

**INSTRUCTIES AAN DE VERPLEGINGSINRICHTINGEN,
AAN DE ERKENDE LABORATORIA VOOR KLINISCHE BIOLOGIE,
AAN DE VERPLEEGKUNDIGEN
EN ALLE ANDERE INRICHTINGEN OF VERSTREKKERS
DIE GEBRUIK MAKEN VAN HET SYSTEEM
VAN AFLEVERING VAN FACTURATIEBESTANDEN
EN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN -
UITGAVE 2013
BIJWERKING 2013/57 – Publicatie 16-12-2020**



RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963

TERVURENLAAN 211 - 1150 BRUSSEL

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

INSTRUCTIES VOOR DE FACTURATIE VIA MAGNETISCHE DRAGER OF VIA ELEKTRONISCHE WEG

BIJWERKING 2013/57

Te vervangen bladzijden :

- Blz. 14, 20, 21, 22;
- R 10 Z 27;
- R 20 Z 18;
- R 30 Z 4 V 14;
- R 40 Z 4 V 1;
- R 50 Z 20-21, Z 24-25, Z 26.

1. Afschaffing fictief KBO-nummer, R 10 Z 27.

Het pseudo-KBO-nummer 0999.999.922 mag niet meer gebruikt worden.
Er moet voortaan steeds een werkelijk KBO-nummer ingevuld worden in R 10 Z 27.

Toepassingsdatum: Gefactureerde maand februari 2021 (R 10 Z 22-23 ≥ 0202102).

2. Fusie mutualiteiten 206 en 228, blz. 20, 21, 22.

Op 1/1/2021 zullen de Neutrale Ziekenfondsen 206 en 228 eenzelfde juridisch geheel vormen onder de benaming « Mutualia » en het nummer 228.

De praktische instructies hieromtrent worden opgenomen op blz. 20, 21 en 22 (de instructies met betrekking tot vorige fusies op 1/1/2019 worden geschrapt).

Toepassingsdatum: 1/1/2021.

3. Ziekenfonds van bestemming (LCM), blz. 14, R 20 Z 18.

Vanaf 1/1/2021 zullen de zendingen van PVT's en gemengde groeperingen door LCM ook in Refac verwerkt worden.

Daardoor wijzigt voor deze derden de manier waarop ze R 20 Z 18 (ziekenfonds van bestemming) moeten invullen. Voortaan moet het UCP (uniek contactpunt) in deze zone vermeld worden.

Toepassingsdatum: 1/1/2021.

4. Overeenkomst transgenderzorg, R 30 Z 4 V 14.

Er worden 2 nieuwe verstrekkingen (pseudo-codes) toegevoegd.

Toepassingsdatum: Verstrekkingen verricht vanaf 1/10/2020.

5. Specifieke tegemoetkoming contraceptie, R 40 Z 4 V 1.

In bijwerking 2013/55 werd de omschrijving van de pseudo-codes aangepast naar aanleiding van de Wet tot wijziging van het KB van 16 september 2013. Daarbij werden 2 pseudo-codes vergeten. Dit wordt nu rechtgezet.

Toepassingsdatum: Afleveringen vanaf 10/9/2020.

6. Echelonnering – norm voorschrijver, R 50 Z 20-21, Z 24-25, Z 26.

Er is een KB in voorbereiding dat voorziet dat de echelonnering ook in derdebetalersregeling van toepassing zal zijn.

De waarde “2” in de zone “norm voorschrijver” (die reeds gereserveerd werd in het kader van eAttest) zal dus vanaf 1/1/2021 ook effectief van toepassing worden in het circuit derdebetalersregeling.

Concreet:

In R 50 Z 26 wordt de verstrekking aangeduid met norm 2.

De verwijzende huisarts wordt als voorschrijver vermeld (R 50 Z 24-25).

De datum van het verwijfsformulier wordt in de zone “datum voorschrift” (R 50 Z 20-21) ingevuld.

