

**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 2021
BIJWERKING 2021/12 – Publicatie 07-02-2023**



RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
GALILEELAAN 5/1 - 1210 BRUSSEL

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

**INSTRUCTIES VOOR DE FACTURATIE VIA MAGNETISCHE DRAGER
OF VIA ELEKTRONISCHE WEG**

BIJWERKING 2021/12

Te vervangen bladzijden :

- Bladzijden 2, 30 ;
- Bijlagen 12.1, 12.5, 25.1, 25.2, 25.3, 25.6, 25.7 ;
- R 20 Z 10 ;
- R 21 Z 5 ;
- R 30 Z 3, Z 4 V 4, Z 13 ;
- R 50 Z 4 V 4, Z 4 V 12, Z 13, Z 13 V 2, Z 14 V 2, Z 14 V 4, Z 14 V 5, Z 15, Z 15 V 1, Z 27 V 1, Z 30-31, Z 47.

1. eFac –sector kine, bladzijde 2.

Wat betreft de elektronische facturatie voor de sector kine werd tijdens bijwerking 2021/5 verduidelijkt dat in R 10 Z 13 de waarde "040" (uitzondering e-fac) gebruikt moet worden, wat concreet betekent dat er dagelijks gefactureerd kan worden. Dit staat nu ook vermeld op pagina 2 van de instructies.

2. Nieuwe GD voor ambtshalve ingeschreven gedetineerden bij HZIV, bladzijde 30.

Voor de ambtshalve ingeschreven gedetineerden werd een nieuwe Gewestelijke Dienst bij de HZIV gecreëerd. Deze verzekerden mogen opgenomen worden in de zending van de verzekerden HZIV (600). Aan de andere kant mogen niet alle geleverde verstrekkingen voor deze patiënten worden gefactureerd met een waarde 9 in zone 33 omdat de remgeld niet ten laste wordt aangerekend aan de VI.

Patiënten die eerder bij een andere federatie 600 waren ingeschreven, blijven aangesloten bij hun oorspronkelijke ziekenfonds.

3. Medische huizen (per forfait) – prestaties per akte, bijlagen 12.1, 12.5, R 50 Z 5, R 50 Z 6a-6b, R 50 Z 15, R 50 Z 27 V 1 en R 50 Z 30-31.

De medische huizen zullen bepaalde prestaties per akte, die vermeld staan op een lijst (die via een omzendbrief gepubliceerd zal worden) kunnen aanrekenen.

Toepassingsdatum : verstrekkingen verricht vanaf 01/02/2023.

4. Lectuur eID ziekenhuizen, bijlagen 25.1, 25.2, 25.3, 25.6, 25.7 en R 21 Z 5.

Het concept "hergebruik" wordt vervangen door dat van "herhaling/kopie".

De bedoeling van het concept van hergebruik om voor een aantal situaties een gemakkelijke technische oplossing te bieden, werd niet bereikt en dit concept wordt daarom geschrapt. De waarde 9 in R 21 Z 5 wordt dus geschrapt.

De meeste situaties waarvoor het concept van hergebruik voorzien was, kunnen opgelost worden door eerder gecapteerde leesgegevens te gebruiken en/of een reeds eerder vermelde R21 te herhalen/kopiëren. Het geval van overlijden, dat niet op deze manier kan opgelost worden, wordt toegevoegd aan de lijst met uitzonderingen.

De herindieningen, correctiefacturen en complementaire facturen worden geschrapt van de lijst van uitzonderingen. Creditnota's zijn geen probleem en blijven in deze lijst.

5. Parenterale voeding, bijlage 25.3, R 50 Z 4 V 4, R 50 Z 14 V 1 en R 50 Z 15 V 1.

De 2 overeenkomsten "behandeling kinderen met ernstige afkeer van orale voeding" en "opleiding en opvolging parenterale voeding thuis" hebben ondertussen een andere wettelijke basis en daarom werden de verwijzingen naar art.56 geschrapt uit de instructies.

6. Forfaits hoofd- en, hand- en voetkoeling, R 20 Z 10, R 30 Z 3, R 30 Z 4 V 4, R 30 Z 13, R 50 Z 13 en R 50 Z 13 V 2.

Er is een nieuwe wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst ziekenhuizen – VI gesloten die voorziet in twee nieuwe forfaits :

763932 - 763943 : hoofdhuidkoeling ter preventie van haarverlies bij chemotherapie

763954 - 763965 : hand- en voetkoeling via hilotherapie ter preventie van chemotherapie-geïnduceerde perifere neuropathie en nageltoxiciteit

Deze nieuwe forfaits kunnen enkel samen (op dezelfde dag) gefactureerd worden met een maxiforfaitoncologie en volgen dus dezelfde facturatieregels als dit maxiforfait (recordtype 30, factuurtype 9, pseudo-dienstcode 730).

Toepassingsdatum : verstrekkingen verricht vanaf 01/01/2023.

7. Overeenkomst “eerstelijns psychologische zorg”, R 50 Z 4 V 12, Z 14 V 2, R 50 Z 15 V 1.

Sinds 1 september 2021 gebeurt de facturatie van de verstrekkingen in het kader van de overeenkomst “eerstelijns psychologische zorg” niet meer via het reguliere facturatiecircuit, maar wordt dit beheerd door de VZW IM. De betreffende verstrekkingen werden gemarkeerd met een sterretje.

8. Implantaten - Dossier “resorbeerbare antibacteriële envelop”, R 50 Z 14 V 4.

Een nieuwe verstrekking 184015-184026 is gecreëerd en kan enkel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering indien ze is uitgevoerd in een ziekenhuis dat een erkenning van het zorgprogramma cardiale pathologie P heeft.

Toepassingsdatum : verstrekkingen verricht vanaf 01/01/2023.

9. Overeenkomst niertransplantatie, R 50 Z 14 V 5 en R 50 Z 15 V 1.

Een nieuwe overeenkomst met betrekking tot de financiering van machineperfusie bij niertransplantatie en aferese bij ABO-incompatibele levende-donor niertransplantatie is in werking getreden op 1 september 2022. Voor de betreffende verstrekkingen wordt gespecificeerd hoe de zones “plaats van verstrekking” en “identificatie verstrekker” moeten worden ingevuld.

Toepassingsdatum : verstrekkingen verricht vanaf 01/09/2022.

10. Schrapping pseudo-code “dermatologisch advies op afstand”, R 50 Z 15 V 1.

De code 103390 is geschrapt vanaf 30/11/2021.

11. Basiswaarde verstrekking, R 50 Z 47.

De zone “basiswaarde” moet enkel ingevuld worden indien er ook daadwerkelijk een supplement aangerekend wordt.

Toepassingsdatum : gefactureerde maand maart 2023 (R 10 Z 22-23 ≥ 0202303).

12. Lijst “betrekkelijke verstrekking”.

Geen wijzigingen.

13. Lijst « voorschrijver ».

Toegevoegde codes			
Van	Tot	Numac	Toepassingsdatum
596724	/	2022030162	01/02/2023

Tijdens bijwerking 2021/11 werden de pseudo-codes betreffende radio-farmaceutische producten toegevoegd aan de lijst "voorschrijver". Sommige van deze codes waren al meer dan twee jaar geschrapt en worden daarom van de lijst "voorschrijver" geschrapt.

14. Lijst « zone 23 ».

Als gevolg van een Koninklijk Besluit dat op 6 februari 2023 werd gepubliceerd en dat een nieuwe diagnostische regel voor de verstrekking 545915-545926 invoert, is deze laatste toegevoegd aan de lijst "zone 23".

15. Lijst « foutcodes ».

In het kader van lectuur eID wordt de datum van inwerkingtreding van de foutcodes R 521610, R 521611 en R 521612 met betrekking tot de controle van de zone "serienummer drager" uitgesteld tot 1 maart 2023.

16. Lijst « behandeld lid ».

Geen wijzigingen.

1. Algemene procedure.

De afrekening (facturatie) geschiedt per maand; daarmee wordt een maandelijks periodiciteit bedoeld (= periode tussen twee opeenvolgende afrekeningen bedraagt een maand), onafgezien de dag van de maand waarop de afrekening gebeurt.

De derdebetalder (zorgverlener/inrichting) maakt elke maand één facturatiebestand over aan de betrokken verzekeringsinstelling op nationaal niveau.

Het facturatiebestand bevat alle facturen van de afrekening over een maand gegroepeerd per ziekenfonds volgens het opnamenummer in geval van hospitalisatie en volgens het volgnummer van de individuele facturen ingeval van ambulante prestaties

De volgorde waarop de facturen in het facturatiebestand worden overgenomen dient overeen te stemmen met de volgorde waarin de papieren facturen worden overgemaakt.

De volgorde van de prestaties op de papieren facturen zou in de mate van het mogelijke dienen behouden te worden bij het registreren van de gegevens in het facturatiebestand.

Basisprincipe:

Er wordt slechts één facturatiebestand per maand en per derdebetalersnummer aanvaard.

Uitzonderingen:

(12) In het kader van e-fac (facturerende derde = (groepering/wachtpost van) huisartsen of specialisten of tandartsen of kinesitherapeuten) wordt maximaal één facturatiebestand per dag per derdebetalersnummer aanvaard (uitzondering: VI300 aanvaardt twee facturatiebestanden per dag per derdebetalersnummer, één voor mutualiteit 306 en één voor de overige mutualiteiten).

Voor (groeperingen) van vroedvrouwen is het mogelijk om af te wijken van het maximum aantal zendingen per maand. Dit moet aangeduid worden met waarde '050' in R 10 Z 13.

