 2 roues, avec siège	**410457**
Cadre de marche avec 2 appuis fixes et 2 roues, avec siège	**410468**
Cadre de marche avec 3 ou 4 roues	**410479**
Cadre de marche avec 3 ou 4 roues	**410483**
Cadre de marche avec soutien de la station debout	**410494**
Cadre de marche avec soutien de la station debout	**410505**
Coussin anti-escarres non adaptable individuellement	**410516**
Coussin anti-escarres non adaptable individuellement	**410527**
Coussin anti-escarres anatomique non adaptable individuellement (intégré dans la voiturette)	**410538**
Coussin anti-escarres anatomique non adaptable individuellement (intégré dans la voiturette)	**410549**
Coussin anti-escarres adaptable individuellement	**410553**
Coussin anti-escarres adaptable individuellement	**410564**
Coussin anti-escarres adaptable individuellement de type coussin à air à structure cellulaire ou coussin-gel de type Flow-Fluid	**410575**
Coussin anti-escarres adaptable individuellement de type coussin à air à structure cellulaire ou coussin-gel de type Flow-Fluid	**410586**
Châssis pour siège-coquille	**410597**

Châssis pour siège-coquille	**410608**
Repose-jambe (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale, par repose-jambe)	**410619**
Repose-jambe (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale, par repose-jambe)	**410623**
Repose-jambe (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale, par repose-jambe) - pour bénéficiaires jusqu'à leur 18e anniversaire	**410634**
Repose-jambe (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale, par repose-jambe) - pour bénéficiaires jusqu'à leur 18e anniversaire	**410645**
Repose-jambe de confort (mécanique - correction de la longueur, par repose-jambe)	**410656**
Repose-jambe de confort (mécanique - correction de la longueur, par repose-jambe)	**410667**
Repose-jambes de confort (mécanique - correction de la longueur, par repose-jambe) pour bénéficiaires jusqu'à leur 18e anniversaire	**410678**
Repose-jambes de confort (mécanique - correction de la longueur, par repose-jambe) pour bénéficiaires jusqu'à leur 18e anniversaire	**410689**
Repose-jambes de confort réglables électriquement (avec correction de la longueur , la paire)	**410693**
Repose-jambes de confort réglables électriquement (avec correction de la longueur , la paire)	**410704**
Repose-jambe de confort réglables électriquement (avec correction de la longueur, la paire) - pour bénéficiaires jusqu'à leur 18e anniversaire	**410715**
Repose-jambe de confort réglables électriquement (avec correction de la longueur, la paire) - pour bénéficiaires jusqu'à leur 18e anniversaire	**410726**
Palettes pose-pieds ajustables en inclinaison (la paire) (ou plaque pose-pieds en une pièce ajustable en inclinaison)	**410737**
Palettes pose-pieds ajustables en inclinaison (la paire) (ou plaque pose-pieds en une pièce ajustable en inclinaison)	**410748**
Système de fixation du pied (la pièce)	**410759**
Système de fixation du pied (la pièce)	**410763**
Plaque cale-pied (la pièce)	**410774**
Plaque cale-pied (la pièce)	**410785**
Attelle-cheville-pied (la pièce)	**410796**
Attelle-cheville-pied (la pièce)	**410807**
Adaptation de la longueur de la manivelle des pédales	**410818**
Adaptation de la longueur de la manivelle des pédales	**410829**
Accoudoirs (ajustables en hauteur) (la paire)	**410833**
Accoudoirs (ajustables en hauteur) (la paire)	**410844**
Guidon adapté	**410855**
Guidon adapté	**410866**