Toepassingsdatum: Prestaties verricht vanaf 1/1/2021
(onder voorbehoud van publicatie van het KB)

7. **Lijst “betrekkelijke verstrekking”**

Geen wijzigingen

8. **Lijst “voorschrijver”**

Geen wijzigingen

9. **Lijst “zone 23”**

Geen wijzigingen

10. **Lijst “foutcodes”**

Een reeks foutcodes werd gecreëerd of aangepast zodat de verzekeringsinstellingen de gepaste controles kunnen uitvoeren op de facturatiebestanden.

4. Identificatie van de patiënt - Gegevens afkomstig van de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis (Model 721 bis), het lidboekje of het vignet en in de S.I.S.-kaart.

Om de verzekeringsinstelling toe te laten haar boekhoudkundige en statistische uitsplitsingen inzake de uitgaven voor geneeskundige verzorging door te voeren, zijn bepaalde identificatiegegevens van de patiënt noodzakelijk.

Al deze gegevens zullen door de verzekeringsinstelling gemeld worden op de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en de betalingsverbintenis. Deze gegevens komen eveneens voor in het lidboekje of op het vignet en in de S.I.S.-kaart.

Het gaat om de volgende elementen :

1) Nummer van het ziekenfonds

Op het elektronisch facturatiebestand wordt onderscheid gemaakt tussen het ziekenfonds van aansluiting (R 20/80 Z 7) en het ziekenfonds van bestemming (R 20/80 Z 18).

De invulling van deze zones is verschillend naargelang de VI waarvoor het facturatiebestand bestemd is.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de procedures per VI.

	ZKF van aansluiting (Z7)	ZKF van bestemming (Z18)
(☞ 12,16,54) (☞ 22,23,49) (☞ 57)	VI100 Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= ziekenfonds van aansluiting (Z7) Uitzonderingen: Psychiatrische instellingen (andere dan 720): 100 Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 100 Ziekenhuizen 710/720, verpleegkundigen, laboratoria, medische huizen, artsen/tandartsen/specialisten (e-fac), psychiatrische verzorgingstehuizen en gemengde groeperingen beginnend met 094 (REFAC): nummer UCP (zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen) (*)
(☞ 1,16, 22, 23, 28, 32, 45, 45corr2)	VI200 Steeds gelijk aan "000"	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
(☞ 11)	VI300 Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	300 voor de leden van de ziekenfondsen 304, 305, 309, 311, 315, 317, 319, 322, 323 en 325. 306 voor de leden van ziekenfonds 306. Uitzonderingen: • Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300 • E-fac huisartsen: o voor de Waalse ziekenfondsen (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319 o voor de Vlaamse ziekenfondsen (304, 309, 311 en 322) en ziekenfonds 306 = mutualiteit van aansluiting • E-fac tandartsen: o voor de Waalse ziekenfondsen (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 315 o voor de Vlaamse ziekenfondsen (304, 309, 311 en 322) en ziekenfonds 306 = mutualiteit van aansluiting • E-fac specialisten: o voor de Waalse ziekenfondsen (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 o voor de Vlaamse ziekenfondsen (304, 309, 311 en 322) en ziekenfonds 306 = mutualiteit van aansluiting
	VI400 Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= 400 (**)
	VI500 Steeds gelijk aan "000"	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI600 Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)
	VI900 Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)

(*) Voor het Christelijk Ziekenfonds worden, in het kader van het project REFAC, de facturen niet meer gestuurd aan het ziekenfonds van aansluiting, maar wel naar het ziekenfonds dat geassocieerd is met het Unieke Contactpunt. Vanaf de instap in REFAC zal het nummer van het ziekenfonds van bestemming (Recordtype 20 en 80 Zone 18) steeds het nummer zijn van het Unieke Contactpunt, ongeacht het ziekenfonds van aansluiting, zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen.

(☞ 13) (**) De records van het type 95 vervangen het papieren borderel dat bij het facturatiebestand hoort. Dit papieren borderel bevat per ziekenfonds van bestemming (R 20 Z 18) het gefactureerde bedrag. Met andere woorden, indien in alle R 20 Z18 slechts 1 ziekenfonds (in casu 400) voorkomt bevat het papieren borderel enkel een bedrag voor het ziekenfonds 400.
Het gevolg hiervan is dat ook het record 95 van het bericht 920000 slechts 1x voorkomt, zijnde voor het ziekenfonds 400.

