

INSTRUCTIONS AUX ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS RELATIVES A LA FACTURATION ELECTRONIQUE DES SOINS DE SANTE RELATIFS À FEDASIL – phase 1

1. Procédure générale.

Le tiers payant (dispensateur de soins/établissement) transmet chaque mois un fichier de facturation des soins de santé relatifs à Fedasil à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité (CAAMI). Aucune facture papier ne doit être adressée à la CAAMI.

Ce fichier sera **distinct** des envois de facturation relatifs aux assurés de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie Invalidité.

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

2. Processus de facturation

2.1. Validité des envois de facturation

Les fichiers de facturation seront transmis via MyCareNet.

A la réception d'un fichier de facturation, la CAAMI effectue le contrôle relatif à l'acceptabilité du fichier de facturation.

Les règles décrites dans les instructions de facturation sur support magnétique ou électronique sont d'application.

2.2. Responsabilités

La tarification est effectuée par la CAAMI. Toutes les questions relatives aux factures ou prestations rejetées, aux paiements pourront être adressées au helpdesk facturation électronique via l'adresse :

efac4Fedasil@caami-hziv.fgov.be

Tél 02 229 34 33

Le paiement des frais à charge de Fedasil est effectué par la CAAMI.

2.3. Vérification des factures et corrections.

Les factures ou prestations rejetées devront obligatoirement être réintroduites dans un envoi de facturation électronique.

2.4. En cas de facturation via Carenet/MyCareNet

Les règles décrites dans les instructions de facturation sur support magnétique ou électronique sont d'application.

Les headers des différents messages (records 100, 200, 300) sont constitués conformément aux instructions (voir www.carenet.be), sauf pour les zones 102 et 103 où le nouveau pseudo-code (691) OA est introduit.

Un fichier de décompte (920900) sera envoyé lorsque la CAAMI effectue un paiement pour le Fedasil.

3. Spécifications techniques

Les règles décrites dans les instructions de facturation sur support magnétique ou électronique sont d'application.

Le pseudo-numéro d'organisme assureur mentionné pour les soins de santé relatifs à Fedasil est **691**.

4. Identification des patients

Les bénéficiaires Fedasil sont identifiés sur base de leur NISS ou BIS. Avec ce numéro vous pouvez consulter l'assurabilité par voie électronique via Member Data (MDA).

Après la consultation, un engagement de paiement est délivré.

Le demandeur de protection internationale (DPI) pourra normalement présenter l'un des quatre documents suivants pour l'identification : document de prise en charge, « la carte orange », annexe 25 ou 26

Pour clarification :

- Demande de prise en charge = formulaire papier de Fedasil (ancien réquisitoire pour les accords)
- Carte orange = annexe 4 au Décret sur les étrangers du 08/10/1981 = certificat d'immatriculation
- Annexe 26 = décret sur les étrangers du 08/10/1981 = dépôt de la demande de protection internationale
- Annexe 25 = demande d'asile à la frontière

5. Date d'application

Ces instructions sont d'application à partir du **1/7/2024** pour les hôpitaux pilotes et **01/03/2025** pour tout le secteur.

6. Ce qui peut être facturé?

Les codes des prestations seront catégorisés en 3 catégories :

- Vert : remboursement selon les règles de législation AMI
- Orange : soumis à un accord du médecin-conseil Fedasil. Le patient dispose d'un document spécifique pour la prise en charge
- Rouge : pas de remboursement

Fedasil prend aussi certains médicaments appartenant à la catégorie D en charge. Ces médicaments doivent être obligatoirement prescrits, et peuvent être facturés via 961494 – 961505 (ambulatoire – hospitalisé).

Enregistrements de type 10 / R10

Les règles décrites dans les instructions de facturation sur support magnétique ou électronique sont d'application.