Plaque de base réglable pour coussin anti-escarres	**410877**
Plaque de base réglable pour coussin anti-escarres	**410888**
Siège préformé	**410899**
Siège préformé	**410903**
Dossier préformé	**410914**
Dossier préformé	**410925**
Réglage de l'inclinaison du dossier (angle du dossier ajustable ou réglable jusqu'à minimum 30°)	**410936**
Réglage de l'inclinaison du dossier (angle du dossier ajustable ou réglable jusqu'à minimum 30°)	**410947**
Réglage de l'inclinaison du dossier (angle du dossier ajustable ou réglable jusqu'à 90°)	**410958**
Réglage de l'inclinaison du dossier (angle du dossier ajustable ou réglable jusqu'à 90°)	**410969**
Réglage de l'inclinaison du dossier (angle du dossier ajustable ou réglable)	**410973**
Réglage de l'inclinaison du dossier (angle du dossier ajustable ou réglable)	**410984**
Réglage de l'inclinaison du siège (angle du siège ajustable)	**410995**
Réglage de l'inclinaison du siège (angle du siège ajustable)	**411006**
Siège basculant électriquement	**411017**
Siège basculant électriquement	**411028**
Réglage électrique de l'inclinaison du dossier (angle du dossier réglable)	**411039**
Réglage électrique de l'inclinaison du dossier (angle du dossier réglable)	**411043**
Unité d'assise électrique réglable en hauteur	**411054**
Unité d'assise électrique réglable en hauteur	**411065**
Unité d'assise électrique réglable en hauteur et jusqu'au sol	**411076**
Unité d'assise électrique réglable en hauteur et jusqu'au sol	**411087**
Fonction électrique de station debout	**411098**
Fonction électrique de station debout	**411109**
Appui-tête (réglable en hauteur, en profondeur et en inclinaison)	**411113**
Appui-tête (réglable en hauteur, en profondeur et en inclinaison)	**411124**
Pelote du dossier (par pelote)	**411135**
Pelote du dossier (par pelote)	**411146**
Selle d'abduction	**411157**

Selle d'abduction	**411168**
Cadre d'abduction	**411179**
Cadre d'abduction	**411183**
Adaptation du châssis de la voiturette, largeur du siège de plus de 48 cm à 52 cm inclus	**411194**
Adaptation du châssis de la voiturette, largeur du siège de plus de 48 cm à 52 cm inclus	**411205**
Adaptation du châssis de la voiturette, largeur du siège de plus de 52 cm à 58 cm inclus	**411216**
Adaptation du châssis de la voiturette, largeur du siège de plus de 52 cm à 58 cm inclus	**411227**
Adaptation de la largeur du siège (plus de 36 cm) et de la profondeur du siège	**411238**
Adaptation de la largeur du siège (plus de 36 cm) et de la profondeur du siège	**411249**
Adaptation dans le cadre d'une amputation	**411253**
Adaptation dans le cadre d'une amputation	**411264**
Tablette ou demi-tablette	**411275**
Tablette ou demi-tablette	**411286**
Support dorsolombaire	**411297**
Support dorsolombaire	**411308**
Arrête-talon ou sangle cale-pied (pièce)	**411319**
Arrête-talon ou sangle cale-pied (pièce)	**411323**
Ceinture de sécurité	**411334**
Ceinture de sécurité	**411345**
Siège-culotte	**411356**
Siège-culotte	**411367**
Système anti-bascule	**411378**
Système anti-bascule	**411389**
Monte-trottoir	**411393**
Monte-trottoir	**411404**
Système de propulsion et de conduite à "double cerceau"	**411415**
Système de propulsion et de conduite à "double cerceau"	**411426**
Système de propulsion et de conduite "à levier de propulsion"	**411437**
Système de propulsion et de conduite "à levier de propulsion"	**411448**