Fusie van de ziekenfondsen 206 en 228 op 1/1/2021.

Waar moet ik mijn facturen vanaf 1 januari 2021 heen sturen ?

De facturen van de papieren betalende derde voor de vroegere ziekenfondsen 206 en 228 zullen voortaan worden verwerkt in :

Mutualia (228)
Brand Whitlocklaan 87/93 bus 4
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe

De facturen van de elektronische betalende derde voor de vroegere ziekenfondsen 206 en 228 worden verder verwerkt in :

De Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen
Charleroisesteenweg 147
1060 Brussel

Waar moet ik vanaf 1 januari 2021 op letten ?

- **Wijzig vooral niet (enkel) het ziekenfondsnummer in uw bestanden**

Doet u dat wel, dan zou dat tot een verwerping van uw facturatie kunnen leiden.

Het ziekenfondsnummer dat integraal deel uitmaakt van het identificatienummer 206/XXXXXXXXXXXX) wordt 228/YYYYYYYYYYYYYY.

Alle factureringen dienen te gebeuren op basis van het INSZ, behoudens de wettelijke uitzonderingen.

	Verzorging verleend voor 01/01/2021	Verzorging verleend na 01/01/2021
Onder welk ziekenfonds moet worden gefactureerd ?	206	228

- Bij herfacturering, gelieve de oude lidnummers te gebruiken voor verzorging verleend voor 01/01/2021 en/of ontvangen betalingsverbintenissen.

Welke zijn de bijzonderheden verbonden aan mijn activiteitssector ?
--

Voor de ziekenhuizen :

- *Lopende ziekenhuisopname* : u ontvangt voor iedere patiënt via MyCarenet een 730000 met de identificatiegegevens vanaf 01/01/2021.
- *Medische akkoorden* gegeven door de ziekenfondsen 206 : deze worden automatisch omgezet en hernomen door ziekenfonds 228. U hoeft geen nieuwe aanvraag om medisch akkoord in te dienen.
- Aangezien de facturering is gebaseerd op een betalingsverbintenis worden uw facturen op die basis aanvaard.

Vanaf 01/01/2021 kunnen de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten worden geraadpleegd :

- via MyCarenet : de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten door gebruik van hun INSZ.
- Via ons portaal www.4cp.be voor een aanvraag om « massaverzekeraarheid », bijvoorbeeld.

Voor de medische huizen :

- De abonnementen die werden geopend in de ziekenfondsen 206 worden in het nieuwe ziekenfonds 228 automatisch omgezet.

Vanaf 01/01/2021 kunnen de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten worden geraadpleegd :

- via MyCarenet : de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten door gebruik van hun INSZ.
- Via ons portaal www.4cp.be voor een aanvraag om « massaverzekeraarheid », bijvoorbeeld.

Voor de verpleegkundigen :

- Aangezien de facturering is gebaseerd op een betalingsverbintenis worden uw facturen op die basis aanvaard.
- De medische akkoorden gegeven door de ziekenfonds 206 worden automatisch omgezet en hernomen door ziekenfonds 228. U hoeft geen nieuwe aanvraag om medisch akkoord in te dienen.

Vanaf 01/01/2021 kunnen de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten worden geraadpleegd :

- via MyCarenet : de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten door gebruik van hun INSZ.
- Via ons portaal www.4cp.be voor een aanvraag om « massaverzekeraarheid », bijvoorbeeld.

Voor de overige inrichtingen die via elektronische betalende derde facturen :

Vanaf 01/01/2021 kunnen de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten worden geraadpleegd :

- via MyCarenet : de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens van uw patiënten door gebruik van hun INSZ.
- Via ons portaal www.4cp.be voor een aanvraag om « massaverzekeraarheid », bijvoorbeeld.

