

INSTRUCTIONS RELATIVES A
LA COLLECTE DE DONNEES
DES PRESTATIONS PHARMACEUTIQUES
(PISTE UNIQUE : FACTURE ET STATISTIQUE)

Liste des personnes à contacter dans les organismes assureurs.
Adresses e-mail à utiliser par les OT pour accepter/rejeter le fichier de décompte ou contester le refus d'une facture par l'OA.

A.N.M.C.

Mr. PIOT David	0471/67.71.63	Analyse et caractéristiques générales
Mme. PLATTIAU Els	02/246.45.02	Exploitation
Adresse e-mail	validite.sds.sa@mc.be	Tarifification + problèmes généraux

U.N.M.N.

M. RUYTERS P.	02/535.98.50
Mme HURTADO CRUZ K. (FR)	02/300.11.03
Mme. SCHOELS J. (FR)	02/535.73.87
Adresse e-mail générale	Pharma200@lnz.be

U.N.M.S.

Adresse e-mail générale	Farmanet.Helpdesk@socmut.be
-------------------------	--

U.N.M.L.

Ben Goetschalckx	02/542 8621	Ben.goetschalckx@lm.be
Michiel Van Snick	02/542 8725	Michiel.VanSnick@lm.be
Borryn Roxanne	02/542 8686	Roxanne.Borryn@lm.be
E-mail adresse	pharmanet.400@lm.be	

M.L.O.Z.

02/778.95.55

Vous suivez les instructions demandées et vous êtes dirigé vers la bonne personne de contact.
 Accessible tous les jours ouvrables entre 8h30 et 12h et entre 13h30 et 15h30.

Adresse E-mail :

Contfac@mloz.be

Pour vos questions concernant le tarif, le paiement et le remboursement de votre envoi.
 Merci de mettre le numéro INAMI de votre OT en objet du mail afin d'optimiser le traitement.

C.A.A.M.I.**Facturation (accords avec fichiers de décompte, information sur les rejets...)**

Tél : 02/504.66.04

farmanet@caami-hziv.fgov.be**(My)Carenet (flux : problèmes techniques dans le traitement, avec les messages)**

Tél : 02/229.34.35

helpdesk.carenet@caami.be**C.S.S. de HR rail**

Mme VANDEKERKHOVE Inge 02/525.25.74 ou 02/525.35.56

Adresse e-mail générale: pharmanet@hr-rail.be

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet.

(☞ 42)

Annexe 3

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet.

Dessin support électronique.

Les enregistrements sont inscrits consécutivement sans signe séparateur distinct (comme par ex. "CR").

ET 10	ET 20	ET 40	ET 41	ET 40	ET 41	ET 40	ET 41	...	ET 80	...	ET 90
		Ensemble des ET 40 - 41 dans un bloc 20-80 = prescription									
		1 bloc avec les ET 20 - 40 - 80 par prescription									

Structure de la codification des anomalies

Toute anomalie détectée est identifiée par un code de 6 chiffres (RRZZNN) dont la signification est la suivante :

RR = type d'enregistrement.

ZZ = numéro de la zone dans le type d'enregistrement.

NN = numéro d'ordre attribué à l'anomalie.

Un certain nombre de valeurs "NN" sont réservées aux contrôles standards :

01 = donnée non numérique.

02 = chiffre de contrôle (check-digit) erroné.

03 = donnée non autorisée.

09 = caractères interdits.

20 = donnée inconnue au fichier de l'O.A.

Les codes d'erreur RRZZ01, RRZZ02, RRZZ03, RRZZ09 et RRZZ20 sont prévus de façon standard.

Ensuite, la partie "NN" est subdivisée en 3 catégories :

a) NN = 0X : erreur technique pour une zone.

NN = 1X : erreur technique pour une zone dont l'origine est tributaire de la valeur d'une autre zone.

b) NN = 2X, 3X : erreur de tarification d'une zone.

NN = 4X, 5X : erreur de tarification d'une zone dont l'origine est tributaire de la valeur d'une autre zone.

c) NN = 6X, 7X : code d'erreur réservé à l'usage interne de l'O.A. pour une zone.

NN = 8X, 9X : code d'erreur réservé à l'usage interne de l'O.A. pour une anomalie qui résulte du rapport entre zones.

Nature des erreurs

Les anomalies peuvent être de diverses natures.

B erreur bloquante, ne concerne que les éléments qui empêchent l'identification de l'envoi ou le traitement correct du support électronique.

F erreur entraînant le rejet de la prescription.

R erreur entraînant le rejet de l'enregistrement correspondant.

E erreur relative aux données facultatives ou aux données reprises dans des fichiers de référence qui ne sont pas à la disposition de l'office de tarification. Cette erreur est donc communiquée à titre d'information.

S erreur corrigée par l'O.A. et qui n'a donc pas fait l'objet d'un rejet.

Les erreurs de type NN = 20 sont examinées une par une par l'O.A.

Principes

(☞) Les codes erreurs ne sont d'application que lorsqu'une réglementation de base existe.

Les mêmes codes d'erreurs sont utilisés tant pour le calcul du pourcentage d'erreur que pour la communication des rejets après tarification.

Pour les zones "montant", trois erreurs bloquantes ont été systématiquement prévues :

B RRZZ01 : Montant non numérique
B RRZZ05 : Première position du montant différente de + ou -
B RRZZ06 : Partie numérique de la zone contient un montant signé

Les zones ou positions de réserve doivent aussi strictement être respectées, sinon, les codes suivants apparaîtront :

B RRZZ01 : Contenu zone différent de zéro
B RRZZ04 : X premier(s) (dernier(s)) chiffre(s) de la zone différent(s) de zéro

Lorsqu'une facture est rejetée au moyen d'un code erreur F 20xxxx, ce même code erreur sera répété dans les ET 40 et ET 80 (les deux premières positions seront donc 20 et non 40 ou 80).

Règles des contrôles

a) Anomalies bloquantes et non-bloquantes

Il y a deux types d'erreurs bloquantes :

Type "B" : Ces erreurs bloquent la procédure de contrôle. Le fichier entier est rejeté et renvoyé à l'établissement de facturation.

Toutes les communications d'erreurs dans les enregistrements de type 10 et 90 sont bloquantes, ainsi qu'un nombre restreint d'erreurs dans les enregistrements de type 20, 30, 40, 50 et 80.

Type "F" : Ces erreurs bloquent la procédure de contrôle sur la prescription. La prescription concernée est rejetée et la procédure se poursuit pour la prescription suivante.

La plupart des communications d'erreurs dans les enregistrements de type 20 et 80 qui ne sont pas bloquantes pour le fichier, le sont pour la prescription.

Les erreurs de type R, S et E ne sont bloquantes, ni pour le fichier, ni pour la prescription.

b) Seuils de tolérance

Le processus prévoit une comparaison entre le nombre d'enregistrements corrects et le nombre total d'enregistrements.

Les seuils de tolérance sont calculés selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Total enregistrements rejetés}}{\text{Nombre total d'enregistrements}}$$

Pour ce calcul, seuls entrent en ligne de compte les codes erreurs de types F ou R.

Un rejet au niveau de la facture (type d'erreur F) implique que tous les enregistrements figurant dans la facture rejetée, doivent être considérés comme des enregistrements rejetés.

(☞ 42) Lors d'une erreur bloquante (type d'erreur B) le processus de contrôle se termine.

Le seuil de tolérance est fixé à 5 %.

(☞ 39) Lorsque le seuil de tolérance est dépassé (nombre d'enregistrements rejetés/nombre total d'enregistrements > 5%), alors le fichier de facturation est rejeté dans sa totalité, à condition qu'il y ait au moins 50 lignes rejetées.

c) Communications

Une erreur ne sera constatée que lorsque le résultat ne correspond pas à un algorithme convenu ou défini, ou à un fichier de référence pour l'office de tarification. Toute erreur signalée par l'organisme assureur doit donc pouvoir être vérifiée par l'office de tarification (à l'exception du numéro d'identification du bénéficiaire).

Lorsqu'un code erreur doit être créé à propos de la non-correspondance entre deux zones, il le sera une seule fois et localisé de la façon la plus rationnelle possible.

Pour les zones facultatives, à l'exception des erreurs B, seules des erreurs de type E seront envoyées.

Les erreurs relatives aux zones facultatives et aux zones réservées ne peuvent pas être prises en compte pour la détermination du pourcentage d'erreurs.

CODES ERREURS E et S.**Définition :**

- (☞ 42) E : erreur relative aux données facultatives ou aux données reprises dans des fichiers de référence qui ne sont pas à la disposition de l'office de tarification ; il n'y a donc pas de rejet, l'erreur est indiquée à titre informatif dans le fichier de décompte. Une zone facultative non remplie selon les prescriptions, doit être mise à zéro.
- (☞ 42) S : erreur corrigée par l'O.A. et qui n'a donc pas fait l'objet d'un rejet, l'erreur ne doit pas être indiquée dans le fichier de décompte.

Enregistrement de type 10.

E 100520 : numéro de compte financier inconnu dans le fichier "TIERS" de l'O.A.

Enregistrement de type 20.

- (☞ 21) E 200823 : statut du patient incompatible avec le contenu de la zone flag assurance (ET 10 Z 10) et il n'y a pas eu de consultation du réseau (MyCarenet) ou l'engagement de paiement n'est pas en règle.
- E 200861 : bénéficiaire sanctionné.
- S 200903 : code sexe non autorisé ($\neq 0, 1$ ou 2).
- S 201203 : année de naissance non autorisée ($\neq 0000$ ou < 1880 ou $>$ date actuelle).
- (☞ 26)E 201522 : numéro de l'établissement de séjour différent dans MyCarenet ou dans le fichier de l'OA mais tarification à l'unité appliquée.
- (☞ 21)E 202703 : CB1 non autorisé (5^{ème} chiffre $\neq 1$ ou 4 et 7^{ème} chiffre $\neq 0$ ou 1) et ET 20 Z 10 = 3.
- (☞ 21)E 202710 : combinaison CB1-CB2 non autorisée et ET 20 Z 10 = 3.
- (☞ 4) S 203210 : flag identification bénéficiaire (= 0) n'est plus autorisé, sauf pour les nouveaux-nés et Conventions Internationales et ET 10 Z 22-23 ≤ 0200607 .
- S 204231 : format erroné
- S 204331 : format erroné
- (☞ 21)S 204336 : CB1-CB2 incompatible avec ceux de la consultation réseau (MyCarenet).
- S 204431 : format erroné
- S 204531 : format erroné

Enregistrement de type 40.

- (☞39) E 400149 : enregistrement rejeté suite à une erreur dans l'enregistrement 41 correspondant.
- E 400524 : CB1-CB2 (ET 20 Z 27) à la date de délivrance ≠ CB1-CB2 mentionné dans le fichier de l'O.A. et pas d'influence sur la facturation.
- (☞26) E 400542 : patient hospitalisé.
- E 400544 : déjà remboursé (double facturation).
- E 400548 : date de délivrance incompatible avec la période de l'accord médecin conseil.
- E 402255 : quantité maximum dépassée pendant la période facturée.
- (☞21) S 402402 : numéro d'identification du prescripteur avec check-digit erroné et ET 20 Z 10 = 3.
- (☞21) E 402420 : numéro d'identification du prescripteur inconnu dans le fichier de l'O.A. et ET 20 Z 10 = 3.
- (☞21) E 402421 : numéro d'identification du prescripteur clôturé et ET 20 Z 10 = 3.
- (☞21) E 402422 : code qualification inconnu pour ce prescripteur et ET 20 Z 10 = 3.
- (☞21) E 402440 : prescripteur non habilité et ET 20 Z 10 = 3.
- (☞23) E 403321 : code facturation ≠ 3 et communication, par l'OA, " plafond MAF atteint " (message MyCarenet).
- E 404042 : numéro d'identification du produit incompatible avec le code sexe du bénéficiaire.
- E 404043 : numéro d'identification du produit incompatible avec l'âge du bénéficiaire.
- E 404046 : code produit pour lequel une autorisation médecin conseil est requise et cette autorisation fait défaut.
- E 404048 : code produit incompatible avec l'autorisation médecin conseil délivrée.

Enregistrement de type 41.

- (☞42) E 410640 : la somme des montants AMI et du montant de la part personnelle dans les enregistrements 40 est différente de la somme des montants statistiques dans les enregistrements 41 donc $ET\ 40\ Z\ 19 + ET\ 40\ Z\ 51 + ET\ 40\ Z\ 27 \neq ET\ 41\ Z\ 20-21 + ET\ 41\ Z\ 19 + ET\ 41\ Z\ 27 + ET\ 41\ Z\ 38 + ET\ 41\ Z\ 6-7 + ET\ 41\ Z\ 24-25 + ET\ 41\ Z\ 30-31 + ET\ 41\ Z\ 39$.
- (☞37) E 414242 : numéro autorisation pas correct.
- (☞40) E 414243 : il s'agit d'un médicament du Chapitre IV de l'AR du 01/02/2018 mais le CNK de l'ET 41 Z 40-41 n'est pas repris au paragraphe correspondant à l'autorisation en cours de validité reprise dans le dossier du patient et le patient n'a pas muté dans les 12 derniers mois et l'ET 41 Z 9 = 1 et l'ET 10 Z 22-23 ≥ 0202011.

CODES ERREURS BLOQUANTS.**Définition :**

B : erreur bloquante, ne concerne que les éléments qui empêchent l'identification de l'envoi ou le traitement correct du support magnétique.

Enregistrement de type 10.

- B 100101 : code de l'enregistrement non numérique.
- B 100103 : code de l'enregistrement non autorisé ($\neq 10$).
- B 100110 : enregistrement de type 10 et numéro d'ordre de l'enregistrement $\neq 0000001$.
- B 100111 : enregistrement de type 10 non suivi par un enregistrement de type 20.
- B 100201 : numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique.
- B 100212 : numéro d'ordre de l'enregistrement différent de 0000001.
- B 100401 : version fichier non numérique.
- B 100403 : version fichier non autorisée ($\neq 0002000$ ou 9992000).
- (☞ 17) B 100501 : contenu zone différent de zéro.
- ~~B 100502 : numéro de compte financier avec check digit erroné.~~
- ~~(☞ 9) B 100510 : numéro de compte financier absent et ET 10 Z 22-23 ≥ 0200807 .~~
- (☞ 17) B 100601 : contenu zone différent de zéro.
- B 100701 : numéro d'envoi non numérique.
- B 100703 : numéro d'envoi absent.
- (☞ 8,42) B 100720 : numéro d'envoi différent de la zone 301 du segment 300 du message 520000.
- B 100721 : double numéro par office de tarification dans une même année.
- (☞ 8,42) B 100810 : référence facture \neq de la zone 303 du segment 300 du message 520000.
- B 100901 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 1) B 101001 : flag assurance non numérique.
- (☞ 6) B 101003 : flag assurance non autorisé ($\neq 0$ ou 1).
- (☞ 6) B 101012 : flag assurance = 1 et ET 40 Z 5 ≥ 20080101 .
- B 101101 : contenu zone différent de zéro
- B 101201 : contenu zone différent de zéro.
- B 101301 : contenu zone différent de zéro.
- B 101401 : numéro d'identification de l'office de tarification non numérique.
- B 101402 : numéro d'identification de l'office de tarification avec check-digit erroné.
- B 101403 : numéro d'identification de l'office de tarification non autorisé (doit commencer par 092 et se terminer par 000).
- B 101404 : premier chiffre de la zone différent de zéro.
- B 101420 : numéro d'identification de l'office de tarification inconnu dans le fichier de l'OA..
- B 101501 : contenu zone différent de zéro.
- B 101601 : contenu zone différent de zéro.
- B 101701 : contenu zone différent de zéro.
- B 101801 : contenu zone différent de zéro.
- B 101901 : contenu zone différent de zéro.
- B 102001 : contenu zone différent de zéro.
- B 102101 : contenu zone différent de zéro.

- B 102201 : année et mois de facturation non numériques.
- B 102203 : année et mois de facturation non autorisés.
- B 102204 : premier chiffre de la zone différent de zéro.
- B 102210 : année et mois de facturation postérieurs à la date actuelle.
- (☞ 8, 42) B 102211 : année et mois de facturation incompatibles avec la zone 300 du segment 300 du message 520000.
- B 102401 : contenu zone différent de zéro.
- B 102501 : date de création non numérique.
- B 102503 : date de création non autorisée.
- B 102510 : date de création postérieure à la date actuelle.
- B 102511 : année et mois de création antérieurs à année et mois de facturation (zone 22-23).
- (☞ 8, 42) B 102512 : année et mois de création incompatible avec la zone 302 du segment 300 du message 520000.
- (☞ 24) B 102701 : contenu zone différent de zéro et ET 10 Z 22-23 < 0201507.
- (☞ 24) B 102703 : numéro BCE non autorisé
- (☞ 24) B 102710 : numéro BCE absent et ET 10 Z 22-23 ≥ 0201507
- B 102809 : la référence de l'office de tarification contient d'autres signes que les lettres de A à Z, les chiffres de 0 à 9 et les signes algébriques + et -.
- B 102901 : contenu zone différent de zéro.
- B 103001 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 11) B 103103 : BIC compte financier non autorisé.
- (☞ 9) B 103110 : BIC compte financier absent et ET 10 Z 22-23 ≥ 0200901.
- B 103501 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 9) B 103602 : IBAN compte financier avec chiffre de contrôle erroné (positions 3 et 4).
- (☞ 11) B 103603 : IBAN compte financier non autorisé.
- (☞ 9) B 103610 : IBAN compte financier absent et ET 10 Z 22-23 ≥ 0200901.
- B 104201 : contenu zone différent de zéro.
- B 104301 : contenu zone différent de zéro.
- B 104401 : contenu zone différent de zéro.
- B 104501 : contenu zone différent de zéro.
- B 104601 : contenu zone différent de zéro.
- B 104701 : contenu zone différent de zéro.
- B 104801 : contenu zone différent de zéro.
- B 104901 : contenu zone différent de zéro.
- B 105009 : la référence 2 de l'office de tarification contient d'autres signes que les lettres de A à Z, les chiffres de 0 à 9 et les signes algébriques + et -.
- B 105101 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 13) B 105201 : contenu zone différent de zéro.
- B 109801 : contenu zone différent de zéro.
- B 109902 : chiffres de contrôle de l'enregistrement erronés.

Enregistrement de type 20.

- B 200101 : code de l'enregistrement non numérique.
- B 200110 : enregistrement de type 20 non précédé par un enregistrement de type 10 ou 80.
- B 200201 : numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique.
- B 200210 : numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1.
- B 200401 : contenu zone différent de zéro.
- B 200501 : contenu zone différent de zéro.
- B 200601 : numéro de l'officine non numérique.
- B 200701 : numéro de la mutualité d'affiliation non numérique.
- B 200901 : code sexe non numérique.
- B 201001 : type de facture non numérique.
- B 201101 : type de facturation non numérique.
- B 201201 : année de naissance non numérique.
- B 201401 : numéro d'identification de l'office de tarification non numérique.
- (☞ 18) B 201501 : numéro de l'établissement de séjour non numérique.
- B 201601 : délivrance différée non numérique.
- B 201701 : contenu zone différent de zéro.
- B 201801 : numéro de la mutualité de destination non numérique.
- B 201812 : numéro de la mutualité de destination inférieur au numéro de mutualité précédent.
- B 201901 : numéro du pharmacien titulaire non numérique.
- B 202001 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 27) B 202101 : indicateur MAF non numérique.
- B 202201 : contenu zone différent de zéro.
- B 202301 : flag prescription non numérique.
- (☞ 8) B 202401 : contenu de la zone différent de zéro et ET 10 Z 22-23 ≥ 0200805
- (☞ 21) B 202601 : code levée délai de prescription non numérique.
- B 202701 : CB1-CB2 non numérique.
- B 202704 : quatre premiers chiffres de la zone différents de zéro.
- (☞ 8) B 202901 : contenu de la zone différent de zéro et ET 10 Z 22-23 ≥ 0200805
- B 203201 : flag identification bénéficiaire non numérique
- (☞ 22) B 203301 : indication délivrance unique/occasionnelle non numérique.
- B 203401 : numéro de l'envoi précédent non numérique.
- B 203701 : numéro de la mutualité de la facturation précédente non numérique.
- B 203801 : référence mutualité non numérique.
- B 204001 : contenu zone différent de zéro.
- B 204101 : année et mois de facturations précédentes non numériques.
- B 204601 : contenu zone différent de zéro.
- B 204701 : contenu zone différent de zéro.
- B 204801 : contenu zone différent de zéro.
- B 204901 : contenu zone différent de zéro.
- B 205009 : la référence 2 de l'office de tarification contient d'autres signes que les lettres de A à Z, les chiffres de 0 à 9 et les signes algébriques + et -.
- B 205101 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 13) B 205201 : contenu zone différent de zéro.
- B 209801 : contenu zone différent de zéro.
- B 209902 : chiffres de contrôle de l'enregistrement erronés.

Enregistrement de type 40.

- B 400101 : code de l'enregistrement non numérique.
- (☞ 35) B 400110 : enregistrement de type 40 non précédé par un enregistrement de type 20, 40 ou 41.
- (☞ 35) B 400111 : enregistrement de type 40 non suivi par un enregistrement de type 40, 41 ou 80.
- B 400201 : numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique.
- B 400210 : numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1.
- B 400401 : pseudo-code catégorie médicaments ou autre non numérique.
- B 400404 : premier chiffre de la zone différent de zéro.
- B 400501 : date de délivrance non numérique.
- B 400601 : numéro de l'officine non numérique.
- B 400701 : numéro de la mutualité d'affiliation non numérique.
- B 400901 : code sexe bénéficiaire non numérique.
- B 401001 : contenu zone différent de zéro.
- B 401101 : contenu zone différent de zéro.
- B 401201 : année de naissance non numérique.
- B 401401 : numéro d'identification de l'office de tarification non numérique.
- B 401501 : numéro pharmacien titulaire non numérique.
- B 401504 : premier chiffre de la zone différent de zéro
- B 401601 : délivrance différée non numérique.
- B 401701 : contenu zone différent de zéro.
- B 401801 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 13) B 401901 : intervention AMI 1 non numérique.
- B 401905 : première position du montant différente de + ou -.
- B 401906 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 402001 : contenu zone différent de zéro.
- B 402201 : quantité non numérique.
- B 402205 : première position de la zone différente de + ou -.
- B 402206 : partie numérique de la zone contient une quantité signée.
- (☞ 4) B 402301 : contenu zone non numérique.
- B 402401 : numéro d'identification du prescripteur non numérique.
- B 402404 : premier chiffre de la zone différent de zéro.
- (☞ 29) B 402601 : indication prescription électronique non numérique.
- B 402701 : quote-part personnelle pour médicaments non numérique.
- B 402705 : première position du montant différente de + ou -.
- B 402706 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 402809 : la référence de l'office de tarification contient d'autres signes que les lettres de A à Z, les chiffres de 0 à 9 et les signes algébriques + et -.
- B 402901 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 12) B 403001 : supplément non numérique.
- B 403005 : première position du montant différente de + ou -.
- (☞) B 403006 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- (☞ 22,23) B 403201 : indication dérogation tarification par unité non numérique.
- (☞ 21) B 403301 : code facturation non numérique.
- (☞ 21) B 403401 : indication PMI non numérique.
- (☞ 13) B 403501 : indication 1^{ère} délivrance non numérique.
- (☞ 2) B 403601 : indication DCI non numérique.
- (☞ 4) B 403701 : contenu zone non numérique.

- B 403801 : contenu zone non numérique.
- (☞2) B 403901 : contenu zone non numérique.
- B 404001 : code produit non numérique.
- B 404004 : premier chiffre de la zone différent de zéro.
- (☞13) B 404201 : codification honoraires non numérique.
- (☞13) B 404209 : contenu de la zone 42a différent de zéro.
- (☞37) B 404301 : numéro de classement des autorisations médecins conseils différent de zéro et date de prestation $\geq 1/1/2019$.
- B 404601 : contenu zone non numérique
- B 404605 : la première position différente de + où -.
- B 404606 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 404801 : contenu zone non numérique
- B 404805 : la première position différente de + où -.
- B 404806 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 404901 : intérêts moratoires non numériques.
- B 404905 : première position du montant différente de + ou -.
- B 404906 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 405009 : la référence 2 de l'office de tarification contient d'autres signes que les lettres de A à Z, les chiffres de 0 à 9 et les signes algébriques + et -.
- (☞13) B 405101 : intervention AMI 2 non numérique.
- (☞13) B 405105 : première position du montant différente de + ou -.
- (☞13) B 405106 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- (☞13) B 405201 : contenu zone différent de zéro.
- B 409801 : contenu zone différent de zéro.
- B 409902 : chiffres de contrôle de l'enregistrement erronés.

Type d'enregistrement 41

- B 410101 : code de l'enregistrement non numérique.
- (☞ 35) B 410110 : enregistrement de type 41 non précédé par un enregistrement de type 40.
- B 410201 : numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique.
- B 410210 : numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1.
- B 410401 : pseudo-code catégorie médicaments ou autre non numérique.
- B 410404 : premier chiffre de la zone différent de zéro.
- B 410501 : date de délivrance non numérique.
- (☞ 39) B 410601 : prix ex-usine (IP) non numérique.
- ~~B 410701 : contenu zone différent de zéro.~~
- (☞ 40) B 410901 : flag exception chapitre IV non numérique.
- B 411001 : contenu zone différent de zéro.
- B 411101 : contenu zone différent de zéro.
- B 411201 : contenu zone différent de zéro.
- B 411401 : contenu zone différent de zéro.
- B 411501 : numéro pharmacien titulaire non numérique.
- B 411504 : premier chiffre de la zone différent de zéro.
- B 411601 : contenu zone différent de zéro.
- B 411701 : contenu zone différent de zéro.
- B 411801 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 39) B 411901 : marge grossiste (AMI) non numérique.
- (☞ 39) B 412001 : prix ex-usine (AMI) non numérique.
- ~~B 412201 : contenu zone différent de zéro.~~
- B 412301 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 39) B 412401 : marge grossiste (IP) non numérique.
- B 412601 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 39) B 412701 : marge économique (AMI) non numérique.
- B 412901 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 39) B 413001 : marge économique (IP) non numérique.
- B 413201 : contenu zone différent de zéro.
- B 413301 : contenu zone différent de zéro.
- B 413401 : contenu zone différent de zéro.
- B 413501 : contenu zone différent de zéro.
- B 413601 : contenu zone différent de zéro.
- B 413701 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 39) B 413801 : honoraires pharmacien (AMI) non numérique.
- (☞ 39) B 413901 : honoraires pharmacien (IP) non numérique.
- B 414001 : code produit non numérique.
- B 414004 : premier chiffre de la zone différent de zéro.
- B 414201 : contenu de la zone 42a différent de zéro.
- (☞ 36) B 414209 : contenu zone 42b-43-44 différent de zéro et ET 10 Z 22-23 < 0201806.
- B 414210 : numéro autorisation du médecin conseil non numérique et ET 10 Z 22-23 ≥ 0201901.
- B 414601 : contenu zone différent de zéro.
- B 414801 : contenu zone différent de zéro.
- B 414901 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 37) ~~B 415001 : 14 premières positions du numéro 2D matrix (GTIN) non numérique.~~
- B 415101 : contenu zone différent de zéro.
- B 415201 : contenu zone différent de zéro.
- B 419801 : contenu zone différent de zéro.
- B 419902 : chiffres de contrôle de l'enregistrement erronés.

Enregistrement de type 80.

- B 800101 : code de l'enregistrement non numérique.
- (☞35) B 800110 : enregistrement de type 80 non précédé d'un enregistrement de type 40 ou 41.
- B 800111 : enregistrement de type 80 non suivi par un enregistrement de type 20 ou 90.
- B 800201 : numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique.
- B 800210 : numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1.
- B 800401 : contenu zone différent de zéro.
- B 800501 : contenu zone différent de zéro.
- B 800601 : contenu zone différent de zéro.
- B 800701 : numéro de la mutualité d'affiliation non numérique.
- B 800901 : code sexe non numérique.
- B 801001 : type de facture non numérique.
- B 801101 : contenu zone différent de zéro.
- B 801201 : année de naissance non numérique.
- B 801401 : numéro d'identification de l'office de tarification non numérique.
- B 801501 : contenu zone différent de zéro.
- B 801601 : délivrance différée non numérique.
- B 801701 : contenu zone différent de zéro.
- B 801801 : numéro de la mutualité de destination non numérique.
- (☞13) B 801901 : montant total de l'intervention AMI 1 par prescription non numérique.
- B 801905 : première position du montant différente de + ou -.
- B 801906 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 802001 : contenu zone différent de zéro.
- B 802101 : contenu zone différent de zéro.
- B 802201 : contenu zone différent de zéro.
- B 802301 : contenu zone différent de zéro.
- (☞8) B 802401 : contenu de la zone différent de zéro et ET 10 Z 22-23 ≥ 0200805
- B 802601 : contenu zone différent de zéro.
- B 802701 : total quote-part personnelle par prescription non numérique.
- B 802705 : première position du montant différente de + ou -.
- B 802706 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 802901 : contenu zone différent de zéro.
- (☞13) B 803001 : total supplément par prescription non numérique.
- B 803005 : première position du montant différente de + ou -.
- (☞) B 803006 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 803201 : flag identification bénéficiaire non numérique
- B 803301 : contenu zone différent de zéro.
- B 803401 : contenu zone différent de zéro.
- B 803501 : contenu zone différent de zéro.
- B 803601 : contenu zone différent de zéro.
- B 803701 : contenu zone différent de zéro.
- B 803801 : contenu zone différent de zéro.
- B 803901 : contenu zone différent de zéro.
- B 804001 : contenu zone différent de zéro.
- B 804101 : contenu zone différent de zéro.
- B 804201 : contenu zone différent de zéro.

- B 804301 : contenu zone différent de zéro.
- B 804401 : contenu zone différent de zéro.
- B 804501 : contenu zone différent de zéro.
- B 804601 : contenu zone non numérique.
- (☞) B 804605 : première position du montant différente de + ou -.
- (☞) B 804606 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 804801 : contenu zone non numérique.
- (☞) B 804805 : première position du montant différente de + ou -.
- (☞) B 804806 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 804901 : intérêts moratoires non numériques.
- B 804905 : première position du montant différente de + ou -.
- B 804906 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 805009 : la référence 2 de l'office de tarification contient d'autres signes que les lettres de A à Z, les chiffres de 0 à 9 et les signes algébriques (+ et -).
- (☞ 13) B 805101 : montant total de l'intervention AMI 2 non numérique.
- (☞ 13) B 805105 : première position du montant différente de + ou -.
- (☞ 13) B 805106 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- (☞ 13) B 805201 : contenu zone différent de zéro.
- B 809802 : chiffres de contrôle de la prescription erronés.
- B 809902 : chiffres de contrôle de l'enregistrement erronés.

Enregistrement de type 90.

- B 900101 : code de l'enregistrement non numérique.
- B 900110 : enregistrement de type 90 non précédé par un enregistrement de type 80.
- B 900201 : numéro d'ordre de l'enregistrement non numérique.
- B 900210 : numéro d'ordre de l'enregistrement différent du précédent + 1.
- B 900401 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 17) B 900501 : contenu zone différent de zéro.
- ~~B 900512 : contenu différent de celui dans l'ET 10 Z 5-6a.~~
- (☞ 17) B 900601 : contenu zone différent de zéro.
- B 900701 : numéro d'envoi non numérique.
- B 900712 : contenu différent de celui dans l'ET 10 Z 7.
- B 900801 : contenu zone différent de zéro.
- B 900901 : contenu zone différent de zéro.
- B 901001 : contenu zone différent de zéro.
- B 901101 : contenu zone différent de zéro.
- B 901201 : contenu zone différent de zéro.
- B 901301 : contenu zone différent de zéro.
- B 901401 : numéro d'identification de l'office de tarification non numérique.
- B 901412 : contenu différent de celui dans l'ET 10 Z 14.
- B 901501 : contenu zone différent de zéro.
- B 901601 : contenu zone différent de zéro.
- B 901701 : contenu zone différent de zéro.
- B 901801 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 14) B 901901 : total envoi AMI 1 non numérique.
- B 901905 : première position du montant différente de + ou -.
- B 901906 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- (☞ 14) B 901910 : total envoi AMI 1 différent de la somme de tous les enregistrements de type 40 (ou 80) de l'envoi.
- ~~(☞ 42) B 901920 : total envoi AMI 1 différent du montant mentionné dans le document comptable.~~
- B 902001 : contenu zone différent de zéro.
- B 902101 : contenu zone différent de zéro.
- B 902201 : année et mois de facturation non numériques.
- B 902212 : contenu différent de celui dans l'ET 10 Z 22-23.
- B 902401 : contenu zone différent de zéro.
- B 902501 : contenu zone différent de zéro.
- B 902601 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 24) B 902701 : contenu zone différent de zéro et ET 10 Z 22-23 < 0201507.
- (☞ 24) B 902703 : numéro BCE non autorisé
- (☞ 24) B 902710 : numéro BCE absent et ET 10 Z 22-23 ≥ 0201507
- (☞ 26) B 902712 : contenu zone différent de l'ET 10 Z 27
- B 902809 : la référence de l'office de tarification contient d'autres signes que les lettres de A à Z, les chiffres de 0 à 9 et les signes algébriques + et -.
- B 902901 : contenu zone différent de zéro.
- B 903001 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 9) B 903112 : contenu différent de celui dans l'ET 10 Z 31-32-33-34.
- B 903501 : contenu zone différent de zéro.
- (☞ 9) B 903612 : contenu différent de celui dans l'ET 10 Z 36-37-38-39-40-41.

- B 904201 : contenu zone différent de zéro.
- B 904301 : contenu zone différent de zéro.
- B 904401 : contenu zone différent de zéro.
- B 904501 : contenu zone différent de zéro.
- B 904601 : contenu zone différent de zéro.
- B 904701 : contenu zone différent de zéro.
- B 904801 : contenu zone non numérique.
- (☞) B 904805 : première position du montant différente de + ou -.
- (☞) B 904806 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- (☞) B 904810 : montant dû de l'envoi différent de la somme de tous les enregistrements de type 40 (ou 80) de l'envoi.
- (☞ 1,42) B 904820 : montant dû de l'envoi différent du montant mentionné dans la zone 503-504 de l'ET 96 du message 520000.
- B 904901 : total intérêts moratoires non numériques.
- B 904905 : première position du montant différente de + ou -.
- B 904906 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- B 904910 : total intérêts moratoires différent de la somme de tous les enregistrements de type 40 (ou 80) de l'envoi.
- ~~(☞ 42) B 904920 : total intérêts moratoires différent du montant mentionné dans le document comptable.~~
- B 905009 : la référence 2 de l'office de tarification contient d'autres signes que les lettres de A à Z, les chiffres de 0 à 9 et les signes algébriques (+ et -).
- (☞ 14) B 905101 : total envoi AMI 2 non numérique.
- (☞ 14) B 905103 : total envoi AMI 2 non autorisé.
- (☞ 14) B 905105 : première position du montant différente de + ou -.
- (☞ 14) B 905106 : partie numérique de la zone contient un montant signé.
- (☞ 14) B 905110 : total envoi AMI 2 différent de la somme de tous les enregistrements de type 40 (ou 80) de l'envoi.
- ~~(☞ 42) B 905120 : total envoi AMI 2 différent du montant mentionné dans le document comptable.~~
- (☞ 13) B 905201 : contenu zone différent de zéro.
- B 909802 : chiffres de contrôle de l'envoi erronés.
- B 909902 : chiffres de contrôle de l'enregistrement erronés.

(☞ 42) **CODES ERREURS F et R.****Définition :**

- (☞ 23) F : erreur entraînant le rejet de la prescription ou de la semaine de tarification (en cas de tarification par unité)
R : erreur entraînant le rejet de l'enregistrement correspondant.

Enregistrement de type 20.

- (☞ 25) F 200119 : Enregistrement 20 rejeté suite au rejet de tous les enregistrements 40 de la facture.
(☞ 23) F 200413 : ordre des semaines/blocs de tarification incorrect.
F 200603 : numéro de l'officine non autorisé.
F 200604 : deux premiers chiffres de la zone différents de zéro.
F 200620 : numéro de l'officine inconnu dans le fichier de l'O.A..
F 200703 : numéro de la mutualité d'affiliation non autorisé.
F 200712 : numéro de la mutualité d'affiliation différent du numéro de la mutualité de destination (ET 20 Z 18).
F 200801 : numéro d'identification du bénéficiaire non numérique (ce libellé d'erreur ne s'applique pas à l'A.N.M.C.).
F 200802 : numéro d'identification du bénéficiaire avec check-digit erroné.
F 200810 : numéro d'identification du bénéficiaire absent.
F 200812 : numéro d'identification du bénéficiaire varie dans les différents enregistrements de cette facture (ET 40 ou 80).
(☞ 2) F 200813 : numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'inscription à la sécurité sociale et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 1
F 200814 : numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'affiliation à l'OA et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 0
(☞ 21) F 200820 : bénéficiaire non connu dans le fichier de l'O.A. et il n'y a pas eu de consultation du réseau (MyCarenet) ou l'engagement de paiement n'est pas en règle.
(☞ 21) F 200842 : bénéficiaire inconnu à la mutualité d'affiliation (ET 20 Z 7) et il n'y a pas eu de consultation du réseau (MyCarenet) ou l'engagement de paiement n'est pas en règle.
(☞ 21) F 201003 : type de facture non autorisé (≠ 3).
(☞ 21) F 201010 : type de facture = 3 et renvoi classement prescription à l'office de tarification (ET 20 Z 28) = blancs ou nuls (excepté pour les spécialités tarifées par unité).
F 201103 : type de facturation non autorisé (≠ 0, 1, 3 ou 4).
(☞ 34) F 201104 : CNK_i ne peut plus être crédité, vu que le CNK_h ou CNK_s s'y rapportant a déjà été facturé et accepté.
(☞ 34,35) F 201105 : CNK_i/CNK_h/CNK_s ne peut pas être crédité, parce qu'aucun CNK_i/CNK_h/CNK_s n'a été enregistré en positif.
F 201412 : contenu différent de celui dans l'ET 10 Z 14.
(☞ 26) F 201502* : numéro de l'établissement de séjour avec check-digit erroné
(☞ 26,28) F 201503* : numéro de l'établissement de séjour ne commence pas par 73, 74, 75 ou 76 et est différent du numéro fictif 070000049999.
(☞ 21,26) F 201521* : numéro de l'établissement de séjour absent alors qu'il est communiqué dans MyCarenet et le patient séjourne en maison de repos.
F 201603 : délivrance différée non autorisée (≠ 0 ou 2).
(☞ 25) F 201610 : valeur = 0 et ET 20 et 80 Z 28 ≠ ET 40 Z 45, sauf pour les spécialités orales-solides tarifées par unité.
F 201611 : valeur = 2 et ET 20 et 80 Z 28 = ET 40 Z 45.
F 201803 : numéro de la mutualité de destination non autorisé.
F 201903 : numéro du pharmacien titulaire non autorisé (2^{ème} position ≠ 0 ou 2, ou 10, 11, 12^{èmes} positions ≠ 001).
F 201904 : premier chiffre de la zone différent de zéro.
(☞ 21) F 201910 : numéro du pharmacien titulaire = 0 et ET 20 Z 10 = 3.
F 201920 : numéro du pharmacien titulaire inconnu dans le fichier de l'OA.
F 202303 : flag prescription non autorisé (≠ 0, 1 ou 2).
(☞ 23,26) (*) ce code erreur ne peut être utilisé que pour les délivrances à partir du 1/1/2016.

- (☞ 21)F 202603 : code levée délai de prescription non autorisé.
- (☞ 21)F 202620 : lettre recommandée non reçue à la mutualité.
- (☞ 21)F 202711 : contenu zone = 0 et ET 20 Z 10 = 3.
- (☞ 16)F 202720 : CB1 - CB2 incompatible avec l'engagement de paiement (message MyCarenet 801910) et il y a une différence financière.
- (☞21,23) R 202810***: zone 16 = 0 et ET 20 et 80 Z 28 ≠ ET 40 Z 45 (excepté pour les spécialités tarifées par unité).
- (☞23) R 202811***: zone 16 = 2 et ET 20 et 80 Z 28 = ET 40 Z 45.
- (☞ 21)F 202820 : numéro de suite prescription médicaments non unique et ET 20 Z 10 = 3 et ET 20 Z 11 = 0 (excepté pour les spécialités tarifées par unité).
 - F 202910 : contenu zone = 0 et ET 20 Z 11 = 1, 3 ou 4.
 - F 203203 : flag identification bénéficiaire non autorisé (≠ 0 ou 1).
- (☞4,13) F 203210 : flag identification bénéficiaire (= 0) n'est plus autorisé, sauf pour les nouveaux-nés, Conventions Internationales et attestation d'assuré social et ET 10 Z 22-23 > 0200607
- (☞ 22) F 203303 : indication délivrance unique/occasionnelle non autorisée (≠ 0 ou 1).
 - F 203410 : contenu zone = 0 et ET 20 Z 11 = 1, 3 ou 4.
 - F 203710 : contenu zone = 0 et ET 20 Z 11 = 1, 3 ou 4.
- (☞ 1) F 203810 : contenu zone = 0 et ET 20 Z 11 = 1 et zone 101 du support de décompte ≠ 0.
 - F 203820 : référence mutualité inconnu.
 - F 204110 : contenu zone = 0 et ET 20 Z 11 = 1, 3 ou 4.
- (☞ 21)F 204209 : parties N, V et A des données de référence réseau non numériques.
- (☞ 21)F 204223*: données de référence carte d'identité sociale périmées, la période de tolérance est expirée et l'assurabilité du patient est incorrecte, ET 20 Z 10 = 3 ou 4 et il y a une différence financière.
- (☞ 16)F 204225 : numéro d'agrément de la consultation du réseau incorrect et l'assurabilité du patient est incorrecte et il y a une différence financière.
- (☞ 16)F 204226 : numéro d'agrément de la consultation du réseau périmé et l'assurabilité du patient est incorrecte et il y a une différence financière.
- (☞ 21)F 204333*: données carte SIS incompatibles avec numéro d'identification mentionné dans la zone 8.
- (☞ 21)F 204533*: partie A de la zone 42-45 différente de 0, 1, 2, 3 ou 9.
- (☞ 21)F 204534** : partie A de la zone 42-45 différente de 0, 2 ou 3.