Abaissement de la hauteur du siège (voiturette à propulsion pédale)	**411459**
Abaissement de la hauteur du siège (voiturette à propulsion pédale)	**411463**
Adaptation des cerceaux en cas de diminution de la fonction de préhension (la paire)	**411474**
Adaptation des cerceaux en cas de diminution de la fonction de préhension (la paire)	**411485**
Commande dans la tablette (incorporée dans la tablette - tablette comprise)	**411496**
Commande dans la tablette (incorporée dans la tablette - tablette comprise)	**411507**
Joystick externe supplémentaire	**411518**
Joystick externe supplémentaire	**411529**
Commande au menton	**411533**
Commande au menton	**411544**
Commande au menton (pivotant électriquement)	**411555**
Commande au menton (pivotant électriquement)	**411566**
Commande centrale	**411577**
Commande centrale	**411588**
Commande au doigt	**411599**
Commande au doigt	**411603**
Commande à la tête	**411614**
Commande à la tête	**411625**
Commande au pied	**411636**
Commande au pied	**411647**
Remboursement forfaitaire pour une commande de voiturette au moyen d'interrupteurs particuliers adaptés à l'utilisateur	**411658**
Remboursement forfaitaire pour une commande de voiturette au moyen d'interrupteurs particuliers adaptés à l'utilisateur	**411669**
Prolongeurs de frein (la paire)	**411673**
Prolongeurs de frein (la paire)	**411684**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle	**411695**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle	**411706**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique	**411717**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique	**411728**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique	**411739**

Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique	**411743**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette de station debout	**411754**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette de station debout	**411765**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle	**411776**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle	**411787**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique	**411798**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique	**411809**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique	**411813**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique	**411824**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette de station debout	**411835**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette de station debout	**411846**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique	**411857**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique	**411868**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique	**411879**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique	**411883**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique	**411894**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique	**411905**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique - Ambulant	**411916**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique - Hospitalisé	**411927**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique - Ambulant	**411938**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique - Hospitalisé	**411949**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle pour enfants	**411953**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle pour enfants	**411964**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour enfants	**411975**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour enfants	**411986**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle standard pour enfants	**411997**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle standard pour enfants	**412008**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle active pour enfants	**412019**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle active pour enfants	**412023**

Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour enfants	**412034**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour enfants	**412045**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour les enfants pour une voiturette électronique	**412056**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour les enfants pour une voiturette électronique	**412067**
Aides à la mobilité : intervention pour du sur-mesure individuel	**412078**
Aides à la mobilité : intervention pour du sur-mesure individuel	**412089**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour les enfants pour une voiturette électronique	**412093**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour les enfants pour une voiturette électronique	**412104**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un coussin anti-escarres adaptable individuellement	**412115**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un coussin anti-escarres adaptable individuellement	**412126**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un coussin anti-escarres adaptable individuellement du type coussin à air à structure cellulaire	**412137**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un coussin anti-escarres adaptable individuellement du type coussin à air à structure cellulaire	**412148**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle standard pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412159**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle standard pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412163**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle standard pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412174**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle standard pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412185**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle modulaire pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412196**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle modulaire pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412207**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle active pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412218**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle active pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412229**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour l'intérieur pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412233**

Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour l'intérieur pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412244**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour l'intérieur et l'extérieur pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412255**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour l'intérieur et l'extérieur pour les utilisateurs pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de moins de 36 cm est nécessaire	**412266**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle modulaire pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412277**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle modulaire pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412288**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle de maintien pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412299**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle de maintien pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412303**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle active et de soins pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412314**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle active et de soins pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412325**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle modulaire pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412336**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle modulaire pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412347**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle de maintien et de soins pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412358**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle de maintien et de soins pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412369**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle active pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412373**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle active pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412384**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour l'intérieur pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412395**

Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour l'intérieur pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412406**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour l'intérieur et l'extérieur pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412417**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour l'intérieur et l'extérieur pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412428**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour l'extérieur pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412439**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette électronique pour l'extérieur pour adultes, mais pour enfants pour lesquels une voiturette avec une largeur de siège de plus de 36 cm est nécessaire	**412443**
Système de location d'aides à la mobilité et leurs adaptations : Dédommagement pour les frais occasionnés par le décès du bénéficiaire au cours de la période entre la demande et la délivrance	**412454**
Système de location d'aides à la mobilité et leurs adaptations : Dédommagement pour les frais occasionnés par le décès du bénéficiaire au cours de la période entre la demande et la délivrance	**412465**
Forfait de location pour la location d'une voiturette manuelle standard	**412513**
Forfait de location pour la location d'une voiturette manuelle standard	**412524**
Forfait de location pour la location d'une voiturette manuelle modulaire	**412535**
Forfait de location pour la location d'une voiturette manuelle modulaire	**412546**
Forfait de location pour la location d'une voiturette manuelle de maintien et de soins	**412557**
Forfait de location pour la location d'une voiturette manuelle de maintien et de soins	**412568**
Repose-jambes d'une pièce (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale)	**412594**
Repose-jambes d'une pièce (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale)	**412605**
Repose-jambes d'une pièce avec côtés latéraux (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale)	**412616**
Repose-jambes d'une pièce avec côtés latéraux (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale)	**412627**
Repose-jambes d'une pièce (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale) pour bénéficiaires jusqu'à leur 18ème anniversaire	**412638**
Repose-jambes d'une pièce (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale) pour bénéficiaires jusqu'à leur 18ème anniversaire	**412649**
Repose-jambes d'une pièce avec côtés latéraux (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale) pour bénéficiaires jusqu'à leur 18ème anniversaire	**412653**
Repose-jambes d'une pièce avec côtés latéraux (mécanique - ajustable en longueur et réglable jusqu'à l'horizontale) pour bénéficiaires jusqu'à leur 18ème anniversaire	**412664**
Scooter électronique pour l'intérieur - Ambulant	**412675**

Scooter électronique pour l'intérieur - Hospitalisé	**412686**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle active pour enfants	**412697**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour une voiturette manuelle active pour enfants	**412708**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un coussin anti-escarres adaptable individuellement du type coussin à air à structure cellulaire	**412719**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un coussin anti-escarres adaptable individuellement du type coussin à air à structure cellulaire	**412723**
Adaptation du châssis de la voiturette, largeur du siège de plus de 58 cm à 62 cm inclus	**412734**
Adaptation du châssis de la voiturette, largeur du siège de plus de 58 cm à 62 cm inclus	**412745**
Adaptation du châssis de la voiturette, largeur du siège de plus de 62 cm à 70 cm inclus	**412756**
Adaptation du châssis de la voiturette, largeur du siège de plus de 62 cm à 70 cm inclus	**412767**
Adaptation du châssis de la voiturette, largeur du siège de plus de 70 cm à 75 cm inclus	**412778**
Adaptation du châssis de la voiturette, largeur du siège de plus de 70 cm à 75 cm inclus	**412789**
Système anti-bascule escamotable ou système anti-bascule central amovible, pour voiturette active	**412793**
Système anti-bascule escamotable ou système anti-bascule central amovible, pour voiturette active	**412804**
Adaptation des cerceaux de la voiturette active en cas de diminution de la fonction de préhension (la paire)	**412815**
Adaptation des cerceaux de la voiturette active en cas de diminution de la fonction de préhension (la paire)	**412826**
Voiturette manuelle active aux dimensions individualisées	**412837**
Voiturette manuelle active aux dimensions individualisées	**412848**
Siège réglable par sangles	**412859**
Siège réglable par sangles	**412863**
Dossier réglable par sangles	**412874**
Dossier réglable par sangles	**412885**
Coussin pour genou sur repose-jambe (par paire)	**412896**
Coussin pour genou sur repose-jambe (par paire)	**412907**
Intervention forfaitaire pour repose-mollet pour repose-jambe central (par pièce)	**412918**
Intervention forfaitaire pour repose-mollet pour repose-jambe central (par pièce)	**412929**
Intervention forfaitaire pour système de fixation pour les deux genoux	**412933**
Intervention forfaitaire pour système de fixation pour les deux genoux	**412944**
Intervention forfaitaire pour repose-pied renforcé (par pièce)	**412955**