Voor de verstrekken die e-fact gebruiken (huisartsen, artsen-specialisten, tandartsen, wachtposten) :

- Aangezien de facturering is gebaseerd op een betalingsverbintenis worden uw facturen op die basis aanvaard.
- Vanaf 01/01/2021 kunnen de geactualiseerde verzekeraarheidsgegevens ook worden verkregen via MyCarenet.

Wat betreft de papieren facturering van de betalende derde voor de huisartsen :

- Vermeld steeds het INSZ op uw papieren facturen met het oog op een doeltreffende verwerking ervan.
- Voor de huisartsen die met de handmatige betalende derde (SBD) op basis van een kleeftbriefje werken, werd onze site <http://tierspayantsocialneutre.be> aangepast aan de nieuwe plaats voor verzending van de factureringen.
- De tarifieringsdiensten die instaan voor de handmatige betalende derde van de huisartsen verzoeken we, vanaf 01/01/2021 en vóór hun facturering, in te loggen op www.4CP.be om de verzekeraarheidsgegevens te updaten (individuele aanvraag of aanvraag om «massaverzekeraarheid ».)

Voor alle andere vragen met betrekking tot de fusie : één enkel adres : support@LNZ.BE.

Voor meer informatie over de toegang tot ons portaal 4CP : info@4cp.be.

RUBRIEK : KBO-NUMMER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128

(35) In deze zone moet het KBO-nummer vermeld worden van de entiteit die de gefactureerde bedragen int.

Deze zone mag (facultatief) ingevuld worden vanaf de gefactureerde maand juli 2014.

Vanaf de gefactureerde maand januari 2015 moet het KBO-nummer verplicht ingevuld worden door de ziekenhuizen, laboratoria, verpleegkundigen en huisartsen.

(14) Vanaf de gefactureerde maand maart 2015 moet het KBO-nummer ook verplicht ingevuld worden door revalidatiecentra die deel uitmaken van een ziekenhuis.

(15) Vanaf de gefactureerde maand juli 2015 moet het KBO-nummer verplicht ingevuld worden door alle facturerende derden.

(12, 57) Overgangsperiode (tot en met gefactureerde maand januari 2021):
de groeperingen van zorgverleners in “feitelijke verenigingen” en

(13) buitenlandse zorgverleners die activiteiten verrichten in België zonder zich in België te vestigen beschikken nog niet over een KBO-nummer en moeten voorlopig het fictief pseudo-KBO-nummer 0999.999.922 invullen in deze zone.

(57) Vanaf de gefactureerde maand februari 2021 mag het pseudo-KBO-nummer 0999.999.922 niet meer gebruikt worden en moet steeds een werkelijk KBO-nummer ingevuld worden.

(10) Het KBO-nummer is samengesteld uit 10 cijfers en heeft de volgende structuur :

ZNNNNNNNCC met:

Z = 0 of 1

NNNNNNN = 7 cijfers van 0 tot 9

CC = check-digit (= 97 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 8 cijfers van het KBO-nummer en de deler gelijk is aan 97).

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN BESTEMMING**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N – 85**