Voor de ziekenhuizen worden ten hoogste 3 facturatiebestanden aanvaard per maand (voor psychiatrische ziekenhuizen: per trimester t.e.m. gefactureerde maand juni 2020, per maand vanaf gefactureerde maand juli 2020), namelijk:

- een bestand voor de facturering van de verstrekkingen verricht aan gehospitaliseerde patiënten
- een bestand voor de facturering van de verstrekkingen verricht aan niet-gehospitaliseerde patiënten
- een bijkomend correctiebestand

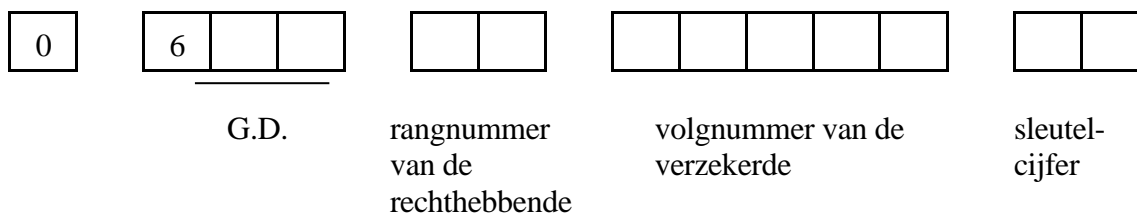
Indien binnen het ziekenhuis een groepering van zorgenverstrekkers werkzaam is (medische raad) kan deze afzonderlijk factureren volgens de modaliteiten vastgelegd in de verordening van 28 juli 2003. Per verplegingsinrichting en per maand (per trimester voor psychiatrische ziekenhuizen t.e.m. gefactureerde maand juni 2020, per maand vanaf gefactureerde maand juli 2020) mogen dus MAXIMAAL 6 facturatiebestanden afgeleverd worden, namelijk:

- een bestand van de ziekenhuisbeheerder voor de facturatie van verstrekkingen verricht aan gehospitaliseerde patiënten
- een bestand van de ziekenhuisbeheerder voor de facturatie van verstrekkingen verricht aan niet-gehospitaliseerde patiënten
- een bijkomend correctiebestand van de ziekenhuisbeheerder
- een bestand van de groepering van verstrekkers voor de facturatie van verstrekkingen verricht aan gehospitaliseerde patiënten
- een bestand van de groepering van verstrekkers voor de facturatie van verstrekkingen verricht aan niet-gehospitaliseerde patiënten
- een bijkomend correctiebestand van de groepering van verstrekkers

Het bijkomend correctiebestand moet geïdentificeerd worden met de waarde '030' in R 10 Z 13. Het kan enkel facturen bevatten met type facturering (R 20 Z 11) = 1, 3 of 4 (herindiening, creditnota of correctiefactuur).

In uitzonderlijke gevallen is het mogelijk dat voor een maand een bijkomende facturatie kan worden ingediend (bv. Afsluiting probleemgevallen einde jaar). In een dergelijk geval moet dit worden aangegeven in de R 10 Z 13;

f) Structuur van het identificatienummer van de **HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING**.



Identificatienummer :

1) **Het eerste cijfer is een 0** - 1 numerieke positie

2) **Verzekeringsinstelling - gewestelijke dienst** - 3 numerieke posities

- het tweede cijfer is een 6 (V.I. = Hulpkas)
- de volgende twee cijfers identificeren het gewestelijk bureau in de gewestelijke dienst of de gewestelijke dienst in de V.I.

De twee cijfers kunnen uitsluitend de volgende zijn :

- 01 : gewestelijke dienst Antwerpen
- 02 : gewestelijke dienst Brussels Hoofdstedelijk Gewest
- 03 : gewestelijke dienst West-Vlaanderen
- 04 : gewestelijke dienst Oost-Vlaanderen
- 05 : gewestelijke dienst Henegouwen - bureau van Bergen
- 15 : gewestelijke dienst Henegouwen - bureau van Charleroi
- 06 : gewestelijke dienst Luik
- 07 : gewestelijke dienst Limburg
- 08 : gewestelijke dienst Luxemburg
- 09 : gewestelijke dienst Namen
- 10 : gewestelijke dienst Eupen-Malmédy - bureau van Eupen
- 20 : gewestelijke dienst Eupen-Malmédy - bureau van Malmédy
- 12 : gewestelijke dienst Vlaams Brabant
- 22 : gewestelijke dienst Waals Brabant
- (☞ 12) 95 : gewestelijke dienst Speciale Sociale Categorie

Elektronische facturatie via MyCareNet door de medische huizen (met forfait).

Principes

In 2020 zal de sector van de medische huizen overstappen op het elektronisch beheer van alle fluxen betreffende inschrijvingen, uitschrijvingen en mutaties en naar elektronische facturatie via MyCareNet (met uitzondering van prestaties per akte en/of technische prestaties).

Het project omvat drie diensten :

1. MyCareNet - Dienst abonnement :
Deze dienst zorgt ervoor dat de aanvragen, de notificaties van einde inschrijving en de annulaties van aanvragen elektronisch beheerd kunnen worden teneinde het administratief proces van de medische huizen en de verzekeringsinstellingen te vereenvoudigen.
De dienst bestaat uit 3 fluxen :
 - Aanvraag abonnement (= inschrijving)
 - Notificatie van einde inschrijving (= uitschrijving)
 - Annulatie
2. MyCareNet - Member Data (MDA) (synchroon) : Uitbreiding van de stroom verzekerbaarheid die zal toelaten om een factuur zonder fouten op te maken. De medische huizen zullen toegang hebben tot:
 - de verzekerbaarheidsgegevens
 - de gegevens over het abonnement (vermelding of de patiënt ingeschreven is in een medisch huis: periode begin (en eventueel einde), RIZIV-nummer van het medisch huis).
3. MyCareNet – Elektronische facturatie (MyCareNet-bericht 920000)

Deze 3 diensten zullen de bestaande papieren fluxen en de facturatie via CD-Rom vervangen.

Elektronische facturatie MyCareNet

1. De facturatie die vandaag via CD-Rom aan de VI's overgemaakt wordt, zal uitsluitend via MyCareNet (bericht 920000) overgemaakt worden, maar nog steeds 1 keer per maand.
Het betreft enkel de forfaits en zorgtrajecten (niet de technische prestaties of de prestaties per akte).
Vanaf 01/02/2023 kunnen de medische huizen ook bepaalde prestaties per akte (gepubliceerd via omzendbrief) aanrekenen.
2. Er moet geen enkele wijziging gebeuren aan de lay-out of de inhoud van het elektronisch facturatiebestand dat momenteel via CD-Rom verstuurd wordt.
3. Het zal niet meer gaan om een voorafgaandelijke facturatie. Men zal moeten wachten tot de 1^{ste} dag van de maand om de facturatie te versturen. Maar deze termijn wordt gecompenseerd door de snelheid van versturen van het facturatiebestand naar de VI via MyCareNet.

Voorbeeld: medisch huis « A » wenst zijn facturatie van de maand september (forfaits van 01/09 tot 30/09) via MyCareNet over te maken aan de verzekeringsinstellingen:

Stap 1: het medisch huis stuurt, ten vroegste op 1 september, een aanvraag MDA (MyCareNet-bericht Member data) voor al de patiënten die bij haar ingeschreven zijn (bv. 1.500 patiënten).

Stap 2: de VI's sturen een antwoord met de gegevens over het « abonnement » voor deze patiënten (1500 patiënten) alsook hun verzekerbaarheid.

Stap 3 : het medisch huis maakt en verstuurt, ten vroegste op 1 september, haar facturatie in functie van de gegevens die door de VI overgemaakt werden in het MyCareNet-bericht Member Data (MDA).

(12)

(12)

Recordtype 50				
Zone	Lengte	Posities	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
1	2 N	1 - 2	recordtype 50	Altijd 50
2	6 N	3 - 8	volgnummer record	Sequentieel vanaf 1, volgt R 10
3	1 N	9 - 9	norm verstrekking (percentage)	Nul
4	7 N	10 - 16	Nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode	M = 0109616; K = 0509611; I = 0409614; <i>opvolgingdiabmh = 0109594;</i> <i>Bepaalde prestaties per akte</i>
5	8 N	17 - 24	datum eerste verrichte verstrekking	zie zone
6 a	4 N	25 - 28	datum laatste verrichte verstrekking (deel 1)	zie zone
6 b	4 N	29 - 32	datum laatste verrichte verstrekking (deel 2)	JJJJMMDD
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting	Ziekenfonds van aansluiting van de patiënt
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)	INSZ van de patiënt
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)	
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende	M = 1, V = 2
10	1 N	50 - 50	bevalling	Nul
11	1 N	51 - 51	verwijzing financieel rekeningnummer	Nul
12	1 N	52 - 52	nacht, weekeinde, feestdag	
13	3 N	53 - 55	dienstcode	990
14	12 N	56 - 67	plaats van verstrekking	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
15	12 N	68 - 79	identificatie verstrekker	zie zone
16	1 N	80 - 80	norm verstrekker	
17	4 N	81 - 84	betrekkelijke verstrekking (deel 1)	
18	3 N	85 - 87	betrekkelijke verstrekking (deel 2)	
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	Bedrag tussenkomst VI voor de prestatie
20	7 N	100 - 106	datum voorschrift (deel 1)	
21	1 N	107 - 107	datum voorschrift (deel 2)	
22	1 A + 4 N	108 - 112	teken + aantal eenheden	+0001
23	2 N	113 - 114	afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	
24	5 N	115 - 119	identificatie voorschrijver (deel 1)	
25	7 N	120 - 126	identificatie voorschrijver (deel 2)	
26	1 N	127 - 127	norm voorschrijver	
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient	+000000000
28	25 A	138 - 162	referentie instelling	Voorbehouden voor de instelling die factureert
29	2 N	163 - 164	behandelde tand	
30	1 A + 1 N	165 - 166	teken + bedrag supplement (deel 1)	+000000000
31	8 N	167 - 174	bedrag supplement (deel 2)	
32	1 N	175 - 175	uitzondering derdebetalersregeling	
33	1 N	176 - 176	code facturering persoonlijk aandeel of supplement	
34	1 N	177 - 177	behandeld lid	
35	1 N	178 - 178	geconventioneerde verstrekker	
36	1 N	179 - 179	uur van prestatie (deel 1)	
37	3 N	180 - 182	uur van prestatie (deel 2)	
38	12 N	183 - 194	identificatie toedienaar bloed	
39	10 N	195 - 204	nummer attest van toediening (deel 1)	
40	2 N	205 - 206	nummer attest van toediening (deel 1)	
41	6 A	207 - 212	nummer afleveringsbon of zak (deel 1)	
42	6 A	213 - 218	nummer afleveringsbon of zak (deel 2)	
43a	11 N	219 - 229	code implant (deel 1)	
43b	1 N	230 - 230	code implant (deel 2)	
44	4 A	231 - 234	omschrijving product (deel 1)	
45	26 A	235 - 260	omschrijving product (deel 2)	
46	1 N	261 - 261	norm plafond	
47	1 A + 7 N	262 - 269	basiswaarde verstrekking	+0000000
48	1 N	270 - 270	transplantatie	
49	12 N	271 - 282	identificatie bijkomende verstrekker	
50 a	3 N	283 - 285	aandeel in forfait	steeds 0
50 b	1 N	286 - 286	reserve	
51	6 N	287 - 292	ziekenhuissite	
52	12 N	293 - 304	identificatie associatie zorggebied	
53	8 A	305 - 312	ritnummer (deel 1)	
54a	3 A	313 - 315	ritnummer (deel 2)	
54b	5 N	316 - 320	reserve	
55	8 N	321 - 328	notificatiecode implantaat (deel 1)	
56	4 N	329 - 332	notificatiecode implantaat (deel 2)	
57	4 N	333 - 336	reserve	
58	4 N	337 - 340	reserve	
59	6 N	341 - 346	reserve	
98	2 N	347 - 348	reserve	
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record	Controlecijfers van de record

Lectuur identiteitsgegevens in ziekenhuismilieu – record 21

(☞5) Deze bijlage is van toepassing voor alles wat door een ziekenhuis wordt gefactureerd (R 10 Z 14 = ziekenhuisnr. 710/720)

1. Principes**1.1 Klassieke hospitalisatie**, R 20 Z 10 (factuurtype) = 1

- 1 lectuur per hospitalisatie.
- Deze lectuur vindt plaats binnen de 3 dagen na de datum van opname.
- Eén record 21 per factuur met de gegevens van de lezing.