(☞ 21) (*) supprimé à partir du 1/1/2014

(☞ 21) (**) d'application à partir du 1/1/2014

(☞ 23) (***) supprimé à partir du 1/4/2015

Enregistrement de type 40.

- R 400114 : type d'enregistrement incompatible avec le (pseudo-)code nomenclature (ET 40 Z 40-41).
- (☞ 4,22) R 400119 : enregistrement rejeté suite à une erreur dans un autre enregistrement faisant partie du bloc (dans le cadre de l'enregistrement de détails des préparations magistrales).
- (☞ 22,23) R 400129 : honoraire par semaine par résident en maison de repos (758155) rejeté suite à l'absence d'enregistrement avec spécialité orale-solide.
- (☞ 23) R 400130 : honoraire par semaine par résident en maison de repos (758155) rejeté suite à une erreur dans le seul enregistrement avec spécialité orale-solide ou dans tous les enregistrements avec spécialités orales-solides.
- (☞ 22,25) R 400139 : spécialité orale-solide délivrée à un résident en MRPA-MRS ou honoraire de garde rejeté suite à une erreur dans l'enregistrement honoraire par semaine par résident en maison de repos (758155)
- (☞ 32) R 400149(*) : enregistrement rejeté suite à une erreur dans l'enregistrement 41 correspondant.
- R 400402 : pseudo-code catégorie médicaments ou autre avec check-digit erroné.
- R 400403 : pseudo-code catégorie médicaments ou autre non autorisé (≠ codes mentionnés dans l'ET 40 Z 4).
- (☞ 14) R 400413 : contenu zone = 0 et ET 40 Z 16 ≠ 1.
- (☞ 7,14) R 400417 : facturation d'une préparation magistrale non suivie d'enregistrement(s) de détail et ET 40 Z 16 ≠ 1.
- (☞ 4) R 400418 : pseudo-code 0750315 (enregistrement de détail d'une préparation magistrale) non précédé par un pseudo-code préparation magistrale ou 0750315.
- R 400420 : pseudo-code catégorie médicaments ou autre non valable à la date mentionnée dans l'ET 40 Z 5.
- (☞ 21,22) R 400423 : honoraire pour la délivrance au résident en MRPA-MRS déjà facturé pour la semaine calendrier.
- ~~(☞ 21) R 400424 : honoraire pour délivrance urgente (0758170) et honoraire par semaine (0758155) pour un résident en MRPA-MRS facturés par le même pharmacien.~~
- ~~(☞ 32,36) R 400425 : CNK_i (pharmacien de référence) déjà facturé pour l'année civile.~~
- (☞ 2,43) R 400442*** : code catégorie incompatible avec le sexe du bénéficiaire dans le cas de l'intervention spécifique pour la contraception chez les jeunes.
- (☞ 2,42) R 400443 : code catégorie incompatible avec l'âge ou le statut du bénéficiaire dans le cas de l'intervention spécifique pour la contraception chez les jeunes.
- (☞ 27,28) R 400455 : code catégorie incompatible avec le numéro de l'établissement de séjour (ET 20 Z 15) et [ET 20 Z 33 ≠ 1 ou ET 40 Z 32 ≠ 2 ou ET 40 Z 16 ≠ 1].
- (☞ 22,27) R 400456 : code catégorie incompatible avec le flag délivrance unique/occasionnelle (ET 20 Z 33) ou avec le flag dérogation à la tarification par unité (ET 40 Z 32).
- (☞ 37,40) R 400457** : code catégorie incompatible avec le paragraphe du Chapitre IV pour lequel un accord existe.
- R 400503 : date de délivrance non autorisée.
- R 400512 : date de délivrance postérieure à la date de création (ET 10 Z 25-26).
- (☞ 16) R 400525 : date de délivrance en dehors de la période d'engagement de paiement et il y a une différence financière.
- (☞ 16) R 400526 : CB1-CB2 (ET 20 Z 27) à la date de délivrance incompatible avec l'engagement de paiement (message MyCarenet 801910) et il y a une différence financière.
- (☞ 21) R 400540 : bénéficiaire non en règle à la date de délivrance (uniquement s'il n'y a pas eu consultation du réseau (MyCarenet) ou si l'engagement de paiement n'est pas en règle).
- (☞ 2,9,22) R 400541 : patient décédé avant la date de délivrance ou date > date de décès + 30 jours (dans le cas de l'oxygène) ou date > date de décès + 7 jours (si ET 40 Z 32 = 1).
- R 400546 : période de préemption échue (> 2 ans après la date de délivrance).
- R 400547 : année et mois de délivrance postérieurs de 2 mois à l'année et mois de facturation (ET 10 Z 22-23).
- R 400603 : numéro de l'officine non autorisé.
- F 400604 : deux premiers chiffres de la zone différents de zéro.
- R 400612 : numéro de l'officine différent de celui mentionné dans la zone 6 de l'ET 20.
- R 400620 : numéro de l'officine inconnu dans le fichier de l'O.A..
- R 400703 : numéro de la mutualité d'affiliation non autorisé.
- R 400712 : contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 7.
- F 400801 : numéro d'inscription du bénéficiaire non numérique (ce libellé d'erreur ne s'applique pas à l'A.N.M.C.).
- R 400803 : numéro d'inscription du bénéficiaire incorrect.
- R 400812 : contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 8.
- (☞ 2) F 400813 : numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'inscription à la sécurité sociale et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 1
- F 400814 : numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'affiliation à l'OA et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 0
- R 400820 : bénéficiaire inconnu dans le fichier de l'O.A..
- R 401412 : contenu différent de celui dans l'ET 10 Z 14.
- R 401502 : numéro pharmacien titulaire avec check-digit erroné.
- R 401503 : numéro pharmacien titulaire non autorisé.
- R 401512 : contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 19.
- R 401520 : numéro du pharmacien titulaire inconnu dans le fichier de l'O.A..
- (☞ 14) F 401603 : délivrance différée non autorisée (≠ 0, 1 ou 2).

(☞ 32) (*) ce code erreur n'est pas pris en compte pour le calcul du pourcentage d'erreurs.

(☞ 40) (**) ce code erreur est remplacé par le R 414244 à partir du mois facturé juin 2020.

(☞ 43) (***) ce code erreur ne peut plus être utilisé pour les délivrances à partir du 25 avril 2022.

- F 401610 : valeur = 0 et ET 20 et 80 Z 28 ≠ ET 40 Z 45.
 F 401611 : valeur = 2 et ET 20 et 80 Z 28 = ET 40 Z 45.
 (☞ 14) R 401612 : valeur = 1 et ET 40 Z 19 ≠ 0.
 (☞ 14) R 401613 : valeur ≠ 1 et ET 40 Z 4 = 0.
 (☞ 21,23)R 401614 : valeur = 1 ou 2 et il s'agit d'une délivrance d'une spécialité tarifée à l'unité au résident en MRPA-MRS.
 (☞ 13) R 401903* : intervention AMI 1 non autorisée.
 (☞ 4,14) R 401912 : intervention AMI 1 ≠ 0 et ET 40 Z 16 = 1 ou ET 40 Z 4 = 0750315.
 (☞ 2,13) R 401940* : intervention AMI 1 incompatible avec le fichier de référence.
 R 401942* : montant tarifé incompatible avec le pseudo-code catégorie (ET 40 Z 4).
 (☞ 21) R 401943* : intervention AMI 1 erronée suite à un mauvais CB1/CB2 avec impact financier et il n'y a pas eu de consultation (valable) du réseau (MyCarenet).
 (☞ 6,13) R 401944* : intervention AMI 1 erronée : application du régime préférentiel alors que le 3^{ème} chiffre du CB1 = 0 et ET 40 Z 5 ≥ 20080101.
 (☞ 6,13) R 401945* : intervention AMI 1 erronée: application du régime non préférentiel alors que le 3^{ème} chiffre du CB1 = 1 et ET 40 Z 5 ≥ 20080101.
 (☞ 4) R 402203* : quantité non autorisée.
 (☞ 14) R 402212* : signe quantité incompatible avec le signe de la zone montant intervention de l'assurance diminuée (ET 40 Z 48) et montant ≠ 0.
 (☞ 21) R 402241* : quantité doit être égale à 1 et il s'agit d'une facture originale.
 (☞ 21) R 402242* : quantité > 1 et le code à barres est complété (excepté pour les spécialités tarifées par unité).
 (☞ 4) R 402303* : unité non autorisée.
 (☞ 4) R 402353* : unité incompatible avec pseudo-code catégorie.
 (☞ 21,22)R 402403 : numéro d'identification du prescripteur non autorisé (2^{ème} chiffre ≠ 1, 3 ou 4) et ET 20 Z 10 = 3.
 (☞ 21,23)R 402410 : contenu zone = 0 et ET 20 Z 10 = 3 et ET 40 Z 4 ≠ 758155 ou 754412.
 (☞ 34) R 402411 : contenu zone ≠ 01 00001 06 999 et la "prescription" (ET 20 - ET 80) contient seulement un CNK_i ou CNK_s (pharmacien de référence) et ET 10 Z 22-23 ≥ 0201803
 (☞ 29,30)R 402603 : indication prescription électronique non autorisée (≠ 0, 1 ou 2)
 (☞ 12, 23,43) R 402712 : quote-part personnelle ≠ 0 et ET 40 Z 16 = 1 ou ET 40 Z 4 = 0750315, 0754176, 0754191, 0754250, 0754272 ou 0754294 ou ET 40 Z 33 = 3 ou 9.
 (☞ 14) R 402713 : signe quote-part personnelle médicament incompatible avec signe de la zone montant de l'intervention de l'assurance diminuée (ET 40 Z 48).
 R 402740 : montant intervention personnelle incorrect vis à vis du pseudo-code catégorie (ET 40 Z 4).
 (☞ 12) R 403003 : supplément non autorisé.
 (☞ 13,14) R 403013 : signe supplément médicament incompatible avec signe de la zone montant intervention de l'assurance diminuée (ET 40 Z 48).
 (☞ 13) R 403041 : montant supplément incorrect vis-à-vis du code CNK (ET 40 Z 40-41).
 (☞ 23,27) R 403203 : indication dérogation tarification par unité non autorisée (≠ 0, 1 ou 2).
 (☞ 21,43)R 403303 : code facturation non autorisé (≠ 0, 3 ou 9).
 (☞ 40,41,42)R 403311 : code facturation = 3 et Z 4 ≠ 0750514, 0750536, 0750551, 0753476, 0753491, 0758015, 0758030, 0758052, 0758111, 0758133, 0750573, 0758074, 0755510, 0755532, 0755554, 0755576, 0755591, 0755716, 0755731, 0755753, 0755775, 0755790, 0753432, 0750234, 0750256, 0750293, 0755495 (***), 0743396, 0743411, 0795093, 0750411, 0754736.
 (☞ 23) R 403312** : code facturation = 3 et ET 40 Z 40-41 incompatible avec droit MAF 100%.
 (☞ 21) R 403320 : code facturation = 3 et pas de communication par l'OA, " plafond MAF atteint " (message MyCarenet).
 (☞ 43) R 403323 : code facturation = 9 et bénéficiaire n'appartient pas à catégorie sociale spécifique.
 (☞ 43) R 403324 : code facturation ≠ 9 et bénéficiaire appartient à catégorie sociale spécifique.
 (☞ 21) R 403403 : indication PMI non autorisée (≠ 0 ou 1).
 (☞ 13,26)R 403503 : indication 1^{ère} délivrance non autorisée (≠ 0 ou 1).
 (☞ 18) R 403603 : indication DCI non autorisée (il s'agit d'un antibiotique ou d'un antimycosique sans accord du médecin-conseil et valeur ≠ 1, 2, 3, 4, 5 ou il s'agit d'un autre médicament et valeur ≠ 0, 1, 4).
 (☞ 4) R 403703 : code forme galénique non autorisé.
 (☞ 4) R 403753 : code forme galénique incompatible avec pseudo-code catégorie.
 (☞ 2) R 403802 : chiffre de contrôle erroné (provisoirement pas contrôlé).

(☞ 10) (*) Ces codes erreurs ne peuvent pas être utilisés pour des préparations magistrales

(☞ 23) (**) Ce code erreur peut seulement être utilisé lorsque la facturation MAF à 100% est appliquée pour une spécialité de catégorie Cs, qui n'est pas un vaccin contre la grippe.

(☞ 42) (***) jusqu'au 31 décembre 2021 inclus.

- (☞21) R 404002 : code produit avec check-digit erroné et ET 20 Z 10 = 3.
- (☞17) R 404003 : code produit n'appartient pas au groupe des médicaments les moins chers et il s'agit d'une prescription en DCI (ET 40 Z 36 = 1) ou d'une prescription d'antibiotique/antimycosique sans opposition à la substitution (ET 40 Z 36 = 3).
- (☞34) R 404005 : le CNK_{i1}/CNK_{i2} a déjà été introduit pour ce patient dans l'année civile en cours
- (☞34) R 404006 : CNK_i refusé car le patient est résident d'une MR/MRS à la date d'initiation
- (☞34) R 404007 : le CNK_{h1}/CNK_{h2} a déjà été introduit pour ce patient dans l'année civile en cours
- (☞34,35) R 404008 : le CNK_{h1}/CNK_{h2} pour ce pharmacien est refusé car il est facturé dans la même année civile que le CNK_i pour ce patient
- (☞34) R 404009 : le CNK_{h1} est refusé car aucun CNK_{i1} n'a été introduit pour cette pharmacie et le patient n'a pas muté dans les 24 derniers mois
- (☞34) R 404010 : le CNK_{h2} est refusé car aucun CNK_{i1}/CNK_{i2} ou CNK_{h1}/CNK_{h2} n'a été introduit précédemment pour cette pharmacie et le patient n'a pas muté dans les 24 derniers mois
- (☞34) R 404011 : le CNK_{h2}/CNK_s pour ce pharmacien est refusé car un changement a été enregistré dans l'année civile précédente (CNK_i enregistré pour un autre couple pharmacie/patient)
- (☞34,35) R 404012 : le CNK_{h1}/CNK_{h2} pour ce pharmacien est refusé car le service est clôturé (CNK_s enregistré pour ce couple pharmacie/patient)
- (☞34) R 404013 : le CNK_{h1}/CNK_{h2} est refusé car le patient est résident d'une MR/MRS ou est décédé
- R 404014 : pseudo-code = 0755031, 0755053, 0755075, 0755090, 0755112, 0755134, 0755156 ou 0755171 et différent du pseudo-code mentionné dans l'ET 40 Z 4.
- (☞34) R 404015 : aucun CNK_{i1}/CNK_{i2} n'a été introduit pour ce CNK_s par cette pharmacie et le patient n'a pas muté dans les 24 derniers mois
- (☞34) R 404016 : CNK_s refusé car un CNK_h et un CNK_s ont déjà été introduits pour ce patient dans l'année civile en cours
- (☞34) R 404017 : CNK_s refusé car 2 CNK_s ont déjà été introduits pour ce patient dans l'année civile en cours
- (☞34) R 404018 : CNK_s refusé car un CNK_h/CNK_s existe déjà pour cette année civile et le patient n'est pas entré en MR/MRS ou décédé
- (☞10,21) R 404020 : code produit inconnu dans le fichier de l'O.A (non repris à l'annexe de l'A.R. du 21/12/2001 ou dans le fichier de référence des préparations magistrales à la date de délivrance) et ET 20 Z 10 = 3.
- (☞41) R 404021 : Le CNK_h est refusé car il n'est pas associé à une prescription valide et l'ET 20 Z11 = 0.
- (☞41) R 404023 : Le CNK_h a déjà été introduit par ce pharmacien pour ce patient dans l'année civile en cours.
- (☞41) R 404024 : Le CNK_h a déjà été introduit par un autre pharmacien pour ce patient dans l'année civile en cours (la modification de pharmacien de référence est enregistrée).
- (☞41) R 404025 : Le CNK_h est refusé car le patient est résident d'une MR/MRS ou est décédé.
- (☞35) R 404030 : CNK_s pour un patient décédé ou admis en MR en 2017 et Z 19 ≠ 4,74 €.
- (☞35) R 404031 : CNK_s avec une date de prestation postérieure au 30/11/2018 pour un patient décédé ou admis en MR en 2017.
- (☞35) R 404032 : CNK_s introduit avant le 1/12/2018 pour un patient décédé ou admis en MR en 2018.
- (☞37) R 404033 : code produit refusé car le patient est résident d'une MR/MRS à la date de délivrance.
- (☞21,23) R 404040 : code produit absent et il ne s'agit pas de préparations magistrales et ET 20 Z 10 = 3.
- R 404053 : code produit incompatible avec le pseudo-code catégorie médicaments ou autre.
- (☞13) R 404203 : codification honoraires non autorisée.
- (☞14) R 404253 : code produit incompatible avec la codification honoraires.
- (☞29) R 404340* : numéro autorisation absent et il s'agit d'un médicament du Chapitre IV de l'AR du 21/12/2001.
- (☞21) R 404510 : ET 40 Z 16 = 0 et numéro de suite prescription mentionné dans ET 20 et 80 Z 28 est différent de celui mentionné dans l'ET 40 Z 45 (excepté pour les spécialités tarifées par unité).
- R 404511 : ET 40 Z 16 = 2 et numéro du formulaire de dispensation différée (ET 20 et 80 Z 28) est égal au numéro de suite de la prescription mentionné dans l'ET 40 Z 45.
- ~~(☞7) R 404517 : enregistrement de détail d'une préparation magistrale et numéro de suite prescription est différent du numéro de suite prescription dans les autres enregistrements du bloc.~~

- (☞29) (*) ce code erreur ne peut être utilisé qu'à partir du mois facturé juillet 2017. Jusqu'au mois facturé juin 2017 inclus, cette erreur est une erreur E.

- (☞ 1) R 404603 : diminution de l'intervention de l'assurance non autorisée.
- (☞ 1) R 404640 : diminution de l'intervention de l'assurance incorrecte.
- (☞ 1,14)R 404811 : contenu zone différent de Z 19 + Z 51 - Z 46-47.
- (☞ 13) R 405103 : intervention AMI 2 non autorisée.
- (☞ 21) R 405112 : intervention AMI 2 \neq 0 et ET 40 Z 4 \neq 0750514, 0750536, 0750551, 0750573, 0750595, 0753476, 0753491, 0753675.
- (☞ 14) R 405113 : AMI 2 incompatible avec signe de la zone montant de l'intervention de l'assurance diminuée (ET 40 Z 48) et montant \neq 0.
- (☞ 13) R 405143 : intervention AMI 2 incorrecte.

Type d'enregistrement 41

- R 410119(*): enregistrement rejeté suite à une erreur dans l'enregistrement 40 correspondant.
- R 410412 : contenu différent de la zone 4 de l'enregistrement 40 correspondant.
- R 410512 : contenu différent de la zone 5 de l'enregistrement 40 correspondant.
- R 410812 : contenu différent de la zone 8 de l'enregistrement 40 correspondant.
- R 411512 : contenu différent de la zone 15 de l'enregistrement 40 correspondant.
- R 414012 : contenu différent de la zone 40-41 de l'enregistrement 40 correspondant.
- (☞ 41) R 414240 : numéro autorisation médecin conseil absent et il s'agit d'un médicament du Chapitre IV de l'AR du 21/12/2001 et ET 10 Z 22-23 \geq 0201901 et l'ET 41 Z 9 \neq 1.
- (☞ 37,40) R 414241 **: aucun accord valable à la date de délivrance.
nouveau libellé à partir du 1 juin 2020 (mois facturé mai 2020):
pas d'accord valable dans la période de tolérance (1 mois avant le début de la validité et 1 mois après la fin de la validité de l'accord).
nouveau libellé à partir du 1 juillet 2020 (mois facturé juin 2020):
pas d'accord valable dans la période de tolérance (1 mois avant le début de la validité et 1 mois après la fin de la validité de l'accord) et le patient n'a pas muté dans les 12 derniers mois.
- (☞ 40) R 414244 : il s'agit d'un médicament du chapitre IV de l'AR du 01/02/2018 pour lequel une autorisation valide a été accordée à ce bénéficiaire mais la catégorie de remboursement de l'ET 41 Z 4 n'est pas correcte et le patient n'a pas muté dans les 12 derniers mois et ET 10 Z 22-23 \geq 0202006.
- (☞ 40) R 414245 : il s'agit d'un médicament du Chapitre IV de l'AR du 01/02/2018 mais la date de délivrance se situe en dehors de la période de tolérance de l'accord (1 mois avant le début de la validité et 1 mois après la fin de la validité de l'accord) et le patient n'a pas muté dans les 12 derniers mois et ET 10 Z 22-23 \geq 0202011.
- (☞ 40) R 414246 : il s'agit d'un médicament du Chapitre IV de l'AR du 01/02/2018 et aucune autorisation n'a été accordée à ce bénéficiaire pour le paragraphe correspondant à la délivrance et le patient n'a pas muté dans les 12 derniers mois et ET 41 Z 9 = 0 et ET 10 Z 22-23 \geq 0202011.

(*) ce code erreur n'est pas pris en compte pour le calcul du pourcentage d'erreurs.

(☞ 40) (**) ce code erreur est supprimé à partir du mois facturé novembre 2020; il est remplacé par 3 nouveaux codes erreur: E 414243, R 414245, R 414246

Enregistrement de type 80.

- (☞25) F 800119 : Enregistrement 80 rejeté suite au rejet de tous les enregistrements 40 de la facture.
- F 800712 : contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 7.
- F 800801 : numéro d'inscription du bénéficiaire non numérique (ce libellé d'erreur ne s'applique pas à l'A.N.M.C.).
- R 800812 : contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 8.
- (☞2) F 800813 : numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'inscription à la sécurité sociale et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 1
- F 800814 : numéro d'identification du bénéficiaire = numéro d'affiliation à l'OA et ET 20 et 80 Z 32 ≠ 0
- F 801012 : contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 10.
- F 801412 : contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 14.
- F 801603 : délivrance différée non autorisée (≠ 0 ou 2).
- F 801610 : valeur = 0 et ET 20 et 80 Z 28 ≠ ET 40 Z 45.
- F 801611 : valeur = 2 et ET 20 et 80 Z 28 = ET 40 Z 45.
- F 801812 : contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 18.
- (☞13) F 801910 : montant total de l'intervention AMI 1 par prescription différent de la somme des enregistrements de type 40.
- F 802412 : contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 24-25.
- F 802710 : total quote-part personnelle par prescription différent du total des quotes-parts personnelles par prescription des enregistrements de type 40 qui précèdent directement.
- F 802812 : contenu différent de celui dans l'ET 20 Z 28.
- (☞15) F 803010 : total supplément par prescription différent de la somme des enregistrements de type 40
- F 803203 : flag identification bénéficiaire non autorisé (≠ 0 ou 1)
- (☞) F 804610 : montant total de la diminution par prescription différent de la somme des enregistrements de type 40.
- (☞) F 804810 : montant total de l'intervention de l'assurance diminuée par prescription différent de la somme des enregistrements de type 40.
- (☞ 14) F 804811 : contenu zone différent de Z 19 + Z 51 - Z 46-47.
- (☞13) F 805110 : montant total de l'intervention AMI 2 par prescription, différent du total des enregistrements de type 40.
- F 804910 : sous-total intérêts moratoires différent du total des intérêts moratoires des enregistrements de type 40 qui précèdent directement.

Annexe 6

ENREGISTREMENT DE TYPE			10	20	40	41	80	90
ZONE	LON- GUEUR	POSI- TIONS	P H A R M A N E T : L A Y O U T 2 0 0 4					
1	2 N	1-2	CODE ENREGISTREMENT	CODE ENREGISTREMENT	CODE ENREGISTREMENT	CODE ENREGISTREMENT	CODE ENREGISTREMENT	CODE ENREGISTREMENT
2	6 N	3-8	NUMERO D'ORDRE	NUMERO D'ORDRE	NUMERO D'ORDRE	NUMERO D'ORDRE	NUMERO D'ORDRE	NUMERO D'ORDRE
3	1 N	9	DE L'ENREGISTREMENT	DE L'ENREGISTREMENT	DE L'ENREGISTREMENT	DE L'ENREGISTREMENT	DE L'ENREGISTREMENT	DE L'ENREGISTREMENT
4	7 N	10-16	VERSION FICHER	0	CODE CATEGORIE MEDICAMENTS	CODE CATEGORIE MEDICAMENTS	0	0
5	8 N	17-24	NUMERO	DATE DEBUT PERIODE ASSURABILITE	DATE DELIVRANCE	DATE DELIVRANCE	0	NUMERO COMPTE FINANCIER
6a	4 N	25-28	COMPTE FINANCIER	NUMERO DE L'OFFICINE	NUMERO DE L'OFFICINE	PRIX EX-USINE (IP)	0	0
6b	4 N	29-32	0				0	
7	3 N	33-35	NUMERO ENVOI	N° MUTUALITE AFFILIATION	N° MUTUALITE AFFILIATION		N° MUTUALITE AFFILIATION	NUMERO ENVOI
8	13 A	36-48	NUMERO DE FACTURE	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE	IDENTIFICATION BENEFICIAIRE	0
9	1 N	49	0	F SEXE	F SEXE	FLAG EXCEPTION CHAPITRE IV	F SEXE	0
10	1 N	50	FLAG ASSURANCE	TYPE FACTURE	0	0	TYPE FACTURE	0
11	1 N	51	0	TYPE FACTURATION	0	0	0	0
12	1 N	52	0	F ANNEE DE NAISSANCE	F ANNEE DE NAISSANCE	0	F ANNEE DE NAISSANCE	0
13	3 N	53-55	0					0
14	12 N	56-67	IDENT. O.T.	IDENT. O.T.	IDENT. O.T.	0	IDENT. O.T.	IDENT. O.T.
15	12 N	68-79	0	NUMERO ETS. SEJOUR	NUMERO DU PHARMACIEN TITULAIRE	NUMERO DU PHARMACIEN TITULAIRE	0	0
16	1 N	80	0	DELIVRANCE DIFFEREE	DELIVRANCE DIFFEREE	0	DELIVRANCE DIFFEREE	0
17	4 N	81-84	0	MAF ANNEE EN COURS	0	0	0	0
18	3 N	85-87	0	N° MUTUALITE DESTINATION	0	0	N° MUTUALITE DESTINATION	0
19	12 N	88-99	0	NUMERO DU PHARMACIEN TITULAIRE	INTERVENTION AMI 1	MARGE GROSSISTE (AMI)	TOTAL INTERVENTION AMI 1 PAR PRESCRIPTION	TOTAL ENVOI AMI 1
20	7 N	100-106	0	0	R DATE PRESCRIPTION	PRIX EX-USINE (AMI)	0	0
21	1 N	107	0	F INDICATEUR MAF				0
22a	4 N	108-111	ANNEE ET MOIS DE FACTURATION	MAF ANNEE EN COURS -1	QUANTITE	0	0	ANNEE ET MOIS DE FACTURATION
22b	1 N	112		0				
23	2 N	113-114		0AAAAMM	FLAG PRESCRIPTION			
24	5 N	115-119	0	NUMERO DU BORDEREAU DE SYNTHESE	IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	MARGE GROSSISTE (IP)	NUMERO DU BORDEREAU DE SYNTHESE	0
25	7 N	120-126	DATE					0
26	1 N	127	CREATION	CODE LEVEE DELAI DE PRESCRIPTION	INDICATION PRESCRIPTION ELECTRONIQUE	0		0

Annexe 6 suite

27	10 N	128-137	NUMERO BCE	CB1 + CB2	Q.P. PERSONNELLE	MARGE ECONOMIQUE (AM)	TOTAL Q.P. PERSONNELLE PAR PRESCRIPTION	NUMERO BCE	
28	25 A	138-162	F REFERENCE	N° DE SUITE PRESCRIPTION MEDIAMENTS OU N° FORMULAIRE DELIVRANCE DIFFEREE	F REFERENCE	0	N° DE SUITE PRESCRIPTION MEDIAMENTS OU N° FORMULAIRE DELIVRANCE DIFFEREE	F REFERENCE	
29	2 N	163-164	0	NUMERO	0	0	0	0	
30	2 N	165-166	0	BORDEREAU DE SYNTHESE	SUPPLEMENT	MARGE ECONOMIQUE (IP)	TOTAL SUPPLEMENT PAR PRESCRIPTION	0	
31	8 N	167-174	BIC COMPTE FINANCIER	PRECEDENT	INDICATION DEROGATION TARIFICATION PAR UNITE	0	FLAG IDENTIFICATION BENEFICIAIRE	BIC COMPTE FINANCIER	
32	1 N	175		FLAG IDENTIFICATION BENEFICIAIRE	INDICATION DELIVRANCE UNIQUE/OCCASIONNELLE	0	0		
33	1 N	176		INDICATION DELIVRANCE UNIQUE/OCCASIONNELLE	CODE FACTURATION INTERV.PERSONNELLE	0	0		
34	1 N	177		NUMERO	INDICATION PMI	0	0		
35	1 N	178	0	ENVOI	INDICATION 1ère DELIVRANCE	0	0	0	
36	1 N	179	IBAN COMPTE FINANCIER	PRECEDENT	INDICATION DCI	0	0	IBAN COMPTE FINANCIER	
37	3 N	180-182		N° MUT. FACT. PRECED.	FORME GALENIQUE PREPARATION MAGISTRALE	0	0		
38	12 N	183-194		REFERENCE	CODE	HONORAIRES PHARMACIEN (AMI)	0		IBAN COMPTE FINANCIER
39	10 N	195-204		MUTUALITE	A BARRES	HONORAIRES PHARMACIEN (IP)	0		
40	2 N	205-206		0	CODE PRODUIT	CODE PRODUIT	0		
41	6 N	207-212		ANNEE ET MOIS FACTURATION PRECEDENTE			0		
42a	2 N	213-214	0	DONNEES DE REFERENCE RESEAU	0	0	0	0	
42b	4 N	215-218	0		CODIFICATION HONORAIRES	NUMERO AUTORISATION MEDECIN CONSEIL	0	0	
43	12 N	219-230	0		RENVOI CLASSEMENT		0	0	
44	4 N	231-234	0		MEDECIN CONSEIL		0	0	
45	26 A	235-260	0		N° DE SUITE PRESCRIPTION MEDIAMENTS ORIGINALE	0	0	0	
46	1 N	261	0	0	DIMINUTION INTERVENTION ASSURANCE A.R. 29/03/2002	0	MONTANT TOTAL DIMINUTION PAR PRESCRIPTION	0	
47	8 N	262-269	0	DATE FIN PERIODE ASSURABILITE				0	
48a	8 N	270-277	0	DATE COMMUNICATION INFORMATION	INTERVENTION ASSURANCE DIMINUEE	0	MONTANT TOTAL DIMINUE INTERVENTION ASSURANCE PAR PRESCRIPTION	MONTANT DU ENVOI	
48b	4 N	278-281		MAF ANNEE EN COURS -2					
49	11 N	282-292	0	0	INTERETS MORATOIRES	0	SOUS-TOTAL INTERETS MORATOIRES	TOTAL INTERETS MORATOIRES	
50	35 A	293-327	F REFERENCE 2	F REFERENCE 2	F REFERENCE 2	CODE 2D MATRIX	F REFERENCE 2	F REFERENCE 2	
51	12 N	328-339	0	0	INTERVENTION AMI 2	0	TOTAL INTERVENTION AMI 2 PAR PRESCRIPTION	TOTAL ENVOI AMI 2	
52	7 N	340-346	0	0	0	0	0	0	
98	2 N	347-348	0	0	0	0	C.C. PRESCRIPTION	C.C. ENVOI	
99	2 N	349-350	C.C. ENREGISTREMENT	C.C. ENREGISTREMENT	C.C. ENREGISTREMENT	C.C. ENREGISTREMENT	C.C. ENREGISTREMENT	C.C. ENREGISTREMENT	

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet.

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet.

Layout « Fichier de Décompte PHARMANET »

TYPE ENREGISTREMENT			10	20	40	41	80	90	
ZONE	LONG.	POS.							
1 à 99	350	1-350	Enregistrement de facturation (enregistrement correspondant OTFS)						9
100	6N	351-356	000XYZ	C.B. 1 - C.B. 2					9
101	8N	357-364	Date création O.A.	Référence O.A.					9
102	14N	365-378	1						9
103	1A + 6N	379-385	1 ou code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	Code rejet 1	9 ou code rejet 1	
104	1A + 6N	386-392	1 ou code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	Code rejet 2	9 ou code rejet 2	
105	1A + 6N	393-399	1 ou code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	Code rejet 3	9 ou code rejet 3	
106	1A+11N	400-411	1	0	0	0	0	9	
107	1A+11N	412-423	1	0	0	0	0	9	
108	7N	424-430	1	0	0	0	0	9	
109	1N	431	1	0	0	0	0	9	
149	13A	432-444	1	Réserve					9
150	6N	445-450	Numéro d'ordre de l'enregistrement de l'OA						

1. OTFS = support de facturation Pharmanet
2. Zones 103 à 105 : les codes rejets peuvent être différents de chaque type d'enregistrement
3. Les enregistrements sont repris dans le même ordre que ceux du support de facturation OTFS
4. ET 10 Z 100 : XYZ = 100, 200, 300, 400, 500, 600 ou 900 suivant l'origine de l'OA
5. Zone 101 : Référence OA doit être identique dans l'ET 20, l'ET 40 et l'ET 80

OTFS : Mise à jour 2004/42

Source : I.N.A.M.I. - Service des Soins de Santé

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet.

Protocole relatif à la délivrance d'un fichier électronique de décompte.

1. Les fichiers électroniques de décompte sont établis par les 7 organismes assureurs au niveau national.
2. Un fichier de décompte est établi par fichier de facturation.
3. Le fichier de décompte valide doit être envoyé endéans les 2 mois après réception du fichier de facturation électronique.
4. En principe, la périodicité pour l'établissement d'un fichier de décompte est mensuelle, mais en fonction de la périodicité des supports de facturation et de l'organisation des organismes assureurs, il peut être dérogé à ce principe.
5.
 - Sur le fichier de décompte, seules sont mentionnées les prescriptions de médicaments pour lesquelles un rejet (type F ou R) ou une erreur de type E a été établi.
 - en cas de rejet partiel d'une prescription (erreur de type R) ou d'erreur de type E, alors seuls les enregistrements se situant en plus des enregistrements de type 20 et 80 sont repris;
 - en cas de rejet total d'une prescription, tous les enregistrements de la prescription concernée sont repris.
 - Si un support électronique est totalement accepté, seuls les enregistrements de type 10 et 90 sont repris sur le fichier de décompte provisoire (520098).
6. Au maximum trois codes rejets sont mentionnés par enregistrement rejeté.
7. Dans la zone 150 du fichier de décompte, figure le numéro d'ordre attribué par l'O.A..
8. Les zones non-définies sont complétées de zéros.
9. Le fichier de décompte doit répondre aux critères de qualité mentionnés dans l'annexe 7.6.
10. Le fichier de décompte est trié selon l'ordre du support de facturation.

Liste des personnes de contact et adresses e-mail des offices de tarification pour le précontrôle.**IN PHARM VERT (UPVE) (92700029000)**

Personne de contact : Jean-Luc Lousberg
Tél. : 087 22 41 63
Mail : union@upve.be

DE WESTVLAAMSE DIENST 1 (92703492000)**DE WESTVLAAMSE DIENST 2 (92700227000)****DE WESTVLAAMSE DIENST 3 (92700326000)**

Personnes de contact : Inge Huysentruyt et Christophe Blanckaert
Tel. : 051 69 11 20 ou 051 69 11 22
Mail : info@dewestvlaamse.be

URPPN / O.T. DIGIT (92700425000)

Personne de contact : Sylviane Danon
Tél. : 081 25 14 20
Mail : sylviane.danon@urppn.be ou equipe.tarification@urppn.be

KAVA (92700623000)

Personnes de contact : Fran Aerts et Dina Segers
Tél. : 03 280.15.77 - 03/280.15.30
Mail : farmanet@kava.be

Pour les questions relatives aux problèmes de tarification vous pouvez contacter directement le numéro général KAVA TD 03/280 15 11 ou Dina Segers 03/280 15 30 ou Fran Aerts 03/280 15 77

UPHOC (92700722000)

Personnes de contact : Eric Dufour et Charles Ronlez
Tél. : 065 61 19 46
Mail : informatique@uphoc.be ou uphoc@uphoc.be

KLAV-LTD DATA (92700821000, 92700920000 et 92701019000)

Personnes de contact : Gert Belien et Melanie Peeters
Tél : 011 28 78 00
Mail : info@klav.be

UPC & OTIC (92701118000 et 92701217000)

Personne de contact : Jennifer Dupont et Didier Tenret
Tél : 074 44 88 00
Mail : service-tarification2@urpc.be et d.tenret@urpc.eu

UPB-AVB (92701316000) et APB (92701910000)

Personne de contact : Stefaan Timperman et Serge Lemoine
Tél. : 02/219.40.56
Mail : Pharmanet@upb-avb.be

(☞ 42)

KOVAG (92701415000 et 92701514000)

Personnes de contact : Marie-Jeanne Vanhaelst et Anita Vergult
 Tél : 09 235 76 23
 Mail : afrekeningsdrager@kovag.be

TD Brabantse tarifieringsdienst (92701712000)

Personnes de contact : An Van de Vijver et Ann Geuens
 Tél : 016 23 88 19
 Mail : baftarifering@baf.be

APPL (92701811000)

Personne de contact : Muriel Legentil
 Tél. : 04/340.45.70
 Mail : legentil@appl.be

OT Brabant Wallon (92702009000)

Personne de contact : Emmanuelle Vanmechelen
 Tél. : 067/21.85.25
 Mail : info@cerpan.be

MULTINFO (92702108000)

Personnes de contact : HANQUART Gilles et DEBONTRIDDER Fabienne
 Tél. : 02/529.93.96 ou 02/529.93.31
 Mail : Gilles.Hanquart@multipharma.be
 : Fabienne.DeBontridder@multipharma.be

V-PHARMA (92702207000)

Personne de contact : Christine BARZIN
 Tél. : 087 32 29 80
 Mail : christine.barzin@vpharma.be

Les Pharmacies du Peuple (92702405000)

(☞ 43) Personnes de contact : Laetitia BOUCHAERT et Catherine BLOCKX
 Tél. : 04/338.88.34 ou 04/338.88.20
 Mail : ot@pharmasante.be

GOED HULPMIDDELEN CVSO (92702504000)

Personnes de contact : Lode VAN OBBERGEN et Virginie MONKERHEY
 Tél. : 015 28 61 19
 Mail : lode.vanobbergen@goed.be
 : virginie.monkerhey@goed.be

(☎ 42)

E.P.C. (92702603000)

Personnes de contact : Bei David et Maréchal Catherine
 Tél. : 083 23 12 49
 Mail : Office.tarification@pharmacie-familia.be

CV DE VOORUIT (92702702000)

Personne de contact : R. DECUYPER
 Tél. : 092 16 68 23
 Mail : tarificatie@coopapotheken.be

C.V.B.A. DE VOORZORG (92702801000)

Personne de contact : J. DELLEVOET
 Tél. : 011 26 34 50 en 011 26 34 63
 Mail : j_dellevoet@apvoorzorghasselt.be

TARDEL vzw (92703294000)**DELCOM vzw (92703393000)****TARINFO (92703096000)**

Personne de contact : Sabine De Vos
 Tél. : 03/287.08.58
 Mail : sabine@tardel.be

Coordonnées des programmes soft des offices de tarification
WEBPHAR

(92700029000, 92703492000, 92700227000, 92700326000, 92700425000, 92700722000,
 92701118000, 92701217000, 92701316000, 92701811000, 92701910000, 92702009000,
 92702108000, 92702207000, 92702405000, 92702603000)

informatique@appl.be

Nathalie Meurice : 04 340 45 81

Arnaud Philippens : 04 340 45 83

Nicolas Robert : 0479 88 21 06

TDSOFT

(92700623000, 92700821000, 92700920000, 92701019000, 92701415000, 92701514000,
 92701712000, 92702702000, 92702801000)

tdsoft_it@kava.be

Seb Wauters : 03 280 15 65

SWC

(92703294000, 92703393000, 92703096000)

info@swc80.be

GOED HULPMIDDELEN CVSO (9270250400)

Maarten De Raedt - maarten.deraedt@goed.be

Critères de qualité fichier de décompte.**1. Contrôle de syntaxe.**

- longueur d'enregistrement et format valable
- ordre de suite des types d'enregistrement
- champs numériques
- CB1/CB2 complétés
- (☞) Valeur « 000000 » en combinaison avec les codes rejets 200801, 200802, 200810, 200812, 200820, 200842, 200861, 400540, 400801, 400803 et 400820 est un remplissage valable.
- (☞) - CB1/CB2 doit être identique dans les ET 20, 40 et 80 relatifs à une même prescription.
- date de création O.A.
- code monétaire valable
- enregistrement de facturation type 10 type 20 valable (identique à l'enregistrement transmis par l'O.T./indispensable pour la ventilations dans les divers champs).
- (☞42) - bloc ET 20, 40, 41, 80 relatif à la même prescription doit contenir au moins 1 code rejet au niveau de l'ET 40.
- (☞42) - chaque bloc ET 20, 40, 41, 80 doit se rapporter à une même prescription.
- (☞) - référence OA complétée
Zone remplie de zéros est un remplissage valable; données non numériques est une erreur bloquante.
- (☞42) - Codes rejets ET 20 doivent être reproduits sur la ligne ET 40, ET 41 et ET 80. Les codes rejets ET 20 doivent d'abord être mentionnés, ensuite ceux de l'ET 40/41.