(☞12,16,54) (☞22,23,49) (☞57)	VI100	= ziekenfonds van aansluiting (Z7) Uitzonderingen: • Psychiatrische instellingen (andere dan 720): 100 • Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 100 • Ziekenhuizen 710/720, verpleegkundigen, laboratoria, medische huizen, artsen/tandartsen/specialisten (e-fac), psychiatrische verzorgingstehuizen en gemengde groeperingen beginnend met 094 (REFAC): nummer UCP (zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen)
	VI200	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
(☞1,16, 22,23, 28,32, 45,45corr2)	VI300	300 voor de leden van de ziekenfondsen 304, 305, 309, 311, 315, 317, 319, 322, 323 en 325. 306 voor de leden van ziekenfonds 306. Uitzonderingen: • Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300 • E-fac huisartsen: ○ voor de Waalse ziekenfondsen (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319 ○ voor de Vlaamse ziekenfondsen (304, 309, 311 en 322) en ziekenfonds 306 = mutualiteit van aansluiting • E-fac tandartsen: ○ voor de Waalse ziekenfondsen (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 315 ○ voor de Vlaamse ziekenfondsen (304, 309, 311 en 322) en ziekenfonds 306 = mutualiteit van aansluiting • E-fac specialisten: ○ voor de Waalse ziekenfondsen (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 ○ voor de Vlaamse ziekenfondsen (304, 309, 311 en 322) en ziekenfonds 306 = mutualiteit van aansluiting
	VI400	= 400
(☞11)	VI500	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI600	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)
	VI900	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
(☞ 10,45) - Medisch-psycho-sociale revalidatieovereenkomsten met aids/HIV-referentiecentra:		
- jaarlijks basisforfait	0787754	0787765
- verhoogd jaarforfait	0787776	0787780
(☞ 45) - Specifiek forfait ingeval van zwangerschap	0787975	0787986
(☞ 45) - PrEP-jaarforfait	0787990	0788001
- Metabole ziekte		
- eerste revalidatiezitting	0775832	0775843
- tweede revalidatiezitting	0775854	-
- aanwezigheid huisarts/pediater	0775876	0775880
- Medisch-psycho-sociale begeleiding bij ongewenste zwangerschap		
- eerste forfait begeleiding ongewenste zwangerschap	0775132	
- tweede forfait begeleiding ongewenste zwangerschap	0775154	
- Functionele revalidatie van rechthebbenden die aan een gezichtsstoornis lijden (969)		
- Initieel bilan	0771234(°°)	0771245(°°)
- Tussentijds bilan	0771256(°°)	0771260(°°)
- Zitting in	0771271(°°)	0771282(°°)
- Zitting out	0771293(°°)	0771304(°°)
- Groepszitting	0771315(°°)	0771326(°°)
- Cerebral Palsy - referentiecentra		
- Verstrekkings art. 7, 1)	0783510	0783521
- Verstrekkings art.7, 2)	0783532	0783543
- Verstrekkings art.7, 3)	0783554	0783565
- Verstrekkings art.13, §4, 1ste lid	0783576	0783580
- Verstrekkings art.13, §4, 2de lid	0783591	0783602
- Spina Bifida - referentiecentra		
- Verstrekkings art.12bis, §2, 1): jaarforfait rechthebbende < 3j	0783650	0783661
- Verstrekkings art.12bis, §2, 2): jaarforfait rechthebbende 3 tem 18j	0783672	0783683
- Verstrekkings art.12bis, §2, 3): jaarforfait rechthebbende 19j of ouder	0783694	0783705
- Verstrekkings art.13, §4, 1ste lid: deelname van behandelend arts aan multidisciplinaire teamvergadering	0783716	0783720
- Verstrekkings art.13, §4, 2de lid: deelname van behandelend kinesitherapeut aan multidisciplinaire teamvergadering	0783731	0783742
(☞ 5) - Referentiecentra voor autismespectrumstoornissen (774-6)		
- diagnostische zitting (1 uur)	0784571(°°)	0784582(°°)
- coördinatiezitting	0783635(°°)	0783646(°°)
- Referentiecentra voor kindernefrologie		
- jaarlijkse verstrekking	0787511	0787522
- Geheugenkliniek		
- Zitting in de kliniek	0784512	0784523
- Zitting thuis (1 ^{ste} zitting)	0784534	-
- Zitting thuis (2 ^{de} zitting dezelfde dag)	0784556	-
(☞ 9) - Medische en psychosociale begeleiding bij behandeling gevolgen vrouwelijke genitale verminkingen		
- Zitting	0784593	0784604
- Reconstructieve operatie (met inbegrip van de algemene anesthesie)	0784615	0784626
(☞ 33) - Transgenderzorg		
- Zitting	0787916	0787920
- Gesprek	0787931	0787942
- Geneesmiddelenforfait	0787953	0787964
(☞ 57) - Familiale zitting	0791571	0791582
(☞ 57) - Groepszitting (prijs per rechthebbende die aan de zitting deelneemt)	0791792	0791803
(☞ 11) - Coördinatiecentrum voor hemofilie	0787813	0787824
(☞ 11) - Referentiecentrum voor hemofilie	0787791	0787802
(☞ 39) - Centra lymfoedeem: behandelingsdag	0779973	0779984