(☞11) Voor de verblijven verdeeld over verschillende facturen (trimester- of jaarafsluiting, mutatie, wijziging verzekeraar (wijziging CG1/CG2 of verzekerd/onverzekerd), moet elke factuur een record 21 bevatten. In dat geval worden de leesgegevens die bij de opname gecapteerd werden (binnen de 3 dagen) herhaald op elke factuur. R 21 van de 1^{ste} factuur van het verblijf wordt dus gekopieerd naar alle volgende facturen van het verblijf.

- (☞12) - De voorafgaandelijke lezing tijdens een passage op spoed dezelfde dag of de vorige dag kan worden gebruikt. R 21 van de ambulante factuur (spoed) wordt dus herhaald (gekopieerd) op de hospitalisatiefactuur.
- (☞12) - In geval van herfacturatie door het ziekenhuis aan het ziekenfonds van de patiënt indien er eerst als arbeidsongeval werd gefactureerd maar het achteraf niet als een arbeidsongeval erkend wordt, mogen de leesgegevens die bij de opname gecapteerd werden (binnen de 3 dagen) gebruikt worden.
- (☞12) - In geval van herindieningen, correctiefacturen en complementaire facturen (R 20 Z 11 = 1, 2, 4 of 5), moet altijd een recordtype 21 worden vermeld, of het nu gaat om een herhaling/kopie van de oorspronkelijke R 21 of om een nieuwe R 21 (als de oorspronkelijke factuur nog geen R 21 had en om die reden is verworpen).
 - Lectuur tijdens pre-opname volstaat niet.

1.2 Daghospitalisatie en ambulante zorgen, R 20 Z 10 (factuurtype) = 3, 4 of 9

- Eén lectuur per dag.
- Deze lectuur vindt plaats bij aankomst in het ziekenhuis en dus voorafgaand aan de 1ste verstrekking
- Eén record 21 per dag met de gegevens van de dagelijkse lezing.
- Indien de factuur (R20-80) prestaties uitgevoerd op verschillende dagen bevat, dan moeten in de betreffende factuur (R20-80) meerdere records 21 vermeld worden (1 record 21 voor elke dag).
Uitzondering : indien het gaat om een ambulante behandeling op de spoed van enkele uren verdeeld over 2 dagen (bv. aankomst op de spoed om 22u en vertrek om 1u 's morgens), dan volstaat één enkele lectuur (ofwel dag x van aankomst op de spoed, ofwel dag x +1).

- Indien de daghospitalisatie of ambulante zorgen verdeeld zijn over verschillende facturen (complementaire facturen, ...), moet elke factuur een record 21 bevatten.
- (☞1) - Voor verstrekkingen van art. 8 van de nomenclatuur (verpleegkundige zorg) die gefactureerd worden door een ziekenhuis, moeten de modaliteiten van de verpleegkundigen gevolgd worden (behalve indien de verstrekkingen verricht worden in een praktijkkamer binnen het ziekenhuis).
Concreet betekent dit dat er een record 21 per patiëntencontact nodig is (dus ingeval van meerdere contacten per dag → meerdere records 21).
- (☞12) - In geval van herindieningen, correctiefacturen en complementaire facturen (R 20 Z 11 = 1, 2, 4 of 5), moet altijd een recordtype 21 worden vermeld, of het nu gaat om een herhaling/kopie van de oorspronkelijke R 21 of om een nieuwe R 21 (als de oorspronkelijke factuur nog geen R 21 had en om die reden is verworpen).

1.3 Recurrente behandelingen, (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, dialyse, MBV, nabehandeling revalidatie).

- (☞3) - Minimum één lectuur per factuur (datum van lezing = één van de datums van de recurrente behandeling)
- Minimum één record 21 met leesgegevens per factuur.
- Voor verstrekkingen klinische biologie die uitgevoerd worden in het kader van recurrente behandelingen en tegelijk daarmee gefactureerd worden (op dezelfde factuur), volstaat één record 21 per factuur (nl. de record 21 met betrekking tot de factuur die zowel de recurrente zorgen als de prestaties klinische biologie bevat).

- (☞1) - Lijst van de betreffende recurrente behandelingen :
- Chemotherapie/immunotherapie : (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 en 767933-767944
 - radiotherapie (art. 18 §1 van de nomenclatuur) : codes 444113-444124, 444135-444146, 444150-444161, 444172-444183, 444194-444205, 444216-444220, 444231-444242, 444253-444264, 444290-444301, 444312-444323, 444334-444345, 444356-444360, 444371-444382, 444614-444625, 444393-444404, 444415-444426, 444430-444441, 444452-444463, 444474-444485, 444496-444500, 444511-444522, 444533-444544, 444555-444566, 444570-444581 en 444592-444603
- Opmerking : *De lezing kan gebeuren bij de simulatie op voorwaarde dat de simulatie op dezelfde factuur als de behandeling staat*
- honoraria en forfaitaire tegemoetkomingen uit de overeenkomst betreffende de financiering van dialyse : (pseudo)-codes 470293-470304, 470330-470341, 470315-470326, 470890-470901 en 767594, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767756, 767782 en 767804
 - forfaits MBV : (pseudo)-codes 757293, 757315 en 757330
 - nabehandeling revalidatie : (pseudo)-code 762974

1.4 Factuur met enkel zorgen waarvoor geen lezing van identiteitsdocument vereist is, (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes van de exhaustieve lijst van zorgen waarvoor geen lectuur van het identiteitsdocument vereist is, punt 2.5 bijlage 25.3)

- Geen lectuur.
- Geen record 21 met leesgegevens.
- Exhaustieve lijst van zorgen waarvoor geen lectuur van het identiteitsdocument vereist is, punt 2.5 bijlage 25.3.

2. Uitzonderingen

2.1. Verificatie a posteriori (R 21 Z 5 = 4, 5, 6 of 8)

- (☞10) In de volgende gevallen kan de verificatie van de identiteit a posteriori gebeuren door manuele invoering van het INSZ-nummer in R 20 Z 8 en het serienummer in R 21 Z 9 (R 21 Z 5 = 8 zonder registratie van datum en uur van lectuur) of via a posteriori lectuur (R 21 Z 5 = 4, 5 , 6 met registratie van datum en uur van lectuur) :
- indien de patiënt geen geldig identiteitsdocument kan voorleggen op het moment van de zorgen
 - in geval de patiënt binnenkomt via spoed en vervolgens wordt gehospitaliseerd : voor de verstrekkingen verricht op de spoed wordt de identiteit van de patiënt gelezen binnen de 3 dagen die volgen op de dag van opname (hospitalisatie)
 - indien de patiënt 's avonds laat vóór middernacht aankomt op de spoed : voor de verstrekkingen verricht op de spoed mag de identiteit van de patiënt gelezen worden de volgende dag (*opmerking: mag ook de avond zelf*).
 - indien de prestatie wordt verleend buiten de administratieve openingsuren van het ziekenhuis
 - in geval van panne van het informaticasysteem
- (☞10) In het volgende geval kan de verificatie van de identiteit a posteriori gebeuren door manuele invoering van het INSZ-nummer in R 20 Z 8 en het serienummer in R 21 Z 9 (R 21 Z 5 = 8 zonder registratie van datum en uur van lectuur) :
- gebrek aan interconnectiviteit tussen software

De reden wordt geregistreerd in R 21 Z 8 (reden manuele invoering of a posteriori lectuur).

2.2. Manuele invoering voorafgaand aan de 1ste verstrekking (R 21 Z 5 = 7)

De identiteitsgegevens kunnen manueel ingevoerd worden (voorafgaand aan de 1ste verstrekking) in de volgende gevallen:

- onbeschikbaarheid van de kaartlezer
- gebruik van een identiteitsdocument zonder chip of met defecte chip

De reden wordt geregistreerd in R 21 Z 8 (reden manuele invoering of a posteriori lectuur).

2.3. Gebruik van het vignet als drager (R 21 Z 6 = 4)

In de volgende gevallen kan de verificatie van de identiteit gebeuren met behulp van een vignet door manueel het INSZ-nummer in te voeren of door de streepjescode op het vignet te lezen:

- In geval van overmacht als de patiënt geen identiteitsdocument bezit
- Ingeval van een prestatie waarvoor de reglementering geen gelijktijdige aanwezigheid van de patiënt en de zorgverstrekker vereist

De reden wordt geregistreerd in R 21 Z 7 (reden gebruik vignet).

