

---

Service des soins de santé

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

**PROJET DE MISE A JOUR 2021/22**

**Transparence médecins.**

Suite au Règlement fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les médecins (approuvé par le Comité de l'Assurance lors de sa réunion du 1/7/2024), les instructions de facturation sont complétées:

- enregistrements statistiques (facultatifs) pour la catégorie 1 (même procédure que les forfaits dans le secteur des soins à domicile) (ET 50 Z 3 S 2)
- nouveaux pseudo-codes dans l'ET 50 Z 4 S 14
- zone « dispensateur de soins » (ET 50 Z 15)
- zone « libellé » (ET 50 Z 44-45)
- zones montant (ET 50 Z 19, Z 27 et Z 30-31)

La liste « prestation relative » est également complétée par:

- les pseudo-codes statistiques 384075, 384090, 384112 et 384134 (catégorie 1).
- les pseudo-codes génériques 384215 (catégorie 2) et 384156, 384171 et 384193 (catégorie 4)

A la page suivante se trouve un tableau résumant la procédure pour les 4 catégories. A titre de comparaison, la colonne de droite reprend également la méthode de travail pour le secteur dentaire.

Date d'application : Prestations effectuées à partir du 1/10/2024.

	MEDECINS	DENTISTES
Catégorie 1	<p>Zone 4 (code prestation): code nomenclature</p> <p>Précédé (facultativement) par un (des) enregistrement(s) statistique(s) avec:</p> <p>Zone 4 (code prestation): pseudo-code 384075/090/112/134</p> <p>Zone 3 (norme) : 9</p> <p>Zone 17-18 (prest.rel.) : code nomenclature</p> <p>Zone 44-45 (libellé) : OUI</p>	<p>Zone 4 (code prestation): code nomenclature</p>
Catégorie 2	<p>Zone 4 (code prestation): pseudo-code générique 384215</p> <p>Zone 17-18 (prest. rel.) : code nomenclature</p> <p>Zone 44-45 (libellé): NON</p>	<p>Zone 4 (code prestation): pseudo-code générique 384031</p> <p>Zone 17-18 (prest. rel.) : code nomenclature</p> <p>Zone 44-45 (libellé): NON</p>
Catégorie 3	<p>Zone 4: pseudo-code générique 384230</p> <p>Zone 17-18 (prest. rel.): /</p> <p>Zone 44-45 (libellé): OUI</p>	<p>Zone 4: pseudo-code générique 384016</p> <p>Zone 17-18 (prest. rel.): pseudo-code détaillé de la liste</p> <p>Zone 44-45 (libellé): NON</p>
Catégorie 4	<p>Zone 4: pseudo-code générique 384156, 384171 ou 384193</p> <p>Zone 17-18 (prest. rel.): code nomenclature de la prestation pour laquelle le matériel, la technique ou l'instrumentation est facturé</p> <p>Zone 44-45 (libellé): OUI</p>	<p>Zone 4: pseudo-code générique 384053</p> <p>Zone 17-18 (prest. rel.): pseudo-code détaillé de la liste</p> <p>Zone 44-45 (libellé): NON</p>

(22) - Pour les codes nomenclature pour lesquels le médecin demande un supplément d'honoraires, l'enregistrement comportant le code nomenclature peut facultativement être précédé d'un ou plusieurs enregistrement(s) dans lesquels les motifs de l'attestation du supplément sont indiqués au moyen des pseudo-codes.

Les enregistrements avec les pseudo-codes doivent être indiqués par la norme 9; les zones 19, 27 et zone 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 17-18 indique le code nomenclature.

Le contenu des zones 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 et 15 est identique dans chaque enregistrement indiqué par la norme 9 et est également égal aux zones correspondantes dans l'enregistrement de facturation avec norme 0.

- Pour les tuteurs coronaires (158992-159003), tuteurs coronaires ou drug eluting stents (jusqu'au 30/6/2014 inclus: 680352-680363; à partir du 1/7/2014: 159036-159040) ou drug eluting stents (159014-159025) et pour les prestations relatives aux endoprothèses (161114 à 161420 inclus), la facturation se fait comme suit:

\* le nombre d'enregistrements consécutifs (série) est égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents placés ou au nombre d'éléments utilisés + 1;

\* le(s) premier(s) enregistrement(s) (nombre égal au nombre de tuteurs/drug eluting stents ou égal au nombre d'éléments utilisés) doit(vent) être indiqué(s) par la norme 9; les zones 19, 27 et 30-31 sont toujours égales à zéro et la zone 22 est toujours égale à "+0001"; la zone 43 reprend le code d'identification du tuteur/drug eluting stents ou de l'élément utilisé;

