

**INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS,  
AUX LABORATOIRES DE BIOLOGIE CLINIQUE AGREES,  
AUX PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER  
ET A TOUS LES AUTRES ETABLISSEMENTS ET DISPENSATEURS  
QUI RECOURENT AU SYSTEME DE DELIVRANCE  
DES FICHIERS DE FACTURATION  
ET AUX ORGANISMES ASSUREURS -  
EDITION 2013  
MISE A JOUR MESURES COVID-19  
Version 20 du 01/07/2022**

Dans le cadre de la pandémie COVID-19, de nouvelles mesures sont prises quotidiennement. Certaines d'entre elles ont également un impact sur les instructions de facturation électronique. Cependant, le temps pour intégrer ces adaptations dans une mise à jour officielle, formalisée par le Comité de l'Assurance, manque.

Les instructions de facturation relatives aux nouvelles mesures sont reprises dans les grandes lignes dans les textes publiés sur notre site dans la nouvelle rubrique « COVID-19 : Mesures exceptionnelles de l'assurance soins de santé et indemnités ».

Toutefois, certaines mesures nécessitent des explications supplémentaires. Vous trouverez ces précisions techniques dans le présent document, qui sera actualisé régulièrement.



## **1. Lecture eID praticiens de l'art infirmier**

Le eID du patient ne doit temporairement plus être lu.

L'encodage manuel peut être appliqué (ET 52 Z9 = 4), avec la mention d'une des raisons prévues pour cet encodage manuel (ET 52 Z3).

La date et l'heure de lecture (ET 52 Z 6a-6b et Z 12-13) ne doivent pas être remplies.

Les services de contrôle ne prendront pas en compte la façon dont les identités des patients sont vérifiées (via eID ou encodage manuel) pendant cette crise du Coronavirus.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/3/2020 jusqu'au 31/5/2022 inclus.

## **2. Praticiens de l'art infirmier – assouplissement contrôle prescription**

Les prestations de soins infirmiers seront payées même si la prescription médicale n'est pas encore disponible et que les zones « identification prescripteur » (ET 50 Z 24-25), « date prescription » (ET 50 Z 20-21) et « norme prescripteur » (ET 50 Z 26) sont remplies avec « zéro ».

Exception: Dans le cas d'un forfait ou de toilettes, la date de la demande de forfait ou de toilettes (date du message MyCaret 410000) doit bien être indiquée dans la zone «date de prescription» (ET 50 Z 20-21).

Important: Remplissez néanmoins ces zones autant que possible (même si la prescription n'a été reçue que oralement). Les organismes assureurs vérifieront ensuite la fréquence à laquelle ces zones ont été remplies avec la valeur « zéro ».

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 14/3/2020.

## **3. Séances de psychologie de première ligne – zone prescripteur**

Les séances de psychologie de première ligne (tant les pseudo-codes existants que les nouveaux pseudo-codes à partir du 14/3/2020 et à partir du 2/4/2020) peuvent temporairement être prescrites par un médecin qui ne dispose pas de numéro INAMI (pour les < 18 ans cela peut être un médecin du service PSE/CPMS ou un médecin de l'ONE, pour les catégories 18-64 ans et > 64 ans, cela peut être un médecin du travail).

Dans ce cas, le pseudo-numéro 01.00001.06.999 doit être rempli dans la zone « prescripteur ».

Lorsque le médecin prescripteur dispose d'un numéro INAMI, celui-ci doit être mentionné.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 14/3/2020.

L'utilisation du pseudo-prescripteur 01.00001.06.999 pour les médecins prescripteur ne disposant pas de numéro INAMI est obligatoire à partir du mois facturé juin 2020 (ET 10 Z 22-23 ≥ 0202006).

Jusqu'au mois facturé mai 2020 inclus (ET 10 Z 22-23 < 0202006), la zone « prescripteur » peut être égale à zéro lorsque le prescripteur ne dispose pas de numéro INAMI.

## **4. Prestations à distance**

Un aperçu des règles relatives aux prestations à distance est repris dans le tableau « *aperçu général de toutes les nouvelles prestations à distance* », consultable via le lien suivant sur notre site web :

<https://www.riziv.fgov.be/fr/nouvelles/Pages/dispenser-soins-distance-covid19-info-detaillee-chaque-profession-sante.aspx>

En fonction du secteur, une des 3 méthodes suivantes est applicable:

- Utilisation de nouveaux (pseudo)codes nomenclature pour les prestations à distance. Par exemple médecins, psychologues,...
- Utilisation des (pseudo)codes nomenclature existants avec mention du pseudo-code 792433 comme prestation relative (ET 50 Z 17-18). Par exemple logopédie, sages-femmes,...
- Utilisation des (pseudo)codes nomenclature existants tels quels (sans pseudo-code prestation relative). Par exemple COM, hospitalisation partielle de jour ou de nuit,...