2. Contrôles sémantiques.

- (☞42) de la concordance entre le fichier de décompte et le segment 300 du message 520098 :
 - correspondance entre les données de référence dans le segment 300 et dans le fichier de décompte même (Numéro de l'office de tarification, numéro d'envoi OTFS, mois et année de facturation OTFS, date de création de la facture, référence facture OTFS)
- (☞42) - montant du rejet doit être identique à celui mentionné dans l'enregistrement 92 du message 520098 (synthèse des bordereaux).

de la concordance entre le fichier de décompte et le fichier de facturation correspondant :

- (☞42) - numéro d'envoi de la facture dans le segment 300 du message 520098 et le numéro d'envoi de la facture originale.

La mention d'un code erreur inconnu, c. à d. un code qui ne figure pas dans les annexes 5.2., 5.3 et 5.4 des instructions techniques, est une erreur bloquante.

Erreurs par rapport à ces normes de qualité sont considérées comme bloquantes.

(☞) **3. Critères de qualité relatifs au nombre de rejets injustifiés.**

Ce critère est calculé sur le nombre d'enregistrement de type 40.

Si le fichier de décompte comporte moins de 50 rejets injustifiés, le fichier de décompte reste acceptable.

Si plus de 50 rejets injustifiés sont constatés, l'OT compare ce nombre avec le nombre de rejets vérifiés. Si ce rapport est supérieur à 50/1000, le fichier de décompte est rejeté.

Les rejets peuvent être considérés comme injustifiés dans les cas suivants :

- Erreurs répétitives liées à l'utilisation des fichiers de référence.
- Erreurs ponctuelles qui trouvent leur origine dans de récentes adaptations des instructions.
- Erreurs relatives à l'assurabilité combinées à une lecture correcte de la carte SIS.

Si ce critère de qualité n'est pas satisfait, le fichier de décompte est rejeté.

Cela signifie que le décompte final de l'acompte est reporté à une facture suivante jusqu'à ce qu'un nouveau fichier de décompte, répondant aux normes de qualité, soit établi par l'O.A..

Les O.A. qui ne paient pas d'acompte, mais qui règle immédiatement sur base du montant accepté de la facture, paient le montant accepté du fichier de décompte à la date d'échéance et doivent délivrer, dès que possible, un nouveau fichier de décompte acceptable. L'éventuelle différence entre le premier et le second fichier de décompte doit être apurée par un paiement complémentaire.

LIBELLE DES ZONES**Généralités****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.

- (☞ 9) Toutes les zones sont considérées comme numériques à l'exception de la zone 8 des enregistrements de type 20 jusque et y compris 80, zones 28 et 50 de tous les enregistrements, zone 42 jusque et y compris zone 45 des enregistrements de type 20, zone 45 de tous les enregistrements de type 40 et les zones 31-32-33-34 et 36-37-38-39-40-41 des enregistrements de types 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.

ET 40 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 46-47, Z 48, Z 49

ET 80 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 46-47, Z 48, Z 49

ET 90 Z 19, Z 48, Z 49.

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 peut dès lors plus contenir de signe dans la dernière position.

c. Zones avec nombre ou quantité.

ET 40 Z 22

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 -).

Si un montant ou un nombre est égal à zéro, il faut alors indiquer que le signe algébrique est égal à celui des autres zones des enregistrements 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 et Z 40-41), d'un numéro d'identification d'une institution ou d'un prestataire de soins (Z 14, Z 15 et Z 24-25) 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.

Aucune recodification n'est encore prévue à ce jour.

e. Zone avec les données de référence carte SIS.

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 la carte SIS n'a pas été lue ou si les données n'ont pas pu être communiquées sur support magnétique, cette zone est alors complétée par des zéros et il n'y a pas de garantie de paiement; la facturation de la prescription sera toutefois acceptée à condition que le patient soit en règle d'assurabilité et qu'aucune autre erreur n'ait été trouvée.

Garantie de paiement liée à l'utilisation de la carte SIS

Pour interpréter la notion de « garantie de paiement » d'une manière univoque et éliminer toutes les discussions à ce sujet, les principes suivants seront dorénavant utilisés.

1. Le pharmacien contrôle la date de validité de la carte SIS et compare le nom sur la carte SIS avec le nom sur la prescription.

Le pharmacien lit la carte SIS et toutes les données relatives à l'identification du patient et son assurabilité sont enregistrées et utilisées lors de la tarification.

La carte SIS doit être lue au minimum 1 fois par trimestre calendrier et les données enregistrées doivent être utilisées lors de la tarification de tous les produits délivrés au patient concerné au cours du trimestre de lecture.

Remarque :

La mention des données de référence de la carte SIS n'est pas nécessaire pour le paiement d'une facture. Lorsqu'aucune autre erreur n'est détectée, la facture sera acceptée.

2. L'OA reçoit la facture et vérifie si l'identité du patient, mentionnée sur la facture, correspond avec l'identité reprise sur la carte SIS, de laquelle les données de référence sont mentionnées sur la facture.

Cela signifie qu'il doit y avoir une correspondance entre toutes les données d'identification du patient mentionnées sur la facture :

numéro d'identification (dans la zone 8)

numéro de fédération (dans la zone 7)

numéro de carte et de version (positions 33-44 de la zone 42-45)

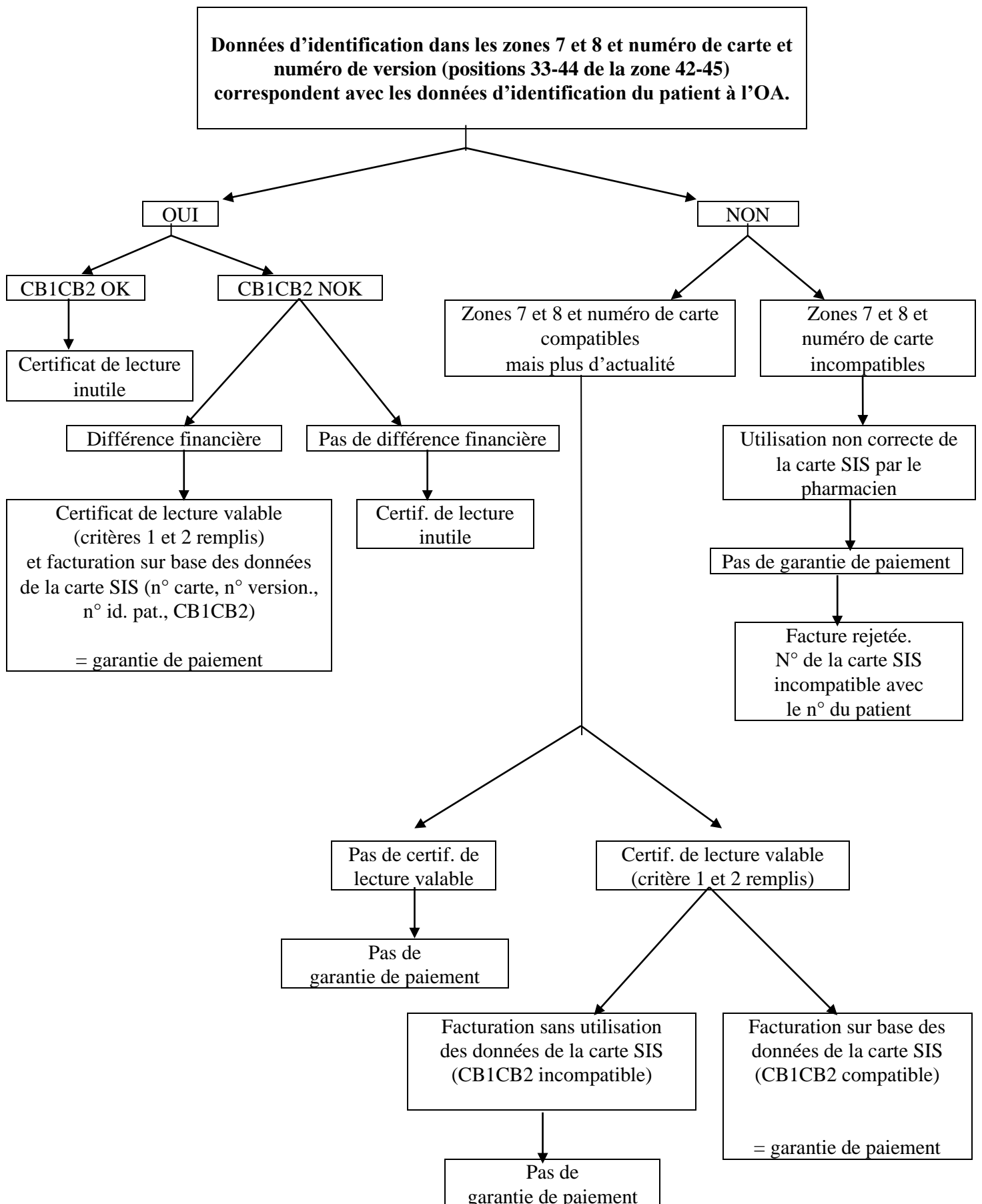
et les données d'identification sur la carte SIS de laquelle le certificat de lecture est enregistré.

La procédure chez l'OA est présentée schématiquement dans l'annexe 8 suite 1.2.

3. Le certificat de lecture est valable si :

critère 1 : date de validité de la carte OK

critère 2 : lecture de la carte dans le trimestre de la date de prestation



(3) Garantie de paiement liée à la consultation du réseau (MyCarenet).

La vérification des données d'assurabilité du membre ne constitue qu'une des règles de validité de la facture des prestations. Les règles énoncées ci-dessous ne sont d'application que pour autant que l'ensemble des autres règles aient été respectées conformément à l'article 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

<p>Principe de base</p>	<p>Le prestataire sera payé pour autant qu'il obtienne un résultat du calcul du montant facturé et de la quote part patient équivalent à celui obtenu à partir de l'assurabilité exacte et des droits du patient tels que connus dans le dossier interne de l'OA au moment de la validation de la facture par l'OA.</p> <p>Donc peu importe que certaines données constituant cette assurabilité ne correspondent pas pour autant que les résultats du calcul soient identiques.</p>
<p>Engagement de paiement</p>	<p>Le prestataire sera payé pour autant qu'il fournisse dans sa facturation les données recueillies lors de la consultation d'assurabilité (réseau ou SIS) ainsi que la preuve conforme et valide de cette consultation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'OA applique le principe de base en premier lieu. - S'il y a discordance, l'OA examine la preuve de consultation. <p>Si l'OA constate que celle-ci est conforme au résultat attendu et si les conditions relatives à la période de couverture de cette preuve sont remplies, l'OA accepte le paiement sur base des données fournies par le prestataire.</p> <p>Dans ce cas, toutes les données transmises dans la facture et permettant à l'OA de contrôler la preuve de consultation doivent être correctes.</p>

Il est à noter que grâce aux consultations d'assurabilité par le réseau, l'utilité de l'engagement de paiement devient fortement marginale car le principe de base sera appliqué dans la plus grande majorité des cas.

L'engagement de paiement donné pour un patient spécifique est lié au prestataire.

Source : Brochure d'information « utilisation de MyCareNet dans les officines pharmaceutiques ouvertes au public »

**Tarification par unité pour les résidents en MRPA-MRS :
principes concernant le bloc ET20-ET80 (semaine de tarification)
et exemples concrets.**

1. Les spécialités orales-solides et l'honoraire sont facturés ensemble dans un bloc ET20-ET80.
2. Un honoraire ne peut pas se présenter sans spécialités orales-solides.
3. A l'inverse, les spécialités orales-solides peuvent se présenter sans honoraire (par ex, réintroduction d'enregistrements rejetés, facturation tardive de spécialités pour lesquelles il n'y avait pas encore d'attestation).
4. Si une faute est constatée dans un des enregistrements avec des spécialités orales-solides, alors seuls les enregistrements erronés sont rejetés, les autres enregistrements (y compris l'enregistrement avec l'honoraire) sont acceptés. Les enregistrements rejetés peuvent alors être réintroduits (sans honoraire).

Exceptions :

- Si seule, une spécialité orale-solide est facturée et qu'une erreur est constatée dans cet enregistrement, alors l'enregistrement avec l'honoraire est aussi rejeté.
- Si toutes les spécialités orales-solides avec une même date contiennent une erreur (et donc, sont rejetées), alors l'honoraire avec cette date est aussi rejeté.

(☞ 23) Dans ces cas, l'honoraire est rejeté avec le code erreur R 400129 ou R 400130.

5. Si une erreur est constatée dans l'enregistrement avec l'honoraire par semaine, alors tous les enregistrements avec les spécialités orales-solides ainsi que l'éventuel honoraire de garde sont aussi rejetés.

(☞ 25)

Dans ces cas, les spécialités orales-solides et l'éventuel honoraire de garde sont rejetés avec le code erreur R 400139.

6. Pour la lisibilité, il est convenu que les blocs sont toujours ordonnés par patient et puis, par semaine de tarification (semaine 1 patient 1, semaine 2 patient 1, semaine 3 patient 1, semaine 4 patient 1, semaine 1 patient 2, semaine 2 patient 2, semaine 3 patient 2, semaine 4 patient 2, semaine 1 patient 3, etc...).
7. Les délivrances autres que les spécialités orales-solides aux résidents en MRPA-MRS sont facturées via un ET20-ET80 séparé, avec remplissage du numéro de l'institution dans l'ET 20 Z 15.

8. A l'intérieur d'un bloc ET20-ET80, les enregistrements doivent être ordonnés par date (Z 5) (☞ 23) et les éventuels honoraires (honoraire de garde et/ou honoraire par semaine) doivent à chaque fois suivre les spécialités orales-solides.

Exemples tarification par unité

(☞ 23) Ces exemples sont fictifs et servent seulement à l'illustration des principes (les dates ont été choisies en fonction de la date d'application prévue au début (01/01/2015), qui a entretemps été reportée au 01/04/2015).

EXEMPLE 1

Description

AVEC PMI

Rythme fixe pour MRPA Y : préparation et consultation MyCarenet le mardi de la semaine x; délivrance le mercredi de la semaine x pour thérapie du jeudi de la semaine x au mercredi y compris de la semaine x + 1

Consultation du schéma d'administration le 6/1/2015: → préparation le 6/1/2015 (pour thérapie du 8/1/2015 au 14/1/2015 inclus):
 1x/jour 1 comprimé ESCITALOPRAM EG 10 mg (nom de marque) 7 comprimés ESCITALOPRAM EG 10 mg
 3x/jour 1 comprimé ESTIVAN 20 mg (nom de marque) 21 comprimés ESTIVAN 20 mg
 2x/jour une dose de 5mg Glibenclamide (sous DCI) 14 comprimés DAONIL (PharmaPartner)

Prescription préparation magistrale avec 10mg CITALOPRAM MYLAN
 la préparation magistrale même est facturée selon la méthode habituelle et n'est pas reprise dans cet exemple.
 le nombre total d'unités du conditionnement CITALOPRAM MYLAN 20 mg peut être tarifé (= 30 unités)

Modification du schéma d'administration le 9/1/2015 → délivrance le 9/1/2015 (pour thérapie du 9/1/2015 au 14/1/2015 inclus):
 Traitement avec ESCITALOPRAM arrêté et remplacé par 1x/jour 1 comprimé FLUVOXAMINE EG 100mg 6 comprimés FLUVOXAMINE EG 100 mg

Consultation du schéma d'administration le 13/1/2015: → préparation le 13/1/2015 (pour thérapie du 15/1/2015 au 21/1/2015 inclus):
 1x/jour 1 comprimé FLUVOXAMINE EG 100 mg (nom de marque) 7 comprimés FLUVOXAMINE EG 100 mg
 3x/jour 1 comprimé ESTIVAN 20 mg (nom de marque) 21 comprimés ESTIVAN 20 mg
 2x/jour une dose de 5mg Glibenclamide (sous DCI) 14 comprimés DAONIL (PharmaPartner)

Patient décédé le 16/1/2015.

Schéma d'administration

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Escitalopram								1	±	±	±	±	±	±																		
Estivan								3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3										
Daonil								2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
Fluvoxamine								1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
Préparation magistrale avec Citalopram Mylan								1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										

Schéma de tarification

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Escitalopram					7																											
Estivan					21							21																				
Daonil					14							14																				
Fluvoxamine						6						7																				
Citalopram Mylan					30																											
HONORAIRE					1							1																				

Remplissage des zones du fichier de facturation

	Semaine de tarification 1								Semaine de tarification 2					
	ET 20	ET 40 ESCITALO- PRAM	ET 40 ESTIVAN	ET 40 DAONIL	ET 40 CITALOPRAM MYLAN	ET 40 HON	ET 40 FLUVO- XAMINE	ET 80	ET 20	ET 40 FLUVO- XAMINE	ET 40 ESTIVAN	ET 40 DAONIL	ET 40 HON	ET 80
Z 4	0	758030	758074	758015	758030	758155	758030	0	0	758030	758074	758015	758155	0
Z 5	0	06-01-2015	06-01-2015	06-01-2015	06-01-2015	06-01-2015	09-01-2015	0	0	13-01-2015	13-01-2015	13-01-2015	13-01-2015	0
Z 15	N°-INAMI MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	N°-INAMI MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0
Z 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	21 x (p*** - ip***)	14 x (p*** - ip***)	30 x (p*** - ip***)	HON	6 x (p*** - ip***)	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	21 x (p*** - ip***)	14 x (p*** - ip***)	HON	Total zones 19
Z 22	0	7	21	14	30	1	6	0	0	7	21	14	1	0
Z 27	CB1/CB2	7 x ip***	21 x ip***	0	30 x ip***	0	6 x ip***	Total zones 27	CB1/CB2	7 x ip***	21 x ip***	14 x ip***	0	Total zones 27
Z 32		0	0	0	1	0	0			0	0	0	0	
Z 34		1	1	1	0	1	1			1	1	1	1	
Z 36		0	0	1	0	0	0			0	0	1	0	
Z 40-41		0756-296	0775-171	0777-110	0774-299	5520-465	0768-481			0768-481	0775-171	0777-110	5520-465	
Z 42b		0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	
Z 51		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0

p*** = prix par unité

ip*** = intervention personnelle par unité

HON = honoraire par semaine par résident en maison de repos

EXEMPLE 1 BIS

Description

AVEC PMI
Rythme fixe pour MRPA Y : préparation et consultation MyCarenet le mardi de la semaine x; délivrance le mercredi de la semaine x pour thérapie du jeudi de la semaine x au mercredi y compris de la semaine x + 1

Consultation du schéma d'administration le 6/1/2015: → préparation le 6/1/2015 (pour thérapie du 8/1/2015 au 14/1/2015 inclus):
 1x/jour 1 comprimé ESCITALOPRAM EG 10 mg (nom de marque) 7 comprimés ESCITALOPRAM EG 10 mg
 3x/jour 1 comprimé ESTIVAN 20 mg (nom de marque) 21 comprimés ESTIVAN 20 mg
 2x/jour une dose de 5mg Glibenclamide (sous DCI) 14 comprimés DAONIL (PharmaPartner)

Prescription préparation magistrale avec 10mg CITALOPRAM MYLAN
 la préparation magistrale même est facturée selon la méthode habituelle et n'est pas reprise dans cet exemple.
 le nombre total d'unités du conditionnement CITALOPRAM MYLAN 20 mg peut être tarifé (= 30 unités)

Modification du schéma d'administration le 9/1/2015 → délivrance le 9/1/2015 (pour thérapie du 9/1/2015 au 14/1/2015 inclus):
 Traitement avec ESCITALOPRAM arrêté et remplacé par 1x/jour 1 comprimé FLUVOXAMINE EG 100mg 6 comprimés FLUVOXAMINE EG 100 mg

Consultation du schéma d'administration le 13/1/2015: → préparation le 13/1/2015 (pour thérapie du 15/1/2015 au 21/1/2015 inclus):
 1x/jour 1 comprimé FLUVOXAMINE EG 100 mg (nom de marque) 7 comprimés FLUVOXAMINE EG 100 mg
 3x/jour 1 comprimé ESTIVAN 20 mg (nom de marque) 21 comprimés ESTIVAN 20 mg
 2x/jour une dose de 5mg Glibenclamide (sous DCI) 14 comprimés DAONIL (PharmaPartner)

Patient décédé le 16/1/2015.

La pharmacie qui délivre est en garde du 5/1/2015 au 11/1/2015 inclus et il y a des délivrances urgentes hors des heures d'ouverture normale le 9/1 et le 11/1.
 Le 9/1 à 20h30: Fluvoxamine (voir ci-dessus)
 Le 11/1 à 7h40: 1x/jour Amoxicilline EG 1 G (nom de marque) pendant 8 jours

Schéma d'administration

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Escitalopram								1	1	1	1	1	1	1																	
Estivan								3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3										
Daonil								2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2										
Fluvoxamine									1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
Préparation magistrale avec Citalopram Mylan								1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
Amoxicilline											3	3	3	3	3	3	3	3													

Schéma de tarification

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31								
																patient décédé																							
Escitalopram						7																																	
Estivan						21							21																										
Daonil						14							14																										
Fluvoxamine									6				7																										
Citalopram Mylan						30																																	
Amoxicilline											12		12																										
HONORAIRE DE GARDE									1		1																												
HONORAIRE						1							1																										

Remplissage des zones du fichier de facturation

	Semaine de tarification 1										Semaine de tarification 2							
	ET 20	ET 40	ET 40	ET 40	ET 40	ET 40	ET 40	ET 40	ET 40	ET 40	ET 80	ET 20	ET 40	ET 40	ET 40	ET 40	ET 40	ET 80
		ESCITALO-PRAM	ESTIVAN	DAONIL	CITALOPRAM MYLAN	HON	FLUVO-XAMINE	HON GARDE	AMOXI-CILLINE	HON GARDE			FLUVO-XAMINE	ESTIVAN	DAONIL	AMOXI-CILLINE	HON	
Z 4	0	758030	758074	758015	758030	758155	758030	754412	758030	754412	0	0	758030	758074	758015	758030	758155	0
Z 5	0	06-01-2015	06-01-2015	06-01-2015	06-01-2015	06-01-2015	09-01-2015	09-01-2015	11-01-2015	11-01-2015	0	0	13-01-2015	13-01-2015	13-01-2015	13-01-2015	13-01-2015	0
Z 15	N°-INAMI MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	N°-INAMI MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0
Z 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	21 x (p*** - ip***)	14 x (p*** - ip***)	30 x (p*** - ip***)	HON	6 x (p*** - ip***)	HON GARDE	12 x (p*** - ip***)	HON GARDE	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	21 x (p*** - ip***)	14 x (p*** - ip***)	12 x (p*** - ip***)	HON	Total zones 19
Z 22	0	7	21	14	30	1	6	1	12	1	0	0	7	21	14	12	1	0
Z 27	CB1/CB2	7 x ip***	21 x ip***	0	30 x ip***	0	6 x ip***	0	12 x ip***	0	Total zones 27	CB1/CB2	7 x ip***	21 x ip***	14 x ip***	12 x ip***	0	Total zones 27
Z 32		0	0	0	1	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0
Z 34		1	1	1	0	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1
Z 36		0	0	1	0	0	0	0	0	0			0	0	1	0	0	0
Z 40-41		0756-296	0775-171	0777-110	0774-299	5520-465	0768-481	5520-523	0747-105	5520-523			0768-481	0775-171	0777-110	0747-105	5520-465	
Z 42b		0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0	0
Z 51		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0

p*** = prix par unité

ip*** = intervention personnelle par unité

HON = honoraire par semaine par résident en maison de repos

HON GARDE = honoraire de garde

EXEMPLE 2

Description

SANS PMI

Consultation du schéma d'administration le 6/1/2015:

1x/jour 1 comprimé ESCITALOPRAM EG 10 mg (nom de marque)
 demi comprimé/jour ESTIVAN 20 mg (nom de marque)
 2x/jour une dose de 5mg Glibenclamide (sous DCI)
 1x/jour 1 comprimé GLIVEC 400 mg (nom de marque) (médicament "cher")

→ Délivrance le 7/1/2015 (pour thérapie du 8/1/2015 au 14/1/2015 inclus):

1 conditionnement de 28 comprimés ESCITALOPRAM EG 10 mg
 1 conditionnement de 20 comprimés ESTIVAN 20 mg
 1 conditionnement de 100 comprimés DAONIL (PharmaPartner)
 1 conditionnement de 30 comprimés GLIVEC 400 mg

Modification du schéma d'administration le 9/1/2015

Traitement avec ESCITALOPRAM arrêté et remplacé par 1x/jour 1 comprimé FLUVOXAMINE EG 100mg

→ délivrance le 9/1/2015 (pour thérapie du 9/1/2015 au 14/1/2015 inclus):

1 conditionnement de 30 comprimés FLUVOXAMINE EG 100 mg

Consultation du schéma d'administration le 13/1/2015:

1x/jour 1 comprimé FLUVOXAMINE EG 100 mg (nom de marque)
 demi comprimé/jour ESTIVAN 20 mg (nom de marque)
 2x/jour une dose de 5mg Glibenclamide (sous DCI)
 1x/jour 1 comprimé GLIVEC 400 mg (nom de marque)

Délivrance le 14/1/2015 (pour thérapie du 15/1/2015 au 21/1/2015) inclus:

Pas de délivrance nécessaire, encore assez d'unités dans les conditionnements délivrés le 7/1/2015.

Patient décédé le 16/1/2015.

Schéma d'administration

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Escitalopram								1	1	1	1	1	1	1																			
Estivan								1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2												
Daonil								2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												
Fluvoxamine									1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1												
Glivec								1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1												

Schéma de tarification

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
																patient décédé																		
	SEMAINE CALENDRIER 1							SEMAINE CALENDRIER 2							SEMAINE CALENDRIER 3							SEMAINE CALENDRIER 4												
Escitalopram							7																											
Estivan							4							3								13												
Daonil							14							14																				
Fluvoxamine								6						7																				
Glivec							7							7								16												
HONORAIRE							1						1																					

Remplissage des zones du fichier de facturation

	Semaine de tarification 1								Semaine de tarification 2						Semaine de tarification 3				
	ET 20	ET 40 ESCITALO- PRAM	ET 40 ESTIVAN	ET 40 DAONIL	ET 40 GLIVEC	ET40 HON	ET 40 FLUVO- XAMINE	ET 80	ET 20	ET 40 FLUVO- XAMINE	ET 40 ESTIVAN	ET 40 DAONIL	ET 40 GLIVEC	ET 40 HON	ET 80	ET 20	ET 40 ESTIVAN	ET40 GLIVEC	ET 80
Z 4	0	758030	758074	758015	758015	758155	758030	0	0	758030	758074	758015	758015	758155	0	0	758074	758015	0
Z 5	0	07-01-2015	07-01-2015	07-01-2015	07-01-2015	07-01-2015	09-01-2015	0	0	14-01-2015	14-01-2015	14-01-2015	14-01-2015	14-01-2015	0	0	21-01-2015	21-01-2015	0
Z 15	N°-INAMI MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	N°-INAMI MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	N°-INAMI MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0
Z 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	4 x (p*** - ip***)	14 x (p*** - ip***)	7 x (p*** - ip***)	HON	6 x (p*** - ip***)	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	3 x (p*** - ip***)	14 x (p*** - ip***)	7 x (p*** - ip***)	HON	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	13 x (p*** - ip***)	16 x (p*** - ip***)	Total zones 19
Z 22	0	7	4	14	7	1	6	0	0	7	3	14	7	1	0	0	13	16	0
Z 27	CB1/CB2	7 x ip***	4 x ip***	0	0	0	6 x ip***	Total zones 27	CB1/CB2	7 x ip***	3 x ip***	0	0	0	Total zones 27	CB1/CB2	13 x ip***	0	Total zones 27
Z 32		0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			1	1	
Z 34		0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	
Z 36		0	0	1	0	0	0			0	0	1	0	0			0	0	
Z 40-41		0756-296	0775-171	0777-110	0780-031	5520-465	0768-481			0768-481	0775-171	0777-110	0780-031	5520-465			0775-171	0780-031	
Z 42b		0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0			0	0	
Z 51		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		0	0	0

p*** = prix par unité

ip*** = intervention personnelle par unité

HON = honoraire par semaine par résident en maison de repos

EXEMPLE 3**Description****AVEC PMI**

rythme fixe pour MRPA X: préparation et consultation MyCarenet le vendredi de la semaine x pour thérapie du dimanche de la semaine x au samedi y compris de la semaine x+1

rythme fixe pour MRPA Y: préparation et consultation MyCarenet le mercredi de la semaine x pour thérapie du vendredi de la semaine x au jeudi y compris de la semaine x+1

Consultation du schéma d'administration le 22/5/2015:

1x/jour 1 comprimé de spécialité a

1x/jour 1 comprimé de spécialité c à partir du 26/5/2015

1 comprimé de spécialité e tous les 2 jours

→ Préparation le 22/5/2015 (pour thérapie du 24/5/2015 au 30/5/2015 inclus):

7 comprimés de spécialité a

5 comprimés de spécialité c

4 comprimés de spécialité e

Modification du schéma d'administration

remplacement spécialité c par spécialité f à partir du 27/5/2015

→ Délivrance le 25/5/2015 (pour thérapie du 27/5/2015 au 30/5/2015 inclus):

4 comprimés de spécialité f

Consultation du schéma d'administration le 29/5/2015:

1x/jour 1 comprimé de spécialité a

1 comprimé de spécialité e tous les 2 jours

1x/jour 1 comprimé de spécialité f jusqu'au 3/6/2015 inclus

→ Préparation le 29/5/2015 (pour thérapie du 31/5/2015 au 6/6/2015 inclus):

7 comprimés de spécialité a

3 comprimés de spécialité e

4 comprimés de spécialité f

Modification du schéma d'administration

ajout de 1x/jour 1 comprimé de spécialité c à partir du 4/6/2015

→ Préparation le 2/6/2015 (pour thérapie du 4/6/2015 au 6/6/2015 inclus):

3 comprimés de spécialité c

Consultation du schéma d'administration le 5/6/2015:

1x/jour 1 comprimé de spécialité a

1x/jour 1 comprimé de spécialité c

1 comprimé de spécialité e tous les 2 jours

→ Préparation le 5/6/2015 (pour thérapie du 7/6/2015 au 13/6/2015 inclus):

7 comprimés de spécialité a

7 comprimés de spécialité c

4 comprimés de spécialité e

Patient décédé le 11/6/2015.

Patient 1 dans
MRPA X

Patient 2 dans MRPA X	<u>Nouveau patient admis dans MRPA X le 26/5/2015</u>	
	<u>Consultation du schéma d'administration le 26/5/2015:</u> 1x/jour 1 comprimé de spécialité a 2x/jour 1 comprimé de spécialité b	→ <u>Préparation le 26/6/2015 (pour thérapie du 26/5/2015 au 30/5/2015 inclus):</u> 5 comprimés de spécialité a 10 comprimés de spécialité b
	<u>Consultation du schéma d'administration le 29/5/2015:</u> 1x/jour 1 comprimé de spécialité a 2x/jour 1 comprimé de spécialité b	→ <u>Préparation le 29/5/2015 (pour thérapie du 31/5/2015 au 6/6/2015 inclus):</u> 7 comprimés de spécialité a 14 comprimés de spécialité b
	<u>Patient hospitalisé du 2/6/2015 au 9/6/2015 inclus</u>	→ <u>Pas de préparation le 5/6/2015</u> <u>Délivrance le 10/6/2015 (pour thérapie du 10/6/2015 au 13/6/2015 inclus)</u> 4 comprimés de spécialité a 8 comprimés de spécialité b
	<u>Consultation du schéma d'administration le 12/6/2015:</u> 1x/jour 1 comprimé de spécialité a 2x/jour 1 comprimé de spécialité b	→ <u>Préparation le 12/6/2015 (pour thérapie du 14/6/2015 au 20/6/2015 inclus):</u> 7 comprimés de spécialité a 14 comprimés de spécialité b
Patient 3 dans MRPA Y	<u>Consultation du schéma d'administration le 20/5/2015:</u> 1x/jour 1 comprimé de spécialité a 1x/jour 1 comprimé de spécialité c 2x/jour 1 comprimé de spécialité d	→ <u>Préparation le 20/5/2015 (pour thérapie du 22/5/2015 au 28/5/2015 inclus):</u> 7 comprimés de spécialité a 7 comprimés de spécialité c 14 comprimés de spécialité d
	<u>Consultation du schéma d'administration le 27/5/2015:</u> 1x/jour 1 comprimé de spécialité a 2x/jour 1 comprimé de spécialité d	→ <u>Préparation le 27/5/2015 (pour thérapie du 29/5/2015 au 4/6/2015 inclus):</u> 7 comprimés de spécialité a 14 comprimés de spécialité d
	<u>Modification du schéma d'administration</u> Ajout de 1 comprimé/jour de spécialité c du 3/6 au 7/6 inclus	→ <u>Préparation le 1/6/2015 (pour thérapie du 3/6/2015 au 4/6/2015 inclus):</u> 2 comprimés de spécialité c
	<u>Consultation du schéma d'administration le 3/6/2015:</u> 1x/jour 1 comprimé de spécialité a 1x/jour 1 comprimé de spécialité c jusqu'au 7/6 inclus	→ <u>Préparation le 3/6/2015 (pour thérapie du 5/6/2015 au 11/6/2015 inclus):</u> 7 comprimés de spécialité a 3 comprimés de spécialité c
	<u>Consultation du schéma d'administration le 10/6/2015:</u> 1x/jour 1 comprimé de spécialité a 1x/jour 1 comprimé de spécialité c	→ <u>Préparation le 10/6/2015 (pour thérapie du 12/6/2015 au 18/6/2015 inclus):</u> 7 comprimés de spécialité a 7 comprimés de spécialité c

Schéma d'administration

	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
Patient 1 dans MRPA X	a						1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
	c									4	4	4	4					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										
	e						1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1										
	f									1	1	1	1	1	1	1	1	1																			
Patient décédé																																					
Hospitalisation																																					
Patient 2 dans MRPA X	a								1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	b								2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Patient 3 dans MRPA Y	a				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	c				1	1	1	1	1	1	1							1	1	1	1	1	1					1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	d				2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Schéma de tarification

	SEMAINE CALENDRIER X							SEMAINE CALENDRIER X + 1							SEMAINE CALENDRIER X + 2							SEMAINE CALENDRIER X + 3							SEMAINE CALENDRIER X + 4									
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18						
Patient 1 dans MRPA X	a				7							7						7																				
	c				5											3			7																			
	e				4								3						4																			
	f							4					4																									
HON					1			1								1																						
Patient décédé																																						
Hospitalisation																																						
Patient 2 dans MRPA X	a								5			7													4		7											
	b								10			14													8		14											
HON									1																1													
Patient 3 dans MRPA Y	a			7							7							7							7													
	c			7										2			3								7													
	d			14								14																										
	HON			1								1					1									1												

Remplissage des zones du fichier de facturation

	Semaine de tarification 1 pour patient 1								Semaine de tarification 2 pour patient 1							
	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. c	ET 40 Spec. e	ET 40 HON	ET 40 Spec. f	ET 40 HON	ET 80	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. e	ET 40 Spec. f	ET 40 Spec. c	ET 40 HON	ET 80	
Z 4	0	758030	758074	758015	758155	758030	758155	0	0	758030	758015	758030	758074	758155	0	
Z 5	0	22-05-2015	22-05-2015	22-05-2015	22-05-2015	25-05-2015	25-05-2015	0	0	29-05-2015	29-05-2015	29-05-2015	02-06-2015	02-06-2015	0	
Z 15	MRPA X	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	MRPA X	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	
Z 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	5 x (p*** - ip***)	4 x (p*** - ip***)	HON	4 x (p*** - ip***)	HON	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	3 x (p*** - ip***)	4 x (p*** - ip***)	3 x (p*** - ip***)	HON	Total zones 19	
Z 22	0	7	5	4	1	4	1	0	0	7	3	4	3	1	0	
Z 27	CB1/ CB2	7 x ip***	5 x ip***	0	0	4 x ip***	0	Total zones 27	CB1/CB2	7 x ip***	0	4 x ip***	3 x ip***	0	Total zones 27	
Z 34		1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1		
Z 36		0	0	1	0	0	0			0	1	0	0	0		
Z40-41		CNK a	CNK c	CNK e	5520-465	CNK f	5520-465			CNK a	CNK e	CNK f	CNK c	5520-465		
Z 42b		0	0	0	0	0	0			0	0	0	0	0		
Z 51		0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	

	Semaine de tarification 3 pour patient 1				Semaine de tarification 1 pour patient 2				Semaine de tarification 2 pour patient 2					
	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. c	ET 40 Spec. e	ET 80	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. b	ET 40 HON	ET 80	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. b	ET 80
Z 4	0	758030	758074	758015	0	0	758030	758015	758155	0	0	758030	758015	0
Z 5	0	05-06-2015	05-06-2015	05-06-2015	0	0	26-05-2015	26-05-2015	26-05-2015	0	0	29-05-2015	29-05-2015	0
Z 15	MRPA X	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	MRPA X	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	MRPA X	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0
Z 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	7 x (p*** - ip***)	4 x (p*** - ip***)	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	5 x (p*** - ip***)	10 x (p*** - ip***)	HON	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	14 x (p*** - ip***)	Total zones 19
Z 22	0	7	7	4	0	0	5	10	1	0	0	7	14	0
Z 27	CB1/ CB2	7 x ip***	7 x ip***	0	Total zones 27	CB1/CB2	5 x ip***	0	0	Total zones 27	CB1/ CB2	7 x ip***	0	Total zones 27
Z 34		1	1	1			1	1	1			1	1	
Z 36		0	0	1			0	1	0			0	1	
Z40-41		CNK a	CNK c	CNK e			CNK a	CNK b	5520-465			CNK a	CNK b	
Z 42b		0	0	0			0	0	0			0	0	
Z 51		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0

	Semaine de tarification 3 pour patient 2					Semaine de tarification 4 pour patient 2				Semaine de tarification 1 pour patient 3					
	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. b	ET 40 HON	ET 80	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. b	ET 80	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. c	ET 40 Spec. d	ET 40 HON	ET 80
Z 4	0	758030	758015	758155	0	0	758030	758015	0	0	758030	758074	758074	758155	0
Z 5	0	10-06-2015	10-06-2015	10-06-2015	0	0	12-06-2015	12-06-2015	0	0	20-05-2015	20-05-2015	20-05-2015	20-05-2015	0
Z 15	MRPA X	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	MRPA X	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0
Z 19	N°. pharm. titulaire	4 x (p*** - ip***)	8 x (p*** - ip***)	HON	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	14 x (p*** - ip***)	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	7 x (p*** - ip***)	14 x (p*** - ip***)	HON	Total zones 19
Z 22	0	4	8	1	0	0	7	14	0	0	7	7	14	1	0
Z 27	CB1/ CB2	4 x ip***	0	0	Total zones 27	CB1/ CB2	7 x ip***	0	Total zones 27	CB1/ CB2	7 x ip***	7 x ip***	14 x ip***	0	Total zones 27
Z 34		1	1	1			1	1			1	1	1	1	
Z 36		0	1	0			0	1			0	0	0	0	
Z40-41		CNK a	CNK b	5520-465			CNK a	CNK b			CNK a	CNK c	CNK d	5520-465	
Z 42b		0	0	0			0	0			0	0	0	0	
Z 51		0	0	0	0		0	0	0		0	0	0	0	0

	Semaine de tarification 2 pour patient 3						Semaine de tarification 3 pour patient 3				Semaine de tarification 4 pour patient 3					
	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. d	ET 40 HON	ET 40 Spec. c	ET 40 HON	ET 80	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. c	ET 80	ET 20	ET 40 Spec. a	ET 40 Spec. c	ET 40 HON	ET 80
Z 4	0	758030	758074	758155	758074	758155	0	0	758030	758074	0	0	758030	758074	758155	0
Z 5	0	27-05-2015	27-05-2015	27-05-2015	01-06-2015	01-06-2015	0	0	03-06-2015	03-06-2015	0	0	10-06-2015	10-06-2015	10-06-2015	0
Z 15	MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0	MRPA Y	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	N°. pharm. titulaire	0
Z 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	14 x (p*** - ip***)	HON	2 x (p*** - ip***)	HON	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	3 x (p*** - ip***)	Total zones 19	N°. pharm. titulaire	7 x (p*** - ip***)	7 x (p*** - ip***)	HON	Total zones 19
Z 22	0	7	14	1	2	1	0	0	7	3	0	0	7	7	1	0
Z 27	CB1/ CB2	7 x ip***	14 x ip***	0	2 x ip***	0	Total zones 27	CB1/ CB2	7 x ip***	3 x ip***	Total zones 27	CB1/ CB2	7 x ip***	7 x ip***	0	Total zones 27
Z 34		1	1	1	1	1			1	1			1	1	1	
Z 36		0	0	0	0	0			0	0			0	0	0	
Z40-41		CNK a	CNK d	5520-465	CNK c	5520-465			CNK a	CNK c			CNK a	CNK c	5520-465	
Z 42b		0	0	0	0	0			0	0			0	0	0	
Z 51		0	0	0	0	0	0		0	0	0		0	0	0	0

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet. Toutes les informations de cette annexe ont été intégrées dans le document « Directives aux offices de tarification ».