Intervention forfaitaire pour repose-pied renforcé (par pièce)	**412966**
Intervention forfaitaire pour repose-jambe renforcé (par pièce)	**412977**
Intervention forfaitaire pour repose-jambe renforcé (par pièce)	**412988**
Segment de pied/jambe, en ce compris la fixation réglable en hauteur et en inclinaison (la paire ou d'une seule pièce)	**412999**
Segment de pied/jambe, en ce compris la fixation réglable en hauteur et en inclinaison (la paire ou d'une seule pièce)	**413003**
Intervention forfaitaire pour coussin d'accoudoir en forme de gouttière, renforcé ou élargi (par pièce)	**413014**
Intervention forfaitaire pour coussin d'accoudoir en forme de gouttière, renforcé ou élargi (par pièce)	**413025**
Intervention forfaitaire pour coussin d'accoudoir en forme de gouttière et articulé (par pièce)	**413036**
Intervention forfaitaire pour coussin d'accoudoir en forme de gouttière et articulé (par pièce)	**413047**
Accoudoirs, réglables en hauteur, en largeur et en inclinaison (la paire)	**413058**
Accoudoirs, réglables en hauteur, en largeur et en inclinaison (la paire)	**413069**
Support fémoral (par paire)	**413073**
Support fémoral (par paire)	**413084**
Dossier biomécanique	**413095**
Dossier biomécanique	**413106**
Support coxal (par paire)	**413117**
Support coxal (par paire)	**413128**
Appui-tête avec positionnement fonctionnel	**413139**
Appui-tête avec positionnement fonctionnel	**413143**
Appui-tête pour soutien lombo-thoracique rigide	**413154**
Appui-tête pour soutien lombo-thoracique rigide	**413165**
Appui-tête/nuque réglable, modèle anatomique, ajustable progressivement	**413176**
Appui-tête/nuque réglable, modèle anatomique, ajustable progressivement	**413187**
Système de bandeau pour un appui-tête/nuque anatomique	**413198**
Système de bandeau pour un appui-tête/nuque anatomique	**413209**
Soutien latéral bilatéral intégré sur le soutien lombaire rigide (par paire) – au maximum 1 set	**413213**
Soutien latéral bilatéral intégré sur le soutien lombaire rigide (par paire) – au maximum 1 set	**413224**
Soutien latéral bilatéral intégré sur soutien lombo-thoracique rigide (par paire) – au maximum 1 set	**413235**

Soutien latéral bilatéral intégré sur soutien lombo-thoracique rigide (par paire) – au maximum 1 set	**413246**
Soutien latéral bilatéral sur le soutien lombo-thoracique rigide	**413257**
Soutien latéral bilatéral sur le soutien lombo-thoracique rigide	**413268**
Soutien répartiteur de pression des vertèbres spinales pour le soutien lombo-sacré	**413279**
Soutien répartiteur de pression des vertèbres spinales pour le soutien lombo-sacré	**413283**
Pelotes du dossier (la paire)	**413294**
Pelotes du dossier (la paire)	**413305**
Soutien pelvien escamotable (la paire)	**413316**
Soutien pelvien escamotable (la paire)	**413327**
Intervention forfaitaire pour selle d'abduction sur-mesure	**413338**
Intervention forfaitaire pour selle d'abduction sur-mesure	**413349**
Intervention forfaitaire pour support de thorax pour tablette	**413353**
Intervention forfaitaire pour support de thorax pour tablette	**413364**
Coquille pour pied (par pièce)	**413375**
Coquille pour pied (par pièce)	**413386**
Ceinture de sécurité à quatre ou cinq points, avec autoclip	**413397**
Ceinture de sécurité à quatre ou cinq points, avec autoclip	**413408**
Ceinture de sécurité à quatre ou cinq points pour voiturette électronique	**413419**
Ceinture de sécurité à quatre ou cinq points pour voiturette électronique	**413423**
Ceinture de sécurité à quatre ou cinq points pour voiturette manuelle	**413434**
Ceinture de sécurité à quatre ou cinq points pour voiturette manuelle	**413445**
Ceinture à enrouleur automatique	**413456**
Ceinture à enrouleur automatique	**413467**
Veste de type harnais ou ceinture en H à 4 ou 5 points, avec ou sans fermeture à glissière ou sangles	**413478**
Veste de type harnais ou ceinture en H à 4 ou 5 points, avec ou sans fermeture à glissière ou sangles	**413489**
Rétroviseur (1 pièce)	**413493**
Rétroviseur (1 pièce)	**413504**
Interrupteur d'arrêt d'urgence	**413515**
Interrupteur d'arrêt d'urgence	**413526**