Zone	Contenu instructions normales	Longueur	Contenu instructions spécifiques
3	Nombre numéros comptes financiers	1 N	0: Compte A 1: Le montant est scindé en compte financier A et compte financier B.
31-34	BIC compte financier A	11 A	
36-41	IBAN compte financier A	34 A	
43a	BIC compte financier B	11 A	
49-52	IBAN compte financier B	34 A	

Enregistrements de type 20 / R20

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié :

Zone	Contenu instructions normales	Longueur	Contenu instructions spécifiques
7	Numéro de mutuelle d'affiliation	3 N	691
8	Numéro d'identification du bénéficiaire Fedasil	13 A	NISS ou BIS
18	Numéro de mutualité de destination	3 N	691
27	CT1 CT2	10 N	100/100

Zone 4, 5, 6, 13, 22: Dans le cas d'une hospitalisation, ces zones doivent être remplies, même si aucun dossier d'hospitalisation via MyCareNet, ou aucun dossier d'hospitalisation papier ne doit être introduit.

Dans le cas des prestations ambulatoires, ces zones sont remplies par des 0.

Engagement de paiement dans le cadre d'une hospitalisation :

Comme le flux 721xxx n'est pas utilisé, l'engagement de paiement obtenu pour un DPI via le flux Member Data s'appliquera également pour une hospitalisation. Ceci peut ensuite être mentionné sur la facture dans la zone RT20 42-43-44-45.

Veillez noter que, tout comme pour les admissions ambulatoires, sa validité est limitée à 30 jours maximum dans le futur. Au bout des 30 jours et en cas d'hospitalisation prolongée par exemple, l'hôpital doit demander un nouvel engagement via MDA.

Enregistrements de type 21 / R21

Pour les DPI's, une lecture de la carte identité électronique ou un autre type de support de document d'identité n'est pas possible et l'enregistrement de type 21 ne doit pas être rempli.

Enregistrements de type 30 / R30

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié :

Zone	Contenu normales instructions	Longueur	Contenu spécifiques instructions
4	Pseudo-code journée d'entretien	7 N	pseudo-codes prix de journée à 100%(*)
7	Numéro de mutuelle d'affiliation	3 N	691
19	Montant intervention AMI	1 A + 11N	Montant à 100%
27	Quote-part personnelle	1 A + 9 N	A remplir par des 0
30	Montant supplément (partie 1)	1 A + 1 N	Supplément possible à la charge du patient
31	Montant supplément (partie 2)	8 N	
33	Code intervention personnelle	1 N	9

(*) Les pseudo-codes pour les prix de journée à 100% :

Hôpitaux aigus : prix de journée 100%	0768504
Hôpital chirurgical de jour : prix de journée 100%	0768471
	0768482
HG Services Sp autres que palliatifs : prix de journée 100%	0768460
HG Services Sp palliatifs : prix de journée 100%	0768445
Hôpitaux psychiatriques : prix de journée 100%	0768423
Centres pour brûlés : prix de journée 100%	0768401

Mesures hôpitaux 1-1-2014. (Voir point 4 de la mise à jour 2013/5)

Forfait réduit par admission (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après la précédente admission): cette mesure n'est PAS d'application pour la facturation Fedasil.

Jour de sortie à 0 € (en cas d'admission avant 12h et de sortie après 14h): cette mesure est d'application dans la facturation Fedasil.

Les codes de nomenclature régionalisés sont pris en charge par Fedasil. Par contre, cela ne s'applique pas aux codes régionalisés pour la Flandre qui continuent d'être facturés au format papier.

Le Forfait infrastructure hospitalière est pris en charge pour Fedasil.