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet. Toutes les informations de cette annexe ont été intégrées dans le document « Directives aux offices de tarification ».

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet. Toutes les informations de cette annexe ont été intégrées dans le document « Directives aux offices de tarification ».

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet. Toutes les informations de cette annexe ont été intégrées dans le document « Directives aux offices de tarification ».

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet. Toutes les informations de cette annexe ont été intégrées dans le document « Directives aux offices de tarification ».

(☞42)

Annexe 10.6

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet. Toutes les informations de cette annexe ont été intégrées dans le document « Directives aux offices de tarification ».

(☞ 42)

Annexe 11

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet.

Annexe supprimée suite au passage à MyCarenet.

Dessin d'enregistrement de l'envoi de la statistique TDS à l'INAMI.

Les OT doivent transmettre mensuellement les données (seuls les montants relatifs à l'assurance obligatoire) à l'INAMI au moyen d'un fichier digital comme prévu dans cette annexe. Les données doivent être délivrées dans un « plat file » où les champs doivent être séparés par un point virgule, structuré selon le lay-out ci-dessous.

Zone	1	2	3	4	5
1	Code enregistrement	Code enregistrement	Code enregistrement	Code enregistrement	Code enregistrement
2	N° ordre enregistrement	N° ordre enregistrement	N° ordre enregistrement	N° ordre enregistrement	N° ordre enregistrement
3		O.A.	O.A.	O.A.	
4	Année + Mois facturation	Année + Mois facturation	Année + Mois facturation	Année + Mois facturation	Année + Mois facturation
5	Date création				Date création
6			Code catégorie		
7	N° Office tarification	N° Office tarification	N° Office tarification	N° Office tarification	N° Office tarification
8	Numéro version		Catégorie sociale		
9			Quantité		
10			Montant brut	Montant total brut par O.A.	Montant brut total
11			AMI 1	Total AMI 1 par O.A.	Total AMI 1
12			Quote-part personnelle	Total quote-part personnelle par O.A.	Total quote-part personnelle
13			Diminution	Total diminution par O.A.	Total diminution
14			Montant A.M.I.	Montant total A.M.I. par O.A.	Montant total A.M.I.
15			Indication 1ère délivrance		
16			Codification honoraires		
17			AMI 2	Total AMI 2 par O.A.	Total AMI 2
18			Indication PMI		
(☞ 39) 19			Prix ex-usine (AMI)	Total prix ex-usine (AMI) par OA	Total prix ex-usine (AMI)
(☞ 39) 20			Prix ex-usine (IP)	Total prix ex-usine (IP) par OA	Total prix ex-usine (IP)
(☞ 39) 21			Marge grossiste (AMI)	Total marge grossiste (AMI) par OA	Total marge grossiste (AMI)
(☞ 39) 22			Marge grossiste (IP)	Total marge grossiste (IP) par OA	Total marge grossiste (IP)
(☞ 39) 23			Marge économique (AMI)	Total marge écon. (AMI) par OA	Total marge écon. (AMI)
(☞ 39) 24			Marge économique (IP)	Total marge écon. (IP) par OA	Total marge écon. (IP)
(☞ 39) 25			Honoraires pharmacien (AMI)	Total hon. pharmacien (AMI) par OA	Total hon. pharmacien (AMI)
(☞ 39) 26			Honoraires pharmacien (IP)	Total hon. pharmacien (IP) par OA	Total hon. pharmacien (IP)
(☞ 40) 27			Flag exception chapitre IV		

Les données doivent être transmises par e-mail à l'adresse suivante: CDM@inami.fgov.be

L'envoi doit être intitulé STATTDSXYZAAAAMM (pas d'espaces, pas d'extension); où XYZ correspond aux positions 5,6 et 7 du numéro d'identification de l'office de tarification (zone 7 STAT TDS), AAAA correspond à l'année de facturation et MM au mois de facturation (zone 4 STAT TDS).

Les données doivent être transmises endéans les 30 jours après la date de création de la facture (voir ET 10 Z 25-26 des instructions OTFS).

Après réception de la statistique, un accusé de réception sera envoyé à l'office de tarification.

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Ce code définit la nature de l'enregistrement.
Cette zone est valable pour tous les types d'enregistrement.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

La valeur de cette zone est toujours égale à 1.

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Dans cette zone, on doit numéroter les enregistrements pour faciliter l'identification de chaque enregistrement individuel.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Numérotation croissante des enregistrements à travers tous les enregistrements.

Le numéro d'ordre doit commencer par le chiffre 1 et être progressif de raison 1 (le précédent +1).

RUBRIQUE : Année et mois de facturation

LIBELLE :

Voir ET 10 Z 22-23 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Structure : AAAAMM

Voir ET 10 Z 22-23 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Date de création

LIBELLE :

Date de création des statistiques par l'office de tarification.

Dans cette zone, on doit mentionner la date à laquelle le fichier statistique a été établi.

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

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Structure : AAAAMMJJ

Exemple : Sur le support magnétique des produits délivrés durant le mois de janvier 2002, établi durant le mois de février 2002, la valeur 200202JJ est mentionnée dans cette zone; où JJ indique le jour dans le mois.

La date de création ne peut être postérieure à la date du jour.

RUBRIQUE : Identification de l'office de tarification

LIBELLE :

C'est le numéro de l'office de tarification qui a établi le fichier statistique.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir ET 10 Z 14 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Numéro de version

LIBELLE :

Dans cette zone, on mentionne initialement l'année et le mois de publication du document de base.
Cette date doit ensuite être remplacée par l'année et le mois des mises à jour suivantes.

La date de départ est donc 200305.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Structure : AAAAMM

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Ce code définit la nature de l'enregistrement.
Cette zone est valable pour tous les types d'enregistrement.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

La valeur de cette zone est toujours égale à 2.

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 2.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 2.

RUBRIQUE : Organisme assureur

LIBELLE :

Dans cette zone, l'organisme assureur est identifié.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Code</u>	<u>Libellé</u>
100	A.N.M.C.
200	U.N.M.N.
300	U.N.M.S.
400	U.N.M.L.
500	U.M.L.
600	C.A.A.M.I.
900	Caisse des soins de santé de la S.N.C.B.

Les subdivisions du code OA doivent être regroupées sous le code principal de l'OA, par exemple 910, 920,...sous le code principal 900.

RUBRIQUE : Année et mois de facturation

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 4.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Structure : AAAAMM

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 4.

RUBRIQUE : Identification de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 7.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 7.

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 1.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

La valeur de cette zone est toujours égale à 3.

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 2.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 2.

RUBRIQUE : Organisme assureur

LIBELLE :

Dans cette zone, l'organisme assureur est identifié.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 2 Zone 3.

RUBRIQUE : Année et mois de facturation

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 4.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Structure : AAAMM

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 4.

RUBRIQUE : Code catégorie médicament

LIBELLE :

Voir ET 40 Z 4 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir ET 40 Z 4 des instructions de facturation OTFS.

Exception : Le pseudo-code 750315 (enregistrement de détail relatif à la préparation magistrale) n'est pas repris.

RUBRIQUE : Identification de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 7.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 7.

RUBRIQUE : Catégorie sociale

LIBELLE :

Cette zone identifie le type du bénéficiaire.

Il s'agit du Code Bénéficiaire 1.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 8 Suite 1.

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**Catégorie sociale - codification****Valeur Description****Régime général**

101	Personnes non encore protégées - régime préférentiel (PNP 100)
100	Personnes non encore protégées - régime non préférentiel (PNP 75)
111	Titulaires Indemnisables Primaires préférentiels (TIP 100)
110	Titulaires Indemnisables Primaires non préférentiels (TIP 75)
121	Invalides et moins valides - régime préférentiel (I 100)
120	Invalides et moins valides - régime non préférentiel (I 75)
131	Pensionnés - régime préférentiel (P 100)
130	Pensionnés - régime non préférentiel (P 75)
141	Veuves et veufs - régime préférentiel (V 100)
140	Veuves et veufs - régime non préférentiel (V 75)
151	Orphelins – régime préférentiel
150	Orphelins – régime non préférentiel
181	Conventions internationales – régime préférentiel
180	Conventions internationales – régime non préférentiel

Régime des travailleurs indépendants

411	Actifs préférentiel
410	Actifs non préférentiel
421	Invalides - régime préférentiel (y compris les handicapés)
420	Invalides - régime non préférentiel (y compris les handicapés)
431	Pensionnés - régime préférentiel
430	Pensionnés - régime non préférentiel
441	Veuves et veufs - régime préférentiel
440	Veuves et veufs - régime non préférentiel
451	Orphelins - régime préférentiel
450	Orphelins - régime non préférentiel
471	Communautés religieuses - régime préférentiel
470	Communautés religieuses - régime non préférentiel
481	Conventions internationales - régime préférentiel
480	Conventions internationales - régime non préférent

RUBRIQUE : Quantité

LIBELLE :

Il s'agit du nombre d'unités (nombre de conditionnements, nombre de forfaits facturés, nombre de jours de traitement, nombre de modules, ...) par code catégorie séparé.

Voir ET 40 Z 22 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

RUBRIQUE : Montant brut

LIBELLE :

Le montant dans cette zone est égal à la somme des montants de la zone 11 (AMI 1), de la zone 12 (quote-part personnelle) et de la zone 17 (AMI 2).

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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 : AMI 1

LIBELLE :

Voir ET 40 Z 19 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

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 : Quote-part personnelle pour médicaments

LIBELLE :

Voir ET 40 Z 27 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Voir ET 40 Z 27 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Montant de la diminution

LIBELLE :

Il s'agit du montant de la diminution de l'intervention de l'assurance pour l'ensemble de la catégorie de médicaments définie dans l'ET 3 Z 6 (voir A.R. du 29 mars 2002).

Pour les délivrances à partir du 1/7/2012 jusqu'au 31/12/2012 inclus des spécialités donnant droit à un honoraire de base, cette zone est utilisée pour la cotisation des pharmaciens comme prévu à l'art.128 de la loi-programme du 22/6/2012 (MB 28/6/2012).

Cette zone contient le montant de la cotisation pour l'ensemble de la catégorie de médicaments définie dans l'ET 3 Z 6.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

A partir du 1^{er} juillet 2006, ce montant est égal à 0 % du ticket modérateur.

Calcul de la diminution :

Le montant mentionné dans cette zone correspondra à la somme des montants de la diminution calculés par récépé (ET 40 Z 46-47 des instructions de facturation OTFS) pour la catégorie indiquée dans l'ET 3 Z 6. La diminution ne correspondra pas au calcul simple du pourcentage appliqué au montant mentionné dans l'ET 3 Z 12.

En général, il s'agit, donc, d'un montant positif ou égal à zéro.

Cotisation pharmaciens (Art. 128 de la Loi-programme du 22 juin 2012):

Le montant mentionné dans cette zone correspond à la somme des montants de la cotisation (ET 40 Z 46-47 des instructions de facturation OTFS) pour la catégorie mentionnée dans l'ET 3 Z 6.

RUBRIQUE : Montant de l'assurance maladie

LIBELLE :

Il s'agit du montant pris en charge par l'assurance maladie après retrait du montant de la diminution de l'intervention de l'assurance (voir A.R. du 29 mars 2002) ou du montant de la cotisation des pharmaciens (art. 128 de la Loi-programme du 22 juin 2012).

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

Calcul de la diminution :

Le montant mentionné dans cette zone correspondra à la somme des montants calculés par récépé (ET 40 Z 48 des instructions de facturation OTFS) pour la catégorie indiquée dans l'ET 3 Z 6.

Ce montant ne correspondra pas toujours au simple calcul $ET\ 3\ Z\ 11 + ET\ 3\ Z\ 17 - ET\ 3\ Z\ 13$.

Calcul du montant (art. 128 de la Loi-programme du 22 juin 2012) :

Le montant mentionné dans cette zone correspond à la somme des montants de l'ET 40 Z 48 des instructions de facturation OTFS pour la catégorie mentionnée dans l'ET 3 Z 6.

RUBRIQUE : Indication 1^{ère} délivrance

LIBELLE :

Voir ET 40 Z 35 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Codification honoraires

LIBELLE :

Voir ET 40 Z 42b des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

RUBRIQUE : AMI 2

LIBELLE :

Voir ET 40 Z 51 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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 : Indication PMI

LIBELLE :

Voir ET 40 Z 34 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Prix ex-usine (AMI)

LIBELLE :

Voir ET 41 Z 20-21-22 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir ET 41 Z 20-21-22 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Prix ex-usine (IP)

LIBELLE :

Voir ET 41 Z 6a-6b-7 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir ET 41 Z 6a-6b-7 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Marge grossiste (AMI)

LIBELLE :

Voir ET 41 Z 19 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir ET 41 Z 19 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Marge grossiste (IP)

LIBELLE :

Voir ET 41 Z 24-25 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir ET 41 Z 24-25 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Marge économique (AMI)

LIBELLE :

Voir ET 41 Z 27 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir ET 41 Z 27 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Marge économique (IP)

LIBELLE :

Voir ET 41 Z 30-31 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir ET 41 Z 30-31 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Honoraires pharmacien (AMI)

LIBELLE :

Voir ET 41 Z 38 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Voir ET 41 Z 38 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Honoraires pharmacien (IP)

LIBELLE :

Voir ET 41 Z 39 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir ET 41 Z 39 des instructions de facturation OTFS.

RUBRIQUE : Flag exception Chapitre IV

LIBELLE :

Voir ET 41 Z 9 des instructions de facturation OTFS.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 1.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

La valeur de cette zone est toujours égale à 4.

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 2.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 2.

RUBRIQUE : Organisme assureur

LIBELLE :

Dans cette zone, l'organisme assureur est identifié.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 2 Zone 3.

RUBRIQUE : Année et mois de facturation

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 4.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Structure : AAAMM

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 4.

RUBRIQUE : Identification de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 7.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 7.

RUBRIQUE : Montant total brut par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 10, pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (montants bruts) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (montants bruts).

RUBRIQUE : Total AMI 1 par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 11, pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (AMI 1) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (AMI 1).

RUBRIQUE : Total quote-part personnelle pour médicaments par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 12, pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (montants des quotes-part personnelles) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (montants des quotes-part personnelles).

RUBRIQUE : Montant total de la diminution par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 13, pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (montants de la diminution) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (montants de la diminution).

RUBRIQUE : Montant total de l'assurance maladie par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 14, pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (montants de l'assurance maladie) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (montants de l'assurance maladie).

RUBRIQUE : Total AMI 2 par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 17, pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (AMI 2) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (AMI 2).

RUBRIQUE : Total prix ex-usine (AMI) par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 19 pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les six dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (prix ex-usine (AMI)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (prix ex-usine (AMI)).

RUBRIQUE : Total prix ex-usine (IP) par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 20 pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les six dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (prix ex-usine (IP)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (prix ex-usine (IP)).

RUBRIQUE : Total marge grossiste (AMI) par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 21 pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les six dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (marge grossiste (AMI)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (marge grossiste (AMI)).

RUBRIQUE : Total marge grossiste (IP) par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 22 pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les six dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (marge grossiste (IP)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (marge grossiste (IP)).

RUBRIQUE : Total marge économique (AMI) par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 23 pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les six dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (marge économique (AMI)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (marge économique (AMI)).

RUBRIQUE : Total marge économique (IP) par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 24 pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les six dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (marge économique (IP)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (marge économique (IP)).

RUBRIQUE : Total honoraires pharmacien (AMI) par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 25 pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les six dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (honoraires pharmacien (AMI)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (honoraires pharmacien (AMI)).

RUBRIQUE : Total honoraires pharmacien (IP) par O.A.

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants de tous les enregistrements de type 3 zone 26 pour lesquels l'ET 3 Z 3 = ET 4 Z 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les six dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

La somme de tous les enregistrements de type 4 (honoraires pharmacien (IP)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (honoraires pharmacien (IP)).

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de type 1 Zone 1.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

La valeur de cette zone est toujours égale à 5.

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 2.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 2.

RUBRIQUE : Année et mois de facturation

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 4.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Structure : AAAAMM

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 4.

RUBRIQUE : Date de création

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 5.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Structure : AAAAMMJJ

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 5.

RUBRIQUE : Identification de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 7.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 1 Zone 7.

RUBRIQUE : Montant brut total

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 10 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 10.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (montants bruts) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (montants bruts).

RUBRIQUE : Total AMI 1

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 11 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 11.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (AMI 1) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (AMI 1).

RUBRIQUE : Total quote-part personnelle pour médicaments

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 12 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 12.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (montants des quotes-part personnelles) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (montants des quotes-part personnelles).

RUBRIQUE : Montant total de la diminution

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 13 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 13.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (montants de la diminution) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (montants de la diminution).

RUBRIQUE : Montant total de l'assurance maladie

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 14 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 14.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (montants de l'assurance maladie) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (montants de l'assurance maladie).

RUBRIQUE : Total AMI 2

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 17 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 17.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (AMI 2) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (AMI 2).

RUBRIQUE : Total prix ex-usine (AMI)

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 19 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 19.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (prix ex-usine (AMI)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (prix ex-usine (AMI)).

RUBRIQUE : Total prix ex-usine (IP)

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 20 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 20.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (prix ex-usine (IP)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (prix ex-usine (IP)).

RUBRIQUE : Total marge grossiste (AMI)

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 21 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 21.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (marge grossiste (AMI)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (marge grossiste (AMI)).

RUBRIQUE : Total marge grossiste (IP)

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 22 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 22.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (marge grossiste (IP)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (marge grossiste (IP)).

RUBRIQUE : Total marge économique (AMI)

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 23 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 23.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (marge économique (AMI)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (marge économique (AMI)).

RUBRIQUE : Total marge économique (IP)

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 24 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 24.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (marge économique (IP)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (marge économique (IP)).

RUBRIQUE : Total honoraires pharmacien (AMI)

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 25 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 25.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (honoraires pharmacien (AMI)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (honoraires pharmacien (AMI)).

RUBRIQUE : Total honoraires pharmacien (IP)

LIBELLE :

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 26 de tous les enregistrements de type 3.

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 3 Zone 26.

La somme de tous les enregistrements de type 5 (honoraires pharmacien (IP)) doit être égale à la somme de tous les enregistrements de type 3 (honoraires pharmacien (IP)).

Principes relatifs au bloc ET40-ET41

1. Un ET 41 doit toujours être précédé par un ET 40.
Si ce n'est pas le cas, alors l'ET 41 est rejeté avec le code erreur R 410110 (*enregistrement de type 41 non précédé par un enregistrement de type 40*).
2. Inversement, un ET 40 ne doit pas nécessairement être suivi par un ET 41. Un enregistrement 41 doit seulement être établi si un code 2D matrix et /ou un numéro d'autorisation doit être
(☞ 39) rempli ou lorsqu'il s'agit d'une spécialité pharmaceutique pour laquelle les différentes composantes de la structure des prix doivent être mentionnées.
3. Si une erreur est constatée dans un ET 41, alors l'ET 40 précédant est aussi rejeté avec le code erreur R 400149 (*enregistrement rejeté suite à une erreur dans l'enregistrement 41 correspondant*).
Si une erreur est constatée dans un ET 40, alors l'enregistrement 41 correspondant est aussi rejeté avec un code erreur R 410119 (*enregistrement rejeté suite à une erreur dans l'enregistrement 40 correspondant*).
Les deux enregistrements forment un ensemble indissociable (« bloc »).
Ces codes erreurs ne sont pas pris en compte pour le calcul du pourcentage d'erreurs.

Pharmacien de référence

Méthode de tarification/facturation jusqu'au 31/12/2020 inclus

Annexe 15.1

Cette annexe contient une série de solutions techniques de tarification/facturation du service « pharmacien de référence » dans les différents cas de figure qui peuvent se présenter sur le terrain.

- A. Principes de base
 - 1. CNK utilisés et définitions
 - 2. Informations sur le service
 - 3. Gestion du service par les OT
 - 4. Contrôles par les OA
- B. Scénarios
 - 1. Situation normale
 - 2. Arrêts du service
 - 3. Changements de pharmacien de référence
 - a. Entre pharmaciens du même OT
 - b. Entre pharmaciens d'OTs différents
- C. Gestion du flux de données dans les OA
 - 1. En 2017
 - 2. A partir de 2018
- D. Instructions spécifiques pour l'arrêt du service pharmacien de référence en 2017 ou 2018.

A1.CNK utilisés et définitions

- CNKi1 [5520689] : initiation de la prestation en 2017
 - Utilisable du 1^{er} octobre au 31 décembre 2017
 - Peut être transmis dans une 'pseudo-prescription' avec un prescripteur spécifique[01 00001 06 999]
 - Le service est prolongé chaque année tant qu'un CNKs n'est pas transmis ou qu'un CNKi2 d'un autre pharmacien n'est pas transmis
- CNKi2 [5520705] : initiation de la prestation à partir du 1^{er} janvier 2018
 - Peut être transmis dans une 'pseudo-prescription' avec un prescripteur spécifique[01 00001 06 999]
 - Le service est prolongé chaque année tant qu'un CNKs n'est pas transmis ou qu'un CNKi2 d'un autre pharmacien n'est pas transmis
- CNKh1 [5520697] : facturation de l'honoraire 2017
 - Utilisable à partir du 1^{er} mai 2018
 - Doit être transmis avec une prescription d'un médicament* (spécialité ou magistrale)
- CNKh2 [5520713] : facturation de l'honoraire à partir du 1^{er} janvier 2019
 - Doit être transmis avec une prescription d'un médicament* (spécialité ou magistrale)
- CNKs [5520721] : facturation de l'honoraire avec arrêt du service
 - Utilisable à partir du 1^{er} mai 2018.
 - Peut être transmis dans une 'pseudo-prescription' avec un prescripteur spécifique[01 00001 06 999]
 - Clôture le CNKi précédent

**médicament remboursé ou qui doit être transmis via la facturation Pharmanet selon la réglementation en vigueur*

A2. Information sur le service

- Dès 2017
 - L'initiation du service (CNKi) est transmis au DPP (Dossier Pharmaceutique Partagé) avec la date correspondante ce qui permet aux pharmaciens de savoir si un patient a déjà reçu le service
- Dès 2020 (?)
 - L'information « pharmacien de référence » est disponible dans le message MyCareNet assurabilité :
 - Date d'initiation du service
 - Numéro INAMI de la pharmacie
- Interprétation des données
 - Lors de l'initiation du service pour un patient donné, le pharmacien peut voir si le patient a déjà été inscrit chez un autre pharmacien.
 - Pour les patients chez qui le service a été initié, le pharmacien peut vérifier si la situation du patient a changé (MR/MRS, Décès) et tarifer son honoraire avec annulation du service.
 - Dans le cas où le patient clôture lui-même le service (sans changer de pharmacien de référence), le pharmacien doit introduire un CNKs au cours de l'année civile suivante.

A3. Gestion du service par les OT

- Les OT tiennent un relevé des initiations de service par les pharmaciens
- Les OT veillent à la transmission correcte de l'information vers les OA
 - 1 seul CNKi par patient par an
 - Si un second CNKi est transmis par un autre pharmacien, l'OT garde l'info et ne transmet le CNKi qu'au début de l'année suivante (schéma technique 3a)
 - Si l'OA refuse un CNKi pour un patient, l'OT le garde pour le transmettre au début de l'année suivante (schéma technique 3b)
 - Possibilité de transmettre des 'notes de crédit' pour supprimer un CNKi/CNKh/CNKs introduit par erreur.

A4. Contrôles par les OA

- CNKi1
 - 1 seul CNKi1 par patient (le premier enregistré par l'OA est accepté) R 404005
 - Ne peut être utilisé que du 1/10 au 31/12/2017 R 404020
 - Ne peut pas être utilisé pour un patient résident d'une MR/MRS R 404006
- CNKi2
 - 1 seul CNKi2 par patient par année civile R 404005
 - Ne peut pas être utilisé avant le 1/1/2018 R 404020
 - Ne peut pas être utilisé pour un patient résident d'une MR/MRS R 404006
- CNKh1
 - 1 seul CNKh1 par patient R 404007
 - Ne peut être utilisé que du 1/5 au 31/12/2018 R 404020
 - Doit être précédé d'un CNKi1 avant l'année civile courante pour le même couple pharmacie/patient si le patient n'a pas changé d'OA R 404009
 - Ne peut pas être utilisé pour un patient résident d'une MR/MRS ou décédé R 404013
- CNKh2
 - 1 seul CNKh2 par patient par année civile R 404007
 - Ne peut être utilisé qu'à partir du 1/1/2019 R 404020
 - Doit être précédé d'un CNKi1 ou CNKi2 avant l'année civile courante pour le même couple pharmacie/patient (sauf en cas de mutation) R 404010
 - Ne peut pas être directement précédé par un CNKs pour le même couple pharmacie/patient R 404012
 - Ne peut être facturé si un changement de pharmacien a été enregistré dans l'année civile précédente (CNKi d'un autre couple pharmacien/patient) R 404011
 - Ne peut être facturé dans la même année civile que le CNKi R 404008
 - Ne peut pas être utilisé pour un patient résident d'une MR/MRS ou décédé R 404013
- CNKs
 - Ne peut être utilisé qu'à partir du 1^{er} mai 2018 R 404020
 - Doit être précédé d'un CNKi1 ou CNKi2 pour le même couple pharmacie/patient R 404015
- Maxima
 - 1 seul CNKh + 1 seul CNKs par année civile pour le même patient R 404016
 - 2 CNKs par année civile pour le même patient R 404017

B. Scénarios

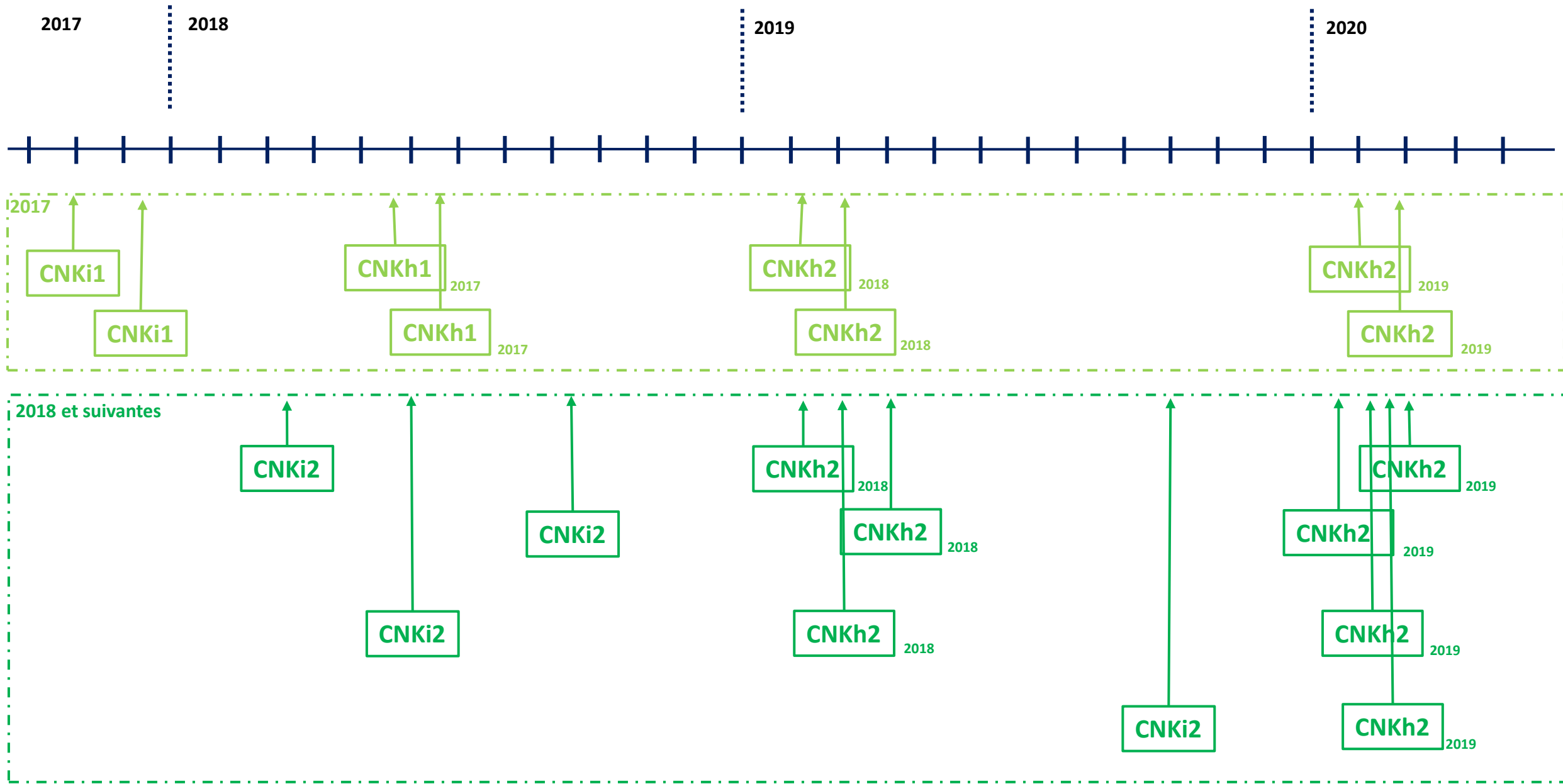
B1. Situation normale

- 2017
 - Le triplet CNKi1-Phn-Patient indique l'initiation du service.
 - Le triplet CNKh1-Phn-Patient tarifie le service en même temps que la première prescription remboursable à partir du 1er mai 2018.
 - Le service est prolongé chaque année tant qu'un CNKi n'est pas transmis par un autre pharmacien ou tant qu'un CNKs n'est pas transmis.
- 2018 et suivantes
 - Le triplet CNKi2-Phn-Patient indique l'initiation du service.
 - Le triplet CNKh2-Phn-Patient tarifie le service en même temps que la première prescription remboursable à partir du 1er janvier 2019.
 - Le service est prolongé chaque année tant qu'un CNKi n'est pas transmis par un autre pharmacien ou tant qu'un CNKs n'est pas transmis

Schéma technique (1) : situation normale

CNKi : indique l'initiation de la prestation
CNKh : indique la facturation de la prestation

Annexe 15.7

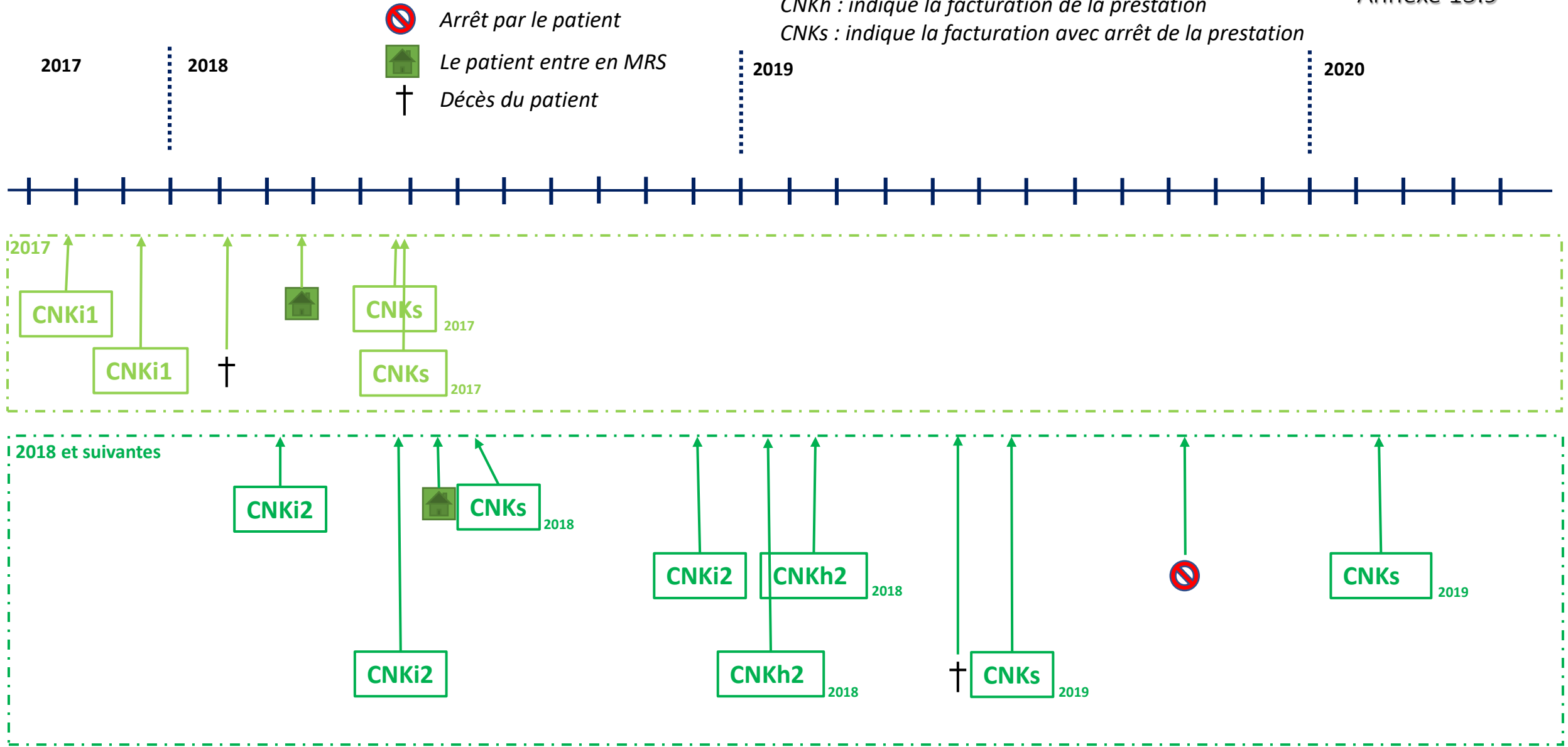


B2. Arrêts du service

- Situations :
 1. Le patient est décédé
 2. Le patient entre en MR/MRS
 3. Le patient décide de ne plus disposer du service
- Tarification des situations 1 & 2 :
 - Dès réception de l'information, le pharmacien tarifie un triplet CNKs-Phn-Patient ce qui facture l'honoraire et clôture le service pour ce patient et ce pharmacien.
- Tarification de la situation 3 :
 - le pharmacien tarifie un triplet CNKs-Phn-Patient ce qui facture l'honoraire et clôture le service pour ce patient et ce pharmacien, dans les mêmes conditions que la situation normale (B1).

Schéma technique (2) : arrêts du service

CNKi : indique l'initiation de la prestation
CNKh : indique la facturation de la prestation
CNKs : indique la facturation avec arrêt de la prestation



B3. Changement de pharmacien de référence

- 2017
 - Le CNKi1 d'un second pharmacien pour le même patient est toujours refusé
- 2018 et suivantes
 - Le triplet CNKi2-Phn1-Patient indique l'initiation
 - Le premier triplet enregistré donne droit à l'honoraire au début de l'année civile suivante
 - Un nouveau triplet CNKi2-Phn2-Patient, pour un autre pharmacien dans la même année civile, est toujours refusé par l'OA; mais il est accepté par l'OT, qui le conserve et le transmet à l'OA au début de l'année civile suivante, ce qui ouvre le droit à l'honoraire une année plus tard.
 - Un nouveau triplet CNKi2-Phn2-Patient, pour un autre pharmacien dans une année civile suivante, est accepté par l'OA et donne droit à l'honoraire au début de l'année civile suivante.

B3. Changement de pharmacien de référence

- Schémas techniques :
 - Pharmaciens du même OT : Schéma 3a
 - Pharmaciens d'OT différents : Schéma 3b
 - Combinaison de cas : changement, ensuite arrêt : Schéma 3a+2

Schéma technique (3a) : Changement de phn de référence

 *Le patient choisit un autre pharmacien de référence*

CNKi : initiation de la prestation
CNKh : facturation de la prestation
CNKs : facturation avec arrêt de la prestation

2017 2018 2019 2020

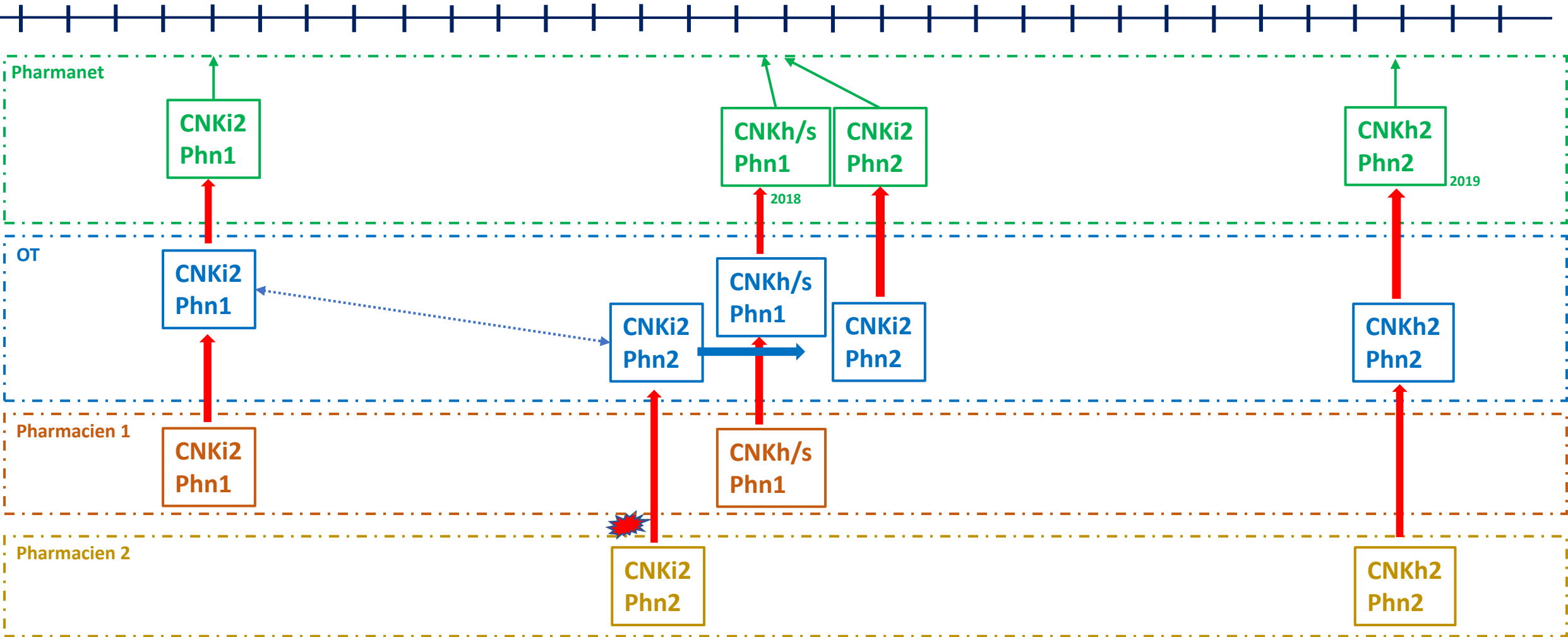


Schéma technique (3b) : Changement de phn de référence

 *Le patient choisit un autre pharmacien de référence*

CNKi : initiation de la prestation
CNKh : facturation de la prestation
CNKs : facturation avec arrêt de la prestation