(☞ 44) (°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
1. Specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden in psychiatrische ziekenhuizen en chronische ziekenhuizen (geïsoleerde Sp- en G-diensten) (= ziekenhuizen buiten forfaitarisering)		
(☞3) categorie SA	-	0750724
(☞3) categorie SAgc	-	0750842
categorie SAR	-	0753723
(☞3) categorie SB	-	0750746
(☞3) categorie SBgc	-	0750864
categorie SBr	-	0753745
(☞3) categorie SC	-	0750761
(☞3) categorie SCgc	-	0750886
categorie SCr	-	0753760
(☞3) categorie SCs	-	0750783
(☞3) categorie SCsgc	-	0750901
categorie SCsr	-	0753782
(☞3) categorie SCx	-	0750805
(☞3) categorie SCxgc	-	0750923
categorie SCxr	-	0753804
categorie van alle niet terugbetaalbare geneesmiddelen	-	0750820
categorie SFa	-	0757606
categorie SFb	-	0757621
(☞4,46) contrastmiddelen categorie B, Bgc, Br aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)(ATC-klasse V08)	-	0757945
(☞30,37,46) categorie A, Agc, Ar aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759021
(☞30,37,46) categorie B, Bgc, Br aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759043
(☞37,46) categorie C, Cgc, Cr aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759625
(☞37,46) categorie Cs, Csgc, Csr aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759640
(☞37,46) categorie Cx, Cxgc, Cxr aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759662
(☞30,37,46) categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759065
(☞30,37,46) categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759080
(☞42, 53,55) niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan vrouwen < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming)	-	0795023
2. Specialiteiten afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden		
(☞3) categorie SA	0750912	-
(☞3) categorie SAgc	0750853	-
categorie SAR	0753911	-
(☞3) categorie SB	0750934	-
(☞3) categorie SBgc	0750890	-
categorie SBr	0753933	-
(☞3) categorie SC	0750956	-
(☞3) categorie SCgc	0750875	-
categorie SCr	0753955	-
(☞3) categorie SCs	0750971	-
(☞3) categorie SCsgc	0750831	-
categorie SCsr	0753970	-
(☞3) categorie SCx	0750993	-
(☞3) categorie SCxgc	0750816	-
categorie SCxr	0753992	-
categorie van alle niet terugbetaalbare geneesmiddelen	0751015	-
Zuurstofgas	0751030	-
Vloeibare zuurstof	0751052	-
categorie SFa	0757632	-
categorie SFb	0757654	-
(☞4,46) contrastmiddelen cat. B, Bgc, Br aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) (ATC-klasse V08)	0757912	-
(☞1,53,57) vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan vrouwen < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming	0757956	-
(☞1,53,57) niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan vrouwen < 25 of met recht op verhoogde tegemoetkoming	0757971	-
(☞30,37,46) categorie A, Agc, Ar aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759091	-
(☞30,37,46) categorie B, Bgc, Br aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759113	-
(☞37,46) categorie C, Cgc, Cr aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759673	-
(☞37,46) categorie Cs, Csgc, Csr aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759695	-
(☞37,46) categorie Cx, Cxgc, Cxr aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759710	-
(☞30,37,46) categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759135	-
(☞30,37,46) categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	0759150	-

3. Dit punt werd geschrapt.

RUBRIEK : DATUM VOORSCHRIFT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 100

Indien het gaat om prestaties die op voorschrift werden verricht moet in deze zone de datum van het voorschrift worden vermeld.

Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen + bijhorende statistische records :

- (€7) In het record van de forfaitaire honoraria moet de datum van de forfaitaanvraag op document 703ter of MyCarenetbericht 410000 worden vermeld.
- (€7) In de statistische records moet de datum van het voorschrift worden vermeld, voor zover de nomenclatuur een voorschrift vereist; indien het gaat om hygiënische zorgen, bevat deze zone de datum van de toiletaanvraag op het document 703ter of MyCarenetbericht 410000; indien het gaat om basisverstrekkingen is deze zone steeds 0.

Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes :

De datum van de aanvraag om tegemoetkoming geldt als datum van het voorschrift.

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal

Deze zone is gelijk aan nul.

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten

De datum van het voorschrift moet in deze zone vermeld worden.

(€57) Echelonnering

De datum van het verwijsformulier van de huisarts moet in deze zone vermeld worden.

Deze zone is gelijk aan 0 indien R 50 Z 26 = 0, 3 of 4, met uitzondering van bepaalde verpleegkundige zorgen (zie tabellen in R 50 Z 4).

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

- De werkwijze om het nummer van de voorschrijver te bekomen is dezelfde als de wijze waarop het identificatienummer van de verstrekker wordt bekomen (zie recordtype 50 zone 15).
- (☞8,57) - Het nummer moet vermeld worden als recordtype 50 zone 26 = 1, 2, 4, 5, 6 of 9.
- Het nummer = 0 als recordtype 50 zone 26 = 0 of 3.
- Indien het gaat om een buitenlandse voorschrijver, moet volgende pseudo-identificatiecode worden gebruikt : 01.00000.07.999
- (☞14) Op de website van het RIZIV (op de pagina “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een voorschrijver moet vermeld worden. Deze lijst wordt regelmatig geactualiseerd.
- (☞7) Voor prestaties die niet op de lijst staan, mag er geen voorschrijver ingevuld worden en moet deze zone dus verplicht met nullen opgevuld worden.

Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen + bijhorende statistische records.

In de statistische records moeten de gegevens betreffende de voorschrijver worden meegedeeld in zoverre ze door de bepalingen van de nomenclatuur worden vereist.

In het record van de forfaitaire honoraria wordt één van de voorschrijvers vermeld uit de bijhorende statistische records; indien in de bijhorende statistische records geen voorschrijver wordt vermeld is deze zone eveneens gelijk aan nul.

Mammografie in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek (0450192 - 0450203 en 0450214 – 0450225):

- Indien de prestatie werd voorgeschreven: voorschrijver moet vermeld worden.
- Indien de uitnodiging van de overheid als voorschrift geldt: pseudo-voorschrijver 01.00001.06.999 moet vermeld worden.

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal

Identificatienummer van de arts die het materiaal heeft aangevraagd en de transplantatie uitvoert = arts die verantwoordelijk is voor de greffe = arts die het attest betreffende het gebruik ondertekent.

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten

Identificatienummer van de arts van de verplegingsinrichting die het product aangevraagd (voorgeschreven) heeft.

(☞57) Echelonnering (KB 26 november 2006)

Voor raadplegingen bij artsen-specialisten die worden gefactureerd met verminderd persoonlijk aandeel (omdat de patiënt doorverwezen werd door een huisarts), moet het identificatienummer van de verwijzende huisarts in deze zone vermeld worden. In zone 26 moet in dat geval de normcode 2 vermeld worden.

RUBRIEK : NORM VOORSCHRIJVER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 127

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Geen voorschrijver.
1	De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver.
(☞ 55, 57) 2	Echelonnering (de verstrekking wordt gefactureerd met verminderd persoonlijk aandeel) (het identificatienummer van de verwijzende huisarts moet vermeld worden in de zone 24-25).
3	De verstrekkingen worden verricht voor eigen patiënten.
4	Het betreft toegevoegde verstrekkingen.
(☞ 4) 5	De verstrekking kan toegeschreven worden aan 1 voorschrijver en werd gesubstitueerd.
(☞ 4) 6	De verstrekking is voorgeschreven door meerdere voorschrijvers en werd gesubstitueerd.
9	De verstrekking is voorgeschreven door meerdere voorschrijvers. Het identificatienummer van één van hen wordt opgenomen in de zone van de voorschrijver (recordtype 50 zone 24-25).

Voor verpleegkundige zorgen is de norm voorschrijver gelijk aan 0, 1 of 9.