Système de propulsion et de conduite à « double cerceau », pour voiturette active	**413537**
Système de propulsion et de conduite à « double cerceau », pour voiturette active	**413548**
Elément chauffant pour le bras ou la main de commande	**413559**
Elément chauffant pour le bras ou la main de commande	**413563**
Système de commande pour l'accompagnateur	**413574**
Système de commande pour l'accompagnateur	**413585**
Bras de fixation pivotant – à commande mécanique	**413596**
Bras de fixation pivotant – à commande mécanique	**413607**
Porte-sérum	**413618**
Porte-sérum	**413629**
Support pour bouteille à oxygène	**413633**
Support pour bouteille à oxygène	**413644**
Intervention forfaitaire pour plate-forme pour appareillage médical	**413655**
Intervention forfaitaire pour plate-forme pour appareillage médical	**413666**
Intervention forfaitaire pour plate-forme articulée pour appareillage médical	**413677**
Intervention forfaitaire pour plate-forme articulée pour appareillage médical	**413688**
Intervention forfaitaire pour batterie supplémentaire	**413699**
Intervention forfaitaire pour batterie supplémentaire	**413703**
Adaptateur de montage pour châssis ou voiturette	**413714**
Adaptateur de montage pour châssis ou voiturette	**413725**
Forfait d'adaptation, par an et pour un utilisateur jusqu'au 12ème anniversaire	**413736**
Forfait d'adaptation, par an et pour un utilisateur jusqu'au 12ème anniversaire	**413747**
Forfait d'adaptation, par an et pour un utilisateur à partir du 12ème anniversaire	**413758**
Forfait d'adaptation, par an et pour un utilisateur à partir du 12ème anniversaire	**413769**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur - Ambulant	**413773**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique pour l'intérieur et l'extérieur - Hospitalisé	**413784**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique pour l'extérieur - Ambulant	**413795**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique pour l'extérieur - Hospitalisé	**413806**

Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique pour l'extérieur - Ambulant	**413817**
Intervention forfaitaire de l'assurance pour un scooter électronique pour l'extérieur - Hospitalisé	**413828**
Soutien lombaire modèle souple	**413839**
Soutien lombaire modèle souple	**413843**
Soutien lombaire modèle rigide	**413854**
Soutien lombaire modèle rigide	**413865**
Soutien lombo-thoracique modèle rigide	**413876**
Soutien lombo-thoracique modèle rigide	**413887**
Unité d'assise modulaire adaptable, en ce compris le recouvrement, la selle d'abduction, la charnière dorsale réglable et sur ressort, pour l'utilisateur jusqu'au 12ème anniversaire	**413898**
Unité d'assise modulaire adaptable, en ce compris le recouvrement, la selle d'abduction, la charnière dorsale réglable et sur ressort, pour l'utilisateur jusqu'au 12ème anniversaire	**413909**
Unité d'assise modulaire adaptable, en ce compris le recouvrement, la selle d'abduction, la charnière dorsale réglable et sur ressort, pour l'utilisateur à partir du 12ème anniversaire jusqu'au 21ème anniversaire	**413913**
Unité d'assise modulaire adaptable, en ce compris le recouvrement, la selle d'abduction, la charnière dorsale réglable et sur ressort, pour l'utilisateur à partir du 12ème anniversaire jusqu'au 21ème anniversaire	**413924**
Châssis pour unité d'assise modulaire adaptable	**413935**
Châssis pour unité d'assise modulaire adaptable	**413946**
Aides à la mobilité : repose-pieds sans remboursement séparé	**412476**
Aides à la mobilité : accoudoirs sans remboursement séparé	**412498**