2017 2018 2019 2020

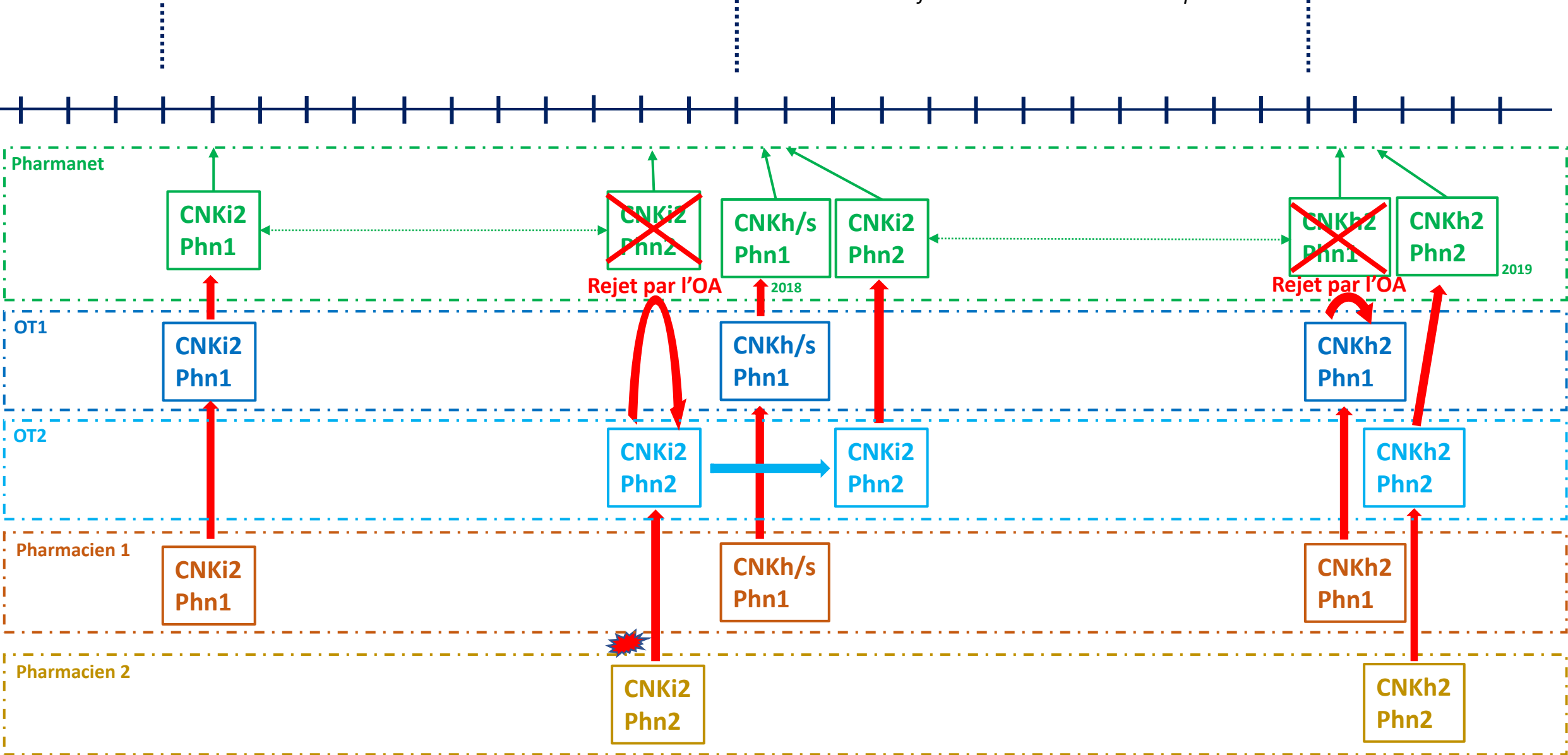
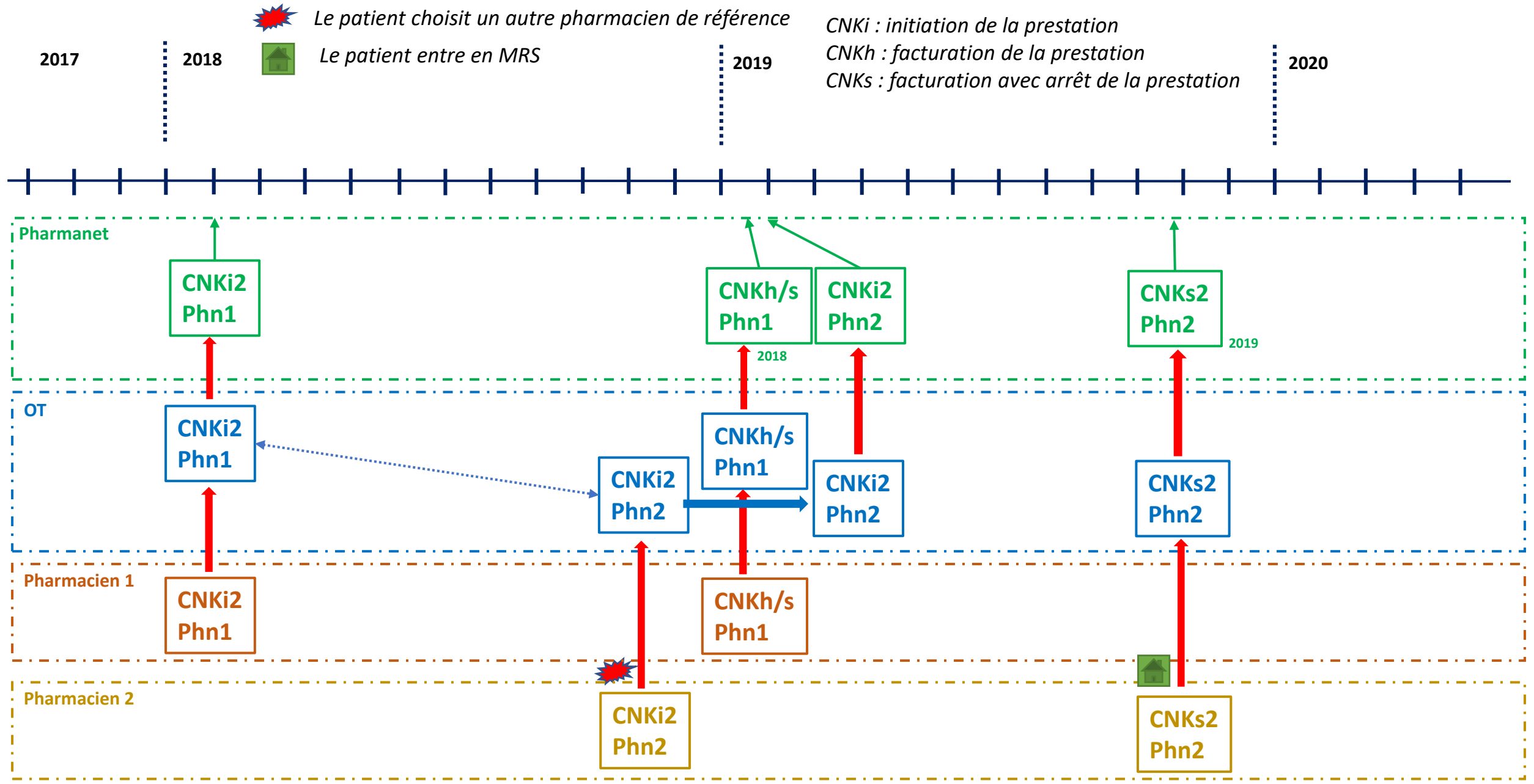


Schéma technique (3a+2) : Changement + arrêt



C. Gestion du flux de données dans les OA

- Les OA tiennent un relevé des initiations et des honoraires de service par patient
- Les pages suivantes tentent de proposer une gestion logique des données qui arrivent via Pharmanet
 1. Pour les années 2017 & 2018
 2. Pour les années 2018 & suivantes

C1. Gestion du flux en 2017

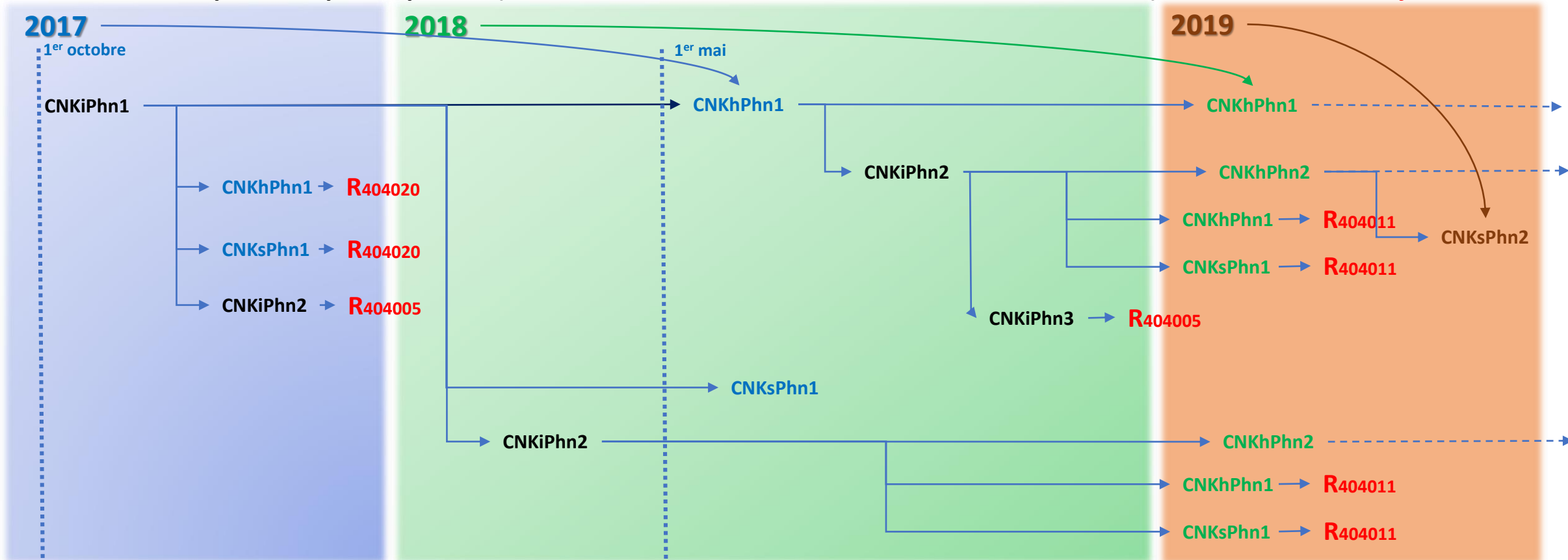
- Le premier CNKi reçu pour un patient est enregistré
- Aucun autre CNKi n'est accepté pour le même patient pour cette même année civile 2017

Mais...

- Une note de crédit d'un CNKi doit pouvoir être acceptée
 - Annule le service pour ce patient et ce pharmacien
 - Permet l'introduction d'un nouveau CNKi pour ce patient
- Aucun autre CNK (i, h ou s) n'est accepté en 2017

C1. Gestion du flux en 2017 et 2018

Les différents cas possibles pour 1 patient (le lien des honoraires à une année est codifié en couleur)



C2. Gestion du flux à partir de 2018

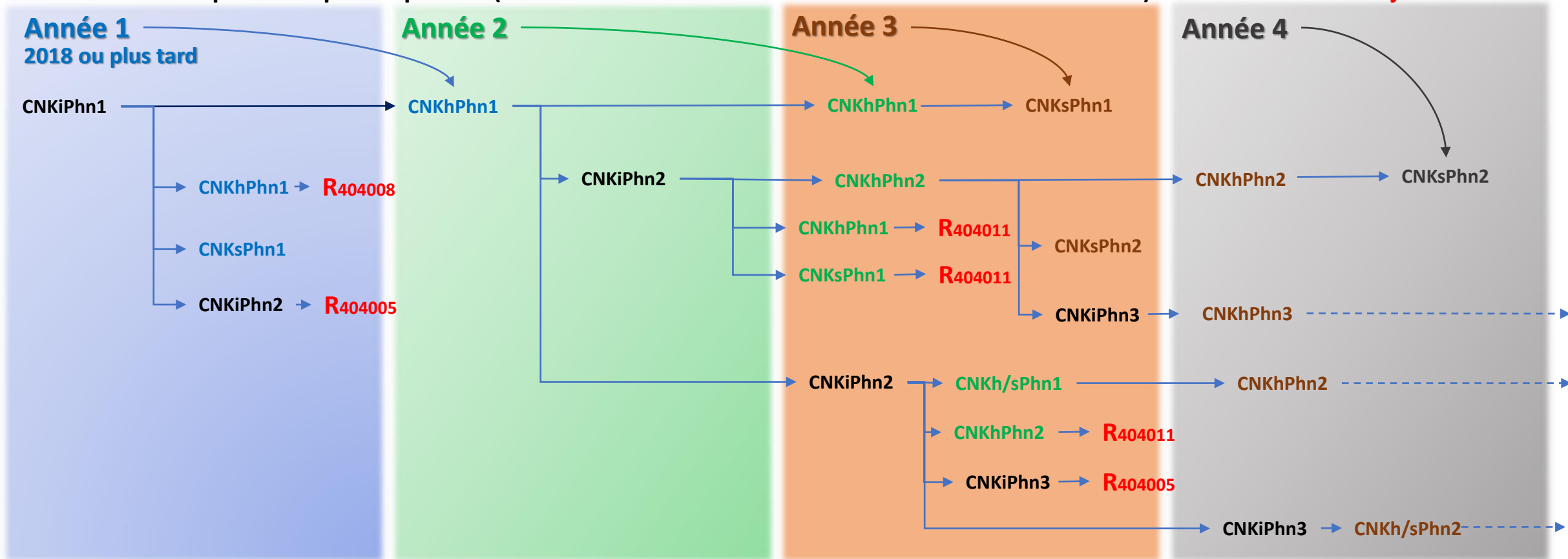
- Le premier CNKi reçu pour un patient est enregistré
 - Initie pour la première fois pour ce patient
- Ou
 - Indique le changement de pharmacien de référence
- Aucun autre CNKi n'est accepté par l'OA pour le même patient dans la même année civile

Mais...

- Une note de crédit d'un CNKi doit pouvoir être acceptée
 - Annule le service pour ce patient et ce pharmacien
 - La situation du patient revient à celle qui était en vigueur avant l'introduction du CNKi crédité
 - Le CNKi ne peut plus être crédité une fois que l'honoraire s'y rapportant (CNKh ou CNKs) est facturé et accepté

C2. Gestion du flux à partir de 2018

Les différents cas possibles pour 1 patient (le lien des honoraires à une année est codifié en couleur)



D. Instructions spécifiques pour l'arrêt du service en 2017 ou 2018

Principes

- La fin de service en 2017 ne peut être facturée qu'à la valeur de l'honoraire 2017, soit 4,74 € ;
- La valeur du CNKs d'une année de service doit être égale à la valeur du CNKh ;
- L'exercice budgétaire 2018 ne prend pas en compte les honoraires de fin de service de 2018. Ceux-ci ne peuvent donc pas être facturés dans l'exercice 2018.

Pour répondre à ces exigences et permettre aux pharmaciens de facturer correctement et légitimement leurs honoraires, la **solution technique** suivante est convenue :

- Le CNKs a la valeur de 4,74 € jusqu'au 30 novembre 2018.
- Les honoraires de fin de service de 2017 (patients inclus à partir du 1^{er} octobre 2017 et décédés ou admis en MR avant le 1^{er} janvier 2018) peuvent être facturés avec le CNKs jusqu'au 30 novembre 2018.
- Le CNKs prend la valeur de 31,80 € à partir du 1^{er} décembre 2018 (en espérant que l'AR soit déjà publié).
- Les honoraires de fin de service de 2018 (patients décédés ou admis en MR au cours de l'année 2018) peuvent être facturés avec le CNKs entre le 1^{er} décembre 2018 et le 31 janvier 2019 (donc avec les prestations de décembre et de janvier).
- Le CNKs aura ensuite toujours la valeur du CNKh2, calculée selon les éventuelles indexations, à partir du 1^{er} février 2019.
- Dès cette date, la fin de service (patients décédés ou admis en MR à partir du 1^{er} janvier 2019) peut être facturée avec le CNKs dès que le pharmacien constate la fin du service.

Cette procédure permet de ne donner qu'une seule valeur au CNKs durant une période donnée et évite les malentendus concernant l'interprétation des données.

Budgétairement, ce qui est tarifé en décembre 2018 et donc facturé en janvier 2019 appartiendra à l'exercice budgétaire 2019. Ceci reporte donc à 2019 les besoins budgétaires pour les honoraires de fin de service de 2018. L'année 2019 supportera alors une double charge budgétaire pour ces honoraires (ceux de 2018 et ceux de 2019). La situation sera normalisée à partir de 2020.

Adaptation des instructions de facturation

A. Les instructions techniques pour la facturation des prestations pharmaceutiques doivent être adaptées comme suit :

- Les OA doivent refuser tout CNKs, introduit pour un patient décédé ou admis en MR en 2017, qui aurait une valeur différente de 4,74 € : **R 404030**
- Les OA doivent refuser tout CNKs introduit avec une date de prestation postérieure au 30 novembre 2018 pour un patient décédé ou admis en MR en 2017 : **R 404031**
- Les OA doivent refuser tout CNKs introduit avant le 1^{er} décembre 2018 pour un patient décédé ou admis en MR en 2018 : **R 404032**
- Les OT peuvent uniquement facturer les CNKs de 2017 avant le 1^{er} décembre 2018, pour autant qu'ils soient au courant de la date du décès ou d'admission en MR.
- Les OT doivent conserver les CNKs de 2018 pour les introduire avec les prestations de décembre 2018 et pour ceux qui leur parviennent encore en décembre, avec les prestations de janvier 2019.
- A partir de février 2019, la procédure de contrôle normale reprend effet : un CNKs peut être introduit dès que le pharmacien est informé du décès du patient ou de son admission en MR.

Il est préférable de bien facturer les CNKs de 2018 en décembre 2018 afin de distinguer les fins de service de 2018 de ceux de 2019 et permettre une prévision budgétaire correcte pour les années futures.

B. En pratique, pour contrôler l'introduction correcte des CNKs, il faut tenir compte des éléments suivants :

1. Un CNKs qui suit un CNKh1 (2017) en 2018 doit être introduit en décembre 2018 avec la valeur 2018
2. Un CNKs qui suit un CNKi2 (2018) en 2018 doit être introduit en décembre 2018 avec la valeur 2018
3. Un CNKs qui suit un CNKi1 (2017) en 2018 peut correspondre à 2 situations :
 1. Le patient est décédé ou admis en MR en 2017 : le CNKs doit être introduit avant le 1^{er} décembre avec la valeur 2017
 2. Le patient est décédé ou admis en MR en 2018 : le CNKs doit être introduit après le 1^{er} décembre avec la valeur 2018

Les OT ne seront pas en mesure de distinguer ces 2 situations, c'est pourquoi les OA doivent refuser un CNKs introduit avant le 1^{er} décembre 2018 pour un patient décédé ou admis en MR en 2018 (code erreur **R 404032**)

C. Les prestations de mai et sans doute de juin 2018 n'auront pas été correctement introduites ou contrôlées selon ces instructions. Il faut donc veiller à :

- Appliquer ces instructions au plus tard pour les prestations de juillet 2018 (facturées en août 2018) ;
- Prévoir une procédure de régularisation à posteriori afin de corriger les facturations erronées des mois de mai et juin 2018. Cette procédure doit être réalisée avant le 1^{er} octobre, afin de permettre la régularisation des factures au plus tard en novembre 2018 (pour les patients décédés ou admis en MR en 2017) et décembre 2018 (pour les patients décédés ou admis en MR en 2018).
- Prévoir une procédure de régularisation pour la situation décrite ci-dessus au point B.3.2.

Les régularisations à posteriori doivent être effectuées selon les règles existantes prévues au point 9.3.2 des directives aux offices de tarification. Lors du Groupe de Travail OT-OA du 12/7/2018, il a été convenu d'appliquer l'option 1. Cela signifie que l'OA demande à l'OT d'établir une note de crédit et de refacturer correctement.

Les lignes négatives (note de crédit) doivent toujours précéder les lignes positives (réintroduction) sur le fichier de facturation.

Pharmacien de référence

Procédure de facturation à partir du 1^{er} janvier 2021

Principe de la facturation

- L'usage de 3 CNK différents est supprimé; seul le CNK_h est maintenu : un nouveau code est utilisé pour éviter la confusion : 5521059
- Le pharmacien qui initie ou prolonge la fonction de pharmacien de référence (selon les conditions prévues) introduit directement le CNK_h en tarification.
- Le CNK_h est payé immédiatement et correspond donc à l'honoraire de la fonction pour l'année civile en cours.
- Cet honoraire ne peut être facturé qu'avec une prescription ou un formulaire de délivrance différée d'une spécialité remboursée* et à condition que les critères, à vérifier par le software de l'officine, soient remplis.
- L'honoraire ne peut être payé qu'une seule fois par patient/année civile, sans exception.
- MyCareNet renseigne le pharmacien de référence :
 - Date de facturation du service
 - Numéro de l'officine

**En fait, une spécialité "qui doit être transmise via Pharmanet"*

Contrôle par le soft de l'officine

Avant de transmettre un CNK_h à l'office de tarification, le software de l'officine doit effectuer les contrôles suivants :

1. L'honoraire n'a pas encore été tarifé pour ce patient depuis le 1^{er} janvier de l'année civile en cours ;
2. Utilisation de 5 médicaments d'ATC différents dont au moins 1 chronique dans l'année qui précède le jour de l'initiation ou de la prolongation ;
 - Ceci implique clairement que le contenu de la prescription du jour n'entre pas en ligne de compte pour déterminer si le patient fait partie du groupe cible !
3. Présence d'une prescription qui doit être transmise à l'OT via le protocole APB ;
4. L'accès au DPP est autorisé pour le pharmacien (= contrat farmaflux/DPP) ;
5. L'accès aux données du DPP est autorisé par le patient (= eHealth consent) ;
6. Consultation de MyCareNet : le patient est assuré et n'est pas en maison de repos ;
7. Consultation de MyCareNet qui indique qui est le pharmacien de référence :
 - Si le pharmacien de référence mentionné sur MyCareNet n'est pas le pharmacien qui délivre, le soft doit interrompre le processus et indiquer au pharmacien qu'une nouvelle convention doit être signée par le patient.
8. Confirmation par le pharmacien que l'honoraire peut être tarifé.
 - S'il s'agit d'une initiation : la convention a été signée par le patient

Le software de l'officine doit veiller à ce que le pharmacien ne puisse qu'exceptionnellement introduire manuellement un CNK_h. Dans un tel cas, le software doit avertir le pharmacien que les critères d'introduction d'un CNK_h ne sont pas rencontrés et que, par conséquent, le risque de refus de l'honoraire est élevé.

Contrôle par l'office de tarification

Avant de facturer un CNK_h à l'organisme assureur, l'office de tarification doit effectuer les contrôles suivants :

1. L'honoraire annuel n'a pas encore été facturé pour ce patient et ce pharmacien dans l'OT* ;
 - Ce contrôle n'est possible que si le pharmacien est membre de l'OT depuis le début de l'année civile.
2. Utilisation de 5 médicaments d'ATC différents dont au moins 1 chronique dans l'année qui précède le jour de l'initiation ou de la prolongation ;
 - Ce contrôle n'est possible que si le pharmacien est membre de l'OT depuis au moins 12 mois.
3. L'honoraire est associé à une prescription qui doit être transmise via Pharmanet ;
4. L'accès au DPP est autorisé pour le pharmacien (= contrat farmaflux/DPP) ;
5. (Le pharmacien est actif sur le DPP)**.

** Dans le cas où 2 pharmaciens facturent l'honoraire le même mois pour le même patient, c'est le pharmacien qui introduit l'honoraire le premier - la date de prestation fait foi - qui a droit au remboursement.*

***Les maisons de soft s'engagent à toujours transmettre les données au DPP lors d'une délivrance et à toujours les consulter lors de la mise à jour d'un schéma de médication, sans possibilité pour le pharmacien de refuser cette procédure. Le contrôle de l'activité sur le DPP se limite alors pour les OT à une mesure statistique périodique et à avertir les personnes concernées en cas d'anomalies. Modalités encore à définir en concertation avec les OT.*

Instructions Pharmanet

La facturation dans Pharmanet s'effectue selon les conventions suivantes :

- Zones à utiliser :
 - ET 40 Z 4 : 0758214
 - ET 40 Z 5 : > 31/12/2020
 - ET 40 Z 22 : toujours = 1
 - ET 40 Z 24-25 : doit contenir un n° INAMI valide de prescripteur
 - ET 40 Z 40-41 : 5521059

- Codes erreur:
 - le CNKi/CNK_h/CNK_s n'est pas autorisé dans cette période : utiliser le code existant **R 404020**
 - **R 404021** : Le CNK_h est refusé car il n'est pas associé à une prescription valide et l'ET 20 Z 11 = 0
 - **R 404023** : Le CNK_h a déjà été introduit par ce pharmacien pour ce patient dans l'année civile en cours
 - **R 404024** : Le CNK_h a déjà été introduit par un autre pharmacien pour ce patient dans l'année civile en cours (la modification de pharmacien de référence est enregistrée)
 - **R 404025** : Le CNK_h est refusé car le patient est résident d'une MR/MRS ou est décédé

Contrôle par l'organisme assureur

L'organisme assureur peut refuser le paiement de l'honoraire dans les situations suivantes :

1. L'honoraire n'est pas associé à une prestation qui doit être transmise via Pharmanet et il s'agit d'une introduction originale ; [R 404021]
2. Pas d'utilisation de 5 médicaments d'ATC différents dont au moins 1 chronique dans l'année qui précède le jour de l'initiation ou de la prolongation sauf en cas de mutation au cours des 12 mois précédents (*)
3. L'honoraire annuel a déjà été facturé pour ce patient ; 2 situations peuvent se présenter :
 - Le pharmacien qui facture est le pharmacien de référence du patient selon les données d'assurabilité: l'honoraire est simplement refusé ; [R 404023]
 - Le pharmacien qui facture n'est pas le pharmacien de référence du patient selon les données d'assurabilité : l'honoraire n'est pas payé mais le code est conservé afin d'enregistrer le changement de pharmacien de référence du patient et le communiquer via MyCareNet ; [R 404024]
 - Dans ce cas, l'OA adapte les données MyCareNet en mentionnant comme date de début, la date de prestation indiquée dans Pharmanet
4. Le patient est résident d'une maison de repos ou est décédé ; [R 404025]

Dans le cas où l'honoraire n'a pas encore été payé pour ce patient dans l'année civile, 2 situations peuvent aussi se présenter

1. Le pharmacien qui facture est le pharmacien de référence du patient selon les données d'assurabilité : l'honoraire est simplement payé ;
2. Le pharmacien qui facture n'est pas le pharmacien de référence du patient selon les données d'assurabilité : l'honoraire est payé et le code est conservé afin d'enregistrer le changement de pharmacien de référence du patient et le transmettre à MyCareNet ;
 - Dans ce cas, l'OA adapte les données MyCareNet en mentionnant comme date de début, la date de prestation indiquée dans Pharmanet

Dans le cas où 2 pharmaciens facturent l'honoraire le même mois pour le même patient, c'est normalement le pharmacien qui introduit l'honoraire le premier - la date de prestation fait foi - qui a droit au remboursement. Pour des raisons techniques, les OA's ne peuvent pas gérer une telle situation. En pratique, c'est la date de traitement du fichier de facturation qui est déterminante. Il est demandé aux OT's et OA's de se concerter pour régler d'éventuels litiges.

(*) Vu que ce contrôle ne peut pas être exécuté immédiatement, il peut faire l'objet d'une analyse à posteriori, dont les résultats devront être discutés en concertation avec les OT's.

Données dans MyCareNet (*Facet ReferencePharmacy*)

La facette « pharmacien de référence » reprend (*Assertion Type : referencePharmacy*) :

- le numéro de l'officine (*Attribute : urn:be:cin:nippin:referencePharmacy:pharmacy:nihii8*)
- la date de facturation du service (*Attribute : urn:be:cin:nippin:referencePharmacy:startDate*).

L'OA doit mettre à jour les données suite au traitement de Pharmanet / attention cas de mutation : ne pas modifier/supprimer le pharmacien de référence

- Le patient n'a pas encore de pharmacien de référence :
 - Introduction dans MCN du n° de l'officine et de la date de facturation du service (= date de prestation mentionnée dans Pharmanet)
- Le patient a un pharmacien de référence différent de celui qui facture :
 - Si la date de début du service dans MCN est postérieure à celle mentionnée dans Pharmanet :
 - Pas de changement
 - Si la date de début du service dans MCN est antérieure à celle mentionnée dans Pharmanet :
 - Modification dans MCN du n° de l'officine et de la date de facturation du service (= date de prestation mentionnée dans Pharmanet)

Feedback aux pharmaciens

- A la suite des contrôles effectués par l'OT avant facturation,

ou

- A la suite de refus de la part des OA, après vérification par l'OT,

les pharmaciens sont informés par les OT des refus d'honoraire et des raisons du refus afin de pouvoir corriger leurs dossiers patients, si nécessaire.

Règles de transition

- Les anciens CNK_i, CNK_h et CNK_s ne peuvent plus être utilisés avec une date de prestation > 31/12/2020
- Les anciennes procédures de contrôles et codes erreurs restent utilisables pour les prestations antérieures au 1^{er} janvier 2021.
- Le nouveau CNK_h ne peut pas être utilisé avec une date de prestation antérieure au 1^{er} janvier 2021

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Ce code définit la nature de l'enregistrement.
Cette zone est valable pour tous les types d'enregistrement.

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
10	Début d'envoi
20	Début de la prescription
40	Prestations pharmaceutiques
(☞ 32) 41	Prestations pharmaceutiques (suite)
80	Fin de la prescription
90	Fin d'envoi

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Dans cette zone, on doit numéroter les enregistrements pour faciliter l'identification de chaque enregistrement individuel.

FORMAT : 7N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Numérotation croissante des enregistrements à travers tous les enregistrements.
Le numéro d'ordre doit commencer par le chiffre 1 et être progressif de raison 1 (le précédent + 1).

RUBRIQUE : Version fichier

LIBELLE :

Cette zone sert à identifier la version utilisée et s'il s'agit d'un test ou non.

FORMAT : 7N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Si le support magnétique est composé suivant la "version 2000", et

- s'il s'agit d'une facturation effective, cette zone doit comporter la valeur "0002000";
- s'il s'agit d'un test, cette zone doit comporter la valeur "9992000".

RUBRIQUE : Numéro de compte financier

LIBELLE :

(☞9,16) L'utilisation de cette zone est obligatoire à partir du mois facturé juillet 2008 jusqu'au mois facturé juin 2011 inclus.

(☞ 16) Cette zone est égale à zéro à partir du mois facturé juillet 2011.

A partir de ce moment, seuls l'IBAN et le BIC sont encore utilisés (Z 31-32-33-34 et Z 36-37-38-39-40-41).

Il s'agit du numéro de compte financier de l'office de tarification agréé auquel le paiement doit être effectué, dans le cadre du système du tiers payant.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Numéro d'envoi

LIBELLE :

FORMAT : 3N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Un numéro attribué par l'office de tarification agréé.

(☞ 8) Ce numéro doit être repris dans le document comptable.

Le numéro doit être unique, différent de 0 et construit de manière suivante :

1ère position : référence à l'année 1999 = 9,
2000 = 0,
2001 = 1,
etc...

2ème et 3ème positions : numéro d'ordre dans l'année.

Au moment de la réintroduction d'un support rejeté, le numéro d'envoi original doit être conservé.

(☞ 1) Le numéro d'envoi pour l'assurance libre doit être différent du numéro d'envoi de l'assurance obligatoire.

Pour l'assurance libre, les deux derniers chiffres du numéro d'envoi sont ≥ 50 .

Pour l'assurance obligatoire, les deux derniers chiffres du numéro d'envoi doivent être compris entre 1 et 49.

RUBRIQUE : Référence facture

LIBELLE :

- (☞8) Dans cette zone, la référence de facture mentionnée sur le document comptable est reprise.
- (☞23) Pour les O.A. 200 et 500, cette zone est égale à zéro.

FORMAT : 13A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

La structure du numéro de facture est propre à chaque office de tarification.

RUBRIQUE : Flag assurance

LIBELLE :

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Assurance obligatoire
1	Assurance libre
(☞ 12) 2	Fichier statistique concernant les analgésiques prescrits, non-remboursables

RUBRIQUE : Identification de l'office de tarification

LIBELLE :

C'est le numéro de l'office de tarification auquel le paiement doit être effectué.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Pour les offices de tarification agréés, le numéro d'identification INAMI est ramené à 12 positions (voir A.M. du 23 novembre 1995, M.B. du 11 janvier 1996).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	9	2	0	0	0

N° office de tarification	C.D.
------------------------------	------

- Les positions 1, 2 et 3 contiennent une valeur constante, soit respectivement 0, 9 et 2.
 - La position 4 contient un chiffre correspondant à une lettre de l'office de tarification :

A = 1
B = 2
D = 4
E = 5
 - Les positions 5, 6 et 7 forment le numéro de l'office de tarification.
 - Les positions 8 et 9 reprennent le check-digit.
 Pour calculer le check-digit, on divise le nombre formé par les positions de 1 à 7 par 97 (c'est le plus grand nombre premier inférieur à 100).
 Le check-digit est égal à la différence entre 97 et le reste de cette division.
 - Les positions 10, 11 et 12 sont mises à "0".
- (☞ 21) A partir du mois facturé janvier 2015, tous les offices de tarification reçoivent un nouveau numéro. Les positions 1, 2, 3 et 4 contiennent une valeur constante, soit respectivement 0, 9, 2 et 7.
 Les positions 5, 6 et 7 sont un (nouveau) numéro d'ordre.
 Les positions 8 et 9 reprennent le check-digit (calculé comme indiqué ci-dessus).
 Les positions 10, 11 et 12 restent égales à "000".

RUBRIQUE : Année et mois de facturation

LIBELLE :

Année et mois de facturation par l'office de tarification agréé.

Dans cette zone, on mentionne le mois durant lequel la majeure partie des produits pharmaceutiques ont été délivrés.

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.

(☞ 8) Cette zone est égale au mois tarifé repris sur le bulletin de tarification et au mois facturé sur le document comptable.

FORMAT : 7N 0AAAAMM

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Le numéro de l'année dans le siècle est suivi du numéro du mois dans l'année.

Dans cette zone, on mentionne le mois durant lequel la plupart des produits, qui figurent dans cette facture, sont délivrés.

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 22-23 = 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 22-23 :

- * la période de facturation se termine durant la première moitié du mois calendrier :
le contenu de la zone 22-23 = 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 22-23 = mois calendrier concerné.

Le mois de facturation peut dès lors se rapporter à 2 mois de délivrance ou plus.

La date mentionnée dans cette zone ne peut pas être postérieure à celle mentionnée dans l'ET 10 Z 25-26 (date de création).

(☞ 12) S'il s'agit d'un fichier statistique (semestriel) concernant les analgésiques prescrits, non remboursables, cette zone est alors égale à 0200906 ou 0200912.

RUBRIQUE : Date de création

LIBELLE :

Date de création du support magnétique par l'office de tarification.

Dans cette zone, on doit mentionner le mois durant lequel le support magnétique a été établi.

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

FORMAT : 8N AAAAMMJJ

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Exemple : Sur le support magnétique des produits délivrés durant le mois de janvier 1999, établi durant le mois de février 1999, la valeur 199902JJ est mentionnée dans cette zone; où JJ indique le jour dans le mois.

La date de création ne peut être postérieure à la date du jour.

RUBRIQUE : Numéro BCE

LIBELLE :

Dans cette zone, le numéro BCE de l'office de tarification doit être mentionné.

Cette zone doit obligatoirement être remplie à partir du mois facturé juillet 2015.

FORMAT : 10N

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le numéro BCE est composé de 10 chiffres et a la structure suivante :

ZNNNNNNNCC avec:

Z = 0 ou 1

NNNNNNN = 7 chiffres de 0 à 9

CC = check-digit (= 97- reste de la division dans laquelle le dividende comprend les 8 premiers chiffres du numéro BCE et le diviseur est égal à 97)

RUBRIQUE : Référence de l'office de tarification

LIBELLE :

Cette zone est facultative et peut être utilisée librement par l'office de tarification.

FORMAT : 25A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

L'office de tarification agréé peut utiliser cette zone pour une codification interne.

Cette zone ne peut contenir que des lettres de A à Z, des chiffres de 0 à 9, des signes algébriques "+" et "-" et les caractères "/" et " ".

RUBRIQUE : BIC compte financier

LIBELLE :

Il s'agit du BIC du compte financier de l'office de tarification agréé auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

- (☞ 10) Cette zone peut seulement être complétée à partir du mois facturé janvier 2009. Jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008, cette zone est numérique et doit être remplie avec des zéros.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le BIC (*Bank Identifier Code*), désigne la banque du bénéficiaire.

Il est composé d'un code bancaire (4 caractères), d'un code-pays (2 lettres), d'un code de lieu (2 caractères) et peut être complété pour certaines banques d'un code d'agence (3 caractères).

- (☞ 10,11) Pendant l'année transitoire 2009, il n'est pas possible d'utiliser un numéro de compte étranger. Les positions 5 et 6 de cette zone sont donc toujours égales à «BE » durant cette année transitoire.

- (☞ 11) Le BIC doit être rempli sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent le BIC.

La BNB publie la liste des codes (notamment les BIC) pour les banques établies en Belgique: www.bnb.be > Produits et services > Systèmes de paiement > Secrétariat des Protocoles > Codes d'identification des banques >>.

RUBRIQUE : IBAN compte financier

LIBELLE :

Il s'agit de l'IBAN du compte financier de l'office de tarification agréé auquel le paiement doit être effectué dans le cadre du tiers payant.

- (10) Cette zone peut seulement être complétée à partir du mois facturé janvier 2009. Jusqu'y compris le mois facturé décembre 2008, cette zone est numérique et doit être remplie avec des zéros.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

L'IBAN (*International Bank Account Number*) comprend au maximum 34 positions alphanumériques. Il se compose d'un code-pays (2 lettres), d'un nombre de contrôle (2 chiffres) et d'un numéro de compte national (complété pour certains pays).

S'il s'agit d'un compte belge, l'IBAN compte seulement 16 positions. Les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.

- (10) Pendant l'année transitoire 2009, il n'est pas possible d'utiliser un numéro de compte étranger. Les positions 1 et 2 de cette zone sont donc toujours égales à « BE » durant cette année transitoire et les 18 dernières positions sont remplies par des blancs.
- (11) L'IBAN doit être rempli sans espaces. En d'autres termes, aucun espace ne doit apparaître entre les chiffres ou les lettres qui composent l'IBAN.

Le format du numéro de compte IBAN est spécifié dans le standard ISO 13616-1 qui correspond au standard ECBS EBS 204.

IBAN check digits control

1. Si l'IBAN se présente sous un format visuel, barrez tous les caractères nonalphanumériques;
2. Déplacez les quatre premiers caractères vers l'extrême droite;
3. Convertissez les lettres en chiffres, A étant égal à 10, B à 11, ... et Z à 35;
4. Le modulo 97 (reste après la division par 97) doit être égal à 1.

Exemple de check digit control pour l'IBAN : BE62 5100 0754 7061

1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. Le modulo 97 (reste après division par 97) de 510007547061111462 par 97 = 1

RUBRIQUE : Référence 2 de l'office de tarification

LIBELLE :

Cette zone est facultative et peut être utilisée librement par l'office de tarification.

FORMAT : 35A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

L'office de tarification agréé peut utiliser cette zone pour une codification interne.

Cette zone ne peut contenir que des lettres de A à Z, des chiffres de 0 à 9, des signes algébriques "+" et "-" et les caractères "/" et " ".

RUBRIQUE : Chiffres de contrôle de l'enregistrement

LIBELLE :

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Le contenu de toutes les positions 1 jusque et y compris 348 est additionné. Le module 97 est appliqué sur le résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le nombre ainsi obtenu est inscrit dans cette zone.

Si le contenu d'une zone est alphanumérique, les valeurs numériques suivantes sont attribuées :

blanc	=	10
a = A	=	11
b = B	=	12
c = C	=	13
z = Z	=	36
tous les autres signes	=	37

Les chiffres (également dans les zones alphanumériques) gardent toujours leurs valeurs numériques de 0 à 9.

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 1.

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 1.

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Dans cette zone, il faut numéroter les enregistrements pour simplifier l'identification de cet enregistrement.

FORMAT : 7N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 2-3.

RUBRIQUE : Date début période assurabilité

LIBELLE :

Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via MyCareNet.

FORMAT : 8N AAAAMMJJ

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Elle doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans *SubjectConfirmationData* *NotBefore* dans MDA (Member Data).

RUBRIQUE : Numéro de l'officine

LIBELLE :

FORMAT : 8N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

A		B		C		D	
0	0						

Le numéro de l'officine est composé de 8 chiffres où :

- A : les deux premières positions sont toujours égales à zéro;
- B : les deux positions suivantes indiquent la province;
- C : les deux chiffres suivants indiquent la commune dans la province;
- D : les deux dernières positions renseignent un numéro d'ordre dans la commune.

Les enregistrements sont triés de la manière suivante :

1. l'identification de l'office de tarification (E.T. 10 Z 14);
2. le numéro de la mutualité d'affiliation (E.T. 20 Z 7) = le numéro de la mutualité de destination (E.T. 20 Z 18);
3. le numéro de l'officine (E.T. 20 Z 6a-6b);
4. le numéro de suite prescription médicaments (E.T. 20 Z 28).

RUBRIQUE : Numéro de la mutualité d'affiliation

LIBELLE :

Numéro de la mutualité ou de la caisse des soins de santé de la S.N.C.B. à laquelle le patient est affilié.

Remarque : Un enregistrement de type 20 par mutualité, par pharmacien et par prescription est établi.

Les enregistrements de type 20 doivent être triés de la façon suivante :

1. le numéro de la mutualité de destination (E.T. 20 Z 18) = le numéro de la mutualité d'affiliation (E.T. 20 Z 7);
2. le numéro de l'officine (E.T. 20 Z 6a-6b);
3. le numéro de suite prescription médicaments (E.T. 20 Z 28).

La mutualité ou la caisse d'affiliation indiquée dans cette zone est toujours égale à la mutualité ou à la caisse de destination mentionnée dans la zone 18.

(☞ 38) Lorsqu'il s'agit d'une pseudo-prescription avec l'honoraire de disponibilité pour les pharmaciens (ET 40 Z 4 = 751693), alors cette zone est toujours égale à 699.

FORMAT : 3N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

- 1) Les pharmaciens trouvent ce numéro dans la carte d'identité sociale.
- 2) Voir le Répertoire des unions nationales et des mutualités de Belgique, I.N.A.M.I., Bruxelles.
- 3) Si le support magnétique est destiné à la Caisse des soins de santé de la S.N.C.B., il y a lieu de reprendre l'un des numéros de Centre Médical Régional (CMR) suivants :

910 Bruxelles
920 Hasselt
921 Antwerpen
922 Mechelen
930 Brugge
931 Gent
940 Namur
941 Liège
942 Arlon
950 Mons
951 Charleroi

- 4) En cas de fusion de mutualités, le numéro de la mutualité (repris sur la carte SIS) est mentionné tant dans la zone 7 que dans la zone 18 (donc également celui de la mutualité qui n'existe plus). Par contre, l'envoi des documents de facturation doit être adressé à la nouvelle mutualité.

(☞ 42) 5) Voir remarques dans l'ET 20 Z 8 suite 1 bis, 2 bis, 3 ter, 4 bis et 5bis relatives aux fusions de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, de l'Union Nationale des Mutualités Neutres, de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, de l'Union Nationale des Mutualités Libérales et de l'Union Nationale des Mutualités Libres.