\* le dernier enregistrement de la série est indiqué par la norme 0; la zone 19 mentionne le montant forfaitaire, la zone 22 est toujours égale à "+0001", les zones 27, 30-31 et 43 sont toujours égales à zéro;

\* le contenu des zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 est identique pour chacun des enregistrements successifs avec la norme 9 et est aussi égal aux zones correspondantes du dernier enregistrement (norme 0) de la série, dans lequel le montant forfaitaire est facturé;

Attention: implantation sur plusieurs jours: voir instructions ET 50 Z 3 S 4 et ET 50 Z 4 S 18.

**Produits, prestations et services non remboursables par l'A.M.I.****Honoraires médical et paramédical**

0960035	0960046	Prestations de laboratoires non remboursables
0960050	0960061	Prestations de soins <u>diagnostiques</u> non remboursables
0960072	0960083	Prestations de soins <u>thérapeutiques</u> non remboursables
(☞7) 0961251	0961262	Acte non remboursable sans but thérapeutique

**Implants et autres produits**

0960234	0960245	Implants non remboursables avec obligation de notification
0960536	0960540	Implants non remboursables sans obligation de notification
0961236	0961240	Produits radiopharmaceutiques non remboursables
0961295	0961306	Matériel piqûre au doigt à charge du patient (convention diabète)
0961310	0961321	Matériel piqûre au doigt à charge du patient (convention diabète enfants)
0961332	0961343	Matériel mesure par capteurs à charge du patient (convention diabète)
0961354	0961365	Matériel mesure par capteurs à charge du patient (convention diabète enfants)

**(☞18,22) Prestations non-remboursables dans le cadre de la transparence dentistes**

384016	384020	Prestations qui ne sont pas remboursables et pour lesquelles il n'existe pas de code de nomenclature (*)
384031	384042	Prestations remboursables, mais pour lesquelles les conditions préalables au remboursement ne sont pas remplies (**)
384053	384064	Le matériel, la technique ou l'instrumentation qui ne sont pas remboursables et pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature ou pour lesquels la prestation de base est remboursable (*)

**(☞22) Transparence médecins**

(pour les libellés complets des codes : voir Règlement fixant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre vers les organismes assureurs par les médecins)

**Catégorie 1 (pseudo-codes statistiques (motifs pour le supplément))**

384075	effort intellectuel supplémentaire
384090	coût directement lié à la prestation (coût direct)
384112	coût indirect
384134	autre : supplément sans aucune précision

Pour ces codes, la zone « description » (Z 44-45) doit être remplie. Dans la zone « prestation relative » (Z17-18) le code nomenclature de la prestation remboursable pour laquelle le supplément est facturé, doit être mentionné.

**Catégorie 2 (prestations remboursables, mais pour lesquelles les conditions de remboursement ne sont pas remplies) (\*\*)**

384215

**Catégorie 3 (prestations qui n'entrent pas en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance obligatoire)**

384230

Pour ce code, la zone "libellé" (Z 44-45) doit être complétée. La zone "prestation relative" (Z 17-18) est égale à 0.

**Catégorie 4 (matériel, technique ou instruments qui ne sont pas pris en compte pour le remboursement et pour lesquels il n'existe pas de code de nomenclature ou pour lesquels la prestation de base est bien prise en considération pour le remboursement)**

384156	coût du matériel
384171	coût de l'anesthésie
384193	coût concernant le processing

Pour ces codes, la zone "libellé" (Z 44-45) doit être complétée. Dans la zone "prestation relative" (Z 17-18), le code nomenclature de la prestation remboursable pour laquelle le matériel, la technique ou l'instrumentation est facturé, doit être mentionné.

**Remarque:** Pour les prestations d'un médecin ou d'un dentiste pour un patient ambulatoire, les codes de transparence priment sur les codes 96xxxx. Les codes 96xxxx ne peuvent donc être utilisés que pour les patients hospitalisés et pour les prestations ambulatoires dont le prestataire n'est pas un médecin ou un dentiste.

Les prestations de laboratoire non remboursables attestées par un pharmacien-biologiste peuvent être facturées soit avec le code 960035, soit avec les nouveaux codes de transparence.

(☞22) (\*) Dans la zone "prestation relative" (Z 17-18), des informations détaillées doivent être fournies à l'aide d'un pseudo-code (voir liste jointe au Règlement du 11 décembre 2023, Moniteur du 24 mai 2024);

(☞22) (\*\*) Dans la zone "prestation relative" (Z 17-18), le code nomenclature qui aurait été facturé si les conditions de remboursement avaient été remplies doit être mentionné.