Les prestations à distance sont facturées dans le même type d'enregistrement que les prestations face-to-face correspondantes.

Concrètement, cela signifie que la prestation à distance pour la posture de rééducation (762996) et les prestations à distance dans le cadre des conventions de rééducation sont facturées dans le type d'enregistrement 30.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 14/3/2020.

#### **5. Utilisation temporaire d'un "appareil hybride avec CT " pour effectuer des examens CT en dehors d'un examen de médecine nucléaire**

La facturation s'effectue en utilisant la prestation habituelle pour un examen CT effectué hors du cadre d'un examen de médecine nucléaire (art 17 §1, 11° de la nomenclature des prestations de santé).

Les appareils hybrides SPECT-CT et PET-CT ayant un composant CT disposent d'un numéro d'appareil, s'ils répondent à tous les critères.

Dans l'ET 52 Z 18, le numéro de l'appareil utilisé pour effectuer l'examen CT doit être mentionné. Temporairement, cela peut donc être un appareil SPECT-CT.

Les contrôles ci-dessous, qui étaient prévus dans la mise à jour 2013/23 du 22 juin 2016, doivent temporairement être assouplis:

- Correspondance code nomenclature – type d'appareil (CT, PET, RMN,...)
- Les appareils hybrides ne peuvent pas être employés en tant que CT ou RMN autonome: lorsqu'un CT est attesté, un SPECT ou un PET doit être attesté le même jour, pour le même patient sur le même appareil.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 14/3/2020.

#### **6. Radiothérapie hypofractionnée du cancer du sein**

Une nouvelle prestation temporaire 444710-444721 "*Irradiation du sein via hypofractionnement (5 fractions) avec modulation d'intensité (IMRT) dans le cadre du COVID19*" a été prévue.

Les mêmes règles que pour les autres prestations de l'art. 18 sont valables (voir règles d'application art.19), sauf la règle "*au moins 15 fractions sont délivrées avec IMRT*".

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 14/3/2020.

## **7. Hôpitaux – identification des patients COVID-19 + nouvelles prestations**

### **a) Identification des patients COVID-19**

Un pseudo-code 793800 (à 0 €) a été créé pour pouvoir identifier les patients COVID-19. Cette prestation est attestée pour tous les patients COVID hospitalisés et diagnostiqués (= personnes dont le diagnostic de COVID-19 a été confirmé par test laboratoire ou dont le test laboratoire est revenu négatif, mais pour lequel le diagnostic de COVID-19 est néanmoins retenu sur la base d'une présentation clinique évocatrice ET d'un scanner thoracique compatible).

Ce code doit être enregistré dans le fichier de facturation électronique dans l'enregistrement de type 50 avec toutes les zones montant (ET 50 Z 19, Z 27, Z 30-31) égales à zéro.

La date de prestation (ET 50 Z 5 et Z 6) doit être la date d'admission. Celle-ci peut être antérieure au 14/3/2020 (date la plus petite possible = 1/1/2018).

Le code service (ET 50 Z 13) est égal à zéro.

Le lieu de prestation (ET 50 Z 14) est égal au numéro de l'hôpital.

Dans la zone « dispensateur » (ET 50 Z 15), le pseudo numéro dispensateur 01.00001.06.999 doit être indiqué.

L'enregistrement de ce code est nécessaire pour pouvoir facturer les nouvelles prestations 211061, 212063, 214060, 214141, 211960 et 211982 et 597984 et 599502 (voir point b)).

Si un séjour d'un patient COVID-19 est réparti sur plusieurs fichiers de facturation (clôture trimestrielle, facture complémentaire, etc.), le pseudo-code 793800 peut être répété sur chaque facture.

Cependant, ce n'est pas obligatoire. Il suffit de mentionner le code 1x par séjour, sauf en cas de mutation. Dans ce dernier cas, il est bien nécessaire de répéter le code 793800 sur la 1<sup>ère</sup> facture destinée au nouvel OA. Sur cette facture, la date de mutation doit être mentionnée comme date pour le code 793800 (au lieu de la date d'admission).

### **b) Nouvelles prestations**

De nouvelles prestations, associées à l'art. 13 de la nomenclature, ont été créées:

- 4 prestations qui exigent la qualification d'un médecin spécialiste tel que visé à l'art. 13, § 1er, A : 211061, 212063, 214060, 214141  
Ces 4 nouvelles prestations peuvent uniquement être attestées pour les lits de soins non intensifs qui sont spécifiquement prévus pour des patients COVID.
- 2 prestations qui requièrent la qualification d'un médecin spécialiste tel que visé à l'art. 13, § 1er, B : 211960 et 211982.  
Ces 2 nouvelles prestations peuvent également être attestées pour les lits de soins intensifs supplémentaires, qui sont communiqués chaque jour au SPF Santé publique.

En outre, un supplément d'honoraires pour la surveillance d'un patient COVID-19 dans les hôpitaux généraux est prévu (597984).