2.4. Geen registratie van leesgegevens van het identiteitsdocument (geen record 21)

- (☞4) - Voor de rechthebbenden van minder dan 3 maanden oud. (Het is de leeftijd op het moment van opname die telt).
- (☞12) - In geval de verstrekking reeds verleend is en de patiënt binnen de maand na de verstrekking/opname overlijdt alvorens a posteriori verificatie kan plaatsvinden
- (☞4) - Voor de personen die van de verplichte ziekteverzekering genieten op basis van een Europese ziekteverzekeringskaart of een formulier S2 of van een formulier E111 of E128 of een Australische Medicare-card. Dit omvat ALLE en uitsluitend de patiënten met CT1 = 18X.
- (☞1) - Voor de volgende verstrekkingen:
 - (☞8,10) ○ prestaties multidisciplinaire consulten zonder aanwezigheid van de patiënt : (pseudo)-codes 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346, 105350-105361, 350114-350125, 350136-350140, 350151-350162, 350173-350184, 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420, 350475-350486, 350674-350685, 350696-350700, 350711-350722 en 350733-350744.
 - (☞8) ○ forfaits voor parenterale voeding thuis : (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413 en 751951 en codes 751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936.
 - orale chemotherapie : (pseudo)-codes 767852 en 767863
 - dringend ziekenvervoer naar ziekenhuis B dat wordt uitgevoerd en gefactureerd door ziekenhuis A : (pseudo)-codes 784416, 784431 en 784453 (deze codes gelden enkel nog voor helikoptervervoer, zie voetnoot R 50 Z 4 V 13)
 - (☞8) ○ dialyse bij de patiënt thuis : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 en 767830-767841 alsook de farmaceutische producten gefactureerd met dienstcode 750.
 - (☞11) ○ interventie spoedarts in MUG (waarbij patiënt niet naar het ziekenhuis wordt gebracht) : (pseudo)-codes 590472, 590435, 590446, 590413-590424 en 475075-475086 gecombineerd met 767056-767060 in betrekkelijke verstrekking.
 - huisbezoeken door psychiaters in het kader van mobiele teams : (pseudo)-codes 104473 en 104495
- (☞6) - Voor alle verstrekkingen klinische biologie, anatomo-pathologie en genetica (art. 3 § 1 AII, § 1 B (2 prestaties) en § 1 CI, art. 18 § 2, B, e, art. 24, art. 24bis, art. 32, art. 33, art. 33bis en art. 33ter van de nomenclatuur; verstrekkingen van de overeenkomst Genetic Counseling (589750, 589761, 589772, 589783, 589794, 589805); KB tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen (592815, 592911, 592992, 593014, 593110) en Covid-testen).
- (☞5) - Voor de forfaits in het kader van revalidatieovereenkomsten zoals bedoeld in artikel 22, 6° en 23, §3 van de gecoördineerde wet van 14/7/1994, namelijk de forfaits geattesteerd door het ziekenhuis in het kader van een revalidatie-overeenkomst (het betreft de pseudo-codes uit punten 16) en 17) van R 30 Z 4 (+ een beperkt aantal codes uit revalidatie-overeenkomsten die in R 50 gefactureerd worden), die met dienstcode 770 en type factuur 5 of 6 gefactureerd worden). De uitzondering geldt ook voor verstrekkingen die samen met het revalidatieforfait op dezelfde factuur van type 5/6 worden gefactureerd.
- (☞9) - Voor de ambulante pseudocodes van paragraaf 18) van R 30 Z 4 (overeenkomsten MS/ALS/Huntington : 764853, 764816, 764831, 770136, 770151 en 770173)
- Mobiele teams : waarbij het ziekenhuis louter de pseudocodes IN/OUT (793715, 793730, 793752 en 793774) en de huisbezoeken van de psychiater (104473, 104495) aanrekent
- (☞11) - Alle radiofarmaceutische producten (zie lijst op de RIZIV-website: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/radiopharma/Paginas/vergoedbare-radiofarmaceutische-referentielijsten-referentiebestanden.aspx>)
- (☞11) - De "advies" verstrekking van hoofdstuk II van de nomenclatuur (109012).
- (☞11, 12) - Voor de creditnota's (R 20 Z 11=3)
- (☞8) - Codes 96xxxx (niet-vergoedbare verstrekkingen, producten en diensten)

- UP2.2 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 2 (streepjescode), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id).
- UP2.3 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 4 (chip a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*
- UP2.4 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 5 (streepjescode a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*
- UP2.5 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 7 (manuele invoering), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id). *R 21 Z 8 (reden) moeten gelijk zijn aan 1, 2 of 3.*
- UP2.6 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*
- (☞ 12) UP2.7 : scenario geschrapt
- UP2.8 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 1 (chip), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument).
- UP2.9 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 2 (streepjescode), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument).
- UP2.10 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 4 (chip a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*
- UP2.11 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 5 (streepjescode a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*
- UP2.12 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 7 (manuele invoering), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 1, 2 of 3.*
- UP2.13 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*
- (☞ 12) UP2.14 : scenario geschrapt
- UP2.15 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 2 (streepjescode), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart).
- (☞ 11) UP2.16 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 3 (datamatrix), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart).
- UP2.17 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 5 (streepjescode a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*
- (☞ 11) UP2.18 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 6 (datamatrix a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*
- UP2.19 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 7 (manuele invoering), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 1, 2 of 3.*
- UP2.20 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*
- (☞ 12) UP2.21: scenario geschrapt
- UP2.22 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 2 (streepjescode), R 21 Z 6 (type drager) = 4 (vignet met streepjescode). *R 21 Z 7 moet gelijk zijn aan 1 of 2.*

UP2.23 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 5 (streepjescode a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 4 (vignet met streepjescode). *R 21 Z 7 moet gelijk zijn aan 1 of 2. R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.24 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 7 (manuele invoering), R 21 Z 6 (type drager) = 4 (vignet met streepjescode). *R 21 Z 7 moet gelijk zijn aan 1 of 2. R 21 Z 8 moet gelijk zijn aan 1, 2 of 3.*

UP2.25 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 4 (vignet met streepjescode). *R 21 Z 7 moet gelijk zijn aan 1 of 2. R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

(☞12) UP2.26 : scenario geschrapt

UP2.27 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 2 (streepjescode), R 21 Z 6 (type drager) = 5 (attest sociaal verzekerde).

UP2.28 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 5 (streepjescode a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 5 (attest sociaal verzekerde). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.29 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 7 (manuele invoering), R 21 Z 6 (type drager) = 5 (attest sociaal verzekerde). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 1, 2 of 3.*

UP2.30 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 5 (attest sociaal verzekerde). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

(☞12) UP2.31: scenario geschrapt

UP2.32 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 7 (manuele invoering), R 21 Z 6 (type drager) = 6 (attest van verlies of diefstal). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 1.*

UP2.33 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 6 (attest van verlies of diefstal). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

(☞12) UP2.34 : scenario geschrapt

(☞1) UP2.35: 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = A (elektronische invoering), R 21 Z 6 (type drager) = A (elektronische invoering)

5.1.2.2. Negatieve scenario's (testbestand 2)

Use cases / type UN1

Vaste gegevens R 21 : R 21 Z 5 (type lezing) = 1 (chip), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id).

Doel: testen van de controles op de records 21 en de informatie die de VI's terugsturen al naargelang het type contact (klassieke hospitalisatie, daghospitalisatie, ambulante zorgen,...) en het type facturatie (1 enkele factuur, meerdere facturen, ...) indien R 21 niet correct ingevuld wordt of afwezig is.

UN1.1 : factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1) zonder R 21.

UN1.2 : 1 factuur met betrekking tot een daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9) zonder R 21.

UN1.3 : 1 factuur met ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3) verdeeld over meerdere dagen waarvoor een R 21 ontbreekt voor één van de verzorgingsdagen.

UN1.4 : 1 factuur met recurrenente zorgen zonder R 21.

UN1.5 : 1 factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1) met een R 21 zonder uur van lezing (R 21 Z 3 leeg of verkeerd formaat).

UN1.6 : 1 factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1) met een R 21 zonder datum van lezing (R 21 Z 4 = 0000 of leeg of verkeerd formaat)

UN1.7 : 1 factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1) met een R 21 zonder type lezing (R 21 Z 5 = 0).

UN1.8 : 1 factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1) met een R 21 zonder type drager (R 21 Z 6 = 0)

RUBRIEK : TYPE FACTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

Deze code geeft het onderscheid tussen de verschillende types van facturen volgens de hoedanigheid van de patiënt en volgens de aard van de behandeling.

De afrekening van een patiënt moet noodzakelijker wijze worden opgesplitst in functie van de verschillende te gebruiken factuurtypes.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
---------------	------------------

- | | |
|---|---|
| 1 | Individuele factuur hospitalisatie of chirurgisch dagziekenhuis, gipskamer, nierdialyse en forfaitaire verpleegdag overeenkomstig art. 4 van de nationale overeenkomst verplegingsinrichtingen - verzekeringsinstellingen voor gehospitaliseerden. |
| 3 | Individuele factuur - niet gehospitaliseerd <u>en</u> anderen dan bedoeld met de codes 4, 5, 6 en 9. |
| 4 | Individuele factuur - rust- en verzorgingstehuis of psychiatrische verzorgingstehuizen of rustoorden voor bejaarden, of beschut wonen. |
| 5 | Interne revalidatie. |
| 6 | Externe revalidatie. |
| 9 | Individuele factuur chirurgisch dagziekenhuis, forfait gipskamer, dringende verzorging of intraveneuze infusie (vroeger miniforfait), maxiforfait, (maxi-)forfait oncologie en forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling, forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7, forfait chronische pijn 1, 2, 3, nierdialyse voor ambulante patiënten, forfait manipulatie poortkatheter, forfaitaire verpleegdag dienst A in psychiatrische ziekenhuizen of forfaits nabehandeling revalidatie. |

(☞ 12)

(☞ 3)

Individuele factuur : per patiënt wordt een factuur opgesteld, m.a.w. één recordtype 20 geregistreerd per patiënt. Een individuele factuur kan uit meerdere getuigschriften voor verstrekte hulp bestaan; alle getuigschriften hebben dan wel betrekking op dezelfde patiënt.

Nierdialyse

De dialyse thuis of in centra (t.e.m. 31/7/2016: pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761526, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; vanaf 1/8/2016: pseudo-codes uit overeenkomst) mag gefactureerd worden met type factuur 9, op voorwaarde dat de dienstcode (R 30 Z 13) gelijk is aan 750. Als dienstcode 990 gebruikt wordt, dan moet het type factuur gelijk zijn aan 3.

RUBRIEK : TYPE VAN LEZING IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 21

Zone in te vullen bij de verificatie van de identiteit van de patiënt in ziekenhuismilieu.

Facultatieve zone tot op het moment dat de verificatie van de identiteit van de patiënt door lectuur van een identiteitsdocument verplicht wordt in ziekenhuismilieu.

Deze code maakt het onderscheid tussen verschillende types van lezing van het identiteitsdocument.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Lezing van de chipkaart
2	Lezing van de streepjescode
(☞11) 3	Lezing damatrix
4	A posteriori lezing chip Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
5	A posteriori lezing streepjescode Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
(☞11) 6	A posteriori lezing datamatrix Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
7	Manuele invoering Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 1 of 2 in R 21 Z 8).
8	A posteriori manuele invoering Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 3, 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
(☞1) A	Elektronische invoering (itsme®)
(☞1) B	Inschrijving via applicatie ziekenhuis (enkel voor ambulante patiënten)

RUBRIEK : NORM VERPLEEGDAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Indien het gaat om de eerste afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.
2	Indien het gaat om de enige afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.
9	Indien het gaat om de laatste afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.
0	Indien het niet gaat om een eerste, een enige of een laatste afrekening van ligdagen van de hospitalisatieperiode.

De V.I.'s moeten aan het R.I.Z.I.V. het aantal gevallen van hospitalisatie meedelen.

De norm-waarde dient alleen vermeld te worden indien het gaat om een hospitalisatiefactuur (R 20 Z 10 = 1) waarbij er minstens 1 recordtype 30 bestaat met ligdagen.