Convention oncofreezing

0961376	0961380	Participation annuelle pour oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans l'article 12 de la convention (le bénéficiaire avait déjà un contrat au moment de l'entrée en vigueur de la convention)
0961391	0961402	Participation annuelle pour oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu dans l'article 13 de la convention (prolongation de la conservation au-delà de la période de 10 ans).
0961273	0961284	Montant total <u>TVA</u>

Frais divers dans les hôpitaux ou MSP

0960492	0960503	Confort de chambre
0960190	0960201	Frais personne accompagnante
0960411	0960422	Nourriture et boissons
0960433	0960444	Produits d'hygiène sans code APB
0960455	0960466	Autres produits/services fournis à la demande du patient
0960470	0960481	Frais d'ambulance (*)

Frais divers dans les initiatives d'Habitations Protégées

960315	frais de séjour tel qu'il est mentionné dans la convention de séjour	
960330	coûts éventuels surplus au frais de séjour tels qu'ils sont prévus dans la convention de séjour	
960352	'autres' coûts surplus qui ne sont pas prévus dans la convention de séjour	

Suppléments MRPA-MRS-CSJ.

0960551	Frais d'hébergement: chambre d'une personne	
0960573	Frais d'hébergement: chambre de deux personnes	
0960595	Frais d'hébergement: chambre commune	
0960610	Frais de séjour en CSJ	
0960632	Frais d'hébergement: abonnement télévision	
0960654	Frais d'hébergement: abonnement internet	
0960676	Frais d'hébergement: dépenses téléphone	
0960691	Suppléments liés aux soins: matériel de soins non compris dans le forfait	
0960713	Suppléments liés aux soins: matériel d'incontinence	
0960735	Suppléments liés aux soins: produits ( para)pharmaceutiques	
0960750	Suppléments liés aux soins: compléments nutritionnels	
0960772	Suppléments liés aux soins: ristournes ( <i>montant en négatif</i> )	
0960794	Autres suppléments: buanderie	
0960816	Autres suppléments: pédicure	
0960831	Autres suppléments: manucure	
0960853	Autres suppléments: boissons	
0960875	Autres suppléments n'appartenant pas aux catégories précédentes	
0960890	Transport lié aux soins: taxi	
0960912	Transport lié aux soins: ambulance	
0960934	Transport lié aux soins: transport domicile/CSJ	
0960956	Frais médecin ( <i>mention facultative</i> )	
0960971	Frais kiné ( <i>mention facultative</i> )	
0960993	Frais labo ( <i>mention facultative</i> )	
0960094	Frais policlinique ( <i>mention facultative</i> )	
0961111	Ristourne convention art.10bis SEP ( <i>montant en négatif</i> )	
0961133	Ristourne convention art.10bis SLA ( <i>montant en négatif</i> )	
0961155	Ristourne convention art.10bis Huntington ( <i>montant en négatif</i> )	

Accidents de travail conventions internationales :

0961030	0961041	Biologie clinique non remboursable
0961052	0961063	Prestations de soins diagnostiques non remboursables
0961074	0961085	Prestations de soins thérapeutiques non remboursables
0961096	0961100	Déplacements non remboursables
0961214	0961225	Autres produits ou services non remboursables

Il s'agit des prestations originellement non remboursables qui sont prises en charge par l'étranger. Le montant est indiqué dans la Z 19.

(\*) L'indemnité forfaitaire (60 €) qui peut, à partir du 1/1/2019, être facturée au patient pour le transport en ambulance suite à un appel 100/112, est également mentionnée sous ce pseudo-code.

**RUBRIQUE : IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR****LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 12 N - 68**

Pour la structure des numéros INAMI des dispensateurs de soins : voir annexe 16.

Le numéro d'identification est composé de 11 positions et est toujours précédé d'un zéro dans la première position de la zone 15.

Il s'agit du numéro d'identification du dispensateur de soins qui a réellement effectué la prestation. Ce numéro doit figurer sur l'attestation de soins. Lorsque la prestation a été effectuée confraternellement par plusieurs dispensateurs, le numéro de chaque dispensateur doit figurer sur l'attestation, mais un seul dispensateur pris au hasard est indiqué dans cette zone. Dans la zone 16 il sera fait mention qu'il y a eu "plusieurs dispensateurs".

Ces règles ne sont pas d'application pour les praticiens de l'art infirmier.