Ces honoraires de surveillance peuvent être attestés pour les patients COVID admis aux soins intensifs (aussi bien les lits de soins intensifs reconnus que les lits de soins intensifs supplémentaires) et aux unités de soins non-intensifs COVID-19.

Un supplément d'honoraires analogue est prévu pour la surveillance d'un patient COVID-19 admis dans une unité COVID-19 d'un service spécialisé isolé de gériatrie (G) et d'un service pour le traitement et la réadaptation (Sp) (599502).

### c) **Instructions relatives au code service**

Toutes les prestations qui peuvent être attestées dans un service de soins intensifs, peuvent aussi être attestées pour les lits de soins intensifs supplémentaires qui sont communiqués chaque jour au SPF Santé publique.

Lors de la facturation, le code service 49 doit être utilisé aussi bien pour les lits de soins intensifs reconnus que pour les lits de soins intensifs supplémentaires.

Concrètement:

- 4 prestations qui exigent la qualification d'un médecin spécialiste tel que visé à l'art. 13, § 1er, A : 211061, 212063, 214060, 214141 : code service du service où le patient est effectivement admis (service soins non intensifs, donc ≠ 49)
- 2 prestations qui requièrent la qualification d'un médecin spécialiste tel que visé à l'art. 13, § 1er, B : 211960 et 211982: code service 49 (aussi bien pour les lits de soins intensifs reconnus que pour les lits de soins intensifs supplémentaires)
- supplément d'honoraires pour la surveillance d'un patient COVID-19: 597984: code service du service où le patient est effectivement admis: service 49 ou autre
- autres prestations qui peuvent seulement être attestées dans un service de soins intensifs: code service 49 (aussi bien pour les lits de soins intensifs reconnus que pour les lits de soins intensifs supplémentaires)

Mesure transitoire :

L'ancienne version des instructions peut encore être appliquée pour les fichiers de facturation transmis avant le 1<sup>er</sup> juin.

Au niveau des contrôles des OA, cela signifie concrètement :

- Avant le 1<sup>er</sup> juin: Souplesse dans le contrôle sur le code service: les lits de soins intensifs supplémentaires peuvent être facturés avec le code service du service où le patient est effectivement admis ou avec le code service 49
- A partir du 1<sup>er</sup> juin: Code service 49 aussi bien pour les lits de soins intensifs reconnus que pour les lits de soins intensifs supplémentaires

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 14/3/2020.

## 8. **Prescripteur**

La zone « prescripteur » (ET 50 Z 24-25) doit être remplie pour la prestation temporaire 101975 (Séance de 120 minutes minimum en vue d'une évaluation psychiatrique de diagnostic ou de suivi, approfondie et individuelle, d'un enfant ou d'un adolescent de moins de 18 ans, sans présence physique, *sur prescription du médecin traitant*, avec rédaction du dossier et du rapport).

## **9. Valorisation des soins infirmiers pendant les mesures COVID-19 : coût et utilisation du matériel de protection**

4 nouveaux pseudocodes ont été prévus pour les montants complémentaires à une prestation de base ou un forfait (A, B, C, PA, PB, PC et PP).

- 419252 montant complémentaire à la prestation de base / forfait PP
- 419274 montant complémentaire au forfait A / forfait PA
- 419296 montant complémentaire au forfait B / forfait PB
- 419311 montant complémentaire au forfait C / forfait PC

Le(s) enregistrement(s) avec le(s) montant(s) complémentaire(s) doi(ven)t être mentionné(s) comme dernier(s) enregistrement(s) de la journée de soins.

Le code nomenclature de la prestation de base ou du forfait doit être mentionné comme prestation relative (Z 17-18).

Dans ce(s) enregistrement(s) avec pseudo-code(s), la zone « norme dispensateur » (ET 50 Z 16) doit toujours être égale à 1 et la zone « dispensateur auxiliaire » (ET 50 Z 49) doit toujours être égale à zéro, même si, dans l'enregistrement de la prestation de base ou du forfait correspondant, la norme dispensateur 2 (*effectuée par un aide soignant*) est utilisée et la zone « dispensateur auxiliaire » contient le numéro INAMI de l'aide soignant.

Pour les patient forfaitaires, les montants complémentaires ne peuvent être attestés qu'une seule fois par forfait (donc par journée de soins) (pas 1 fois par visite).

Pour plus de précisions en cas de patients forfaitaires: voir annexe 1.

Pour plus de précisions en cas de patients non-forfaitaires: voir annexe 2.

Ces montants complémentaires peuvent être attestés avec effet rétroactif à partir de la date de prestation 1/3/2020.

Les OA seront prêts à traiter ces montants complémentaires à partir du 2 juin 2020.

Pour les prestations précédemment facturées, les montants complémentaires peuvent être facturés séparément sur un fichier de facturation ultérieur.