In alle andere gevallen is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

De regels voor de facturatie van het chirurgisch dagziekenhuis zijn identiek aan de regels voor
(☞3) facturatie van miniforfait (*) en maxiforfait en forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7 en forfait
(☞12) chronische pijn 1, 2 of 3 en forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling. Hieruit volgt dat het chirurgisch dagziekenhuis zowel in de record van het dagforfait als in de record van het opnameforfait normwaarde “nul” krijgt en dit zowel bij het gebruik van gehospitaliseerde als van ambulante codes.

Normwaarde 2 is gereserveerd voor de facturatie van een gewoon ziekenhuisverblijf dat zich beperkt tot 1 record (bv. prestatiecode 0768025).

Voor de pseudo-code 0767443 (bedrag per dag aan 0 €), is de norm verpleegdag steeds gelijk aan 9.

(*) Miniforfait niet meer aanrekenbaar vanaf 1/1/2014, maar de pseudo-code 761213 krijgt de omschrijving “dringende verzorging of intraveneuze infusie” en wordt op de factuur vermeld met bedragzones gelijk aan nul.

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
3) <i>Forfaitair remgeld farmaceutische producten</i>		0750002
3 bis) <i>Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten gedurende de periode van parenterale voeding thuis van de patiënt.</i>	0750175	
3 ter) <i>Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten voor patiënten die verblijven in PVT</i>	0751811	
4) <i>Reiskosten prematuren</i>		0773581
4 bis) <i>Vervoerskosten voor dialyse en chemotherapie vanuit psychiatrisch ziekenhuis (art. 8, §5 Overeenkomst Psy-VI)</i>		0761946
<i>vanuit gespecialiseerd algemeen ziekenhuis (art. 5 bis Overeenkomst Zh-VI)</i>		0761961
5) <i>Forfaitair honorarium voor klinische biologie betaalbaar per verpleegdag</i>		0592001
6) <i>Militair Hospitaal van Neder-Over-Heembeek</i>		
a) <i>All-in-prijs per dag van opnemings in de dienst voor rechthebbenden met grote brandwonden</i>		0760524
b) <i>Verpleegdagprijs voor behandeling met hyperbare zuurstoftherapie</i>		0760642
c) <i>Forfait "dagziekenhuis"</i>	0760653	0760664
7) <i>Forfaitaire verpleegdag</i>		
a) <i>Gebruik gipskamer</i>	0761036	0761040
<i>Dringende verzorging of intraveneuze infusie (vroeger miniforfait)</i>	0761213(*)	-
<i>Maxiforfait</i>	0761235	0761246
<i>Forfait oncologische basiszorg</i>	0767852	0767863
(☞ 12) <i>Forfait hoofdhuidkoeling</i>	0763932	0763943
(☞ 12) <i>Forfait hand- en voetkoeling</i>	0763954	0763965
<i>Maxiforfait monotherapie</i>	0767874	0767885
<i>Maxiforfait combitherapie</i>	0767896	0767900
<i>Maxiforfait monotherapie + pediatrie mono</i>	0767911	0767922
<i>Maxiforfait combitherapie + pediatrie combi</i>	0767933	0767944
<i>Forfait groep 1</i>	0768176	0768180
<i>Forfait groep 2</i>	0768191	0768202
<i>Forfait groep 3</i>	0768213	0768224
<i>Forfait groep 4</i>	0768235	0768246
<i>Forfait groep 5</i>	0768250	0768261
<i>Forfait groep 6</i>	0768272	0768283
(☞ 3) <i>Forfait groep 6bis</i>	0767970	0767981
<i>Forfait groep 7</i>	0768294	0768305
<i>Forfait 1 chronische pijn</i>	0768316	0768320
<i>Forfait 2 chronische pijn</i>	0768331	0768342
<i>Forfait 3 chronische pijn</i>	0768353	0768364
<i>Forfait manipulatie poortkatheter</i>	0768375	0768386
b) <i>Dienst A : verpleegdagprijs in toepassing van art. 2, § 4 van de Nationale Overeenkomst (50 % van de totale verpleegdagprijs)</i>	0761073	-

(*) Bedragzones gelijk aan nul.

RUBRIEK : DIENSTCODE**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53**

Zie codificatietabel in recordtype 50 zone 13 vervolg 1 en vervolg 2.

Het betreft de dienstcode (*) van de dienst waar de patiënt verblijft om 12u 's middags op de datum vermeld in zone 5 of de pseudo-dienstcode ingeval van gebruik gipskamer, dringende verzorging of
 (☞ 12) intraveneuze infusie (vroeger miniforfait), maxiforfait, (maxi-)forfait oncologie, forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling, nierdialyse in ziekenhuis (ambulante code), forfaitaire dagprijen psychiatrie, revalidatie
 (☞ 3) (intern en extern), forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3 of andere ambulante prestaties.

Ingeval van forfaitaire verpleegdagen en chirurgisch dagziekenhuis voor elders gehospitaliseerden (gehospitaliseerde code), moet de pseudo-dienstcode 002 worden vermeld.

Indien het gaat om ambulante verstrekkingen (andere dan diegene die hierboven werden geciteerd), moet pseudo-dienstcode 990 worden vermeld.

Voor patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW, moet eveneens pseudo-dienstcode 990 worden vermeld.

Wanneer het record betrekking heeft op de supplementen in verband met het typekamer, farmaceutisch forfait (750002), dagen onbetaald verlof of dagen afwezigheid voor therapeutische doeleinden wordt deze zone op nul gezet.

Farmaceutische forfaits 750175 en 751811: dienstcode 990.

Bedrag per opname (0768003, 0767421, 0793203, 0767480): opnamedienst of 1ste dienst die in aanmerking komt voor aanrekening van het bedrag per opname

Reiskosten prematuren : dienstcode 270.

Eenheden voor zware brandwonden : dienstcode 290.

Nierdialyse thuis of in centra (t.e.m. 31/7/2016: pseudo-codes 0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596; vanaf 1/8/2016: pseudo-codes uit overeenkomst): dienstcode 750 of 990 volgens het type factuur vermeld in R 20 Z 10.

Forfaitaire verpleegdagen dienst A (0761073) en forfait voor nabehandeling revalidatie (0762974) : dienstcode 760.

Chirurgisch dagziekenhuis met ambulante codes : dienstcode 320.

Verpleegdag collectieve vakantiecampen (793321, 793343 en 793365): dienstcode van de dienst waar de patiënt verbleef voor zijn vertrek op collectief vakantiecamp.

Militair hospitaal (0760524, 0760642, 0760653 en 0760664) : dienstcode = 000

(*) Indien het gaat om een verblijf van een pasgeborene kan het ook gaan om een pseudo-dienstcode (170 of 180).

Omschrijving

Ambulant Gehosp.

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
f) Overeenkomsten		
- behandeling kinderen met ernstige afkeer van orale voeding		-
- tijdens de eerste 3 maanden	0751914	-
- vanaf de vierde maand en tijdens de volgende maanden	0751936	-
- opleiding en opvolging parenterale voeding thuis		
- opleiding (eerste 3 maanden) kinderen van 0 tot en met 17 jaar	0751833	-
- opleiding (eerste 3 maanden) andere rechthebbenden	0751870	-
- opvolging (vanaf 4 ^{de} maand) kinderen van 0 tot en met 17 jaar	0751855	-
- opvolging (vanaf 4 ^{de} maand) andere rechthebbenden	0751892	-
7. Forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties	-	0700000
8. a) Afleveringsmarge van implantaten (deze marge moet gefactureerd worden op het zelfde moment van de corresponderende verstrekkingen)		
• <u>Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen vanaf 1/7/2014</u>		
- implantaten en invasieve medische hulpmiddelen uit “de lijst”	0619673	0619684
- voor spraakprothesen	0785352 (*)	0785363 (*)
- in geval van begrenzing per kalenderjaar	0619710	0619721
• <u>Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes (vanaf 1/1/2014)</u>		
- implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator binnen de enveloppe	0680374	0680385
- elektrode voor implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator	0680190	0680201
- implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe of bij de enveloppeschijf ter waarde van het restbedrag van de enveloppe of onder garantie	0704933	0704944
- elektrode implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe of bij de enveloppeschijf ter waarde van het restbedrag van de enveloppe	0704955	0704966

Het bedrag van de afleveringsmarge wordt geplafonneerd.

Ingeval het grensbedrag van toepassing is op de som van de afleveringsmarges berekend op meerdere codes dan moet door middel van de normwaarde 8 of 7 in recordtype 50 zone 46 worden meegedeeld of het bedrag in zone 27 het resultaat is van de exacte berekening op de verkoopprijs (zone 19 + zone 27 van de bijhorende record 50), ofwel het verschil is tussen de plafondwaarde en de som van de afleveringsmarges in de voorafgaande recordtypes 50 met vermelding van norm 8.

Het record waarmee het plafondbedrag wordt bereikt en het bedrag in zone 27 derhalve kleiner is dan de normale afleveringsmarge wordt aangeduid met norm 7.

Indien het grensbedrag bereikt is en er geen afleveringsmarge meer kan aangerekend worden, dan wordt een record “afleveringsmarge” aangemaakt met het bedrag in zone 27 gelijk aan nul en met norm 7.

(*) Deze afleveringsmarge is ten laste van de verplichte ziekteverzekering (zie overeenkomst verstrekkers van implantaten). Het bedrag moet dus in zone 19 vermeld worden.

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (K.B. van 02/06/2010)

De facturering gebeurt door het ziekenhuis waar het menselijk lichaamsmateriaal gebruikt wordt als greffe (m.a.w. waar het materiaal ingeplant wordt) onder de pseudo-nomenclatuurcodes gepubliceerd in het KB van 02/06/2010.

Forfaitaire honoraria medische beeldvorming per opname : 0460784 (B.S. 27/05/99).