RUBRIQUE : Numéro d'inscription du bénéficiaire

LIBELLE :

- (☞2) Dans cette zone, on indique le numéro d'inscription à la sécurité sociale du bénéficiaire.
- (☞2) Dans des cas exceptionnels, le numéro d'affiliation à l'OA peut être utilisé :
- pour les nouveau-nés, pour lesquels le numéro d'inscription à la sécurité sociale n'est pas immédiatement connu
 - pour les conventions internationales
- (☞13) - en cas d'attestation d'assuré social
- (☞38) Lorsqu'il s'agit d'une pseudo-prescription avec l'honoraire de disponibilité pour les pharmaciens (ET 40 Z 4 = 751693), le pseudo-numéro d'identification 0099123199940 doit être mentionné dans cette zone.

FORMAT : 13A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

- (☞2) Si ET 20 Z 32 = 1, le numéro d'inscription à la sécurité sociale doit être mentionné dans cette zone.
Si ET 20 Z 32 = 0, le numéro d'affiliation du bénéficiaire à l'OA doit être mentionné dans cette zone.
- (☞2) Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est composé de 11 chiffres et doit être précédé de 2 zéros.
Ce numéro doit être aligné à droite.
Il n'y a pas de caractère spécial ou de blanc.
- (☞2) Le numéro d'inscription à la sécurité sociale est mentionné sur la carte S.I.S.

Le numéro d'inscription des bénéficiaires figure sur le carnet de membre ou dans la carte S.I.S..
La codification des bénéficiaires pour tous les organismes assureurs figure dans les suites.

Si la zone 10 de l'ET 20 = 2, le contenu de cette zone est égal à zéro.

Identification du bénéficiaire

a) **A L'ALLIANCE NATIONALE DES MUTUALITES CHRETIENNES**, il y a lieu de prendre à cet effet le numéro pseudo-national du patient qui est inscrit dans le carnet de membre et dans la carte S.I.S..

Sa forme est :

- positions de 1 à 6 = Date de naissance inversée (AA MM JJ)
- position 7 = Blanc ou *
 - * signifie que le bénéficiaire est né dans le courant du 19^{ème} siècle (18xx)
 - blanc signifie que le bénéficiaire est né dans le courant du 20^{ème} siècle (19xx) ou du 21^{ème} siècle (20xx)
- positions de 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 les mutualités chrétiennes.
- positions de 12 à 13 = Nombre de contrôle que l'on obtient comme suit :
 - Former un nombre en juxtaposant le numéro 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 ensuite 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.

N.B. : ce 2^{ème} calcul n'a de sens que lorsque la date de naissance (6 premiers chiffres) est comprise entre 000101 et la date actuelle.

(☞ 42) **Fusion des mutualités chrétiennes à partir du 1^{er} avril 2022**

Toutes les mutualités chrétiennes fusionnent pour ne former que deux entités, reprises sous deux numéros uniques : 134 pour les membres affiliés à une mutualité francophone et 120 pour les membres affiliés à une mutualité néerlandophone.

Concrètement, à partir de la date de prestation du 01/04/2022 la nouvelle mutualité sera indiquée dans ces zones :

- **Zone 7** (mutualité d'affiliation) : **134 ou 120**
- **Zone 18** (mutualité de destination) : **134 ou 120**

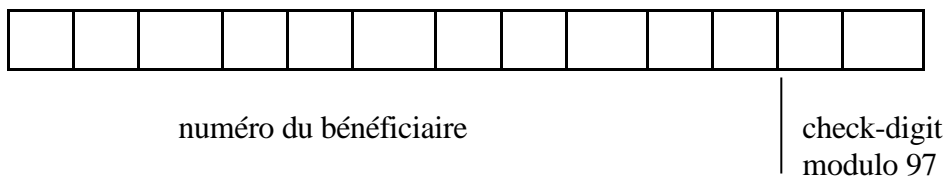
Une souplesse dans les contrôles sera accordée au niveau du remplissage des zones 7 et 18 jusqu'à la date de prestation du **31/03/2023**.

Il est demandé d'informer les utilisateurs de la fusion et des nouveaux numéros d'affiliation 134 et 120. Concrètement pour les pharmacies, rien ne change dans leurs contacts avec la MC : elles continuent à contacter le point de contact habituel de leur client.

Pour toute question liée à la facturation : validite.sds.sa@mc.be.

b) La structure normalisée du numéro d'identification en vigueur à l'UNION NATIONALE DES MUTUALITES NEUTRES.

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



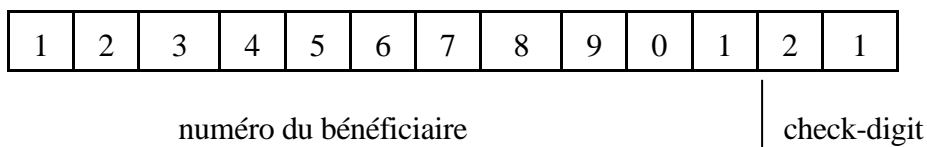
$$\frac{\text{Numéro du bénéficiaire}}{97} = \text{quotient} + \text{reste.}$$

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

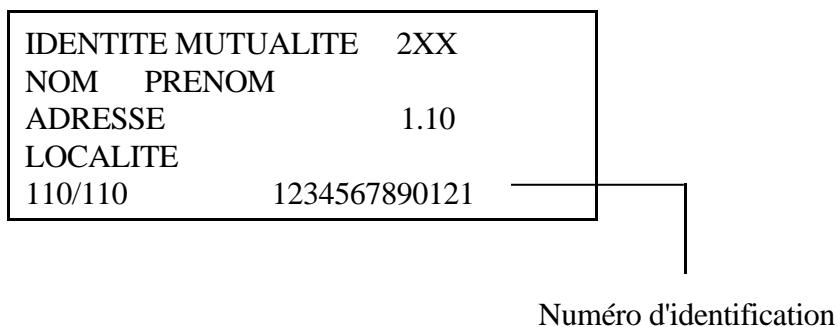
Exemple :

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 peut être lu dans la carte S.I.S..

(☞ 42) Fusion des mutualités 206 et 228 à partir du 1/1/2021***Où dois-je envoyer mes factures à partir du 1^{er} janvier 2021 ?***

Le traitement des factures du tiers payant papier à destination des anciennes mutualités 206 et 228 se fera dorénavant à :

Mutualia (228)
Boulevard Brand Whitlock 87/93 bte 4
1200 Woluwe Saint-Lambert

Le traitement des factures du tiers payant électronique à destination des anciennes mutualités 206 et 228 continuera à s'effectuer à

Union Nationale des Mutualités Neutres
Chaussée de Charleroi, 147
1060 Bruxelles

A quoi dois-je porter attention à partir du 1^{er} janvier 2021 ?

- **Ne modifiez surtout pas (uniquement) le numéro de mutualité dans vos fichiers**

Cette opération entrainerait un rejet de votre facturation.

Le numéro de mutualité faisant partie intégrante du numéro d'identification
206/XXXXXXXXXXXXX devient 228/YYYYYYYYYYYYYYY)

Toutes les facturations doivent se faire sur la base du NISS, sauf exceptions légales.

	Soins prestés avant le 01/01/2021	Soins prestés après le 01/01/2021
Sous quelle mutualité facturer ?	206	228

- En cas de refacturation, utilisez les anciens numéros de membres pour des soins prestés avant le 01/01/2021 et/ou engagements de paiements reçus.

Quelles sont les particularités liées à mon secteur d'activité ?

Pour les pharmaciens :

- La facturation étant basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur cette base.
- Les données d'assurabilité actualisées peuvent également être obtenues via MyCarenet à partir du 01/01/2021.

Pour toute autre question relative à la fusion ; une seule adresse e-mail : support@UNMN.BE

c) A l'UNION NATIONALE DES MUTUALITES SOCIALISTES, le numéro d'identification des bénéficiaires est structuré de la façon suivante :

13 caractères numériques :

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

Règles 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).

Calcul du 1^{er} chiffre de contrôle possible (d'application à toutes les mutualités) :

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

Calcul du 2^e chiffre de contrôle possible (d'application à la mutualité 319) :

On reprend le même calcul que ci-dessus et on augmente la somme obtenue de 4.

Calcul du 3^e chiffre de contrôle possible (d'application à la mutualité 319) :

On reprend le même calcul que ci-dessus et on augmente la somme obtenue de 8.

Calcul du 4^e chiffre de contrôle possible (d'application à la mutualité 306) :

On reprend le même calcul que ci-dessus et on augmente la somme obtenue de 5.

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.

S'il ne correspond pas, le numéro d'identification est erroné.

Exemple :

Identification du titulaire							Date de naissance					
C.C.	Racine						Jour		Mois		Année	
6, 0, 4 ou 1	0	2	8	2	7	6	2	3	0	6	6	1

$$6 \times 2 = 12 - 9 = 3$$

$$+ 7$$

$$2 \times 2 = 4 \quad + 4$$

$$+ 8$$

$$2 \times 2 = 4 \quad + 4$$

$$+ 0$$

$$\text{SOMME} = \underline{26}$$

6 est en principe le chiffre de contrôle.

S'il ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute « 4 » à la SOMME.

$$+ 4$$

$$= \underline{30}$$

S'il ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute « 8 » à la SOMME.

$$+ 8$$

$$= \underline{34}$$

S'il ne correspond pas au chiffre de contrôle présent, on ajoute « 5 » à la SOMME.

$$+ 5$$

$$= \underline{31}$$

C.C. = chiffres de contrôle »

Dans cet exemple, 3 n° d'identification sont possibles à la mutualité 319 :

6 028276

0 028276

4 028276

A la mutualité 306, 2 n° d'identification sont possibles :

6 028276

1 028276

Dans les autres mutualités (304, 309, 311, 322, 323), seul un n° d'identification est possible :

6 028276

Fusion des mutualités Solidaris Wallonie en janvier 2022.

A partir du 1^{er} janvier 2022, les mutualités socialistes wallonnes fusionnent pour ne former qu'une seule mutualité : « 319 Solidaris Wallonie ».

Les mutualités Solidaris concernées sont : 305 Brabant wallon, 315 Mons-Wallonie picarde, 317 Centre-Charleroi-Soignies, 319 Liège et 325 Province de Namur.

La mutualité socialiste 323 du Luxembourg ne fait donc pas partie de ce regroupement.

Toutefois, les différents sites de traitement de vos données ne changent pas.

Quels changements dans le fichier de facturation ?

Dans le fichier de facturation, il faudra tenir compte des nouveaux numéros d'inscriptions des bénéficiaires, les n° de mutualités 305, 315, 317 ou 325 étant remplacés par un n° d'inscription à la mutualité 319, pour toute facturation reçue à partir de janvier 2022.

Ceci impacte les zones suivantes :

- mutualité d'affiliation (Record Type 20/40/80 Zone 7) ;
- mutualité de destination (Record Type 20/80 Zone 18) –complétée par la même valeur que la mutualité d'affiliation ;
- identification du bénéficiaire sans NISS (Record Type 20/80 Zone 8)

A noter : dans les cas d'exceptions où vous utilisez le n° d'identification du membre à défaut de son niss (Record Type 20/80 Zone 8), il vous faudra changer, tant le n° de mutualité (RT 20 Zone 7) que ce n° d'identification (dont une partie reprend le n° d'inscription à la mutualité).

Exemple : 315/CXXXXXX-JJMMAAAA deviendra 319/CYYYYYY-JJMMAAAA.

Exemples :

- Pour les spécialités et autres produits délivrés pour des assurés de la mutualité 315 et **facturés en 2021** :
 - o RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 315
 - o RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 315
-
- Pour les spécialités et autres produits délivrés **à partir du 01/01/2022** pour des assurés de l'ancienne mutualité 315 et **facturés à partir du 01/01/2022** :
 - o RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 319
 - o RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 319
- Pour les spécialités et autres produits délivrés **avant le 01/01/2022** pour des assurés de l'ancienne mutualité 315 et **facturés à partir du 01/01/2022** :
 - o RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 319
 - o RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 319

(☞23) d) Structure du numéro d'identification à l'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBERALES.

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 :

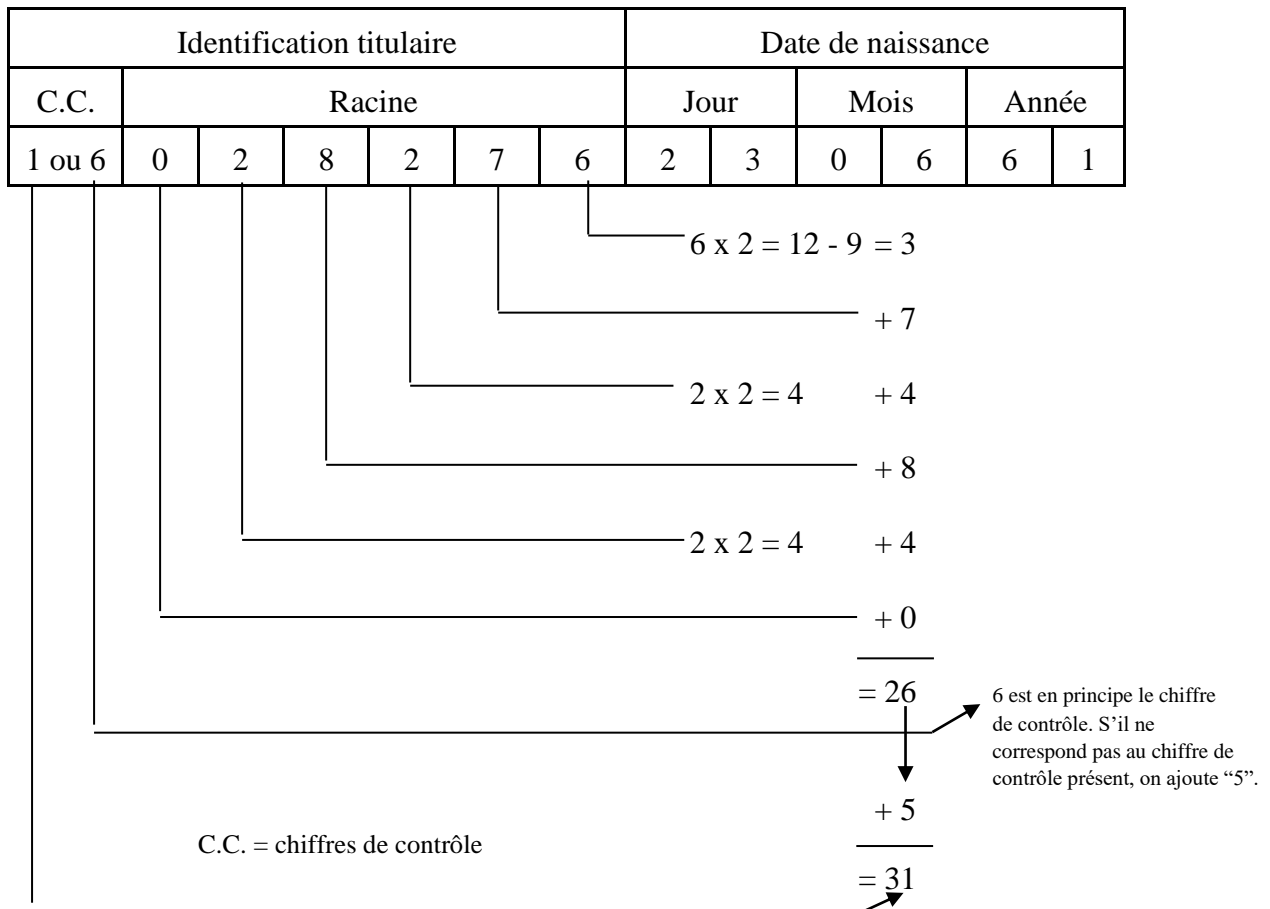
- 2ème chiffre (cent mille)
- 4ème chiffre (mille)
- 6ème chiffre (dizaine)

L'unité du résultat de l'addition représente le chiffre de contrôle qui 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.

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.

S'il ne correspond pas, le numéro d'identification est erroné.



Fusions de la mutualité 418 avec la mutualité 414 au 1/1/2022.

Le 01/01/2022, la mutualité 418 (Mutualité Libérale du Luxembourg) fusionnera avec la mutualité 414 (Mutualité Libérale de Liège). Les assurés affiliés à la mutualité 418 seront transférés vers la mutualité 414.

La facturation de médicaments à partir du 01/01/2022, sera de préférence faite uniquement avec la nouvelle identification de l'assuré auprès de la mutualité 414.

Le support d'information magnétique doit toujours être envoyé à l'Union nationale des Mutualités Libérales avec, dans la mesure du possible, la nouvelle identification des assurés en fonction de la date de délivrance des médicaments, à savoir :

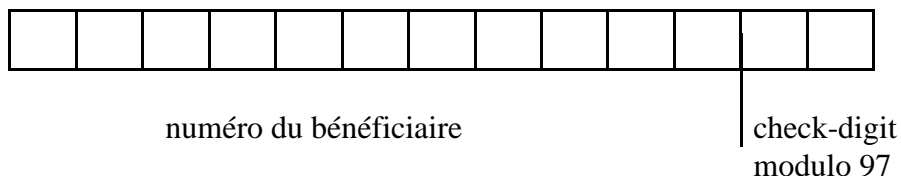
- Spécialités et autres produits délivrés **avant le 01/01/2022** pour les assurés affiliés à la 418 et facturés à partir du 01/01/2022 :
 - RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 418
 - RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 418
- Spécialités et autres produits délivrés **à partir du 01/01/2022** pour les assurés affiliés à l'ancienne mutualité 418 :
 - RT 20 Zone 7 (mutualité d'affiliation) = 414
 - RT 20 Zone 18 (mutualité de destination) = 414
- Les supports magnétiques de documents comptables seront comme toujours transmis à l'Union nationale des Mutualités Libérales, avec l'identification des assurés en fonction de la **date de délivrance**, à savoir :
 - les délivrances opérées **avant** le 01/01/2022 = mutualité 418
 - les délivrances opérées **à partir du** 01/01/2022 = mutualité 414

Pour la facturation, l'emploi du numéro NISS reste prioritaire. Cela signifie que seul le numéro de la mutualité d'affiliation change.

À défaut d'une identification correcte de l'assuré, vous pouvez consulter la transition des anciennes données vers les nouvelles sur notre site web www.ml.be/fusions.

Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser à notre Helpdesk en téléphonant au 02/542.86.30 ou en envoyant un e-mail à l'adresse farmanet.helpdesk@lm.be.

e) La structure normalisée du numéro d'identification en vigueur à l'UNION NATIONALE DES MUTUALITES LIBRES.

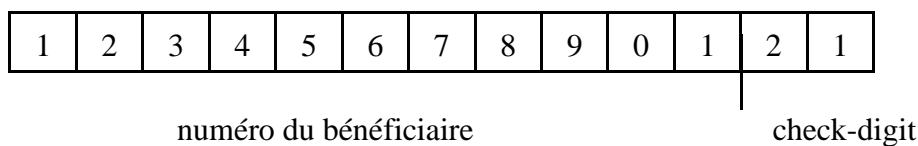


$$\frac{\text{Le numéro du bénéficiaire}}{97} = \text{quotient} + \text{reste}$$

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 et à droite.

IDENTITE MUTUALITE	5XX
NOM PRENOM	
ADRESSE	1.10
LOCALITE	
110/110	1234567890121

Numéro d'identification

Remarque : Ce numéro d'identification est unique par mutualité 5XX.

Fusion de la mutualité 501 avec la mutualité 526 au 1/1/2022.

A partir du 01/01/2022, les mutualités 526 « Partena Ziekenfonds Vlaanderen » et 501 « Onafhankelijke Ziekenfonds », ne forment plus qu'une seule entité juridique, sous la dénomination « Helan Onafhankelijk ziekenfonds » et le numéro 526.

Au 01/01/2022, les bases de données des deux mutualités, auront également fusionné, entraînant la disparition de la mutualité 501 pour laisser place à :

Helan Onafhankelijk Ziekenfonds (526), Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

Tous les membres de la 501 passent donc dans l'entité 526 et reçoivent un nouveau numéro de membre.

Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1^{er} janvier 2022.

Cela change-t-il quelque chose pour vous ?

Oui car les patients de la mutualité 501 recevront un nouveau numéro de membre lié à l'entité 526. Dès lors il ne faut pas uniquement changer le numéro de la mutualité sur vos facturations mais également le numéro d'identification du patient.

Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers ! Cette opération entraînerait un rejet de votre facturation. Le N° de Mutualité fait partie intégrante du N° d'identification.

501-YYYYYYYYYYYYYY devient 526-XXXXXXXXXXXXXXXX

Toutes les facturations doivent se faire sur la base du NISS (sauf exceptions légales).

Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1^{er} janvier 2022.

Pharmaciens

Etant donné que la facturation des pharmaciens est basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur la base de cet engagement de paiement même si celui-ci fait référence à la 501 et est utilisé en 2022.

Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet en utilisant leur numéro NISS.

Avez-vous encore des questions ?

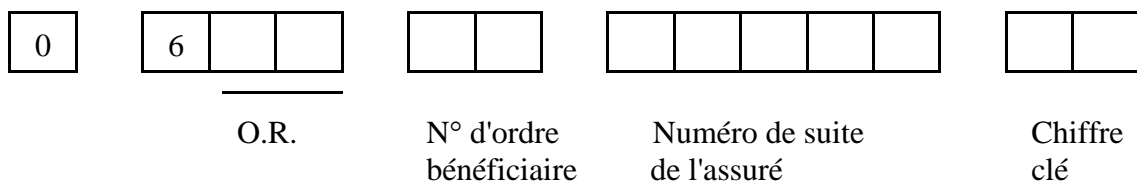
Envoyez-les par e-mail : opercontfac@mloz.be ou téléphonez-nous : 02 778 95 55.

Vous pouvez également poser vos questions au gestionnaire de votre portefeuille via 4CP.

Plus d'informations concernant l'accès à notre site web 4CP : info@4cp.be

f) **CAISSE AUXILIAIRE D'ASSURANCE MALADIE - INVALIDITE.**

Structure du numéro d'identification :

Numéro d'identification :1) Le premier chiffre est 0 : 1 position numérique2) Organisme assureur : 3 positions numériques

- Le deuxième chiffre est un 6 (O.A. = 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.

Ces deux chiffres ne peuvent être que :

01 : office régional d'Anvers

(☞ 21) 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

(☞ 21) 12 : office régional Brabant Flamand

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'Eupen20 : office régional d'Eupen-Malmédy - bureau de Malmédy

(☞ 21) 22 : office régional Brabant Wallon

3) Numéro d'ordre du bénéficiaire : 2 positions numériques

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

Remarque : les 0 à gauche sont indiqués.

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

Formule : modulo 97 :

Le chiffre-clé est calculé sur les 11 positions numériques précédentes, à savoir :

- le code organisme assureur + 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.

(☞ 24) Pour les conventions internationales:

modulo 97 (voir ci-dessus)

ou

modulo 89 (à partir du 1/6/2015):

Le chiffre-clé est calculé sur les 11 positions numériques précédentes, à savoir :

- le code organisme assureur + 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

(☞24) Titulaire : Exemple 06020091234/48 : 89 = 06020091234 reste 48 = check-digit

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

(☞24) 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(☞ 4) g) Numéro d'affiliation à la CAISSE DES SOINS DE SANTE DE LA S.N.C.B. Holding.

Exemple :

0	4	5	0	4	9	4	4	0	0	0	0	0	
1		2				3		4		5		6	
Code Catégorie		Identification du titulaire				Année de naissance du titulaire		Numéro de suite		AC		Numéro de Rang	
Numéro d'identification de la S.N.C.B.													

Numéro d'affiliation à la C.S.S. = 13 N

1	Code Catégorie CSS	pos. 1/2	2 N	
2	Identification du titulaire	pos. 3/6	4 N]	rubriques 2 à 5 =
3	Année de naissance du titulaire	pos. 7/8	2 N]	Numéro
4	Numéro de suite	pos. 9/10	2 N]	d'identification
5	Chiffre auto-contrôle	pos. 11	1 N]	de la S.N.C.B.
6	Numéro de rang	pos. 12/13	2 N	

Signification des rubriques :

1 Code Catégorie :

- 03 Titulaire VIPO et ses personnes à charge (intervention majorée)
- 04 Titulaire en activité de service
- 05 Personne à charge du titulaire en activité de service
- 06 Titulaire pensionné et ses personnes à charge (pas d'intervention majorée)
- 07 Titulaire en pré-retraite et ses personnes à charge (pas d'intervention majorée)

2 Identification du titulaire :

Numéro de code basé sur l'ordre alphabétique du nom de famille du titulaire et sur le jour de naissance du titulaire

3 Année de naissance du titulaire :

Ceci n'est pas une donnée de contrôle constante. Des exceptions sont possibles.

4 Numéro de suite :

- le titulaire en activité et pensionné de retraite = 00, 01, 02, ...
- le pré-pensionné = 70, 71, ...
- le pensionné de survie = 90, 91, ...

5 Chiffre auto-contrôle :

Ce chiffre auto-contrôle porte sur les **rubriques de 2 à 4**.

Exemple pour les rubriques 2 à 4 = 5 0 4 9 4 4 0 0
 position = 1 2 3 4 5 6 7 8

- a) résultat 1 = somme des valeurs des chiffres en positions impaires :
 (pos. 1 + pos. 3 + pos.5 + pos.7) :

$$5 + 4 + 4 + 0 = 13$$

- b) résultat 2 = multiplier par 2 le chiffre en position 2 et additionner successivement le chiffre dizaine et le chiffre unité avec le contenu du résultat 1 :

$$0 \times 2 = 00$$

$$0 + 0 + 13 = 13$$

- c) résultat 3 = multiplier par 2 le chiffre en position 4 et additionner successivement le chiffre dizaine et le chiffre unité avec le contenu du résultat 2 :

$$9 \times 2 = 18$$

$$1 + 8 + 13 = 22$$

- d) résultat 4 = multiplier par 2 le chiffre en position 6 et additionner successivement le chiffre dizaine et le chiffre unité avec le contenu du résultat 3 :

$$4 \times 2 = 08$$

$$0 + 8 + 22 = 30$$

- e) résultat 5 = multiplier par 2 le chiffre en position 8 et additionner successivement le chiffre dizaine et le chiffre unité avec le contenu du résultat 4 :

$$0 \times 2 = 00$$

$$0 + 0 + 30 = 30$$

- f) on obtient le chiffre auto-contrôle en déduisant le chiffre des unités du résultat 5 de la valeur 10 et en prenant le chiffre de l'unité du résultat obtenu :

$$10 - 0 = 10$$

6 Numéro de Rang :

Numéro de rang attribué à la personne dans la famille CSS :

00 = titulaire
 > 00 = personne à charge du titulaire

RUBRIQUE : Sexe

LIBELLE :

L'utilisation de cette zone est facultative.

Cependant, il est demandé aux officines informatisées de compléter les données.

Ce code indique le sexe du bénéficiaire mentionné dans la zone 8.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	homme
2	femme

(☞ 38) Lorsqu'il s'agit d'une pseudo-prescription avec l'honoraire de disponibilité pour les pharmaciens (ET 40 Z 4 = 751693), cette zone est toujours égale à zéro.

RUBRIQUE : Type de facture

LIBELLE :

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 21,38) 3	il s'agit d'un enregistrement de type 20, qui est lié à une prescription de médicaments ou à un schéma d'administration (ou il s'agit d'une pseudo-prescription avec honoraire de disponibilité)

RUBRIQUE : Type de facturation

LIBELLE :

Cette zone contient une indication concernant le genre de facturation.

Remarque : Si cette zone contient une valeur différente de 0, les zones 29 jusque 41 de l'enregistrement de type 20 doivent être complétées par des données relatives à la facture précédente.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Introduction originale
1	Réintroduction d'un médicament rejeté
3	Note de crédit (valeur -)
4	Correction en accord avec la mutualité (valeur + et -)

Une note de crédit et une facture de correction sont introduites à l'initiative de l'office de tarification qui facture et annulent ou corrigent une facture précédemment introduite.

S'il s'agit d'une réintroduction d'une facture rejetée par un autre organisme assureur, la facture est alors considérée comme facture originale.

Si, lors de la réintroduction de prestations rejetées, une modification a été apportée aux instructions entre le moment de l'introduction originale et celui de la réintroduction, la formulation de la date d'application de la modification est déterminante pour les règles à suivre lors de la réintroduction :

Si la date d'application était liée à une date de prestation, la réintroduction s'effectue selon les règles en vigueur lors de l'introduction originale;

Si la date d'application était liée à une date de facturation, la réintroduction s'effectue conformément à la réglementation modifiée.

RUBRIQUE : Année de naissance

LIBELLE :

L'utilisation de cette zone est facultative.

Cependant, il est demandé aux officines informatisées de compléter les données.

L'année de naissance du bénéficiaire mentionnée dans la zone 8 est indiquée dans cette zone.

([☞] 38) Lorsqu'il s'agit d'une pseudo-prescription avec l'honoraire de disponibilité pour les pharmaciens (ET 40 Z 4 = 751693), cette zone est toujours égale à zéro.

FORMAT : 4N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Identification de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 14.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 14.

RUBRIQUE : Numéro de l'établissement de séjour

LIBELLE :

(☞ 18,26) Le numéro de l'établissement de séjour est mentionné dans cette zone en cas de séjour en MRS-MRPA. Cette zone doit obligatoirement être remplie à partir du 1/9/2015.

(☞ 21,26) Jusqu'au 31/12/2015 (date de délivrance) :

- lorsque le patient séjourne en MRPA-MRS, mais que le numéro de l'établissement n'est pas connu, le numéro fictif 070000049999 doit être mentionné.
- si le pharmacien n'est pas au courant du fait qu'il s'agit d'un résident MRPA-MRS, cette zone est égale à zéro et la TPU n'est pas appliquée.

(☞ 28) A partir du mois facturé mai 2016, le numéro fictif 070000049999 peut à nouveau être utilisé lorsqu'aucun numéro MRS-MRPA n'est communiqué via MyCarenet, mais que le pharmacien sait qu'il s'agit d'un résident MRS-MRPA et applique, donc, la tarification par unité, sans connaître le numéro MRS-MRPA correct.

Dans les autres cas, cette zone est égale à zéro.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Les numéros d'identification des établissements sont composés comme suit :

7XXYYYCDZZZ

avec 7XX = type établissement

YYY = numéro d'ordre

CD = check-digit calculé selon le modulo 97 (différence entre 97 et le reste de la division dont le dividende est formé par les chiffres des positions 1 à 6 inclus du numéro d'identification, et le diviseur est égal à 97)

ZZZ = code compétence

(☞ 26) Les numéros d'identification des MRPA-MRS commencent par 73, 74, 75 ou 76.

Le numéro doit toujours être précédé par un zéro.

RUBRIQUE : Délivrance différée

LIBELLE :

Cette zone est d'application pour les délivrances à partir du 1er mai 2002 (Règlement du 14 janvier 2002, M.B. 14/02/2002).

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
	0	Délivrance normale
(☞ 14)	1*	Communication d'une délivrance différée (zones montant = 0)
	2	Délivrance différée du produit

(☞ 14) Commentaire :

Lors de la délivrance habituelle de tous les produits de la prescription, la zone 16 des ET 20, 40 et 80 est égale à zéro.

Le numéro de suite de la prescription est mentionné dans la Z 28 des ET 20 et 80 et dans la Z 45 de l'ET 40.

S'il s'agit d'une prescription sur laquelle la délivrance d'au moins 1 produit est différée, la zone 16 de l'ET 20 et 80 est alors égale à 0, et la zone 16 de l'ET 40 est égale à 1 pour autant qu'il s'agisse de l'enregistrement du produit différé.

La zone 16 de l'ET 40 qui se rapporte à un produit immédiatement délivré reçoit la valeur 0.

Dans la zone 28 des ET 20 et 80, on mentionne le numéro de suite de la prescription de médicaments concernée, de même dans la zone 45 de l'ET 40.

S'il s'agit d'une délivrance effective d'un produit différé, la zone 16 de l'ET 20, 40 et 80 est alors égale à 2. Dans la zone 28 des ET 20 et 80, on mentionne le numéro de suite du formulaire de dispensation différée. Le numéro de suite de la prescription originale est mentionné dans la zone 45 de l'ET 40.

S'il y a une fusion de pharmacies ou si le système informatique est adapté entre le moment de la demande de délivrance différée et l'enlèvement de la délivrance différée, le formulaire de délivrance différée est considéré comme prescription originale.

(☞ 14)* la valeur 1 ne peut être mentionnée que dans l'ET 40 Z 16.

RUBRIQUE : MAF année en cours

LIBELLE :

Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via MyCareNet.

FORMAT : 4N AAAA

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Elle est remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans *maxInvoiced* dans MDA (Member Data).

RUBRIQUE : Numéro de la mutualité de destination

LIBELLE :

C'est le numéro de la mutualité à laquelle la facture est adressée.

Le contenu de cette zone est toujours égal à celui de la zone 7.

FORMAT : 3N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir remarques dans l'ET 20 Z 8 suites 1 bis, 2 bis, 3 bis et 3 ter, relatives aux fusions de l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, de l'Union Nationale des Mutualités Neutres et de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes.

(☞ 13) **RUBRIQUE** : Numéro du pharmacien titulaire

LIBELLE :

Dans cette zone, le pharmacien titulaire est identifié par le numéro d'identification de l'I.N.A.M.I..

(☞ 13) Dans cette zone, le numéro d'identification du pharmacien qui était titulaire le premier jour du mois concerné, est mentionné.

(☞ 21) Lorsqu'il s'agit d'une réintroduction de prestations rejetées, alors le numéro du pharmacien qui est titulaire au moment de la réintroduction doit être mentionné.

Concrètement, cela signifie que le pharmacien, qui était titulaire le 1^{er} jour du mois mentionné dans l'ET 10 Z 22-23 (mois facturé), est toujours mentionné dans cette zone.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

A	B	C					D		E		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	2										

A : La première position est toujours 0.

B : La deuxième position est toujours le chiffre 2.

C : Numéro d'ordre, accordé par l'I.N.A.M.I. (positions 3 à 9 incluse).

D : Chiffres de contrôle.

E : Les 3 dernières positions indiquent :

001 titulaire.

RUBRIQUE : Indicateur MAF

LIBELLE :

L'utilisation de cette zone est facultative.

Dans cette zone, il peut être indiqué si le patient a un droit MAF.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Patient sans droit MAF
1	Patient avec droit MAF

RUBRIQUE : MAF année en cours -1

LIBELLE :

Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via MyCareNet.

FORMAT : 4N AAAA

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Elle est remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans *maxInvoiced* dans MDA (Member Data).

RUBRIQUE : Flag prescription

LIBELLE :

Dans cette zone, il est indiqué au moyen d'un code que la prescription correspond aux règles administratives.

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Pas de code d'acceptation
1	Code D : date prescription fait défaut
2	Code M : la prescription présente des lacunes administratives

RUBRIQUE : Numéro du bordereau de synthèse

LIBELLE :

(~~8~~) A partir du mois facturé mai 2008, (ET 10 Z 22-23 \geq 0200805) les bordereaux de synthèse ne sont plus établis et cette zone est, par conséquent, toujours égale à zéro.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : CODE LEVEE DELAI DE PRESCRIPTION

LONGUEUR et TYPE: 1 N

Cette zone est remplie s'il s'agit d'une facturation tardive.

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	Le délai de prescription (facturation après 2 ans) pour le tiers qui facture est levé par lettre recommandée.
0	Tous les autres cas.

RUBRIQUE : Code bénéficiaire 1 et 2

LIBELLE :

Les trois premières positions à droite de la zone sont complétées par le code bénéficiaire 2, les 3 suivantes par le code bénéficiaire 1.

Les quatre premières positions sont toujours égales à zéro.

- (☞ 16) CB 1 et CB 2 doivent toujours être mentionnés. Ils doivent correspondre aux CB 1 et CB 2 mentionnés sur la carte SIS ou communiqués via le réseau (MyCarenet).
- (☞ 38) Lorsqu'il s'agit d'une pseudo-prescription avec l'honoraire de disponibilité pour les pharmaciens (ET 40 Z 4 = 751693), cette zone est égale à 0000999999.
-

FORMAT : 10N 0000CB1CB2

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Le Code bénéficiaire 1 est utilisé dans les situations suivantes :

- tous les risques du régime général;
- (☞ 6) - seulement les gros risques du régime des travailleurs indépendants (avant le 1/1/2008);
- (☞ 6) - tous les risques du régime des travailleurs indépendants (à partir du 1/1/2008) ;
- les conventions internationales (identification du remboursement pour lequel l'assuré a droit).

Le Code bénéficiaire 2 est utilisé dans les situations suivantes :

- (☞ 6) - les petits risques de l'assurance libre (avant le 1/1/2008);
- (☞ 4,6) - les petits risques des travailleurs indépendants ayant droit au remboursement des petits risques par l'assurance obligatoire (avant le 1/1/2008);
- (☞ 6) - les petits risques des cas de double adhésion au régime des travailleurs indépendants (avant le 1/1/2008);
- les conventions internationales : identification du type de convention.

- (☞ 6) A partir du 1/1/2008, les travailleurs indépendants ont également droit aux petits risques via l'assurance obligatoire.

La signification du CB2, comme décrite ci-dessus, sera dès lors atténuée. Celui-ci n'aura de sens que dans le cadre des conventions internationales.

La tarification doit, à partir du 1/1/2008, s'effectuer sur base du 3^{ème} chiffre du CB1. Si ce chiffre est égal à 0, le régime non préférentiel est appliqué ; si ce chiffre est égal à 1, le régime préférentiel est appliqué.

Le **Code bénéficiaire 1** est structuré de la façon suivante :

1er chiffre = régime

- 1 régime général
- 4 régime des travailleurs indépendants
- 0 situations indéfinissables ou aucun droit

2ème chiffre = catégorie

- 0 personnes non protégées
- 1 actifs
- (☞ 6) 2 invalides et moins valides
- 3 pensionnés
- 4 veuves et veufs
- (☞ 4,6) 5 orphelins ou travailleurs indépendants ayant droit aux petits risques (avant le 1/1/2008)
- 7 communautés religieuses
- 8 conventions internationales

3ème chiffre = régime préférentiel ou pas

- 0 pas de régime préférentiel
- 1 régime préférentiel

Le **Code bénéficiaire 2** est structuré de la façon suivante :

Pour l'assurance libre

- 000 pas d'assurance libre
- 901 assurance libre avec tarif préférentiel
- 900 assurance libre sans tarif préférentiel

- (☞ 6) A partir du 1/1/2008, l'assurance libre n'existe plus. Les CB2 000, 900 et 901 perdent leur signification.

Pour l'assurance obligatoire

- régime général : CB 2 = CB 1
- (☞ 4) - régime des travailleurs indépendants : 460 : travailleurs indépendants ayant droit aux petits risques 75 %
461 : travailleurs indépendants ayant droit aux petits risques 100 %

Conventions internationales

Identification du type de convention.

ELEMENT : Code bénéficiaire 1

<u>Valeur</u>	<u>Description</u>
Régime général	
111	Salariés et assimilés préférentiel
110	Salariés et assimilés non préférentiel
131	Pensionnés - régime préférentiel
130	Pensionnés - régime non préférentiel
121	Invalides - régime préférentiel (y compris les handicapés)
120	Invalides - régime non préférentiel (y compris les handicapés)
141	Veuves et veufs - régime préférentiel
140	Veuves et veufs - régime non préférentiel
151	Orphelins - régime préférentiel
150	Orphelins - régime non préférentiel
101	Personnes non encore protégées - régime préférentiel
100	Personnes non encore protégées - régime non préférentiel
181	Conventions internationales - régime préférentiel
180	Conventions internationales - régime non préférentiel
Régime des travailleurs indépendants	
411	Actifs préférentiel
410	Actifs non préférentiel
431	Pensionnés - régime préférentiel
430	Pensionnés - régime non préférentiel
421	Invalides - régime préférentiel (y compris les handicapés)
420	Invalides - régime non préférentiel (y compris les handicapés)
441	Veuves et veufs - régime préférentiel
440	Veuves et veufs - régime non préférentiel
451	Orphelins - régime préférentiel
450	Orphelins - régime non préférentiel
471	Communautés religieuses - régime préférentiel
470	Communautés religieuses - régime non préférentiel
481	Conventions internationales - régime préférentiel
480	Conventions internationales - régime non préférentiel

RUBRIQUE : Numéro de suite prescription médicaments ou numéro formulaire dispensation différée

LIBELLE :

Cette zone est obligatoire.

Dans cette zone figure un numéro de référence qui contient un renvoi univoque au classement des prescriptions à l'office de tarification.

S'il s'agit de la délivrance différée d'un produit (ET 20, 40 et 80 Z 16 = 2), le numéro du formulaire de dispensation différée est alors mentionné dans cette zone.

(☞21) S'il s'agit d'une délivrance de spécialités sous forme orale-solide aux patients qui séjournent en MRPA-MRS, alors cette zone peut être égale à zéro.

FORMAT : 25A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone ne peut contenir que des lettres de A à Z, des chiffres de 0 à 9, des signes algébriques "+" et "-" et les caractères "/" et " ".

RUBRIQUE : Numéro du bordereau de synthèse précédent

LIBELLE :

(☞8) A partir du mois facturé mai 2008, (ET 10 Z 22-23 \geq 0200805) les bordereaux de synthèse ne sont plus établis et cette zone est, par conséquent, toujours égale à zéro.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Flag identification bénéficiaire

LIBELLE :

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 38)	0	Numéro d'affiliation à l'OA (ou pseudo-numéro d'identification 0099123199940)
(☞ 2)	1	Numéro d'inscription à la sécurité sociale

RUBRIQUE : Indication délivrance unique et occasionnelle

LIBELLE :

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit d'une délivrance unique/occasionnelle à un résident en MRPA-MRS pour laquelle la tarification par unité n'est exceptionnellement pas appliquée.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
1	délivrance unique/occasionnelle à un résident en MRPA-MRS (sans tarification par unité)
0	tous les autres cas

RUBRIQUE : Numéro de l'envoi précédent

LIBELLE :

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 0.