Les règles spécifiques pour les praticiens de l'art infirmier sont reprises dans l'ET 50 Z 4 S 23 et suivantes.

Exceptionnellement, pour les maisons médicales, le numéro d'agrément de celles-ci est à indiquer dans cette zone

(☞ 18) lors de la facturation du pseudo-code 0109594 (jusqu'au 31/12/2023) ou 0400396 (à partir du 1/1/2024).

Cette zone est égale à zéro pour les forfaits 0109616, 0509611 et 0409614.

(☞ 12) Pour les prestations à l'acte, le prestataire doit être mentionné.

Si un dispensateur obtient une nouvelle qualification au cours d'un mois (ou d'un trimestre), les prestations effectuées avant la date d'obtention de cette nouvelle qualification doivent être facturées avec l'ancien numéro d'identification ; les prestations effectuées à partir de cette date doivent être facturées avec le nouveau numéro d'identification.

Honoraires ou quotes-parts personnelles forfaitaires

0460784, 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146,

0700000, pseudo-codes oncofreezing et pseudo-codes montant global prospectif: pseudo-numéro dispensateur 01.00001.06.999

(☞ 8) 0590181, 0590203, 0590310 et 0590332 : numéro d'identification du médecin-chef, responsable pour la garde.

honoraires forfaitaires par date de prélèvement pour biologie clinique ambulatoire (AR 24/9/1992), 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : numéro du dispensateur (ou un des dispensateurs) qui a effectué les prestations de biologie clinique (respectivement les prestations de radiologie) de la prescription concernée.

0460703, 0460821 : numéro d'un radiologue de l'hôpital.

(☞ 10) 0641524 : numéro du bandagiste.

Intervention dans la délivrance de matériel corporel humain

Numéro d'identification du médecin responsable de la banque de matériel corporel humain = coordinateur de la banque de matériel corporel humain.

Suppléments de l'art. 14 m) de la nomenclature relatifs aux transplantations

Lorsque les codes 0269872 à 0269964 sont mentionnés dans la Z 4, le contenu de cette zone doit être égal à zéro.

Défibrillateurs cardiaques implantables et leurs électrodes

Numéro du prestataire des implants.

(☞ 14) Matériel thrombectomie mécanique (convention art. 56): Numéro du fournisseur d'implant (actif dans un établissement hospitalier ayant adhéré à la convention).

Plâtre, lait maternel et bains désinfectants pour brûlures

Lors de la facturation des bandes et autres matières plâtrées, du lait maternel, des bains désinfectants pour brûlures, cette zone doit être mise à 0.

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

Pour les produits, prestations et services non remboursables, cette zone doit être égale à 0.

(☞ 22) Exception : pour le pseudo-code 960035-960046 (prestations de laboratoire non remboursables) **et pour les codes de transparence (codes 384016 à 384230)**, le dispensateur de soins doit obligatoirement être mentionné.

Implants (à partir du 1/7/2014) (AR du 24/6/2014):

Catégorie I = implants, Catégorie II = dispositifs médicaux invasifs

- Catégorie A : remboursés sur la base du prix individuel lorsqu'ils sont repris sur une liste nominative  
 Catégorie B : remboursés de façon non-forfaitaire sans être repris sur une liste nominative et si le prix ne dépasse pas la marge de sécurité  
 Catégorie C : remboursés de façon non forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative (une marge de sécurité est fixée)  
 Catégorie D : remboursés de façon forfaitaire sans être repris sur une liste nominative  
 Catégorie E : remboursés de façon forfaitaire seulement s'ils sont repris sur une liste nominative  
 Catégorie F : remboursés sur base du prix de vente TVA incluse (fixé par le CMD)  
 Catégorie G : remboursés dans le cadre d'une "Application Clinique Limitée"  
 Catégorie H : remboursés dans le cadre d'un contrat conclu avec l'INAMI

Information statistique relative aux honoraires forfaitaires pour soins infirmiers, en cas de pseudo-codes de l'art. 8, § 5, 3°, c avec la norme 9, le contenu de cette zone est égal à zéro.

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

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

« Enregistrements à zéro » dans le cadre du montant global prospectif : toujours égal à zéro

(☞22) **Codes transparence médecins et dentistes: toujours égal à zéro**

Lait maternel (pseudo-code 695052-695063).

(☞16) Base légale : AR du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1er, 5° a), 19°, 20° et 20bis de la loi (voir liste, PARTIE II, TITRE 2, chapitre IV).