Cela peut se faire via un fichier de facturation séparé avec ET 10 Z 13 = 010 (facturation supplémentaire exceptionnelle pour le mois) ou dans un prochain fichier de facturation habituel (avec ET 10 Z 13 = 000). L'ET 20 Z 11 peut être égal à 0 (facture originale) ou à 2 (facture complémentaire).

Les OA vérifieront si une prestation de base ou un forfait a bien été facturé pour les montants complémentaires attestés. C'est pourquoi il est très important que la zone « prestation relative » soit correctement remplie dans l'enregistrement du montant complémentaire.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/3/2020 jusqu'au 31/8/2020 inclus.

## **10. Praticiens de l'art infirmier – suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19**

4 pseudocodes ont été prévus :

- 419333 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, à domicile
- 419355 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, à domicile le week-end ou un jour férié
- 419370 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, maison de convalescence
- 419392 suivi et surveillance des patients avec une problématique liée au COVID-19, diagnostiquée par un médecin, au domicile ou à la résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes handicapées

La prestation peut être attestée une fois par jour de soins.

Elle peut être cumulée le même jour avec:

- une prestation de base
- une prestation technique spécifique
- un frais de déplacement en zone rurale

La prestation ne peut pas être cumulée le même jour avec :

- un forfait A, B, C, PA, PB, PC ou PP
- des prestations techniques de soins infirmiers
- des prestations de soins infirmiers attestées dans le cadre d'un centre de soins intermédiaires

La prestation est facturée hors du bloc (voir annexe 2), mais elle est bien inclus dans le calcul du plafond journalier.

La zone "norme plafond" (ET 50 Z 46) doit être utilisée correctement, même si l'enregistrement se trouve à l'arrière hors du bloc (donc utilisation des normes 7 et 8 en cas de plafond journalier).

La prestation doit être prescrite par un médecin, mais les modalités du point 2 (souplesse contrôle prescription) sont applicables.

La prestation peut être attestée avec effet rétroactif à partir de la date de prestation 1/3/2020.

Les OA seront prêts à traiter ces prestations à partir du 15 juin 2020.

Pour les mois précédemment facturés, cette prestation peut être facturée séparément sur un fichier de facturation ultérieur (à condition que les règles de non-cumul soient respectées et que le plafond journalier ne soit pas dépassé).

Cela peut se faire via un fichier de facturation séparé avec ET 10 Z 13 = 010 (facturation supplémentaire exceptionnelle pour le mois) ou dans un prochain fichier de facturation habituel (avec ET 10 Z 13 = 000). L'ET 20 Z 11 peut être égal à 0 (facture originale) ou à 2 (facture complémentaire).

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/3/2020.

## **11. Conventions de rééducation - prolongation automatique de la période de prise en charge accordée par le médecin-conseil**

Pour certaines conventions de rééducation, une prolongation automatique de la période de prise en charge accordée par le médecin-conseil a été prévue.

Une telle prolongation est considérée comme une extension de l'accord existant.

Dans l'ET 20 Z 20-21, la date de début de l'accord est mentionnée (et donc pas le premier jour de la prolongation).

Par exemple:

Accord existant pour la période du 1/5/2019 jusqu'au 30/4/2020 inclus.

Prolongation automatique de 6 mois (donc jusqu'au 31/10/2020 inclus)

ET 20 Z 20-21 = 1/5/2019

## **12. Tests de détection**

3 nouvelles prestations ont été prévues :

- 554934-554945 : détection au moins du virus SARS-CoV-2 au moyen d'une technique d'amplification moléculaire (à partir du 1/3/2020)
- 554956-554960 : détection d'antigènes du virus SARS-CoV-2 (à partir du 1/4/2020)
- 554971 -554982: détermination d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2 via immunoassay (à partir du 3/6/2020)

Il s'agit de pseudocodes qui ne relèvent donc pas des articles 3 §1, A, II, B et C, I ; 18 §2, B, e) ou 24 §1 de la nomenclature des prestations de santé.

Ces prestations peuvent être facturées à 100 %.

Les prestations peuvent uniquement être portées en compte si elles sont exécutées dans un laboratoire qui au moment du prélèvement de l'échantillon figure sur la liste établie par Sciensano.

Ces laboratoires sont indiqués avec un nouveau code attribut dans le fichier SZV.

Le numéro du laboratoire qui a effectué la prestation, doit être mentionné dans l'ET 50 Z 14.

Sous certaines conditions, un laboratoire clinique agréé belge peut faire appel à des laboratoires à l'étranger si sa propre capacité est temporairement insuffisante. Dans ce cas, le pseudo-numéro labo 8.00000.56.999 doit être mentionné dans l'ET 50 Z 14.

Le prestataire (ET 50 Z 15) doit être un spécialiste en biologie clinique, comme prévu dans l'art. 1, 5° de l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Le prescripteur doit toujours être mentionné (ET 50 Z 24-25).