RUBRIQUE : EXCEPTION TIERS PAYANT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A - 175

La cause de l'exception à l'interdiction de l'application du régime tiers payant est mentionnée, au moyen d'un code, dans cette zone (voir A.R. du 18/9/2015).

Lorsque le contenu de cette zone est différent de zéro, l'exception doit être justifiée selon les modalités fixées dans la circulaire O.A 2017/305 du 23 octobre 2017.

Valeur	Signification
1	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 4° (décès, coma)
2	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 5° (état d'urgence financière)
3	A.R. 18/9/2015, art. 9/2**,** 6° (VIPO tarif préférentiel), 7° (revenus annuels bruts imposables < minimum d'existence), 8° (chômeurs longue durée), 9° (droit aux allocations familiales majorées)
4	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 1° (prestations dispensées dans le cadre d'un accord prévoyant le paiement forfaitaire de certaines prestations)
5	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 2° (prestations dispensées dans les centres de santé mentale, centres de planning familial et d'information sexuelle et centres d'accueil pour toxicomanes)
6	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 3° (prestations dispensées dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés)
7	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, dernière alinéa (prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde de médecine générale)
8	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 10° (statut affection chronique)
P	A.R. 18/9/2015, art. 9/2, 11° (patients palliatifs)
0	Tous les autres cas

Lorsque l'exception a été reçue via Iriscarenet (ET20 Z3 = 1), alors cette zone peut être égale à zéro sauf dans le cas d'e-fac médecins généralistes ou dentistes (où la justification tiers payant qui est communiquée dans la réponse à la consultation du tarif doit être mentionnée dans cette zone).

Le contenu de cette zone est toujours égal à zéro pour toutes les prestations qui ne tombent pas sous l'interdiction du régime du tiers payant.

(☞7) L'interdiction du tiers payant a totalement été levée pour les prestations effectuées à partir du

01/01/2022.
A titre transitoire, une valeur ≠ 0 peut temporairement encore être saisie dans cette zone. A partir de la date de prestation 01/05/2022, cette zone doit toujours être égale à « 0 ».

RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 30 A - 231

Si un code 096XXXX est utilisé dans la zone 4, pour la mention de suppléments pour les produits, prestations ou services non remboursables par l'AMI, le libellé du produit, de la prestation ou du service doit être communiqué dans cette zone.
S'il s'agit de suppléments dans des MRPA-MRS-CSJ, un libellé doit seulement être mentionné pour les pseudo-codes 467157 et 467179.

Pour le code 0961273-0961284 et les codes 961332-961343 et 961354-961365, cette zone ne doit pas être remplie.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT NUMERO DE COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 321

Il s'agit du montant de la facture que l'organisme assureur bruxellois doit transférer au compte financier C.

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.

RUBRIQUE : IBAN - COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A - 235

Voir enregistrement de type 10 zone 45-46-47a.

RUBRIQUE : BIC - COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A - 305

Voir enregistrement de type 10 zone 53-54a.

RUBRIQUE : SIGNE + MONTANT TOTAL NUMERO COMPTE FINANCIER C

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 A + 11 N - 321

Signe et montant total de l'envoi qui doit être transféré au compte financier C.
Voir enregistrement de type 80 zone 55-56.