RIZIV-forfait PET (Art. 27/1 van KB 22 mei 2014): 747913-747924

KB van 20 september 2012 tot wijziging van art. 20, §1, f) van de nomenclatuur

De waarde van de verstrekkingen 477116-477120, 477131-477142 en 478096-478100 wordt verhoogd met 50% wanneer ze uitgevoerd worden op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg. In dit geval moeten onderstaande pseudo-codes gebruikt worden voor de facturering:

478166 : verstrekking 477120 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

478181 : verstrekking 477142 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

478203 : verstrekking 478100 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

KB van 27/2/2019 (BS 13/3/2019) tot wijziging van art. 17bis en 17quater van de nomenclatuur

De waarde van sommige zwangerschapsecografieën uit art.17bis en art.17quater wordt verhoogd met 50% in geval van meerlingenzwangerschappen. In dat geval moeten de volgende pseudo-codes gebruikt worden:

461856 - 461860: verstrekking 461731 - 461742 ingeval van meerlingenzwangerschap

461871 - 461882: verstrekking 461753 - 461764 ingeval van meerlingenzwangerschap

461893 - 461904: verstrekking 461775 - 461786 ingeval van meerlingenzwangerschap

461915 - 461926: verstrekking 461790 - 461801 ingeval van meerlingenzwangerschap

461930 - 461941: verstrekking 461812 - 461823 ingeval van meerlingenzwangerschap

461952 - 461963: verstrekking 461834 - 461845 ingeval van meerlingenzwangerschap

468856 - 468860: verstrekking 468731 - 468742 ingeval van meerlingenzwangerschap

468871 - 468882: verstrekking 468753 - 468764 ingeval van meerlingenzwangerschap

468893 - 468904: verstrekking 468775 - 468786 ingeval van meerlingenzwangerschap

468915 - 468926: verstrekking 468790 - 468801 ingeval van meerlingenzwangerschap

468930 - 468941: verstrekking 468812 - 468823 ingeval van meerlingenzwangerschap

468952 - 468963: verstrekking 468834 - 468845 ingeval van meerlingenzwangerschap

Alle nomenclatuurregels die van toepassing zijn op de betreffende nomenclatuurcodes zijn eveneens van toepassing op de bijhorende pseudo-codes.

Overeenkomst “genetic counseling”

589750-589761: forfait voor de standaard “genetic counseling”

589772-589783: forfait voor de complexe “genetic counseling”

589794-589805: tijdelijk negatief inhaalforfait

Overeenkomsten borstreconstructie en complexe chirurgie

De pseudo-codes (en bijhorende tarieven) zijn opgenomen in de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de erkende verplegingsinrichting.

Overeenkomst oncofreezing

De pseudo-codes (en bijhorende tarieven) van de vergoedbare verstrekkingen zijn opgenomen in de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de erkende verplegingsinrichting.

De pseudo-codes 96xxxx voor de bedragen ten laste van de rechthebbende zijn opgenomen in R 50 Z 4 V 15.

(☞ 12) Overeenkomsten “mobiele teams” en “eerstelijns psychologische zorg”(*)

De pseudo-codes (en bijhorende tarieven) van de vergoedbare verstrekkingen (respectievelijk huisbezoeken door psychiaters en psychologische sessies door psychologen of orthopedagogen) zijn opgenomen in de betreffende overeenkomsten.

Kinesitherapie : toeslag “dossieropstart”

639855-639866 Toeslag voor de verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313 en 560501.

639892 Toeslag voor de verstrekkingen 560416, 564395 en 560571

639870 – 639881 Toeslag voor de verstrekking 560534-560545

(☞ 12) (*) Sinds 01/09/2021 gebeurt de facturatie van de verstrekkingen in het kader van de overeenkomst “eerstelijns psychologische zorg” niet meer via het reguliere facturatiecircuit

RUBRIEK : DATUM EERSTE VERRICHTE VERSTREKKING**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17**

Het gaat om de datum waarop de verstrekking is verricht of de datum waarop een reeks verstrekkingen is aangevangen.

De facturatie van eenzelfde behandeling via één recordtype 50 is enkel toegestaan voor toezichtshonoraria (art. 25, §1). Andere reeksen van eenzelfde behandeling moeten steeds lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie en begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1).

In geval van forfaitaire vergoeding voor bepaalde periode (vb. revalidatieforfaits), moet de begindatum van de periode worden meegegeven.

Voor klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro, pathologische anatomie en genetische onderzoeken (zowel voor de forfaitaire honoraria per datum van staalafname (KB 24/9/1992) als voor de technische prestaties), moet in deze zone de datum van afname van het staal worden vermeld.

Uitzondering: Indien datum van staalafname < datum voorschrift, dan is deze zone gelijk aan de datum van ontvangst van het voorschrift (deze uitzondering geldt niet voor klinische biologie).

Voor de forfaits « genetic counseling » moet de datum van het eindverslag vermeld worden.

Voor de forfaits “oncofreezing” moet de datum van afname vermeld worden.

Medische huizen :

De eerste dag van de gefactureerde maand (JJJJMM01) moet in deze zone, voor de (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614 en 0109594, worden vermeld.

(☞12) Voor de prestaties per akte moet de prestatiedatum worden vermeld.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : datum voorschrift;

forfaitaire honoraria klinische biologie per opname of per dag die recht geeft op maxiforfait of dagziekenhuisforfait (art. 24, §2 van de nomenclatuur) : opnamedatum of datum van opname (transfer) in de eerste dienst die in aanmerking komt voor de aanrekening van het forfait of datum maxiforfait of dagziekenhuisforfait;

0590310, 0590332: datum maxiforfait of dagziekenhuisforfait of chirurgisch dagziekenhuis;

0590181, 0590203, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : opnamedatum of datum opname (transfer) in de eerste acute dienst die in aanmerking komt voor de aanrekening van het forfait;

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : prestatiedatum.

Globaal prospectief bedrag: opnamedatum.

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (K.B. van 02/06/2010).

Datum van gebruik als greffe (= datum van inplanting)

Tegemoetkoming in de kosten voor typering en vervoer van hematopoëtische bloedstamcellen (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))

Factuurdatum (*invoice date*) van factuur van organisme dat typering en/of vervoer verricht heeft.

Uitzondering: datum van overlijden indien de patiënt overleden is op *invoice date*.

Projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” en “thuishospitalisatie” en overeenkomst “psychiatrische functie binnen mobiele teams”

793590-793601, 793634-793645, 793671-793682, 793715, 793752: Begindatum van tenlasteneming

793612-793623, 793656-793660, 793693-793704, 793730, 793774: Einddatum van tenlasteneming

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten (K.B. van 20/04/2010): de datum van toediening moet in deze zone vermeld worden.

RUBRIEK : DATUM LAATSTE VERRICHTE VERSTREKKING**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25**

Het gaat om de datum waarop een reeks verstrekkingen is geëindigd.

Reeksen van eenzelfde behandeling moeten steeds lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie en begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1).

De facturatie van eenzelfde behandeling via één recordtype 50 is enkel toegestaan voor toezichtshonoraria (art. 25, §1). Indien in dat geval de eenheidsprijs van tegemoetkoming wijzigt gedurende de periode (begindatum – einddatum), dan dient die behandeling in twee of meer records opgesplitst te worden nl. per eenheidsprijs.

In geval van forfaitaire vergoeding voor bepaalde periode (vb. revalidatieforfaits), moet de einddatum van de periode worden meegegeven.

Indien het gaat om klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde in vitro en genetische onderzoeken (zowel voor de forfaitaire honoraria per datum van staalafname (KB 24/9/1992) als voor de technische prestaties) moet in deze zone de datum van afname van het staal worden vermeld. Uitzondering: Indien datum van staalafname < datum voorschrift, dan is deze zone gelijk aan de datum van ontvangst van het voorschrift (deze uitzondering geldt niet voor klinische biologie).

Voor de forfaits « genetic counseling » moet de datum van het eindverslag vermeld worden.

Voor de forfaits “oncofreezing” moet de datum van afname vermeld worden.

Medische huizen :

De laatste dag van de gefactureerde maand (JJJJMMDD) moet in deze zone, voor de codes 0109616, 0509611 en 0409614, worden vermeld.

Voor de pseudo-code 0109594, einddatum = begindatum.

(☞ 12) Voor de prestaties per akte moet de prestatiedatum worden vermeld.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen of globaal prospectief bedrag:
einddatum = begindatum.

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (K.B. van 02/06/2010).

Datum van ondertekening van het attest betreffende het gebruik van het materiaal als greffe.

Tegemoetkoming in de kosten voor typering en vervoer van hematopoëtische bloedstamcellen (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))

einddatum = begindatum.

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten (K.B. van 20/04/2010): de datum van toediening moet in deze zone vermeld worden.

Projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” en “thuishospitalisatie” en overeenkomst “psychiatrische functie binnen mobiele teams”

793715, 793752: Begindatum van tenlasteneming

793656-793660, 793693-793704, 793730, 793774: Einddatum van tenlasteneming

Opmerking :

1. Er moet altijd een einddatum worden vermeld; ook als deze gelijk is aan de begindatum.
2. Voor verpleegkundige zorgen is de einddatum steeds gelijk aan de begindatum.

RUBRIEK : DIENSTCODE**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53**

Het betreft de dienstcode (*) van de dienst waar de patiënt verblijft op de datum vermeld in zone 5 of de pseudo-dienstcode ingeval van verstrekkingen tijdens gebruik gipskamer, dringende verzorging of intraveneuze infusie (☞ 12) (vroeger mini-forfait), maxi-forfait, (maxi-)forfait oncologie, forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling nierdialyse in (☞ 3) ziekenhuis, forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie (intern en extern), forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis en 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3, forfait manipulatie poortkatheter of andere ambulante prestaties.

Indien het gaat om prestaties die op voorschrift werden verricht, dan moet in deze zone de dienstcode of pseudo-dienstcode worden vermeld van de (pseudo-)dienst waar de patiënt verbleef op het ogenblik van het voorschrift. Deze regel is geldig voor prestaties verricht tot en met 31/1/2014.

Indien het gaat om klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde in vitro en genetische onderzoeken (zowel forfaitaire honoraria per datum van staalafname als technische prestaties) moet in deze zone de dienstcode worden vermeld van de (pseudo-)dienst waar de patiënt verbleef op de datum vermeld in zone 5 en 6.

Dienstcode 49 dient uitsluitend te worden vermeld indien er daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van de functie intensieve verzorging (i). Intensieve verzorging die niet wordt verleend in deze functie wordt gefactureerd in de dienst waar de patiënt op dat moment verblijft (bv. dienst D).

* In geval van supplementen voor niet door ZIV-vergoede verstrekkingen aangerekend aan gehospitaliseerde of ambulante patiënten dient deze zone op nul te worden gezet.

* In geval van afleveringsmarge of veiligheidsgrens van implantaten dient deze zone op nul te worden gezet.

* Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591076, 0591091, 0591113, 0591135, forfaitaire honoraria per datum van staalafname voor ambulante klinische biologie (KB 24/9/1992): code 990 ofwel pseudo-dienstcode ingeval deze forfaitaire honoraria gekoppeld worden aan prestaties verricht tijdens een forfaitaire verpleegdag.

0590310 en 0590332 : pseudo-dienstcode forfaitaire verpleegdag of dienstcode 320 of pseudo-dienstcode 002 (elders gehospitaliseerden)

0590181, 0590203, 0591080, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : opnamedienst of indien de opnamedienst niet in aanmerking komt voor de aanrekening van het forfait de eerste acute dienst na transfert die wel in aanmerking komt.