Cela doit être un médecin (généraliste ou spécialiste ; dans des situations exceptionnelles, cela peut être un médecin biologiste). Cela peut également être un médecin sans numéro INAMI (p.ex. un médecin du travail ou un médecin scolaire). Dans ce cas, le pseudo-prescripteur 01.00001.06.999 est rempli.

Pour un test PCR (pseudo-code 554934-554945), un *corona test prescription code* valable (<https://www.corona-tracking.info/infos-generales/glossaire/corona-test-prescription-code/?lang=fr>) est considéré comme une prescription. Dans ce cas, le pseudo-prescripteur 01.00001.06.999 est également rempli.

Voir également FAQ 13 et 14 sur notre site web :

[https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/testes\\_labos\\_faq\\_28082020.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/testes_labos_faq_28082020.pdf)

La date de prestation est égale à la date de prélèvement de l'échantillon (ET 50 Z 5 = Z 6).

#### Envoi des échantillons/sous-traitance

Voir [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/circulaire\\_lab0\\_2020\\_2.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/circulaire_lab0_2020_2.pdf)

Pour les test sérologiques qui sont facturés au patient, dans le contexte de la réglementation en vigueur, le pseudo-code existant 960035-960046 (*Prestations de laboratoire non remboursables*) est utilisé.

A partir du 23/11/2020, des tests rapides sont remboursés (Loi du 22/12/2020 portant sur diverses mesures relatives aux tests antigéniques rapides, MB du 24/12/2020) via les pseudo-codes suivants:

- 554875 – 554886: matériel de test pour la détection des antigènes du virus Sars-CoV-2 par le biais de tests antigéniques rapides
- 554890 – 554901: exécution des tests antigéniques rapides
- 554912 – 554923: prélèvement d'échantillons pour l'exécution de tests antigéniques rapides en vue de la détection du virus Sars-CoV-2

Il s'agit de pseudo-codes qui ne relèvent donc pas des articles 3 §1, A, II, B et C, I ; 18 §2, B, e) ou 24 §1 de la nomenclature. Les prestations peuvent donc être facturées à 100 %.

Le prestataire (ET 50 Z 15) doit être un médecin (médecin généraliste ou spécialiste) ou un pharmacien biologiste.



Les prestations doivent toujours être prescrites par un médecin ou via un *corona test prescription code*. Le prescripteur peut à la fois être le prestataire. La zone « prescripteur » (ET 50 Z 24-25) peut donc être égale:

- au numéro INAMI du médecin prescripteur
- au pseudo-prescripteur 01.00001.06.999 lorsque le médecin prescripteur ne dispose pas de numéro INAMI (par ex. un médecin du travail ou un médecin scolaire) ou dans le cas d'un *corona test prescription code*
- à zéro (lorsque le prescripteur est égal au prestataire)  
Dans ce cas, la « norme prescripteur » (ET 50 Z 26) doit être égale à 3 (prestations effectuées pour ses propres patients)

Les tests rapides peuvent être prélevés et effectués à chaque endroit qui répond aux conditions de l'art. 5, §1, 8°.

La zone « lieu de prestation » (ET 50 Z 14) peut donc être égale au numéro INAMI d'une institution (par ex. un hôpital), mais elle peut également être égale à zéro (par ex. lorsque le prélèvement et/ou l'exécution du test s'effectue dans les locaux d'une école, d'une institution pour des personnes handicapées,...).

#### Pour la détection des variants circulants du virus SARS-CoV-2

À partir du 22 février 2021, les analyses du génome du virus Sars-Cov-2 peuvent être facturées via les prestations suivantes :

553976 - 553980	Séquençage génomique du virus Sars-Cov-2 pour la surveillance de base
553954 - 553965	Séquençage génomique du virus Sars-Cov-2 pour la surveillance active

Le numéro du laboratoire qui a effectué la prestation, doit être mentionné dans l'ET 50 Z 14. Une liste des laboratoires habilités à facturer les prestations concernées est publiée sur le site web de l'INAMI.

Le prestataire (ET 50 Z 15) doit être un spécialiste en biologie clinique.  
Il n'y a pas de prescripteur (ET 50 Z 24-25 = 0).

Aucun supplément ne peut être attesté. Il n'y a aucune intervention personnelle pour les personnes chez qui cet examen complémentaire est effectué sur un échantillon positif après un test PCR positif (ET 50 Z 27 en Z 30-31 = 0).

#### Tests PCR dans le cadre de voyages ou d'événements culturels (du 28 juin 2021 jusqu'au 30 septembre 2021)

554934-554945 : détection du Sars-Cov-2 au moyen d'une technique d'amplification moléculaire (même pseudo-code et tarif que le test PCR dans le cadre des lignes directrices) (maximum 2 par personnes).

554831-554842 : prélèvement d'échantillons pour l'exécution d'un test moléculaire en vue de la détection du virus Sars-CoV-2.