(☞16) Avant le 1/9/2023

L'intervention dans le coût du lait maternel est fixée comme suit :

- a) pour une quantité de 200 ml ou moins, l'assurance rembourse la différence entre le prix de base, qui est de 0,32 EUR/10 ml, et l'intervention forfaitaire de 0,30 EUR à charge du bénéficiaire;  
 b) par tranche de 20 ml supplémentaire, l'intervention de l'assurance est fixée à 0,62 EUR

Règles de calcul

- Le nombre de millilitres est arrondi vers le bas, par tranche :  
 p.ex 188 ml → pour le calcul : 180ml : 18 tranches de 10 ml (8 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)  
 p.ex 233 ml → pour le calcul : 220 ml : 20 tranches de 10 ml et 1 tranche de 20 ml (13 ml est insuffisant pour la prochaine tranche)  
 En dessous de 200ml, il y a, donc, des tranches de 10 ml et au dessus de 200ml des tranches de 20 ml.
- L'intervention personnelle est de 0,30 € pour la première tranche de 200ml et 0,02 € pour chaque tranche supplémentaire de 20 ml.
- Cas particulier : quantité > 9 999 ml : la facturation doit être scindée en différents enregistrements (vu que la zone 22 ne compte que 4 positions)

Exemple 1

556 ml est facturé → zone 22 = 556

556 ml → 20 \* 10 ml + 17 \* 20 ml = 540 ml (16 ml est insuffisant pour la prochaine tranche de 20 ml)

Remboursement (Z 19) = (20 \* 0,32 €) - 0,30 € + (17 \* 0,62 €) = 16,64 €

Intervention personnelle (Z 27) = 0,30 € + (17 \* 0,02 €) = 0,64 €

Pour les implants avec des listes nominatives, le montant exact de la marge de délivrance et de la marge de sécurité est publié par l'INAMI dans les listes concernées.

Pour les implants sans listes nominatives, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies vers le bas.

Si plusieurs implants sont facturés via un seul enregistrement (pas possible pour certains implants, voir ET 50 Z 22 S1), alors, la marge de délivrance et la marge de sécurité doivent être calculées et arrondies par unité et ensuite multipliées par le nombre d'unités.

La marge de délivrance pour les défibrillateurs cardiaques implantables (à partir du 1/1/2014) doit toujours être calculée sur base des montants de base des tranches, également dans le cas d'un(e) appareil/électrode après la liquidation complète de l'enveloppe (appareil/électrode à 1€) ou dans le cas de la dernière tranche ou dans le cas d'un remplacement sous garantie.

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

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

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

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

(☞14) Hospitalisation à domicile: pour les interventions forfaitaires, aucune intervention personnelle ne peut être facturée. Cette zone est donc toujours égale à zéro.

Remarque: un ticket modérateur peut bien être attesté pour les éventuelles prestations de l'art. 8 effectuées lors une hospitalisation à domicile.

« Enregistrements à zéro » dans le cadre du montant global prospectif : toujours égal à zéro

(☞22) Codes transparence médecins et dentistes: toujours égal à zéro

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

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

---

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

---

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

---

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

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les deux dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

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

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

Transport urgent de malades

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

Implants :

- Aucun supplément ne peut être imputé et mentionné dans cette zone sauf pour la prestation « cortex osseux » (167694-167705).
- Les implants non remboursables (pseudo-code 960234-960245) peuvent, seulement, être facturés au patient s'ils sont notifiés (le code de notification doit être mentionné dans la zone 55-56).

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

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

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

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

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

Dentistes:

Les montants qui sont facturés (au patient) pour les ancrages mécaniques, pour l'utilisation d'un substitut dentinaire bioactif et lors d'un traitement endodontique, en cas de score DETI classe B, documenté dans le dossier, sont mentionnés dans cette zone.

Les "majorations" qui sont facturés (au patient) dans le cadre des tarifs maximaux (point 6.2 de l'Accord National Dento-Mutualiste 2020-2021), sont mentionnées dans cette zone.

Montant global prospectif: toujours égal à zéro.

« Enregistrements à zéro »: supplément possible

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

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

---

**RUBRIQUE : LIBELLE DU PRODUIT**

---

**LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 30 A - 231**

---

(☞9) Si un code 096XXXX est utilisé dans la zone 4 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 0960691 et 0960713.

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

(☞22) A partir du 1/10/2024, cette zone doit également être remplie pour les codes de transparence 384075, 384090, 384112 et 384134 (catégorie 1), 384230 (catégorie 3) et 384156, 384171 et 384193 (catégorie 4).