* Globaal prospectief bedrag: opnamedienst

* Prestaties verricht voor elders gehospitaliseerden (gehospitaliseerde code) = pseudo-dienstcode 002 (behalve voor niet door ZIV-vergoede verstrekkingen waarvoor dienstcode = 000)

* Voor verpleegkundige zorgen en de medische huizen dient evenals voor alle andere ambulante verstrekkingen steeds dienstcode 990 te worden gebruikt.

* Voor prestaties klinische biologie verricht voor patiënten opgenomen in een revalidatiecentrum, moet steeds de dienstcode 770 worden gebruikt.

(☞ 3) * Voor de prestaties R30-R60, in het kader van revalidatie-overeenkomsten 9.50 en 9.51, de implanteerbare hartdefibrillatoren en de forfaits sensor-meting in het kader van de (kinder)diabetesovereenkomst moet steeds de dienstcode 770 worden gebruikt.

* Voor beschikbaarheidshonoraria tijdens afwezigheden met therapeutische doeleinden (0597704): in deze zone moet de dienstcode vermeld worden van de dienst waar de patiënt verbleef voor vertrek op therapeutisch verlof.

* In geval van dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486) is deze zone gelijk aan nul

* Voor de ambulante code 599970 moet de dienstcode 190 of 180 vermeld worden. In de nomenclatuur is het expliciet voorzien dat de prestatie moet worden uitgevoerd in de dienst N*.

* Voor de pseudo-codes 793590-793601(**), 793612-793623(**), 793634-793645(***) , 793656-793660, 793671-793682(***) en 793693-793704 (Projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” en “thuishospitalisatie”) en 793715, 793730, 793752, 793774 (overeenkomst mobiele teams), is deze zone gelijk aan nul.

(*) Indien het gaat om een verblijf van een pasgeborene kan het ook gaan om een pseudo-dienstcode (170 of 180).

CODIFICATIETABEL VAN DE PSEUDO-DIENSTENCODES

Lijst van de diensten voor patiënten die behandeld worden in een afdeling van dagverpleging en voor ambulante patiënten		
RIZIV-codes	Type ziekenhuis	Omschrijving
002	Gen.	Prestaties verricht voor elders gehospitaliseerden
710	Gen.	Gipskamer
720 (*)	Gen.	Dringende verzorging of intraveneuze infusie (vroeger miniforfait) + forfait oncologische basiszorg
(☞12) 730	Gen.	Maxiforfait + maxiforfait oncologie + forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling
750	Gen.	Nierdialyse
760	Psy.	Psychiatrische forfaitaire verpleegdag + nabehandeling revalidatie
770		Revalidatie
(☞3) 840	Gen.	Forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7 + forfait chronische pijn 1, 2 of 3 + forfait manipulatie poortkatheter
990	Gen./Psy.	Andere ambulante patiënten of ambulante nierdialyse

Pseudo-dienstcodes pasgeborenen		
Pseudo-dienst-code RIZIV	Type ziekenhuis	Omschrijving
170	Gen.	Pasgeborene gehospitaliseerd op de kamer bij de moeder op dienst M
180	Gen.	Pasgeborene gehospitaliseerd op N* terwijl de moeder ook als patiënt aanwezig is in het ziekenhuis

CODIFICATIE VOOR DE DIENST Sp

Pseudo-dienst-code RIZIV	Boekhoudcode Volksgezondheid	Index M.K.G./ M.V.G.	Omschrijving
610	310	S1	Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor patiënten met...
620	312	S2	cardio-pulmonaire aandoeningen
630	311	S3	locomotorische aandoeningen
640	314	S4	neurologische aandoeningen
			chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn
650	313	S5	chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn
660	315	S6	psychogeriatrische aandoeningen

(*) Deze pseudo-dienstcode wordt gebruikt in alle situaties die vóór 1/1/2014 aanleiding gaven tot aanrekening van het miniforfait (dringende verzorging of intraveneuze infusie) en voor het forfait voor oncologische basiszorg.

- * Indien het gaat om vervoer van patiënten, dan moet in deze zone het identificatienummer van het ziekenhuis dat factureert worden vermeld (bijvoorbeeld in geval van pseudo-code 793553).
- * Indien het gaat om projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” of “thuishospitalisatie” (793656-793660 en 793693-793704), dan moet in deze zone het identificatienummer van het ziekenhuis worden vermeld.
- * Overeenkomst “mobiele teams”:
Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): nummer netwerk geestelijke gezondheidszorg.
Pseudo-codes huisbezoek (104473, 104495): nummer mobiel team
- (☞12) * Overeenkomst “eerstelijns psychologische zorg”: nummer netwerk geestelijke gezondheidszorg(*).
- * Indien het gaat om het forfaitair bedrag per half uur voor de tussenkomst van een Belgische ambulance/MUG in Nederland in het kader van de Benelux beschikking m.b.t. het grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer (pseudo-code 793575), dan moet in deze zone het identificatienummer van de erkende ambulancedienst vermeld worden of, indien het een interventie van de MUG betreft, het nummer van het ziekenhuis dat factureert.
- * Indien het gaat om dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486), dan moet in deze zone het identificatienummer van de erkende ambulancedienst worden vermeld.
- * Ingeval van reiskosten artsen (0109911, 0109955, 0109970), is deze zone gelijk aan nul.
- * Het erkenningsnummer van de erkende bloedinstelling die het menselijk volbloed of de labiele bloedproducten heeft afgeleverd indien het gaat om een tegemoetkoming in de kosten voor menselijk volbloed of labiele bloedproducten
- * Indien het gaat om prestaties uit artikel 9 van de nomenclatuur (bevallingen) die werden uitgevoerd in het ziekenhuismilieu dan moet het identificatienummer van de ziekenhuisinstelling waar dat de prestatie werd verricht in deze zone worden vermeld.
- * Nummer ziekenhuis + 000 indien het gaat om een SPECT-onderzoek uitgevoerd intra-muros met een hybride toestel SPECT-CT
- * Indien het gaat om een SPECT-onderzoek uitgevoerd extra-muros met een hybride toestel SPECT-CT, wordt deze zone op nul gezet.

Radiofarmaceutische producten

- * Nummer ziekenhuis + 112 (PETscan) indien het gaat om verstrekkingen uit de paragrafen 10001 en 10002 van Hoofdstuk II van de lijst bij het KB van van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten.
- * Nummer ziekenhuis + 112 (PETscan) indien het gaat om forfait 747913-747924

KB 26/5/2016 (BS 31/5/2016)

- * Identificatienummer van het laboratorium van een erkend centrum voor antropogenetica indien het gaat om verstrekkingen van art. 33 van de nomenclatuur (565014 t.e.m. 565600, 588674-588685, 588711-588722)
- (☞6) * Nummer ziekenhuis + 110 (transversale axiale tomograaf) indien het gaat om verstrekkingen 457855 t.e.m. 457903, 457973-457984, 458452-458463, 458570 t.e.m. 458603, 458673-458684, 458732-458743, 458813 t.e.m. 458905, 458953-458964, 458990-459001, 459351-459362, 459373-459384, 459550 t.e.m. 459642, 459675-459701
- * Nummer ziekenhuis + 110 (transversale axiale tomograaf) of + 112 (PET scan) indien het gaat om verstrekkingen 459874 t.e.m. 459922
- (☞2) * Nummer ziekenhuis + 111 (nucleaire magnetische resonantietomograaf) indien het gaat om verstrekkingen 457914 t.e.m. 457962, 459395 t.e.m. 459546, 459830-459841, 458975-458986.
- * Nummer ziekenhuis + 112 (PETscan) indien het gaat om verstrekkingen 442676 t.e.m. 442761, 442971- 442982
- * Nummer ziekenhuis + 113 (dienst radiotherapie) indien het gaat om verstrekkingen 444113 t.e.m. 444242, 444290 t.e.m. 444323, 444356 t.e.m. 444603
- (☞6) * Nummer ziekenhuis + 120 (globaal zorgprogramma “cardiale pathologie” B) indien het gaat om verstrekkingen 229655-229666, 589190-589201, 589632-589643, 590236-590240.
- (☞12) (*) Sinds 01/09/2021 gebeurt de facturatie van de verstrekkingen in het kader van deze overeenkomst niet meer via het reguliere facturatiecircuit.

- * Nummer ziekenhuis + 124 (cardiale pathologie E +B3) of nummer ziekenhuis + 125 (erkenning cardiale pathologie E zonder B3) indien het gaat om verstrekkingen 158550 t.e.m. 158642, 158734 t.e.m. 158760, 158874 t.e.m. 158922, 158955 t.e.m. 158966, 170590 t.e.m. 170623, 172572-172583
 - (☞12) * Nummer ziekenhuis + 126 (cardiale pathologie P) indien het gaat om verstrekkingen 158653 t.e.m. 158723, 172395 t.e.m. 172465, en 184015-184026
 - (☞9) * Nummer ziekenhuis + 135 (erkenning van het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker) indien het gaat om verstrekkingen 161991-162002 en 182836-182840
 - * Nummer ziekenhuis + 150 (centrum voor robotchirurgie) indien het gaat om verstrekkingen 777114-777125 (tot en met 29/2/2016)
 - * Nummer ziekenhuis + 151 (centrum voor endoprothesen zonder erkenning cardiale pathologie B3) of + 152 (centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B3) indien het gaat om verstrekkingen 161114 t.e.m. 161206, 161210-161221, 161350 t.e.m. 161405, 161453-161464, 180493-180504, 180515-180526, 180854 t.e.m.180880
 - * Nummer ziekenhuis + 152 (centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B) indien het gaat om verstrekkingen 161232 t.e.m. 161346, 161416 t.e.m. 161442, 172690 t.e.m. 172723
 - * Nummer ziekenhuis + 156 (centrum “coronaire en drug eluting stent”) indien het gaat om verstrekkingen 158970 t.e.m. 158981, 158992 t.e.m. 159040, 159552 t.e.m. 159563, 170656 t.e.m. 170660
 - * Nummer ziekenhuis + 161 (centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van Parkinson en essentiële tremor”) indien het gaat om verstrekkingen 151454 t.e.m. 151981
 - * Nummer ziekenhuis + 163 (centrum “percutane herstelling van mitralisklepbladen”) indien het gaat om verstrekkingen 172491-172502 en 172513-172524
 - * Nummer ziekenhuis + 164 (centrum “radiofrequentie ablatie slokdarm”) indien het gaat om verstrekkingen 172616-172620, 172631-172642 en 172653-172664
 - (☞11) * Nummer ziekenhuis + 165 (centrum “neurostimulatoren obsessieve-compulsieve stoornis”) indien het gaat om verstrekkingen 173014 t.e.m. 173541 en 183654 t.e.m. 183982
 - * Nummer ziekenhuis + 166 (centrum “neurostimulatoren bewegingsstoornissen”) indien het gaat om verstrekkingen 173552 t.e.m. 173902.
 - * Nummer ziekenhuis + 167 (centrum “percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie”) indien het gaat om verstrekking 172734-172745.
Nummer ziekenhuis + 167 of + 120 indien het gaat om verstrekkingen 172756-172760, 172771-172782.
 - * Nummer ziekenhuis + 168 (centrum “verankeringsimplantaat voor externe prothese” (Opra)) indien het gaat om verstrekkingen 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 en 181252-181263.
 - (☞11) * Nummer ziekenhuis + 169 (centrum “percutane sluiting van het linker hartoortje in geval van niet-valvulaire voorkamerfibrillatie”) indien het gaat om verstrekkingen 180272-180283 en 180294-180305*.
 - * Nummer ziekenhuis + 170 (centrum “magnetisch verlengbare staven” (Magec)) indien het gaat om verstrekkingen 182210-182221, 182232-182243,182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 en 182313-182324.
 - * Nummer ziekenhuis + 171 (centrum “implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau”) indien het gaat om verstrekkingen 174370 t.e.m. 174521.
- (☞11) *Deze verstrekking is geschrapt vanaf 01/12/22.