Hospitalisation classique avec nuitée et hospitalisation de jour :
170018 – 170029 (Ambulant – Hospitalisé)

Enregistrements de type 40 / R40

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié :

Zone	Contenu normales instructions	Longueur	Contenu spécifiques instructions
7	Numéro de mutuelle d'affiliation	3 N	691
19	Montant intervention AMI	1 A + 11N	Honoraire
27	Quote-part personnelle	1 A + 9 N	A remplir par des 0
30	Montant supplément (partie 1)	1 A + 1 N	Supplément possible à la charge du patient
31	Montant supplément (partie 2)	8 N	
33	Code intervention personnelle	1 N	9

Attention : la facturation du forfait médicaments, avec les règles y afférente, doit être appliquée comme prévu dans la réglementation INAMI.

Forfait médicament (750002 = € 0.62/jour)

Forfait médicament par admission (756000 = déterminé par hôpital)

Médicaments forfaitarisés : facturation à 0 %

Médicaments non forfaitarisés : facturation selon les règles classiques de tarification

Mesures hôpitaux 1-1-2014. (Voir point 4 de la mise à jour 2013/5)

Forfait réduit par admission (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après la précédente admission) – 0767502 : cette mesure n'est PAS d'application pour la facturation Fedasil

Facturation médicaments catégorie D : 961494 – 961505 (ambulatoire – hospitalisé).

Enregistrements de type 50 / R50

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié :

Zone	Contenu normales instructions	Longueur	Contenu spécifiques instructions
7	Numéro de mutuelle d'affiliation	3 N	691
19	Montant intervention AMI	1 A + 11N	Honoraire
27	Quote-part personnelle	1 A + 9 N	A remplir par des 0
30	Montant supplément (partie 1)	1 A + 1 N	Supplément possible à la charge du patient
31	Montant supplément (partie 2)	8 N	
33	Code intervention personnelle	1 N	9

Attention : la facturation du forfait de radiologie, avec les règles y afférente, doit être appliquée comme prévu dans la réglementation INAMI.

Forfait radiologie (460784)

Prestations de radiologie facturées comme dans l'AMI

Biologie clinique - Faisant suite à la circulaire OA n° 2024/117 du 25-4-2024 :

Pour les articles 3, 18 et 24 dans le cadre de la biologie clinique, le tarif "non-assuré" doit être facturé pour Fedasil.

En conséquence, l'honoraire forfaitaire pour la biologie clinique 592001 pour les patients hospitalisés ne peut pas être facturé.

Implants : étant donné que les marges de sécurité et de délivrance sont mentionnées dans l'AMI dans la zone 27 (quote-part personnelle), la marge de sécurité et la marge de délivrance sont, dans la facturation Fedasil, mentionnées dans la zone 19 et ces dernières sont prises en charge.

Mesures hôpitaux 1-1-2014. (Voir point 4 de la mise à jour 2013/5)

Type de record 50 – zone 3 – valeur 3 : honoraire forfaitaire réduit par admission pour imagerie médicale, biologie clinique, permanence (en cas de réadmission du même patient dans le même hôpital dans les 10 jours après la précédente admission). Cette mesure n'est PAS d'application pour la facturation Fedasil.

Soins basse variabilité ne sont pas d'application, les prestations peuvent être facturées à l'acte.

Pour les prestations dans un hôpital qui ne relèvent pas des soins psychologiques de première ligne, nous vous invitons à utiliser les pseudocodes suivants :

<u>AMBU</u>	<u>HOSPI</u>	<u>Libellé</u>
961413	961424	Thérapie individuelle séance de 60 min
/	961483	Thérapie individuelle au chevet
961435	961446	Thérapie de groupe 1 prestataire (psy clinicien)
961450	961461	Thérapie de groupe 2 prestataires (1 psy et 1 autre non-psy ex. éducateur/infirmier)

Enregistrements de type 80 / R80

Ci-dessous sont reprises les zones dont le contenu/contrôle doit être modifié :

Zone	Contenu instructions normales	Longueur	Contenu instructions spécifiques
7	Numéro de mutuelle d'affiliation	3 N	691
8	Numéro d'identification du bénéficiaire Fedasil	13 A	NISS ou BIS
18	Numéro de mutualité de destination	3 N	691