Pour les deux prestations :

Prestataire (ET 50 Z 15) = spécialiste en biologie clinique

Prescripteur (ET 50 Z 24-25) = pseudo-prescripteur 01.00001.06.999

La prestation 554934-554945 ne peut se faire que dans un laboratoire figurant sur la liste de Sciensano au moment du prélèvement (idem pour le test PCR dans les lignes directrices, même code attribut dans le fichier SZV). Le numéro de ce laboratoire doit être mentionné comme lieu de prestation (ET 50 Z 14).

Pour la prestation 554831-554842 (prélèvement) la zone « lieu de prestation » (ET 50 Z 14) peut être égale au numéro INAMI d'une institution (par exemple, un labo) mais peut également être égale à 0 (par exemple, dans le cas d'un prélèvement à l'aéroport).

### **13. Rééducation fonctionnelle post COVID.**

Une série de nouvelles prestations (pseudo-codes) ont été prévues.

<b>Pseudo-code</b>	<b>Libellé</b>
518103	Majoration pour la prestation 560501 ou 567206 pour un patient COVID-19 hospitalisé qui est ou a été aux soins intensifs
518081	Deuxième séance de kinésithérapie individuelle dans la même journée d'une durée globale moyenne d'apport personnel du kinésithérapeute de 30 minutes pour un patient COVID-19 hospitalisé après un séjour aux soins intensifs
557900	Supplément pour la prestation 558806 ou 558423 pour un patient COVID-19 hospitalisé qui est ou a été aux soins intensifs
557944	Deuxième séance de rééducation le même jour que la prestation 558806 ou 558423 pour un patient COVID-19 hospitalisé qui est ou a été aux soins intensifs
557981	Supplément d'honoraire pour la prestation 558843, 558025 ou 558821 pour un patient COVID-19 hospitalisé qui est ou a été aux soins intensifs

Pour pouvoir facturer ces prestations, un code 793800 (identification patient COVID) doit avoir été enregistré pour le patient concerné. Il suffit que ce code soit transmis une seule fois. Si, par exemple, un patient est transféré vers un autre hôpital pour sa rééducation, il suffit que le code 793800 soit transmis par le 1<sup>er</sup> hôpital.

La prestation 518103 est une majoration pour la prestation 560501 ou 567206.

~~La prestation 560501 fait (éventuellement) partie du bloc 18:~~

~~prestation kiné — indemnité kiné — lancement d'un dossier.~~

~~Le nouveau pseudo-code 518103 doit être facturé en dehors de ce bloc.~~

~~De cette manière, il sera possible de facturer la prestation de façon rétro-active sur un fichier de facturation ultérieur (voir plus bas).~~

Un prescripteur (ET 50 Z 24-25) doit être mentionné pour la prestation 518081.

Une prestation relative (ET 50 Z 17-18) doit être remplie pour les prestations 518103, 557900 et 557981.

Le code service (ET 50 Z 13) doit être égal au service où séjourne effectivement le patient au moment des prestations. Cela peut être le service soins intensifs (code service 49) ou une unité COVID ou un autre service.

Pour les mois précédemment facturés, ces prestations peuvent être facturées séparément sur un fichier de facturation ultérieur.

Cela peut se faire via un fichier de facturation séparé avec ET 10 Z 13 = 010 (facturation supplémentaire exceptionnelle pour le mois) ou dans un prochain fichier de facturation habituel (avec ET 10 Z 13 = 000). L'ET 20 Z 11 peut être égal à 0 (facture originale) ou à 2 (facture complémentaire).

Les OA seront prêts à traiter ces prestations à partir du 10<sup>e</sup> jour après publication de l'AR dans le Moniteur.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 14/3/2020.

#### **14. Exception interdiction tiers payant pour la vaccination contre la grippe**

Durant les périodes allant du 1er octobre 2020 au 3 avril 2021 et du 1<sup>er</sup> octobre 2021 au 3 avril 2022, le régime tiers payant peut être appliqué pour la consultation ou la visite au cours de laquelle un vaccin contre la grippe est prescrit ou administré.

Dans l'ET 50 Z 32, la valeur « 2 » existante (*état d'urgence financière*) peut être utilisée pour cette exception à l'interdiction au régime tiers payant.

Date d'application: Prestations effectuées à partir du 1/10/2020 jusqu'au 3/4/2021 et à partir du 1/10/2021 jusqu'au 3/4/2022.