FORMAT : 3N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Ce numéro est égal au numéro de la zone 7 de l'enregistrement de type 10 du dernier envoi dans lequel cette facture individuelle avait été envoyée antérieurement.

RUBRIQUE : Numéro de la mutualité de la facturation précédente

LIBELLE :

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 0.

FORMAT : 3N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone reprend le numéro de la mutualité de destination à laquelle la facture précédente correspondante a été transmise.

RUBRIQUE : Référence mutualité

LIBELLE :

Si la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 1, alors le contenu de cette zone est égal à zéro.

FORMAT : 22N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Ce numéro sera communiqué par l'organisme assureur en cas de rejet.

RUBRIQUE : Année et mois de facturation précédente

LIBELLE :

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 11 de l'enregistrement de type 20 est différente de 0.

FORMAT : 6N AAAAMM

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Ce zone reprend le mois et l'année au cours duquel la facture précédente a été transmise.

RUBRIQUE : Données de référence réseau

LIBELLE :

(☞ 21,43) Cette zone a été prévue pour la mention de la consultation réseau (MyCarenet). Cette mention donne droit à un engagement de paiement.

Le fait que ces informations ne soient pas renseignées ne peut pas être comptabilisé comme faute; Si cette zone n'est pas remplie, alors seul le dit « principe de base » est appliqué pour les contrôles des OA (voir annexe 8 suite 1.3).

(☞ 38) Lorsqu'il s'agit d'une pseudo-prescription avec l'honoraire de disponibilité pour les pharmaciens (ET 40 Z 4 = 751693), cette zone est toujours égale à zéro.

FORMAT : 48A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Le contenu de cette zone est structuré comme suit :

RRNNNNNNNNNNVVA000
(les 3 dernières positions sont des positions de réserve qui sont remplies avec des zéros)

En cas de consultation réseau (MyCarenet)

1) Consultation via 801910 :

R = numéro d'agrément de l'engagement de paiement (zone 018 du message 801910)

N = code contrôle partiel de l'engagement de paiement (zone 019 du message 801910)

(☞ 17) V = 01

A = utilisation de la codification suivante :

2 = consultation du réseau au moment de la tarification

3 = réutilisation d'un engagement de paiement qui a été reçu antérieurement via le réseau.

(☞ 43) 2) Consultation via MDA

R = numéro d'agrément de l'engagement de paiement à partir du *paymentApproval* du MDA (Member Data)

N = positions égales à 0

V = 00

A = utilisation de la codification suivante :

2 = consultation du réseau au moment de la tarification

3 = réutilisation d'un engagement de paiement qui a été reçu antérieurement via le réseau.

(☞ 21) Si MyCarenet n'a pas été consulté et si un engagement de paiement antérieur n'est pas réutilisé, alors le contenu de cette zone est égal à zéro.

RUBRIQUE : Date fin période assurabilité

LIBELLE :

Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via MyCareNet.

FORMAT : 8N AAAAMMJJ

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Elle doit être remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans *SubjectConfirmationData NotOnOrAfter* dans MDA (Member Data).

RUBRIQUE : Date communication information

LIBELLE :

Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via MyCareNet.

FORMAT : 8N AAAAMMJJ

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Elle doit être remplie avec la date à laquelle l'OA a communiqué les données (d'assurabilité) via MDA (Member Data). Cette date se trouve dans *communicationDate* dans MDA.

RUBRIQUE : MAF année en cours -2

LIBELLE :

Cette zone doit être remplie si on fait valoir une garantie de paiement liée à la consultation des données d'assurabilité via MyCareNet.

FORMAT : 4N AAAA

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Elle est remplie sur base de l'information communiquée par l'OA dans *maxInvoiced* dans MDA (Member Data).

RUBRIQUE : Référence 2 de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 50.

FORMAT : 35A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 50.

RUBRIQUE : Chiffres de contrôle de l'enregistrement

LIBELLE :

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 99.

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 1.

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 1.

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 2-3.

FORMAT : 7N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 2-3.

RUBRIQUE : Code catégorie médicaments**LIBELLE** :

Ce code mentionne, entre autres, la catégorie de remboursement du médicament concerné.

(☞ 14) En cas de délivrance différée (ET 40 Z 16 = 1), le contenu de la zone 4 peut être égal à 0.

FORMAT : 7N**REGLE D'OBTENTION** ou **TABLE DE CODIFICATION** :

	<u>Valeur</u>	<u>Description</u>
(☞ 21)	0750514	Spécialités Catégorie SA tarifées par conditionnement
(☞ 21)	0750536	Spécialités Catégorie SB tarifées par conditionnement
(☞ 21)	0750551	Spécialités Catégorie SC tarifées par conditionnement
(☞ 21)	0750573	Spécialités Catégorie SCs tarifées par conditionnement
(☞ 21)	0750595	Spécialités Catégorie SCx tarifées par conditionnement
(☞ 17, 21)	0753476	Spécialités Catégorie Sfa tarifées par conditionnement
(☞ 17, 21)	0753491	Spécialités Catégorie SFb tarifées par conditionnement
(☞ 21)	0758015	Spécialités forme orale-solide catégorie SA tarifées par unité
(☞ 21)	0758030	Spécialités forme orale-solide catégorie SB tarifées par unité
(☞ 21)	0758052	Spécialités forme orale-solide catégorie SC tarifées par unité
(☞ 21)	0758074	Spécialités forme orale-solide catégorie SCs tarifées par unité
(☞ 21)	0758096	Spécialités forme orale-solide catégorie SCx tarifées par unité
(☞ 21)	0758111	Spécialités forme orale-solide catégorie SFa tarifées par unité
(☞ 21)	0758133	Spécialités forme orale-solide catégorie SFb tarifées par unité
(☞ 39)	0750411	Oxygène
	0755510	Aliments diététiques à des fins médicales catégorie DA
	0755532	Aliments diététiques à des fins médicales catégorie DB
	0755554	Aliments diététiques à des fins médicales catégorie DC
	0755576	Aliments diététiques à des fins médicales catégorie DCs
	0755591	Aliments diététiques à des fins médicales catégorie DCx
	0755716	Moyens diagnostiques et matériel de soins catégorie MA
	0755731	Moyens diagnostiques et matériel de soins catégorie MB
	0755753	Moyens diagnostiques et matériel de soins catégorie MC
	0755775	Moyens diagnostiques et matériel de soins catégorie MCs
	0755790	Moyens diagnostiques et matériel de soins catégorie MCx
(☞ 17,19)	0753432	Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique
	0750234	Préparations magistrales catégorie 1
	0750256	Préparations magistrales catégorie 2
	0750293	Préparations magistrales catégorie 4
	0750315	Enregistrement de détail relatif à la préparation magistrale

(☞ 17)		
(☞ 2)	0755031	Honoraires et forfaits mucoviscidose
(☞ 1)	0755355	Honoraires et forfaits aliments diététiques à des fins médicales
(☞ 17)	0755370	Installation et délivrance de l'oxygène gazeux et des accessoires (partie 1, chapitre 2, section 10 de l'annexe à l'AR du 24/10/2002).
(☞ 17)	0754493	Honoraire pour la coordination et l'accompagnement du traitement par oxygène médical gazeux (partie I, chapitre 2, section 10 de l'annexe à l'AR du 24/10/2002)
(☞ 17)	0754132	Oxyconcentrateur (partie I, chapitre 2, section 6 de l'annexe à l'AR du 24/10/2002)
(☞ 18)	0754574	Honoraire oxyconcentrateur (I, chapitre 2, section 6 de l'annexe à l'AR du 24/10/2002)
(☞ 5)	0755473	Honoraires et forfaits Méthadone
(☞ 20)	0753874	Honoraire 1 ^{er} entretien d'accompagnement nouvelle médication
(☞ 20)	0753896	Honoraire 2 ^e entretien d'accompagnement nouvelle médication
(☞ 21)	0758155	Honoraire par semaine par résident en maison de repos
(☞ 5,42)	0755495	Malades chroniques – analgésiques (jusqu'au 31/12/2021 inclus)
(☞ 5)	0755996	Malades chroniques – pansements actifs (jusqu'au 30/9/2019 inclus)
(☞ 39)	0795093	Malades chroniques – pansements actifs (à partir du 1/10/2019)
(☞ 11)	0754176	Trajet de soins diabète – tiges et lancettes
(☞ 11)	0754191	Trajet de soins diabète – glucomètre
(☞ 11)	0754250	Programme 'éducation et autogestion' – tiges et lancettes
(☞ 11)	0754272	Programme 'éducation et autogestion' – glucomètre
(☞ 12)	0754294	Trajet de soins 'insuffisance rénale chronique' – tensiomètre
(☞ 31)	<u>Education au diabète</u> (Chapitre V de l'AR du 10/1/1991)	
	0794290	BUM* prétrajet diabète de type 2 - session individuelle
	0794371	BUM* prétrajet diabète de type 2 - session en groupe
	0754736	Seringues stériles à insuline
	0750153	(**) Matériel de bandage (liste 5)
	0754412	Honoraire de garde
(☞ 12)	0750433	Spécialités pharmaceutiques non remboursables
(☞ 39,42)	0752732	Intervention spécifique contraceptifs (spécialités) délivrés à des bénéficiaires n'ayant pas atteint l'âge de 25 ans ou des bénéficiaires ayant droit à une intervention majorée (AR 16/9/2013)
(☞ 39,42)	0752754	Intervention spécifique contraceptifs (moyens diagnostiques) délivrés à des bénéficiaires n'ayant pas atteint l'âge de 25 ans ou des bénéficiaires ayant droit à une intervention majorée (AR 16/9/2013)
(☞ 32)	<u>Autosondage</u> (AR 18/4/2017, MB 8/5/2017)	
	0743396	sonde avec lubrifiant intégré ou sonde « avancée »
	0743411	sonde sèche
(☞ 32)	<u>Honoraire « pharmacien de référence »</u>	
(☞ 35,41)	0758192***	Démarrage (initiation) fonction « pharmacien de référence » (à utiliser pour le CNK _i)
(☞ 35)	0758214	Honoraire fonction « pharmacien de référence » (à utiliser pour le CNK _h ou le CNK _s ***)
(☞ 38)	0751693	Honoraire de disponibilité pour les pharmaciens

(☞ 31) * BUM = Bon Usage des Médicaments

(**) Ce code est réservé; le contenu doit encore être défini. Le matériel de bandage figure momentanément sous le code 0750293.

(☞ 41) (***) jusqu'au 31/12/2020 inclus

(☞ 10) Communication des codes CNK pour les préparations magistrales (à partir du 1 janvier 2009)

Si le contenu de la zone 4 est égal à 0750234, 0750256 ou 0750293, alors la forme galénique doit être mentionnée dans la zone 37, le montant de l'intervention de l'assurance dans la zone 19, le nombre de modules dans la zone 22 et l'intervention personnelle dans la zone 27;

l'unité dans la zone 23 et le code produit dans la zone 40-41 sont donc égaux à zéro.

Si le contenu de cette zone est égal 0750315 et par conséquent exige le détail d'une préparation

- (☞ 7) magistrale, alors le contenu des zones 19, 27, 37, 46-47, 48 et 49 est égal à zéro, la zone 22 indique la quantité totale du produit mentionné dans la zone 40-41, la zone 23 communique l'unité dans laquelle est exprimée la quantité (zone 22) et dans la zone 40-41 est renseigné le code CNK du produit concerné.

Dans les zones restantes, à l'exception de la zone 2-3 (numéro d'ordre de l'enregistrement) et de la zone 99 (chiffres de contrôle de l'enregistrement), les valeurs de l'enregistrement précédent avec le code catégorie de la préparation magistrale doivent être reprises.

- (☞ 4) Par préparation magistrale, tous les principes actifs (voir Chapitres I à IV de l'annexe à l'AR du 12/10/2004) sont mentionnés dans les enregistrements avec la zone 4 = 0750315.
- (☞ 10) Chaque enregistrement de base d'une préparation magistrale doit être suivi au moins d'un enregistrement statistique concernant les principes actifs.
- (☞ 4) Le nombre d'enregistrements de détail qui suit un enregistrement de base d'une préparation magistrale n'est pas précisé à l'avance.
- (☞ 4) Lorsqu'il s'agit des spécialités incorporées dans une préparation magistrale, le(s) code(s) CNK de la (des) spécialité(s) concernée(s) doit(vent) être mentionné(s) dans le(s) enregistrement(s) de détail de la préparation magistrale. Lorsqu'il s'agit d'une préparation magistrale sans principe actif, le code CNK « générique » d'un excipient de pommade (0586784) doit être mentionné dans l'enregistrement de détail.
- (☞ 7) Si, pour l'une ou l'autre raison, il n'est vraiment pas possible d'établir un enregistrement de détail, un « pseudo enregistrement de détail » doit être communiqué. Dans cet enregistrement, le pseudo-code CNK 0589002 est mentionné dans la Z 40-41. Dans la zone 23, une unité arbitraire est choisie. La quantité dans la zone 22 est mise à 1.
- (☞ 10) Aucun contrôle de tarif n'est effectué sur base des éléments des enregistrements statistiques.
- (☞ 10) En cas de rejet pour un enregistrement du bloc « enregistrement de facturation + enregistrements de détail », le bloc complet doit être rejeté.

(☞ 4) **Règles de remboursement pour les préparations magistrales.** (art. 22 de l'AR du 12-10-2004)

(☞ 10) Cette page est purement informative. Il n'y a pas de contrôle de tarif sur base des informations des enregistrements de détail.

Le remboursement des récipés magistraux est calculé sur base :

"1° de la base de remboursement indiquée dans la liste des principes actifs, ou, s'il s'agit d'une spécialité pharmaceutique, de la base de remboursement indiquée dans la liste figurant à l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 précité.

La base de remboursement de chaque constituant est arrondie à l'eurocent le plus proche, cet arrondi est calculé selon le mode de calcul prévu dans le software des ordinateurs ;

(☞ 21) 2° de la base de remboursement des excipients pour crèmes, gels, onguents ou pâtes, arrondie comme précisé au 1°, exprimée en valeur de P par gramme et forfaitarisée comme suit: P 0,01 ;

3° de l'honoraire de préparation ou de dispensation calculé conformément aux dispositions de l'article 21 §§ 1er et 2, arrondi comme précisé sous 1° ;

(☞ 21) 4° En ce qui concerne les rectioles, peut être porté en compte à l'assurance, à concurrence de la base de remboursement maximale exprimée en valeur de P, l'élément repris ci-après: pièce: P 0,20.

(☞ 21) En pratique:

→ L'addition des points 1° à 3° donne la base de remboursement de la préparation (à l'exception des rectioles) auquel on soustrait l'intervention personnelle du bénéficiaire pour obtenir le montant de l'intervention de l'assurance.

→ L'addition des points 1° à 4° donne la base de remboursement de la préparation (dans le cas des rectioles) auquel on soustrait l'intervention personnelle du bénéficiaire pour obtenir le montant de l'intervention de l'assurance.

(☞21) **Exemples au 01.01.2014** (bénéficiaire sans régime préférentiel)

Lettre P valeur au 01.01.2014 = 1,826737

Exemple 1

Bétaméthasone valérate 0,121 g
 Paraffine liquide 30 g
 Vaseline blanche ad 100 g

Principe actif : Bétaméthasone valérate

Excipient : Paraffine liquide + Vaseline blanche

Pour que la crème fasse 100 g au total il faut ajouter 69,879 g de vaseline blanche au 30 g de paraffine liquide soit 99,879 g d'excipient.

Le coût de l'excipient sera alors : $99,879 \times P0,01 = 1,82$ euros

Tarification de la préparation

Prix principe actif : 2,46 euros

Prix excipients : 1.82 euros

Honoraires : 17,04 euros

TOTAL : 21,32 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros

→ intervention assurance : 18,92 euros

Exemple 2

Erythromycine 200 mg
 Dt 20 gélules gastro-résistantes

Principe actif : Erythromycine

Tarification de la préparation

Prix principe actif : 1,91 euros

Prix excipients : 0,37 euros (gélules) + 0,37 euros (enrobage)

Honoraires : 9,13 euros

TOTAL : 11,78 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros

→ intervention assurance : 9,38 euros

(☞21) **Exemples au 01.04.2014** (bénéficiaire sans régime préférentiel)

Lettre P valeur au 01.04.2014 = 1,826737

Exemple 1

Bétaméthasone valérate 0,121 g
 Paraffine liquide 30 g
 Vaseline blanche ad 100 g

Principe actif : Bétaméthasone valérate

Excipient : Paraffine liquide + Vaseline blanche

Pour que la crème fasse 100 g au total il faut ajouter 69,879 g de vaseline blanche au 30 g de paraffine liquide soit 99,879 g d'excipient.

Le coût de l'excipient sera alors : $99,879 \times P0,01 = 1,82$ euros

Tarification de la préparation

Prix principe actif : 2,46 euros

Prix excipients : 1.82 euros

Honoraires : 21,03 euros

TOTAL : 25,31 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros

→ intervention assurance : 22,91 euros

Exemple 2

Erythromycine 200 mg

Dt 20 gélules gastro-résistantes

Principe actif : Erythromycine

Tarification de la préparation

Prix principe actif : 1,91 euros

Honoraires et excipients : 12,93 euros

Enrobage gastro-résistant : 3,29 euros

TOTAL : 18,13 euros

→ intervention bénéficiaire : 2,40 euros

→ intervention assurance : 15,73 euros

Remarque :

Ces exemples sont purement informatifs. Ils ne peuvent pas être utilisés pour des contrôles de tarif exacts.

(€ 21) CONTENU DES ZONES SUR LE SUPPORT ELECTRONIQUE (à partir du 1/4/2014)

Zone 1	Zone 4	Zone 19	Zone 22	Zone 23	Zone 27	Zone 37	Zone 40-41
Code enregistrement	Code cat.	Montant O.A.	Quantité	Unité	Montant pat.	Forme galénique	Code produit
20					110110		
40	750234	22,91	2	0	2,40	032	0
40	750315	0	121	02	0	0	0570333
40	750234	15,73	2	0	2,40	071	0
40	750315	0	(€35)400 0	02	0	0	0521427
80		38,64			4,80		

RUBRIQUE : Date de délivrance**LIBELLE** :

Cette zone doit toujours contenir une date.

- (☞ 32) En cas de pseudo-code 0758192, il s'agit de la date à laquelle la fonction "pharmacien de référence" est démarrée.
En cas de pseudo-code 0758214, il s'agit de la date à laquelle l'honoraire pour la fonction "pharmacien de référence" est porté en compte.
- (☞ 38) En cas de pseudo-code 0751693, il s'agit de la date de début du service de garde.
- (☞ 22) En cas de tarification par unité des spécialités orales-solides délivrées aux résidents en MRPA-MRS, cette zone est égale au 1^{er} jour de la semaine de tarification.
La semaine de tarification est définie comme suit :
- Avec PMI :
Date de début semaine de tarification = date de préparation (= date de début semaine de thérapie – x)
Date de fin semaine de tarification = date de début semaine de tarification + 6
 - Sans PMI :
Date de début semaine de tarification = date de début semaine de thérapie – y
Date de fin semaine de tarification = date de début semaine de tarification + 6
- x et y : temps de préparation respectivement pour la PMI et sans PMI
x = maximum 2 jours ; y = maximum 1 jour

Exception :

Délivrance en dehors du rythme hebdomadaire normal (date \neq 1^{er} jour semaine de tarification)

- (☞ 22) L'honoraire par semaine pour les résidents en MRPA-MRS (0758155) est tarifé 1x par semaine calendrier, le premier jour de la semaine calendrier lors duquel une spécialité orale-solide est tarifée.
Une semaine calendrier débute toujours le lundi (la 1^{ère} semaine calendrier de l'année est la semaine qui contient le 1^{er} jeudi de l'année calendrier) (=ISO 8601).
- (☞ 22) Dans tous les autres cas, cette zone contient la date de délivrance du médicament.
- (☞ 22) La date dans cette zone sert de date de référence pour le contrôle du tarif et de l'assurabilité.
Pour la remboursabilité, la règle spécifique suivante est valable : si une spécialité orale-solide est remboursable à la date de 1^{ère} tarification mais ne l'est plus au moment des tarifications suivantes,
- (☞ 23) alors le solde des unités du conditionnement peut être tarifé, à condition que le flag « dérogation à la tarification par unité » soit utilisé.

Les exemples de l'annexe 9 clarifient et concrétisent les principes susmentionnés.

FORMAT : 8N AAAAMMJJ**REGLE D'OBTENTION** ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Numéro de l'officine

LIBELLE :

FORMAT : 8N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 6a-6b.

RUBRIQUE : Numéro de la mutualité d'affiliation

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 7.

FORMAT : 3N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 7.

RUBRIQUE : Numéro d'inscription du bénéficiaire

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 8.

FORMAT : 13A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 8.

RUBRIQUE : Sexe

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 9.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 9.

RUBRIQUE : Année de naissance

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 12-13.

FORMAT : 4N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 12-13.

RUBRIQUE : Identification de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 14.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 14.

RUBRIQUE : Numéro du pharmacien titulaire

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 19.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 19.

RUBRIQUE : Délivrance différée

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 16.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 16.

(☞ 13)

RUBRIQUE : Intervention AMI 1**LIBELLE** :

- (☞ 13) Il s'agit du montant remboursé (honoraires non compris) par l'organisme assureur (montant net), sans déduction de la diminution fixée par l'A.R. du 29 mars 2002.
- (☞ 39) Voir les A.R. du 1 février 2018.
- (☞ 6) Pour les délivrances effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit se baser sur le Code Bénéficiaire 1.
Si le 3^{ème} chiffre du CB1 est égal à 0, le régime non préférentiel est appliqué.
Si le 3^{ème} chiffre du CB1 est égal à 1, le régime préférentiel est appliqué.
- (☞ 21,23) Pour les spécialités orale-solide délivrées aux patients en MRPA-MRS, le montant de cette zone est égal à :
(prix*** x nombre d'unités)_{arrondi} – montant ET 40 Z 27.
La partie « prix*** x nombre d'unités » est arrondie au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le haut.
- (☞ 13) Cette zone est (provisoirement) également utilisée pour les honoraires qui étaient déjà d'application avant la nouvelle méthode de rémunération (0755031, 0755355, 0755370, 0754132, 0755473, 0754176, 0754191, (☞ 20) 0754250, 0754272, 0754294, 0754412) et pour les honoraires 0754574 (honaire oxyconcentrateur) et 0753874 et (☞ 21) 0753896 (honaire entretien d'accompagnement nouvelle médication), 0758155 (honaire par semaine par (☞ 31,32) résident en maison de repos), 0794290 et 0794371 (éducation au diabète) et 0758214 (pharmacien de référence).

FORMAT : 1A + 11N**REGLE D'OBTENTION** ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

- (☞ 14,32) S'il s'agit d'un enregistrement de détail d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750315) ou d'un démarrage de la fonction « pharmacien de référence » (zone 4 = 0758192) ou si l'ET 40 Z 16 = 1, alors le contenu de cette zone est égal à zéro.
- (☞ 21,43) Si l'ET 40 Z 33 = 3 ou 9, alors le montant de l'intervention personnelle est ajouté dans cette zone.

Contraception jeunes (AR 16/9/2013, MB 20/9/2013)

Pour les jeunes qui entrent en ligne de compte pour l'AR du 16/9/2013, le montant de l'intervention de l'assurance fixé dans les AR du 1 février 2018 (spécialités) et du 24 octobre 2002 (moyens diagnostiques), doit être augmenté de l'intervention prévue dans l'AR du 16/9/2013.

Voir liste sur le site web de l'INAMI.

Le nouveau système de rémunération des pharmaciens (spécialités) n'est pas d'application pour l'intervention spécifique pour les contraceptifs des jeunes. L'intervention normale pour (certains) contraceptifs (spécialités) suit bien le nouveau système de rémunération.

A partir du mois facturé décembre 2019, l'intervention spécifique pour les jeunes (AR du 16/9/2003) est facturée via un enregistrement séparé sous un pseudo-code séparé.

Lorsqu'il y a, à côté de l'intervention spécifique, également une intervention normale, celle-ci est facturée dans un enregistrement séparé sous le pseudo-code catégorie normale (Cx) (enregistrements en bloc).

Lorsqu'il y a aussi bien une intervention spécifique qu'une intervention normale (2 enregistrements en bloc), alors:

- le ticket modérateur (Z 27) est rempli dans l'enregistrement de l'intervention normale.
- le nombre d'unités (Z 22) est égal à 1 dans les deux enregistrements.

Exemple:

base de remboursement = prix public = p
intervention normale (honoraires exclus) = g
honoraires = h
intervention spécifique contraception jeunes = c

Jusqu'au mois facturé novembre 2019Contraceptifs remboursables (spécialités)

code	AMI1 (Z 19)	Nombre (Z 22)	I.P. (Z 27)	AMI2 (Z 51)
753675	g + c	1	p - g - h - c	h

Contraceptifs non-remboursables (spécialités)

code	AMI1 (Z 19)	Nombre (Z 22)	I.P. (Z 27)	AMI2 (Z 51)
753690	c	1	p - c	0

Contraceptifs remboursables (moyens diagnostiques)

code	AMI1 (Z 19)	Nombre (Z 22)	I.P. (Z 27)	AMI2 (Z 51)
753830	g + c	1	p - g - c	0

Contraceptifs non-remboursables (moyens diagnostiques)

code	AMI1 (Z 19)	Nombre (Z 22)	I.P. (Z 27)	AMI2 (Z 51)
753852	c	1	p - c	0

A partir du mois facturé décembre 2019Contraceptifs remboursables (spécialités) (SCx)

code	AMI1 (Z 19)	Nombre (Z 22)	I.P. (Z 27)	AMI2 (Z 51)
750595	g	1	p - g - h - c	H
752732	c	1	0	0

Contraceptifs non-remboursables (spécialités)

code	AMI1 (Z 19)	Nombre (Z 22)	I.P. (Z 27)	AMI2 (Z 51)
752732	c	1	p - c	0

Contraceptifs remboursables (moyens diagnostiques) (MCx)

code	AMI1 (Z 19)	Nombre (Z 22)	I.P. (Z 27)	AMI2 (Z 51)
755790	g	1	p - g - c	0
752754	c	1	0	0

Contraceptifs non-remboursables (moyens diagnostiques)

code	AMI1 (Z 19)	Nombre (Z 22)	I.P. (Z 27)	AMI2 (Z 51)
752754	c	1	p - c	0

RUBRIQUE : Date de prescription ZONE RESERVEE

LIBELLE :

Cette zone est réservée mais provisoirement non utilisée.

FORMAT : 8N AAAAMMJJ

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Quantité**LIBELLE :**

- (☞ 2) Pour les produits avec code à barres unique, chaque conditionnement doit être facturé dans un enregistrement individuel. Dans chacun de ces enregistrements, la quantité est égale à 1.
- (☞ 12) C'est aussi valable pour les spécialités qui sont désignées avec le code « M » ou avec le code « V » dans
- (☞ 39) l'annexe de l'AR du 1^{er} février 2018 et pour les spécialités qui ont été prescrites sous leur dénomination générale pour une période de traitement de maximum 3 mois.

FORMAT : 1A + 4N**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

S'il s'agit des honoraires de garde, la valeur 1 doit toujours être mentionnée.

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

S'il s'agit de préparations magistrales (zone 4 = 0750234, 0750256 ou 0750293), alors le nombre de modules est indiqué dans cette zone.

S'il s'agit d'une molécule d'une préparation magistrale (zone 4 = 0750315), alors on mentionne dans

- (☞ 4) cette zone la *quantité totale* du produit indiqué dans la zone 40-41, exprimée dans *l'unité la plus*
- (☞ 35) *appropriée* selon le code mentionné dans la zone 23, avec un maximum de 4 chiffres significatifs.
- (☞ 7) Lorsque la quantité, exprimée dans l'unité la plus petite possible, est plus petite que 1, alors on arrondit vers le haut (donc quantité = 1).
- (☞ 35) *Quantité totale* : est la quantité totale présente dans l'ensemble de la préparation telle que facturée dans l'enregistrement de type 40 principal correspondant.
- Unité la plus appropriée* : l'unité qui permet d'avoir la plus grande précision dans les données transmises en utilisant maximum 4 chiffres significatifs (sans décimales).

Pour les seringues stériles à insuline, la valeur 1 doit être mentionnée par tranche de 10 seringues (avec un maximum de 3 tranches).

- (☞ 14) Si l'ET 40 Z 16 = 1, le contenu de cette zone peut être égal à zéro.
- (☞ 2) Si la zone 4 = 0755031, le nombre de forfaits est mentionné dans cette zone.
- (☞ 18) Si la zone 4 = 0755370, 754493, 0754132 ou 0754574, alors cette zone est toujours égale à 1.
- (☞ 5) Si la zone 4 = 0755473, le nombre de jours de traitement est mentionné dans cette zone.
- (☞ 12) Si la zone 4 = 0754176, 0754191, 0754250, 0754272 ou 0754294, la zone est égale à 1.
- (☞ 20) Si la zone 4 = 0753874 ou 0753896 (entretien d'accompagnement nouvelle médication), alors cette zone est égale à 1.
- (☞ 31) Si la zone 4 = 0794290 ou 0794371 (éducation au diabète), alors cette zone est égale à 1.
- (☞ 21,23) Si la zone 4 = 0758155 (honoraires par semaine par résident en maison de repos), cette zone est égale à 1.
- (☞ 21) S'il s'agit d'une tarification par unité de spécialités sous forme orale-solide délivrées à des patients
- (☞ 22) qui séjournent en MRPA-MRS, le nombre d'unités tarifées doit être mentionné dans cette zone.
- (☞ 32,39) Si la zone 4 = 0743396 ou 0743411 (autosondage) ou 0795093 (pansements actifs), alors cette zone peut être plus élevée que 1.
- (☞ 32) Si la zone 4 = 0758192 ou 0758214 (pharmacien de référence), alors cette zone est égale à 1.
- (☞ 38) Si la zone 4 = 0751693 (honoraires de disponibilité), alors cette zone est égale à 1.

RUBRIQUE : Unité

LIBELLE :

Dans cette zone, on indique au moyen d'un code l'unité dans laquelle la quantité, renseignée dans la zone 22, est exprimée.

Cette zone ne doit être complétée que lorsque la zone 4 = 0750315.

(☞ 7) Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à zéro.

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 35)	01	ml
	02	mg
	03	microgramme
(☞ 35)	04	goutte
	05	1.000 unités
(☞ 4, 35)	06	centimètre carré
(☞ 35)	07	litre
	08	pièces
(☞ 7)	09	pour cent (%)
	10	gramme
(☞ 4)	11	10.000 unités
(☞ 4)	12	100.000 unités
(☞ 7, 35)	13	microlitre
(☞ 35)	14	unités

RUBRIQUE : Identification du prescripteur**LIBELLE** :

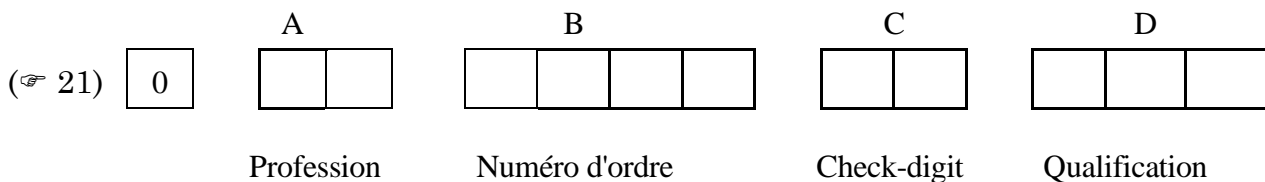
Cette zone indique l'identité du prescripteur.

S'il s'agit d'un prescripteur étranger, le pseudo-numéro d'identification suivant doit être utilisé : 01.00000.07.999.

- (☞ 33) S'il s'agit d'une pseudo-prescription, le pseudo-numéro d'identification suivant doit être utilisé: 01.00001 06 999.
- (☞ 34) Dans le cadre de la fonction "pharmacien de référence", ce pseudo-numéro d'identification est obligatoire lorsqu'un CNK_i ou un CNK_s est mentionné et qu'aucun autre produit n'est repris dans la même « prescription » (= ET 20 – ET 80).
- (☞ 38) Ce pseudo-numéro d'identification doit également être rempli obligatoirement lorsqu'il s'agit d'une pseudo-prescription avec honoraire de disponibilité (ET 40 Z 4 = 751693).
- (☞ 42) Ce pseudo-numéro d'identification est également utilisé lorsqu'il s'agit d'une pseudo-prescription avec une intervention pour un contraceptif pour lequel une prescription n'est pas exigée (contraception d'urgence) et lorsqu'il est délivré sans prescription.
- (☞ 22) En cas de tarification par unité (pour des patients qui séjournent en MRPA-MRS): si des unités de différents prescripteurs se présentent, la facturation doit être scindée en plusieurs enregistrements afin que les différents prescripteurs puissent être mentionnés.
- (☞ 23) En cas de tarification par unité (pour des patients qui séjournent en MRPA-MRS), cette zone peut être égale à zéro lorsque l'ET 40 Z 4 = 0758155 (honoraire par semaine par résident en maison de repos) ou 0754412 (honoraire de garde).

FORMAT : 12N**REGLE D'OBTENTION** ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Le numéro d'identification des prescripteurs est structuré comme suit :



Plan de codification des dispensateurs de soins.

Remarque : le numéro d'identification doit toujours être précédé d'un zéro.

- (☞ 21) A. Profession (1^{er} et 2^{ème} chiffre du numéro d'identification).

10 à 19 médecins
 30 à 39 praticiens de l'art dentaire
 40 sages-femmes

(☞ 21) B. Numéro d'ordre (3ème au 6ème chiffre inclus du numéro d'identification).

Numéro d'ordre entre 0001 et 9999

C. Check-digits (7ème et 8ème chiffres du numéro d'identification).

Le nombre, inscrit en positions 7 et 9 est égal à la différence entre

1) 97, et

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

(☞ 37) Le check-digit des numéros INAMI qui sont attribués aux accoucheuses à partir du 1/12/2017 et aux médecins à partir du 1/4/2019 est calculé selon la méthode du modulo 89.

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

1) 89, et

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

D. Qualification (9ème et 11ème chiffres inclus du numéro d'identification).

1) Médecins et praticiens de l'art dentaire

(☞ 6) Une liste officielle des codes qualification est disponible sur le site de l'INAMI.

(☞ 21) 2) Sages-femmes

- Sages-femmes autorisées à effectuer des prestations obstétricales	: 002
- Sages-femmes autorisées à effectuer des prestations obstétricales et à prescrire des médicaments	: 003

RUBRIQUE : Indication prescription électronique

LIBELLE :

Dans cette zone, il est communiqué si le médicament est prescrit via une prescription papier ou une prescription électronique.

(☞ 38) Lorsqu'il s'agit d'une pseudo-prescription avec l'honoraire de disponibilité pour les pharmaciens (ET 40 Z 4 = 751693), cette zone est toujours égale à zéro.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	Prescription papier
1	Prescription électronique
(☞ 30) 2	Prescription électronique : cas de force majeure (problèmes techniques persistants par exemple avec le serveur recip-e, l'archive centrale, etc...) : les médicaments sont exceptionnellement délivrés sur base de l'information sur la « preuve de prescription électronique »

RUBRIQUE : Quote-part personnelle pour médicaments**LIBELLE** :

Il s'agit de la quote-part payée par le bénéficiaire.

- (☞ 6) Pour les délivrances effectuées à partir du 1/1/2008, la tarification doit se baser sur le Code Bénéficiaire 1. Si le 3^{ème} chiffre du CB1 est égal à 0, le régime non préférentiel est appliqué. Si le 3^{ème} chiffre du CB1 est égal à 1, le régime préférentiel est appliqué.
- (☞ 21) Pour les spécialités orale-solide délivrées à des patients en MRPA-MRS, le montant de cette zone est égal à l'intervention personnelle*** multipliée par le nombre d'unités (Z 22). Ce montant est arrondi au cent d'euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d'une unité, le montant est arrondi vers le bas.
- (☞ 25) Cette règle d'arrondi est appliquée sur 4 décimales, c'est-à-dire pour arrondir à 2 décimales, on tient compte de la 3^e et 4^e décimale.
- (☞ 1) Pour les jeunes qui entrent en ligne de compte pour l'A.R. du 24/03/2004, M.B. du 29/03/2004 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'un financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes, le montant de la quote-part personnelle doit être diminué de l'intervention prévue dans l'A.R. du 24/03/2004, M.B. du 29/03/2004.
- (☞ 5) A partir du mois d'avril 2006, la liste annexée à l'A.R. du 24/03/2004 est adaptée mensuellement et publiée sur le site de l'INAMI.
- (☞ 19) A partir du 1/10/2013, ce financement expérimental est remplacé par l'AR du 16/9/2013 (MB 20/9/2013). La manière de remplir cette zone reste, cependant, inchangée.

FORMAT : 1A + 9N**REGLE D'OBTENTION** ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

Voir l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant la quote-part personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité.

Si la zone 4 = 0750234, 0750256 ou 0750293, alors l'intervention personnelle de la préparation magistrale est indiquée dans cette zone.

Si la zone 4 = 0750315, alors cette zone est égale à zéro.

- (☞ 14) Si l'ET 40 Z 16 = 1, le contenu de cette zone est égal à zéro.
- (☞ 20) Si la zone 4 = 0754176, 0754191, 0754250, 0754272 ou 0754294 (trajets de soins) ou 0753874,
- (☞ 21) 0753896 (entretien d'accompagnement nouvelle médication) ou 0758155 (honoraires par semaine
- (☞ 23,31,32) par résident en maison de repos) ou 0794290 et 0794371 (éducation au diabète) ou 0758192 ou 0758214 (pharmacien de référence), alors cette zone est égale à zéro.
- (☞ 32) Si la zone 4 = 0743396, une intervention personnelle de maximum 1 euro par sonde peut être portée en compte (seulement pour les sondes « avancées »).
- (☞ 21,43) Si l'ET 40 Z 33 = 3 ou 9, alors cette zone est égale à zéro et le montant de l'intervention personnelle est ajouté dans la zone 19.

RUBRIQUE : Référence de l'office de tarification

LIBELLE :

L'utilisation de cette zone est facultative.

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 28.

FORMAT : 25A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 28.

RUBRIQUE : Supplément

LIBELLE :

(☞ 12) Cette zone est activée pour les délivrances à partir du 1/7/2009.

(☞ 12) Si le patient paye un supplément pour certaines délivrances qui ne peut être considéré comme une intervention personnelle réglementaire, le montant de ce supplément doit être mentionné dans cette zone.

Actuellement, cette zone est seulement utilisée pour le supplément pour la délivrance d'un tensiomètre dans le cadre du trajet de soins 'insuffisance rénale chronique' (17^e avenant à la convention Pharmaciens – Organismes assureurs) (pseudo-code catégorie 0754294).

Le supplément est égal à la différence entre le prix du tensiomètre et l'intervention maximale.

(☞ 17, 18) A partir du 1/7/2012, cette zone sera aussi utilisée pour l'éventuel supplément pour la délivrance par le fournisseur non-pharmacien, d'accessoires pour l'oxygène médical gazeux (partie I, chapitre 2, section 10 de l'annexe à l'AR du 24/10/2002).

FORMAT : 1A + 9N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Voir également l'annexe 8.

(☞ 23) **RUBRIQUE** : Indication dérogation tarification par unité

LIBELLE :

(☞ 23) Dans cette zone, il est indiqué :

- qu'une dérogation à la tarification par unité pour un résident en MRPA-MRS s'applique.

(☞ 27) OU

- qu'il s'agit d'une délivrance à un résident en MRPA-MRS pour laquelle la tarification par unité n'est pas appliquée car il s'agit d'une des situations suivantes :
 - traitement aigu
 - conditionnement dont la durée de traitement classique est inférieure à 10 jours.
 - initiation d'un traitement à potentialité chronique

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(☞ 23)	1	dérogation tarification par unité
(☞ 27)	2	délivrance sans tarification par unité à un résident MRPA-MRS
	0	tous les autres cas

RUBRIQUE: Code facturation intervention personnelle**LIBELLE :**

- (43) Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit oui ou non d'une facturation à 100 % (soit dans le cadre du MAF, soit dans le cadre d'une délivrance à un bénéficiaire appartenant à une catégorie sociale spécifique).

FORMAT : 1N**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
(22)	3	Facturation à 100 % dans le cadre du MAF (contenu zone 27 égal à zéro, intervention personnelle ajoutée à la zone 19)
(43)	9	Facturation à 100 % en raison d'une catégorie sociale spécifique (*) (contenu zone 27 égal à zéro, intervention personnelle ajoutée à la zone 19)
	0	Dans tous les autres cas.

La valeur 3 est uniquement utilisée pour les délivrances aux patients avec droit MAF, de médicaments qui tombent dans le champ d'application du MAF (voir art. 37sexies de la loi coordonnée du 14 juillet 1994).

Les prestations pour lesquelles aucune intervention personnelle n'est prévue (par ex : honoraire entretien d'accompagnement, honoraire par semaine par résident en maison de repos,...) ne sont pas

- (43) indiquées avec la valeur 3 ou 9.