#### **15. Convention télémonitoring.**

Dans le cadre de ce projet pilote, 5 interventions forfaitaires sont prévues:

<b>Code</b>	<b>Libellé</b>	<b>Intervention</b>
530891	Indemnité forfaitaire pour le démarrage administratif du processus de soins, l'installation de l'équipement, l'utilisation des plateformes numériques de soutien et les coûts logistiques. (maximum 1x par patient)	34 EUR
530913	Intervention forfaitaire pour le suivi via télémonitoring d'un patient qui séjourne à domicile et qui n'a pas été hospitalisé, sans équipement de télémétrie, par semaine	65 EUR
530935	Intervention forfaitaire pour le suivi via télémonitoring d'un patient qui séjourne à domicile et qui n'a pas été hospitalisé, au moyen d'un équipement de télémétrie, par semaine	75 EUR
530950	Intervention forfaitaire pour le suivi via télémonitoring d'un patient après une hospitalisation, sans équipement de télémétrie, par semaine	65 EUR
530972	Intervention forfaitaire pour le suivi d'un patient via télémonitoring après une hospitalisation, au moyen d'un équipement de télémétrie, par semaine	100 EUR

Les prestations 530913 et 530935 peuvent être facturées ensemble au maximum 3x par patient. Les prestations 530950 et 530972 peuvent être facturées chacune au maximum 3x par patient (donc ensemble au maximum 6x).

Les prestations sont facturées dans le type d'enregistrement 50 avec type de facture (ET 20 Z 10)= 3 et code service (ET 50 Z 13) = 990.

Les forfaits par semaine peuvent être facturés dès qu'une semaine de télémonitoring a commencé, même si le patient est hospitalisé dans le courant de cette semaine.

Date de prestation (ET 50 Z 5 et Z 6)

- Interventions forfaitaires par semaine (530913, 530935, 530950, 530972):  
Z 5 = Z 6 = date de début de la période (semaine) à laquelle se rapporte le forfait  
Indemnité forfaitaire pour le démarrage administratif (530891):  
Z 5 = Z 6 = date du démarrage (= date de début du 1<sup>e</sup> forfait par semaine)

Prestataire (ET 50 Z 15): pseudo-prestataire 01.00001.06.999

Prescripteur (ET 50 Z 24-25): médecin référent

Date d'application : La convention est applicable jusqu'au 30 juin 2022. Toutefois, un régime transitoire permettant un suivi complet des patients ayant commencé avant le 1er juillet 2022 est prévu dans l'article 12 de la convention. Concrètement, cela signifie que le code 530891 sera supprimé à la date de prestation du 1<sup>er</sup> juillet 2022 mais que les autres codes de la convention pourront encore être utilisés jusqu'à la date de prestation du 31 août 2022

## **16. Convention post-Covid.**

Dans le cadre de la Convention post-Covid, une série de nouveaux pseudo-codes sont prévus. Ces pseudo-codes doivent être facturés avec un type de facture 3 (ET 20 Z 10 = 3).

Le commencement du trajet de soins doit être enregistré dans la facturation via les pseudo-codes suivants :

Code	Libellé
400013	Traitement dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19 [ce code est attesté par un médecin généraliste]
400330	Traitement par un kinésithérapeute dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19
400352	Traitement par un psychologue dans le cadre du trajet de soins post-COVID-19

Pour ces pseudo-codes, les zones 19 (intervention de l'assurance), 27 (intervention personnelle) et 30-31 (supplément) doivent être égales à 0.

Il est important que le pseudo-code soit enregistré de manière systématique et correcte. Si le pseudo-code est rejeté, il est donc important de le soumettre à nouveau, afin qu'il soit correctement enregistré par l'OA et qu'il puisse être transmis correctement à l'INAMI.

Le rejet du pseudo-code est possible dans les cas suivants :

- Erreur dans l'enregistrement même (par exemple : zones montant  $\neq$  0)
- Erreur au niveau de l'ET20 de la facture (par exemple : patient pas en règle d'assurabilité), et donc rejet de la facture dans son entièreté
- Erreur bloquante ou pourcentage d'erreurs  $>$  5 %, et donc rejet du fichier de facturation dans son entièreté

Dans tous les cas, le pseudo-code doit donc être resoumis.

Des prestations (pseudo-codes) sont prévues pour les kinésithérapeutes, diététiciens, ergothérapeutes et logopèdes. Pour ces prestations, il ne peut pas être facturé de supplément ni de ticket modérateur :

Code	Libellé
400035	Évaluation et/ou intervention kinésithérapeutique individuelle, dans laquelle l'intervention personnelle du kinésithérapeute par bénéficiaire a une durée moyenne globale de 30 minutes
400050	Examen diététique individuel, anamnèse, établissement d'un diagnostic diététique et élaboration d'un plan de traitement diététique et de conseils en concertation avec le bénéficiaire, d'une durée minimale de 60 minutes.
400116	Intervention diététique individuelle, pour le bénéficiaire, d'une durée minimale de 30 minutes.
400072	Bilan d'observation d'une durée minimale de 60 minutes qui consiste en un examen des possibilités et des limites fonctionnelles du bénéficiaire : - dans les activités de la vie quotidienne (comme les soins personnels, l'alimentation, les relations interpersonnelles, les déplacements) ; - concernant ses activités personnelles, scolaires, professionnelles, socioculturelles et de loisirs ; - aux niveaux physique, sensorimoteur, intellectuel, cognitif et relationnel, ainsi que comportemental ; - dans son environnement physique, social et culturel ; - et aboutissant à l'établissement d'un rapport écrit des examens effectués, adressé au médecin prescripteur.
400131	Intervention ergothérapeutique individuelle pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 60 minutes. Cette prestation peut être portée en compte 14 fois au cours d'une année. Cette prestation peut être portée en compte au maximum deux fois par jour.
400094	Examen logopédique individuel, anamnèse, établissement d'un diagnostic logopédique et élaboration d'un plan de traitement et de conseils en concertation avec le bénéficiaire, d'une durée minimale de 60 minutes.
400153	Intervention logopédique individuelle pour le bénéficiaire d'une durée minimale de 30 minutes.