La valeur 3 peut, donc, uniquement être utilisée si la zone 4 est égale à :

- 0750514, 0750536, 0750551, 0753476, 0753491, 0758015, 0758030, 0758052, 0758111, 0758133 (spécialités catégories A, B, C, Fa, Fb)
- 0750573, 0758074 (uniquement s'il s'agit de vaccins contre la grippe, classe ATC J07BB)
- 0755510, 0755532, 0755554, 0755576, 0755591 (aliments diététiques)
- 0755716, 0755731, 0755753, 0755775, 0755790, 0753432 (moyens diagnostiques)
- 0750234, 0750256, 0750293 (préparations magistrales catégories 1, 2 et 4)

- (42) - 0755495 (analgésiques malades chroniques) (**)

- (33) - 0743396, 0743411 (autosondage)

- (39) - 0795093 (pansements actifs malades chroniques)

- (40) - 0750411 (oxygène)

- (41) - 0754736 (seringues stériles à insuline)

- (43) Si un bénéficiaire appartenant à une catégorie sociale spécifique peut bénéficier du MAF 100% à la date de la délivrance, les règles liées à son catégorie sociale spécifique prévalent sur son droit MAF pour toutes les délivrances. La valeur 9 prévaut donc sur la valeur 3.

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

(42) (**) jusqu'au 31/12/2021 inclus

Exemples concrets

mois de délivrance = 08/14

patient sans régime préférentiel

Facturation normale

Z 4	Z19	Z 27	Z 30-31	Z 33	Z 40-41	
pseudo-code	AMI	IP	Suppl.	Code fact. IP	CNK	
750536	110	11,80	0	0	2237220	Spécialité catégorie B
750536	5,81	1,12	0	0	1075324	Spécialité de référence catégorie B
750595	x	y	0	0	zzzzzzz	Spécialité catégorie Cx
754294	60	0	1,41	0	2512812	Tensiomètre (trajet de soins insuffisance rénale chronique) – coût du matériel
754294	16,47	0	0	0	5510367	Tensiomètre (trajet de soins insuffisance rénale chronique) – honoraire

(☞ 43)

Facturation à 100 % dans le cadre du MAF

Z 4	Z19	Z 27	Z 30-31	Z 33	Z 40-41	
pseudo-code	AMI	IP	Suppl.	Code fact. IP	CNK	
750536	121,80	0	0	3	2237220	Spécialité catégorie B
750536	6,93	0	0	3	1075324	Spécialité de référence catégorie B
750595	x	y	0	0	zzzzzzz	Spécialité catégorie Cx
754294	60	0	1,41	0	2512812	Tensiomètre (trajet de soins insuffisance rénale chronique) – coût du matériel
754294	16,47	0	0	0	5510367	Tensiomètre (trajet de soins insuffisance rénale chronique) – honoraire

(☞ 43)

(☞ 43) Facturation à 100 % en raison d'une catégorie sociale spécifique

Z 4	Z19	Z 27	Z 30-31	Z 33	Z 40-41	
pseudo-code	AMI	IP	Suppl.	Code fact. IP	CNK	
750536	121,80	0	0	9	2237220	Spécialité catégorie B
750536	6,93	0	0	9	1075324	Spécialité de référence catégorie B
750595	x+y	0	0	9	zzzzzzz	Spécialité catégorie Cx
754294	60	0	1,41	0	2512812	Tensiomètre (trajet de soins insuffisance rénale chronique) – coût du matériel
754294	16,47	0	0	0	5510367	Tensiomètre (trajet de soins insuffisance rénale chronique) – honoraire

RUBRIQUE : Indication PMI

LIBELLE :

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'une délivrance avec préparation de médication individuelle (PMI).

(☞ 24) Cette zone doit obligatoirement être remplie à partir du 1/9/2015.

Lors de la période transitoire pour la tarification par unité (délivrances à partir du 1/4/2015 jusqu'au 31/8/2015 inclus), cette zone doit obligatoirement être remplie lorsque la tarification par unité est appliquée.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	délivrance sans PMI
1	délivrance avec PMI

RUBRIQUE : Indication 1^{ère} délivrance

LIBELLE :

Dans cette zone, il est indiqué s'il s'agit ou non d'une 1^{ère} délivrance du médicament concerné pour (☞ 14) le bénéficiaire concerné (voir art.1, 3^o et art.5 de l'AR du xx/xx/2009 fixant les honoraires pour la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable dans une officine ouverte au public).

Cette information est récoltée dans l'intention de transformer à l'avenir le forfait annuel pour l'accompagnement de la 1^{ère} délivrance en honoraire spécifique par délivrance.

(☞ 13) Attention : Cette zone doit seulement être remplie lorsqu'il s'agit de spécialités, qui appartiennent au nouveau système de rémunération. Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	pas de 1 ^{ère} délivrance
1	1 ^{ère} délivrance

RUBRIQUE : INDICATION DCI**LIBELLE :**

Dans cette zone, il est indiqué si le médicament est prescrit sous le nom de la marque ou sous sa DCI (dénomination commune internationale).

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 1 N**REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :**

	<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
	0	médicament prescrit sous le nom de la marque
	1	médicament prescrit sous sa DCI
(☞ 17, 18)	2	antimycosiques ou antibiotiques (J01 ou J02) sans accord du médecin-conseil, prescrits sous le nom de la marque, avec opposition formelle du médecin prescripteur à la substitution (à cause d'une objection thérapeutique, d'une allergie ou des spécifications mentionnées par le prescripteur)
(☞ 17, 18)	3	antimycosiques ou antibiotiques (J01 ou J02) sans accord du médecin-conseil, prescrits sous le nom de la marque, sans opposition du médecin prescripteur à la substitution (la prescription doit donc automatiquement être considérée comme s'il s'agissait d'une prescription en DCI).
(☞ 18, 21, 22)	4	médicament prescrit sous sa DCI, où ce n'est pas un des médicaments les moins chers qui est délivré ; cela peut arriver dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> • cas de force majeure en application du 30^e avenant à la Convention Pharmaciens - OA • délivrance à un résident en MRPA-MRS d'unités d'un conditionnement déjà entamé et qui à ce moment-là, faisait partie des moins chers mais qui à la date de tarification ne faisait plus partie des moins chers.
(☞ 18, 21, 22)	5	antimycosique ou antibiotique (J01 ou J02) sans accord du médecin-conseil, prescrit sous le nom de la marque, sans opposition du médecin prescripteur à la substitution, où ce n'est pas un des médicaments les moins chers qui est délivré ; cela peut arriver dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> • cas de force majeure en application du 30^e avenant à la Convention Pharmaciens - OA • délivrance à un résident en MRPA-MRS d'unités d'un conditionnement déjà entamé et qui à ce moment-là, faisait partie des moins chers mais qui à la date de tarification ne faisait plus partie des moins chers.
(☞ 18,24,32)	<u>Remarque(*)</u> :	L'honoraire spécifique DCI peut seulement être facturé en cas de valeur 1 ou 4 <u>et</u> lorsqu'il s'agit d'une spécialité de référence (R, CR ou Cr) , d'un générique (G) ou d'une copie (C) (donc, pour autant que le système de remboursement de référence s'applique à la molécule) <u>et</u> lorsqu'il ne s'agit <u>pas</u> de la tarification par unité pour un résident MRPA-MRS.
(☞ 36)		L'inverse ne vaut pas. La mention de la valeur 1 ne signifie pas automatiquement qu'un honoraire DCI puisse être facturé. La valeur 1 est mentionnée dès qu'il s'agit d'une prescription sous DCI, même si aucun honoraire DCI n'est dû.

(☞ 37) (*) Cette remarque est valable pour les délivrances jusqu'au 31/12/2018 inclus. A partir du 1/1/2019, l'honoraire DCI est égal à 0 €.

RUBRIQUE : Forme galénique préparation magistrale

LIBELLE :

Cette zone n'est complétée que lorsque le contenu de la zone 4 = 0750234, 0750256 ou 0750293.

(☞ 7) Dans tous les autres cas, le contenu de cette zone est égal à zéro.

FORMAT : 3N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
01	capsules
(☞ 21) 02 (*)	cachets
08	suppositoires adultes
09	suppositoires enfants
10	ovules
11	rectioles
13	ampoules
15	poudres à diviser
20	solutions usage interne
(☞ 21) 21	solutions usage externe (usage chronique : 6 tickets modérateurs maximum)
(☞ 21) 22 (*)	solutions usage externe (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)
27	gouttes ophtalmiques
28	lotions ophtalmiques
(☞ 21) 30	pommades (usage chronique : 6 tickets modérateurs maximum)
31	pommades ophtalmiques
(☞ 21) 32 (*)	pommades (usage aigu : 2 tickets modérateurs maximum)
40	mélanges de poudres ou de plantes
71	capsules enrobées
90	délivrances telles quelles
(☞ 4) 91	préparations préfabriquées

(☞ 4) En cas d'imputation d'honoraires supplémentaires, la valeur est précédée de « 1 ».

(☞ 21) A partir du 1/4/2014, la première position de cette zone est toujours égale à zéro. En effet, un honoraire supplémentaire est seulement encore prévu pour les capsules enrobées (« 71 »).

(☞ 21) supprimé pour les délivrances à partir du 1/4/2014

RUBRIQUE : Code à barres

LIBELLE :

Dans cette zone, on mentionne le code à barres repris sur l'emballage du médicament.

(☞ 21,22) En cas de tarification par unité (pour des patients qui séjournent en MRPA-MRS), le code à barres unique du conditionnement public, du conditionnement hospitalier ou du conditionnement en vrac duquel est issue l'unité délivrée, doit être mentionné.

Si les unités sont issues de plusieurs conditionnements, la facturation doit être scindée en plusieurs enregistrements afin que les différents codes à barres puissent être mentionnés.

(☞ 39,42) Dans le cas des analgésiques (*) ou des pansements actifs pour les malades chroniques (ET 40 Z 4 = 0755495 (*) ou 0755996 ou 0795093), cette zone ne doit pas obligatoirement être remplie.

FORMAT : 22N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Les conditionnements extérieurs des conditionnements publics des spécialités doivent être munis, à partir de la date d'entrée en vigueur de la remboursabilité, d'un code numérique unique, composé des données suivantes :

- 1° le numéro de code qui leur est attribué en vertu de l'alinéa 2 de l'article 97 ; ce numéro forme les 7 premiers caractères ;
- 2° un numéro d'ordre progressif; ce numéro forme les 8 caractères suivants ;
- 3° un numéro de contrôle, calculé selon le modulo 10; ce numéro forme le dernier caractère.

Le numéro de code apparaît sous la forme d'un code à barres, du type 128 subset c, avec une densité de 0,250 mm. Le code à barres a une hauteur de 10 mm, et une largeur maximale de 45 mm. Un espace libre de minimum 2,5 mm est prévu devant et derrière le code à barres.

Sous le code à barres figure le numéro de code en chiffres arabes. La hauteur des chiffres atteint 2 mm et un espace libre de 1 mm minimum est prévu entre le code à barres et le code en chiffres.

(☞ 1) Formule modulo 10 :

Le chiffre de contrôle est calculé selon l'algorithme suivant:

étape 1, la somme de chaque deuxième chiffre à partir du chiffre à l'extrême droite dans le code ;

étape 2, la somme obtenue à l'étape 1 est multipliée par 3 ;

étape 3, les autres chiffres du numéro sont additionnées ;

étape 4, les résultats des étapes 2 et 3 sont additionnés ;

étape 5, le chiffre de contrôle est le plus petit chiffre qui, additionné au résultat de l'étape 4, donne un multiple de 10."

(☞ 42) (*) jusqu'au 31/12/2021 inclus

RUBRIQUE : Code produit**LIBELLE** :

- (☞ 21) Un seul code par conditionnement public ou par unité (s'il s'agit d'une délivrance de spécialités sous forme orale-solide à des patients en MRPA-MRS).

FORMAT : 8N**REGLE D'OBTENTION** ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir annexe à l'A.R. du 21/12/2001 qui fixe les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire maladie - invalidité intervient dans le coût des spécialités pharmaceutiques et des produits assimilés

- (☞ 2) et l'A.R. du 24/10/2002 qui fixe les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire maladie - invalidité intervient dans le coût des aliments diététiques à des fins médicales et l'A.R. du 24/10/2002 qui fixe les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire maladie - invalidité intervient dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins.

- (☞ 32) Si la zone 4 = 0743396 ou 0743411 (autosondage), cette zone est remplie d'un code CNK de la liste en annexe de l'AR du 18/4/2017 (MB 8/5/2017).

- (☞ 21,23) Si zone 4 = 0750234, 0750256 ou 0750293, alors le contenu de cette zone est égal à zéro.
Si la zone 4 = 0750315, alors le code CNK est renseigné dans cette zone.

- (☞ 17) oxygène : installation et délivrance de l'oxygène médical gazeux et des accessoires pour l'oxygénothérapie gazeuse

Par le pharmacien :

- 4003976 première installation
- 4003968 location des bouteilles et du détendeur
- 4003935 masques et/ou lunettes à oxygène
- 4003943 tuyaux
- 4003950 humidificateurs à usage unique

Par le fournisseur non-pharmacien :

- 4005195 première installation
- 4005187 location des bouteilles et du détendeur
- 4005153 masques et/ou lunettes à oxygène
- 4005161 tuyaux
- 4005179 humidificateurs à usage unique

Ces codes pour l'oxygène sont regroupés dans la zone 4 sous le pseudo-code 0755370.

- (☞ 17) oxygène : honoraire pour la coordination et l'accompagnement du traitement par oxygène médical gazeux

4004693 honoraire pour la coordination et l'accompagnement de l'oxygénothérapie gazeuse

Ces codes sont regroupés dans la zone 4 sous le pseudo-code 0754493

- (☞ 19) mucoviscidose - art.6quater de la Convention Pharmaciens-Organismes assureurs

- 05510011 diffuseurs pour perfusion préremplis dans les officines publiques
- 05510029 diffuseurs pour perfusion vides dans les officines publiques
- 05510037 location de pompe à perfusion dans les officines publiques
- 05510045 réservoirs préremplis pour pompe à perfusion dans les officines publiques
- 05510052 réservoirs vides pour pompe à perfusion dans les officines publiques
- 05510060 forfait pour dispositifs médicaux au moyen desquels le bénéficiaire remplit éventuellement lui-même, à domicile, le diffuseur pour perfusion ou le réservoir pour pompe à perfusion – officines publiques
- 05510078 forfait pour dispositifs médicaux pour l'administration et pour les soins – officines publiques.
- 05510086 honoraires pour le remplissage – officines publiques.

Ces codes pour la mucoviscidose sont regroupés dans la zone 4 sous le pseudo-code 0755031.

(☞ 11) Trajet de soins diabète

5510284	Trajet de soins diabète – tiges et lancettes - honoraires
5510292	Trajet de soins diabète – glucomètre - honoraires
5510300	Trajet de soins diabète – tiges et lancettes – le coût du matériel
5510318	Trajet de soins diabète – glucomètre – le coût du matériel

(☞ 11) Programme “éducation et autogestion”

5510326	Programme “éducation et autogestion” – tiges et lancettes - honoraires
5510334	Programme “éducation et autogestion” – glucomètre - honoraires
5510342	Programme “éducation et autogestion” – tiges et lancettes – le coût du matériel
5510359	Programme “éducation et autogestion” – glucomètre – le coût du matériel

(☞ 31) Éducation au diabète (Chapitre V de l'AR du 10/1/1991)

5520663	BUM* prétrajet diabète de type 2 - session individuelle
5520671	BUM* prétrajet diabète de type 2 - session en groupe

(☞ 12) Trajet de soins insuffisance rénale chronique

5510367	Trajet de soins insuffisance rénale chronique – tensiomètre – honoraires
---------	--

Sur le site de l'INAMI, une liste des tensiomètres qui entrent en ligne de compte pour le remboursement dans le cadre de ce trajet de soins sera publiée.

Le coût du matériel doit être facturé sous le code CNK spécifique repris dans la liste susmentionnée.

(☞ 20) Entretien d'accompagnement nouvelle médication

5520382	honoraire 1 ^{er} entretien d'accompagnement
5520390	honoraire 2 ^e entretien d'accompagnement

(☞ 22) Honoraire pour délivrance aux résidents en MRPA-MRS

5520465	honoraire par semaine par résident en maison de repos
---------	---

(☞ 23) Honoraire de garde

5520523	honoraire de garde
---------	--------------------

(☞ 32,34) Honoraire “pharmacien de référence”

5520689 Initiation fonction “pharmacien de référence” pour l'année 2017 (CNK_{i1}) (à utiliser du 1/10/2017 au 31/12/2017 inclus)

(☞ 41) 5520697 Honoraire fonction “pharmacien de référence” pour l'année 2017 (CNK_{h1}) (à utiliser à partir du 1/5/2018 au 31/12/2018 inclus)

(☞ 41) 5520705 Initiation fonction “pharmacien de référence” à partir de 2018 (CNK_{i2}) (à utiliser à partir du 1/1/2018 au 31/12/2020 inclus)

(☞ 41) 5550713 Honoraire fonction “pharmacien de référence” à partir de 2018 (CNK_{h2}) (à utiliser à partir du 1/1/2019 au 31/12/2020 inclus)

(☞ 41) 5520721 Honoraire fonction “pharmacien de référence” avec arrêt du service (CNK_s) (à utiliser à partir du 1/5/2018 au 31/12/2020 inclus)

(☞ 41) 5521059 Honoraire fonction “pharmacien de référence” (CNK_h) (à utiliser à partir du 1/1/2021)

(☞ 38) Honoraire de disponibilité

5520937	honoraire de disponibilité
---------	----------------------------

(☞ 31) * BUM = Bon Usage des Médicaments

RUBRIQUE : Codification honoraires**LIBELLE** :

Un code à 4 positions numériques indique quels honoraires ont été facturés.
Le montant des honoraires facturés est mentionné dans la zone 51.

(☞ 13) Attention : Cette zone doit seulement être remplie lorsqu'il s'agit de spécialités, qui appartiennent au nouveau système de rémunération. Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.

FORMAT : 4N**REGLE D'OBTENTION** ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0001	Honoraire de base
(☞ 37) 0003 (**)	Honoraire de base + honoraire spécifique DCI
(☞ 30) 0005 (*)	Honoraire de base + honoraire spécifique Chapitre IV
(☞ 30) 0007 (*)	Honoraire de base + honoraire spécifique DCI + honoraire spécifique Chapitre IV

Ces valeurs sont obtenues par la conversion des nombres binaires en nombres décimaux comme spécifié ci-dessous.

honoraire de base	000000000001	= 2 ⁰	= 1	
honoraire de base + hon. spécifique DCI	000000000011	= 2 ⁰ + 2 ¹	= 1 + 2	= 3
hon. de base + hon. spécifique Chp.IV	000000000101	= 2 ⁰ + 2 ²	= 1 + 4	= 5
hon. de base + hon. spéc. DCI + hon. spéc. Chp. IV	000000000111	= 2 ⁰ + 2 ¹ + 2 ²	= 1 + 2 + 4	= 7

(☞ 30) (*) Cette valeur n'est plus possible pour les délivrances à partir du 1/1/2017.

(☞ 37) (**) Cette valeur n'est plus possible pour les délivrances à partir du 1/1/2019.

RUBRIQUE : Numéro se référant au classement des autorisations des médecins conseils

LIBELLE :

- (☞29) L'utilisation de cette zone est facultative jusqu'au mois facturé décembre 2016.
Toutefois, un contrôle peut être effectué lorsque la présence d'une attestation est exigée.
- (☞29) Le remplissage de cette zone est obligatoire à partir du mois facturé janvier 2017 (tenant compte d'une période transitoire durant laquelle le code erreur 404340 est une erreur E).
- (☞32) A partir du mois facturé janvier 2019, cette zone est égale à zéro et le numéro de l'autorisation du médecin conseil est désormais mentionné dans l'ET 41 Z 42b-43-44.

FORMAT : 16N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

- (☞29) Au plus tard à partir du 1/1/2017, tous les OA utilisent la structure commune suivante (20N):

XXXyyyyyyyyyyyyyyyyCD

avec

XXX = numéro mutualité

yyyyyyyyyyyyyyyy = numéro de suite

CD = Check digit (modulo 97)

Seules les positions 4 à 18 du numéro sont remplies dans cette zone. Les 3 premières positions (n° de la mutualité) et les 2 dernières positions (check-digit) sont, donc, absentes.

RUBRIQUE : Numéro de suite de la prescription de médicaments originale

LIBELLE :

- (☞21) Cette zone doit toujours être complétée.
- (☞21) Lorsque ET 40 Z 16 = 0 ou 1, alors ET 20 et 80 Z 28 = ET 40 Z 45, sauf en cas de délivrance de spécialités sous forme orale-solide aux patients qui séjournent en MRPA-MRS (dans ce dernier cas, la Z 28 des ET 20 et 80 peut être égale à zéro, mais l'ET 40 Z 45 doit bien obligatoirement être remplie).
Lorsque ET 40 Z 16 = 2 (délivrance différée), alors ET 20 et 80 Z 28 ≠ ET 40 Z 45.
- (☞22) En cas de tarification par unité (pour des patients qui séjournent en MRPA-MRS): si des unités de différentes prescriptions se présentent, la facturation doit être scindée en plusieurs enregistrements afin que les différentes prescriptions originales puissent être mentionnées.

FORMAT : 26A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone ne peut contenir que des lettres de A à Z, des chiffres de 0 à 9, des signes algébriques "+" et "-" et les caractères "/" et " ".

Dans cette zone figure un numéro de référence qui contient un renvoi univoque au classement des prescriptions de médicaments originales à l'office de tarification.

La zone est alphanumérique et suit, donc, les règles des zones alphanumériques comme décrites sous le point 2.a. dans l'annexe 8.

RUBRIQUE : Diminution de l'intervention de l'assurance

LIBELLE :

Il s'agit du montant de la diminution de l'intervention de l'assurance fixée par A.R. du 29 mars 2002.

- (☞ 2) Le montant de la diminution de l'intervention de l'assurance doit normalement être un montant positif (sauf en cas de note de crédit ou facture de correction).

Cette zone est opérationnelle à partir du mois de facturation janvier 2003.

- (☞) A partir du mois facturé janvier 2004, le pourcentage du montant de la diminution est lié à la date de délivrance du médicament individuel.
- (☞2) La diminution de l'intervention de l'assurance est plafonnée au montant de l'intervention de l'assurance. Dans ce cas, le montant de la diminution n'est pas égal au pourcentage du ticket modérateur prévu.
- (☞18) Pour les délivrances à partir du 1/7/2012 jusqu'au 31/12/2012 inclus des spécialités donnant droit à un honoraire de base, cette zone est utilisée pour la cotisation des pharmaciens comme prévu à l'art.128 de la loi-programme du 22/6/2012 (MB 28/6/2012).
Cette cotisation est mentionnée en positif dans cette zone (sauf en cas de note de crédit ou facture de correction).

FORMAT : 1A + 8N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

- (☞) A partir du 1er avril 2002, le montant de la diminution est égal à 10,15 % de la quote-part personnelle.
A partir du 1er janvier 2003, le montant de la diminution est égal à 4 % de la quote-part personnelle.
A partir du 1er juillet 2003, le montant de la diminution est égal à 12,6 % de la quote-part personnelle.
- (☞ 1) A partir du 1er janvier 2004, le montant de la diminution est égal à 4,5 % de la quote-part personnelle.
- (☞ 2) A partir du 1er décembre 2004, le montant de la diminution est égal à 1,33 % de la quote-part personnelle.
- (☞ 2) A partir du 1er janvier 2005, le montant de la diminution est égal à 4,5 % de la quote-part personnelle.
- (☞ 4) A partir du 1er décembre 2005, le montant de la diminution est égal à 2 % de la quote-part personnelle.
- (☞ 4) A partir du 1er juillet 2006, le montant de la diminution est égal à 0 % de la quote-part personnelle.
- (☞18) A partir du 1er juillet 2012 jusqu'au 31/12/2012 inclus, le montant de cette zone est égal à 0,32 EUR ou 0,38 EUR (pour les pharmaciens pour lesquels le montant de l'honoraire de base pour la délivrance des spécialités pharmaceutiques remboursables est plus grand que le centile 79) ou 0,20 EUR (pour les pharmaciens pour lesquels le montant de l'honoraire de base pour la délivrance des spécialités pharmaceutiques est plus petit que le centile 21).

Dans la plupart des cas, le nombre d'unités (Z 22-23) est égal à 1 et le montant de la diminution est égal à un pourcentage du montant dans la zone 27.

Cependant, lorsque le nombre d'unités est supérieur à 1, le montant de la diminution n'est pas égal à un pourcentage du montant dans la zone 27.

Le mode de calcul suivant doit être appliqué:

1. calcul du montant de la diminution par unité = un pourcentage de l'intervention personnelle par unité
2. arrondissement du montant de la diminution par unité
3. multiplication de ce montant de la diminution par le nombre d'unités

Cette règle vaut aussi bien pour les préparations magistrales que pour les spécialités.

Exemple élaboré

Code CNK: 0014-928

Intervention personnelle par unité (bénéficiaire VIPO): 0,77

Nombre d'unités: 15

Montant de la diminution par unité = $0,77 * 4,5\% = 0,03465$ => arrondi = 0,03

Montant de la diminution pour 15 unités = $0,03 * 15 = 0,45$

RUBRIQUE : Intervention de l'assurance diminuée

LIBELLE :

Il s'agit du montant de la diminution de l'intervention de l'assurance après retrait des montants de la diminution repris dans la zone 46-47.

Cette zone est opérationnelle à partir du mois de facturation janvier 2003.

- (☞ 2) L'intervention de l'assurance diminuée ne peut pas être négative (sauf en cas de note de crédit ou facture de correction), mais peut être égale à zéro.

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

- (☞ 14) Ce montant est égal à la somme des montants de la zone 19 et de la zone 51, diminuée du montant de la zone 46-47.

RUBRIQUE : Intérêts moratoires

LIBELLE :

Tout montant refusé à tort peut être refacturé le mois suivant en comptant un intérêt de retard équivalent au taux d'intérêt de la facilité de dépôt de la Banque centrale européenne, majoré de 1,75 %, qui est fixé au moment où l'intérêt moratoire doit être payé:

FORMAT : 1A + 10N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Référence 2 de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 50.

FORMAT : 35A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 50.

RUBRIQUE : Intervention AMI 2

LIBELLE :

(☞ 30) Dans cette zone la somme des différents honoraires facturés (honoraire de base + honoraire spécifique DCI éventuel + honoraire spécifique Chapitre IV éventuel (*)) est mentionnée.

(☞ 14) Il s'agit de l'honoraire TVA comprise.

Les honoraires qui étaient d'application avant la nouvelle méthode de rémunération, ne sont (provisoirement) pas mentionnés dans cette zone. Ils continuent à être mentionnés dans la zone 19 comme auparavant.

Attention: Cette zone doit seulement être remplie lorsqu'il s'agit de spécialités, qui appartiennent au nouveau système de rémunération. Dans tous les autres cas, cette zone est égale à zéro.

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

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.

(☞ 30) (*) L'honoraire spécifique Chapitre IV ne peut plus être facturé pour les délivrances à partir du 1/1/2017.

RUBRIQUE : Chiffres de contrôle de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 99.

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 99.

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 1.

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 1.

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 2-3.

FORMAT : 7N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 2-3.

RUBRIQUE : Code catégorie médicaments

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 4.

FORMAT : 7N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 4.

RUBRIQUE : Date de délivrance

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 5.

FORMAT : 8N AAAAMMJJ

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 5.

RUBRIQUE : Prix ex-usine (IP)

LIBELLE :

Le prix ex-usine (partie intervention personnelle) est mentionné dans cette zone.

Il s'agit d'un montant informatif qui n'est pas facturé (pris en compte) mais qui est mentionné sur le fichier de facturation à des fins statistiques.

(41,43) Dans le cas de facturation à 100% (MAF ou catégorie sociale spécifique) (ET 40 Z 33 = 3 ou 9), cette zone est remplie comme s'il n'y avait pas de facturation à 100%. Le montant de cette zone ne peut donc pas être déplacé, mais doit rester dans cette zone.

FORMAT : 1A + 10N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les 6 dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : Numéro d'inscription du bénéficiaire

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 8.

FORMAT : 13A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 8.

RUBRIQUE : Flag exception Chapitre IV

LIBELLE :

Dans cette zone, il est indiqué que, pour cause d'indisponibilité, une autre spécialité a été délivrée dont le code CNK n'est pas repris dans le paragraphe de l'accord.

Cette zone peut être utilisée à partir du mois facturé novembre 2020.
L'utilisation en sera évaluée.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

<u>Valeur</u>	<u>Signification</u>
0	situation normale
1	une spécialité, non reprise au § du chapitre IV, a été délivrée afin de garantir la continuité du traitement du patient car le pharmacien n'était pas en mesure de délivrer rapidement une spécialité conforme au §.

RUBRIQUE : Numéro du pharmacien titulaire

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 19.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 19.

RUBRIQUE : Marge grossiste (AMI)

LIBELLE :

La marge grossiste (partie AMI) est mentionnée dans cette zone.

Il s'agit d'un montant informatif qui n'est pas facturé (pris en compte) mais qui est mentionné sur le fichier de facturation à des fins statistiques.

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les 6 dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : Prix ex-usine (AMI)

LIBELLE :

Le prix ex-usine (partie AMI) est mentionné dans cette zone.

Il s'agit d'un montant informatif qui n'est pas facturé (pris en compte) mais qui est mentionné sur le fichier de facturation à des fins statistiques.

FORMAT : 1A + 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les 6 dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : Marge grossiste (IP)

LIBELLE :

La marge grossiste (partie intervention personnelle) est mentionnée dans cette zone.

Il s'agit d'un montant informatif qui n'est pas facturé (pris en compte) mais qui est mentionné sur le fichier de facturation à des fins statistiques.

(41,43) Dans le cas de facturation à 100% (MAF ou catégorie sociale spécifique) (ET 40 Z 33 = 3 ou 9), cette zone est remplie comme s'il n'y avait pas de facturation à 100%. Le montant de cette zone ne peut donc pas être déplacé, mais doit rester dans cette zone.

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les 6 dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : Marge économique (AMI)

LIBELLE :

La marge économique (partie AMI) est mentionnée dans cette zone.

Il s'agit d'un montant informatif qui n'est pas facturé (pris en compte) mais qui est mentionné sur le fichier de facturation à des fins statistiques.

FORMAT : 1A + 9N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les 6 dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : Marge économique (IP)

LIBELLE :

La marge économique (partie intervention personnelle) est mentionnée dans cette zone.

Il s'agit d'un montant informatif, qui n'est pas facturé (pris en compte), mais qui est mentionné sur le fichier de facturation à des fins statistiques.

(41,43) Dans le cas de facturation à 100% (MAF ou catégorie sociale spécifique) (ET 40 Z 33 = 3 ou 9), cette zone est remplie comme s'il n'y avait pas de facturation à 100%. Le montant de cette zone ne peut donc pas être déplacé, mais doit rester dans cette zone.

FORMAT : 1A + 9N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les 6 dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : Honoraires pharmacien (AMI)

LIBELLE :

Les honoraires du pharmacien (partie AMI) sont mentionnés dans cette zone.

Il s'agit d'un montant informatif, qui n'est pas facturé (pris en compte), mais qui est mentionné sur le fichier de facturation à des fins statistiques.

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les 6 dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : Honoraires pharmacien (IP)

LIBELLE :

Les honoraires du pharmacien (partie intervention personnelle) sont mentionnés dans cette zone.

Il s'agit d'un montant informatif, qui n'est pas facturé (pris en compte), mais qui est mentionné sur le fichier de facturation à des fins statistiques.

(41,43) Dans le cas de facturation à 100% (MAF ou catégorie sociale spécifique) (ET 40 Z 33 = 3 ou 9), cette zone est remplie comme s'il n'y avait pas de facturation à 100%. Le montant de cette zone ne peut donc pas être déplacé, mais doit rester dans cette zone.

FORMAT : 1A + 9N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Cette zone est remplie à partir de la droite.

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

Les 6 dernières positions à droite contiennent toujours des décimales.

RUBRIQUE : Code produit

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 40-41.

FORMAT : 8N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 40-41.

RUBRIQUE : Numéro autorisation du médecin conseil

LIBELLE :

- (☞35) A partir du mois facturé juin 2018, le numéro de l'autorisation du médecin conseil peut facultativement être mentionné dans cette zone. Le numéro doit en même temps encore être mentionné dans l'ET 40 Z 43-44 jusqu'au mois facturé décembre 2018 inclus.
- (☞32) A partir du mois facturé janvier 2019, le numéro de l'autorisation du médecin conseil est repris dans cette zone et l'ET 40 Z 43-44 est mise à zéro.
Il s'agit des numéros des autorisations pour les médicaments du Chapitre IV, aliments diététiques, moyens diagnostiques, préparations magistrales, analgésiques, etc...

FORMAT : 20N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

La structure des numéros des autorisations pour les médicaments du Chapitre IV de l'AR du 21/12/2001 est la suivante:

XXXyyyyyyyyyyyyyyyyCD

avec

XXX = numéro mutualité

yyyyyyyyyyyyyyyy = numéro de suite (15 positions)

- (☞39) CD = Check digit (modulo 97) = reste de la division $XXXyyyyyyyyyyyyyyyy/97$ (si reste = 0, alors le check-digit = 97)

Pour les numéros des autres autorisations, aucune structure commune n'est définie pour l'instant.

RUBRIQUE : CODE 2D MATRIX

LIBELLE :

Dans cette zone, le code 2D matrix repris sur l'emballage du médicament est repris.

En cas de tarification par unité (pour des patients qui séjournent en MRPA-MRS), le code unique du conditionnement public, du conditionnement hospitalier ou du conditionnement en vrac duquel est issue l'unité délivrée, doit être mentionné.

Si les unités sont issues de plusieurs conditionnements, la facturation doit être scindée en plusieurs enregistrements afin que les différents codes puissent être mentionnés.

- (☞39,42) Dans le cas des analgésiques (*) ou des pansements actifs pour les malades chroniques (ET 40 Z 4 = 0755495 (*) ou 0755996 ou 0795093), cette zone ne doit pas obligatoirement être remplie.

FORMAT : 35A

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Le code 2D datamatrix contient les informations suivantes :

GTIN: 14 chiffres

Numéro de lot: jusqu'à 12 caractères alphanumériques

Date d'expiration: 6 chiffres

Numéro de série: jusqu'à 20 caractères alphanumériques

Dans cette zone, le GTIN et le numéro de série sont mentionnés

- (☞36) Lorsque la zone n'est pas complète, le contenu est aligné à gauche et les positions non utilisées sont remplies de blancs (voir règle générale dans l'annexe 8 point 2 a).

Lorsque le numéro de série est, donc, plus court que 20 positions, ce numéro doit suivre immédiatement le GTIN (à partir de la position 15). Après le numéro de série, le reste de la zone doit être rempli de blancs.

Par exemple:

GTIN = 01234567890123 et numéro de série = (15 blancs) 12345

ET 41 Z 50 = 0123456789012312345 (16 blancs)

- (☞42) (*) jusqu'au 31/12/2021 inclus

RUBRIQUE : Chiffres de contrôle de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 99.

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 99.

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 1.

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 1.

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 2-3.

FORMAT : 7N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 2-3.

RUBRIQUE : Numéro de la mutualité d'affiliation

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 7.

FORMAT : 3N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 7.

RUBRIQUE : Numéro d'inscription du bénéficiaire

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 8.

FORMAT : 13A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 8.

RUBRIQUE : Sexe

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 9.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 9.

RUBRIQUE : Type de facture

LIBELLE :

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 10.

RUBRIQUE : Année de naissance

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 12-13.

FORMAT : 4N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 12-13.

RUBRIQUE : Identification de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 14.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 14.

RUBRIQUE : Délivrance différée

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 16.

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 16.

RUBRIQUE : Numéro de la mutualité de destination

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 18.

FORMAT : 3N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 18.

(☞ 13)

RUBRIQUE : Montant total de l'intervention AMI 1 par prescription

LIBELLE :

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de type 40 Zone 19.

Il s'agit de la somme de tous les montants des ET 40 Z 19 qui précèdent.

RUBRIQUE : Numéro du bordereau de synthèse

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 24-25.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 24-25.

RUBRIQUE : Total quote-part personnelle par prescription

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 27.

FORMAT : 1A + 9N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 27.

Il s'agit de la somme de tous les montants des ET 40 Z 27 qui précèdent.

RUBRIQUE : Numéro de suite prescription médicaments ou numéro formulaire dispensation différée

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 28.

FORMAT : 25A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 28.

RUBRIQUE : Total supplément par prescription

LIBELLE :

(☞ 13) Voir Enregistrement de type 40 Z 30-31.

Cette zone est activée pour les délivrances à partir du 1/7/2009.

FORMAT : 1A + 9N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Le signe algébrique (+ ou -) doit toujours être mentionné dans la première position à gauche.
Voir également l'annexe 8.

RUBRIQUE : Flag identification bénéficiaire

LIBELLE :

FORMAT : 1N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 32.

RUBRIQUE : Montant total de la diminution par prescription

LIBELLE :

Il s'agit de la somme des montants dans la zone 46-47 de tous les enregistrements de type 40 qui précèdent.

Cette zone est opérationnelle à partir du mois de facturation janvier 2003.

FORMAT : 1A + 8N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 46-47.

RUBRIQUE : Montant total de l'intervention de l'assurance diminuée par prescription

LIBELLE :

Il s'agit de la somme des montants dans la zone 48 de tous les enregistrements de type 40 qui précèdent.

Cette zone est opérationnelle à partir du mois de facturation janvier 2003.

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 48.

RUBRIQUE : Sous-total des intérêts moratoires

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 49.

FORMAT : 1A + 10N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Référence 2 de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 50.

FORMAT : 35A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 50.

RUBRIQUE : Montant total de l'intervention AMI 2 par prescription

LIBELLE :

Voir Enregistrement de type 40 Zone 51.

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de type 40 Zone 51.

Il s'agit de la somme de tous les montants des ET 40 Z 51 qui précèdent.

RUBRIQUE : Chiffres de contrôle de la prescription

LIBELLE :

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Ce chiffre de contrôle est calculé de la façon suivante :

Toutes les valeurs des zones 4 et 40-41 des enregistrements de type 40 de la prescription concernée sont additionnées. Le module 97 est appliqué sur ce résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le chiffre ainsi obtenu est repris dans cette zone.

RUBRIQUE : Chiffres de contrôle de l'enregistrement

LIBELLE :

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 99.

RUBRIQUE : Code de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 1.

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 1.

RUBRIQUE : Numéro d'ordre de l'enregistrement

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 2-3.

FORMAT : 7N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 20 Zone 2-3.

RUBRIQUE : Numéro de compte financier

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 5-6a.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

RUBRIQUE : Numéro d'envoi

LIBELLE :

FORMAT : 3N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 7.

RUBRIQUE : Identification de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 14.

FORMAT : 12N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 14.

RUBRIQUE : Total envoi AMI 1

LIBELLE :

(☞ 14) Voir Enregistrement de type 40 Zone 19.

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

(☞ 14) Voir Enregistrement de Type 40 Zone 19.

(☞ 14) Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 19 de tous les enregistrements de type 40 (ou 80) de l'envoi.

RUBRIQUE : Année et mois de facturation

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 22-23.

FORMAT : 7N 0AAAAMM

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 22-23.

RUBRIQUE : Numéro BCE

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 27.

FORMAT : 10N

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 27.

RUBRIQUE : Référence de l'office de tarification

LIBELLE :

L'utilisation de cette zone est facultative.

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 28.

FORMAT : 25A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 28.

RUBRIQUE : BIC compte financier

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 31-32-33-34.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 11 A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION :**

Voir enregistrement de type 10 zone 31-32-33-34

RUBRIQUE : IBAN compte financier

LIBELLE :

Voir enregistrement de type 10 zone 36-37-38-39-40-41.

LONGUEUR, TYPE ET POSITION DEBUT : 34 A

REGLE D'OBTENTION ou TABLE DE CODIFICATION :

Voir enregistrement de type 10 zone 36-37-38-39-40-41.

RUBRIQUE : Montant dû de l'envoi

LIBELLE :

Il s'agit du montant finalement dû que les organismes assureurs doivent payer.

Cette zone est opérationnelle à partir du mois de facturation janvier 2003.

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrements de Type 40 et 80 Zone 48.

Ce montant est la somme de tous les enregistrements de type 40 (ou enregistrements de type 80) de l'envoi.

RUBRIQUE : Total des intérêts moratoires

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 49.

FORMAT : 1A + 10N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Ce montant est la somme de tous les enregistrements de type 40 (ou enregistrements de type 80) de l'envoi.

RUBRIQUE : Référence 2 de l'office de tarification

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 50.

FORMAT : 35A

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 50.

RUBRIQUE : Total envoi AMI 2

LIBELLE :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 51.

FORMAT : 1A + 11N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 40 Zone 51.

Cette zone contient la somme des montants mentionnés dans la zone 51 de tous les enregistrements de type 40 (ou 80) de l'envoi.

RUBRIQUE : Chiffres de contrôle de l'envoi

LIBELLE :

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Ce chiffre de contrôle est calculé de la façon suivante :

Toutes les valeurs des zones 4 et 40-41 de tous les enregistrements de type 40 sont additionnées. Le module 97 est appliqué sur ce résultat (reste de la division par 97; si le reste est égal à zéro, remplacer par 97). Le chiffre ainsi obtenu est repris dans cette zone.

Exemple :

Si deux zones contenant les valeurs 101010 sont additionnées, alors le résultat de l'addition est :

$$\begin{array}{r} 101010 \\ + 101010 \\ \hline 202020 \end{array}$$

et non $1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 6$

RUBRIQUE : Chiffres de contrôle de l'enregistrement

LIBELLE :

FORMAT : 2N

REGLE D'OBTENTION ou **TABLE DE CODIFICATION** :

Voir Enregistrement de Type 10 Zone 99.