De plus, des interventions sont également prévues (également via pseudo-codes) pour la consultation d'équipe, d'une part pour le coordinateur de soins et d'autre part pour les participants.

#### Coordinateur de soins

Code	Libellé
400175	Intervention globale pour l'organisation, la coordination et l'administration de la concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 (par période de 6 mois) - coordinateur de soins

#### Participants

Code	Libellé
400190	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un médecin généraliste
400212	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un kinésithérapeute
400234	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un logopède
400315	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un psychologue
400256	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un diététicien
400271	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un ergothérapeute
400293	Participation à une concertation d'équipe dans le cadre du suivi d'un patient post-COVID-19 par un médecin spécialiste

**Date d'application** : Prestations effectuées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2022 mais les OA seront prêts à les accepter qu'à partir du 18 juillet 2022.

Annexe 1 :

Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, en cas de forfait.

				Colonne 1	Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7	Colonne 8	Colonne 9	Colonne 10	Colonne 11	Colonne 12
Enregistrement 50		Enregistrement 52		50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52	50
Z	libellé	Z	libellé	<p>Voir instructions existantes ET 50 Z 4 S 27</p>											
1	TYPE ET	1	TYPE ET												
3	NORME	3	RAISON ENC. MAN.												
4	(PSEUDO)-CODE	4	(PSEUDO)-CODE												
5	DATE DEBUT	5	DATE PREST.												
15	PRESTATAIRE	6a-6b	DATE LECTURE												
17-18	PREST. RELATIVE	9	TYPE SAISIE												
19	MONTANT O.A.	10	TYPE SUPPORT												
20-21	DATE PRESCRIPTION	11	RAISON VIGNETTE												
22-23	NOMBRE	12-13	HEURE LECTURE												
24-25	PRESCRIPTEUR	15	PRESTATAIRE												
27	QP PERSONNELLE	16	NUMERO SERIE												
		17	NUMERO JUSTIF.												

## Annexe 2 :

### Exemple d'une suite d'enregistrements relatifs aux soins infirmiers, dans le cas où il n'y a pas de forfait.

#### Ordre des enregistrements pour 1 patient.

<u>ET</u>	<u>jour</u>	<u>nomenclature</u>	<u>remarque</u>
50	1	pseudo-code palliatif précédé de la norme «9» dans la zone 3 plusieurs pseudo-codes palliatifs possibles	si PN imputé et prestation art. 8, § 5bis, 5°, d)
50	1	honoraires supplémentaires PN	si patient palliatif 1 fois par jour
50	1	prestation de base	obligation
52	1	prestation de base	obligation à partir du 1/10/2017
50	1	soins	obligation, lorsqu'il ne s'agit pas d'une prestation technique spécifique
50	1	soins	si exécutés
50	1	soins	si exécutés
...		max 6 enregistrements avec soins	
...			
...		plusieurs blocs de base + soins autorisés	
...			
50	1	pseudo-code(s) avec norme « 9 » dans la zone 3	si prestation 0427534, 0427556, 0427571 ou 0429251 imputée et prestation art. 8, § 9
50	1	soins techniques spécifiques + éventuellement 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424874, 0424896, 0429015	si exécutés
52	1	0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424896, 0429015	si exécutée
50	1	voyage rural plusieurs voyages ruraux possibles	si exécuté
50	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991	si exécutée
52	1	nomenclature patients diabétiques ou trajet de soins diabète (423135,...) ou éducation au diabète Chap. V de l'AR du 10/1/1991	si exécutée
50	1	suivie/surveillance patient COVID (max. 1x/jour)	temporairement lors de la crise COVID-19
50	1	montant complémentaire à la prestation de base (*) plusieurs enregistrements possibles	temporairement lors de la crise COVID-19

(\*) Manière de compléter les zones :

dispensateur	:	praticien de l'art infirmier de la prestation de base
plusieurs dispensateurs	:	toujours 1
prestation relative	:	code nomenclature de la prestation de base
date prescription	:	toujours 0
prescripteur	:	toujours 0
norme prescripteur	:	toujours 0