- * Nummer ziekenhuis + 172 (centrum “neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion en toebehoren in geval van CRPS”) indien het gaat om verstrekkingen 174532 t.e.m. 174661.
- * Nummer ziekenhuis + 173 (centrum “endobronchiale éénrichtingskleppen”) indien het gaat om de verstrekkingen 180773–180784 en 180795-180806.
- (☞9) * Nummer ziekenhuis + 174 (centrum “implantaten voor de behandeling van fecale incontinentie”) indien het gaat om de verstrekkingen 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 157511-157522, 181672-181683, 181694-181705, 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803 en 182814-182825.
- (☞7) * Nummer ziekenhuis + 175 (centrum “neurostimulatoren voor dysfuncties van de lage urinewegen”) indien het gaat om de verstrekkingen 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 en 182615-182626.
- * Het erkenningsnummer van het referentiecentrum voor refractaire epilepsie indien het gaat om verstrekkingen 170892 t.e.m. 171080, 152773 t.e.m. 152924, 171496 t.e.m. 171824
- * Het identificatienummer van het erkend centrum voor de implantatie van hartdefibrillatoren indien het gaat om implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes.

Overeenkomst borstreconstructie: nummer ziekenhuis + 190

Overeenkomst complexe chirurgie pancreas: nummer ziekenhuis + 193

Overeenkomst complexe chirurgie slokdarm: nummer ziekenhuis + 194

Deze erkenningsnummers moeten vermeld worden voor alle pseudo-codes uit de overeenkomsten, ook voor de codes “Deelname aan het multidisciplinair consult door de verwijzende arts-specialist die niet behoort tot de staf van het centrum” en “Deelname aan het multidisciplinair consult door de behandelende huisarts”, die eventueel door de betreffende arts-specialist of huisarts zelf gefactureerd worden en niet door het ziekenhuis.

Overeenkomst oncofreezing (ook voor de 96-codes):

- rechthebbende vanaf 16 jaar: nummer ziekenhuis + 191 of + 192
- rechthebbende jonger dan 16 jaar (ongeacht de verstrekking): nummer ziekenhuis + 192

- (☞12) Overeenkomst hypotherme machineperfusie bij niertransplantatie en aferese bij ABO-incompatibele levende-donor : Het RIZIV-nummer van het niertransplantatiecentrum (nummer ziekenhuis + 000) moet in dit veld worden vermeld (geen erkenningsnummer vereist) voor de verstrekkingen 318592-318603, 318614-318625, 318636-318640.

Voor de verstrekkingen 318651-318662 en 318673-318684, moet deze zone worden aangevuld met het nummer van het dialysecentrum (nummer ziekenhuis + 560).

In alle andere gevallen dan de hierboven vermelde wordt deze zone op nul gezet.

- Opmerking :
- Ingeval meerdere van de hierboven vermelde voorwaarden gelijktijdig worden vervuld moet de volgende hiërarchie worden gerespecteerd :
 1. laboratorium, dienst die overeenkomstig de uitgevaardigde normen werd erkend, weefselbank of nierdialysecentrum;
 2. revalidatiecentrum;
 3. verplegingsinrichting.
 - Ingeval de factuur wordt opgemaakt door een revalidatiecentrum dan moet volgende hiërarchie worden gerespecteerd :
 1. laboratorium, dienst die overeenkomstig de uitgevaardigde normen werd erkend, weefselbank of nierdialysecentrum;
 2. verplegingsinrichting;
 3. revalidatiecentrum.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68**

Voor de structuur van de RIZIV-nummers van zorgverstrekkers: zie bijlage 16.

Het identificatienummer bestaat uit 11 posities en wordt altijd voorafgegaan door een nul in de eerste positie links van de zone 15.

Het gaat om het identificatienummer van de verzorgingsverstrekker die de verstrekking werkelijk heeft verleend. Dat nummer moet op het getuigschrift van verzorging voorkomen. Wanneer de verstrekking collegiaal door verscheidene verstrekkers is verricht, moet het nummer van elke verstrekker op het getuigschrift worden vermeld, maar één enkele lukraak gekozen verstrekker wordt in die zone vermeld. In zone 16 wordt vermeld dat er "verscheidene verstrekkers" zijn geweest.

Deze regels zijn niet van toepassing voor de verpleegkundigen.

De specifieke regels voor verpleegkundigen zijn opgenomen in R 50 Z 4 V 27 en volgende.

Uitzonderlijk moeten de medische huizen, in geval van facturatie van de (pseudo-)code 0109594, hun identificatienummer in deze zone vermelden.

Deze zone is gelijk aan nul voor de forfaits 0109616, 0509611 en 0409614.

(☞ 12) Voor de prestaties per akte moet de verstrekker worden vermeld.

Indien een verstrekker een nieuwe bekwaming verwerft in de loop van een maand (of kwartaal), dan moeten de prestaties verricht vóór de datum van verwerving van de nieuwe bekwaming gefactureerd worden met het oude riziv-nummer, de prestaties verricht vanaf deze datum met het nieuwe riziv-nummer.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen

0460784, 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 700000, pseudo-codes oncofreezing en pseudo-codes globaal prospectief bedrag: pseudo-nummer verstrekker 01.00001.06.999

(☞ 8) 0590181, 0590203, 0590310 en 0590332: identificatienummer van de hoofddarts die verantwoordelijk is voor de wacht.

forfaitaire honoraria per datum van staalafname voor ambulante klinische biologie (KB 24/9/1992), 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : nummer van de verstrekker (of één van de verstrekkers) van de biologieprestaties (resp. radiologieprestaties) van het betreffende voorschrift.

0460703, 0460821 : nummer van een radioloog van het ziekenhuis.

(☞ 10) 0641465(*), 0641480(*), 0641502(*), 0641524 : nummer van de bandagist

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal

Identificatienummer van de arts die verantwoordelijk is voor de bank van menselijk lichaamsmateriaal = coördinator van de bank van menselijk lichaamsmateriaal.

Supplementen uit art. 14 m) van de nomenclatuur in verband met transplantaties

Bij vermelding van codes 0269872 tot 0269964 in zone 4, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes: Nummer van de verstrekker van implantaten.

Gips, moedermelk en desinfecterende baden bij brandwonden

Bij facturering van verbanden en andere gipsstoffen, moedermelk en de desinfecterende baden bij brandwonden dient deze zone op nul te worden gezet.

Niet door Z.I.V.-vergoede producten, verstrekkingen of diensten

Voor niet door Z.I.V.-vergoede producten, verstrekkingen of diensten is deze zone gelijk aan nul.

Uitzondering: voor pseudo-code 960035-960046 (niet-vergoedbare laboratoriumonderzoeken) moet de verstrekker verplicht vermeld worden.

(☞ 10) (*) geschrapt vanaf 1/4/2021.

In vitro fertilisatie (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 of 0559860): Nummer van de verstrekker.

Parenterale voeding

Bij vermelding van de code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936 of 751951 in zone 4, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

Verstrekingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomsten

- (☞ 11) Voor de prestaties 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776193, 0776204, 0776230, 0776241 0776473, 0776484, 0776495 en 0776506, dient deze zone op nul gezet te worden.

Verstrekingen sensor-meting in het kader van (kinder)diabetesovereenkomst

Voor de prestaties uit punt 5quater in R 50 Z 4 V 3 dient deze zone op nul gezet te worden.

OSAS-overeenkomst (vanaf 1/1/2018)

Voor de forfaits uit punt 5quinquies in R 50 Z 4 V 3, moet deze zone steeds ingevuld worden.

Voor de pseudo-codes 779936, 779951 en 765951 (nCPAP) gaat het om de “diagnostiserende arts”, voor de pseudo-codes 779870, 779892 en 779914 (MRA) gaat het om de MRA-specialist (zie art.17 §1 van de overeenkomst).

Krachtens art. 3, §6 van de overeenkomst blijven de door de adviserend arts toegestane verstrekingen verder vergoedbaar gedurende de periode van tenlasteneming die de adviserend arts reeds heeft toegestaan, ook als het centrum tijdelijk niet over een diagnostiserende arts of MRA-specialist beschikt. In dat geval wordt in deze zone het pseudo-verstrektersnummer 01.00001.06.999 vermeld.

Reiskosten revalidatie (0771072 en verstrekingen vermeld in punt D) in R 50 Z 4 V 2): de inhoud van deze zone is gelijk aan nul.

Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer (0793553), Benelux beschikking m.b.t. grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer (0793575) en dringend ziekenvervoer (0784416 t.e.m. 0784486): de inhoud van deze zone is gelijk aan nul.

Detoxicatie-dialyse (0761972-0761983): nummer van de verstrekker

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten

Identificatienummer van de verantwoordelijke arts van de bloedinstelling.

Opmerking : Voor Rode Kruis Vlaanderen is dit de “lokale” verantwoordelijke arts.

Hulp bij tabaksontwenning : Identificatienummer van de betreffende zorgverstrekker.

Indien de verstreking verricht werd door een tabacoloog zonder RIZIV-nummer, dan moet de pseudo-identificatiecode 2.99999.22.999 in deze zone vermeld worden.

Overeenkomst “genetic counseling”: Identificatienummer van de arts-specialist die gemachtigd is om de forfaits te attesteren.

Overeenkomst borstreconstructie: identificatienummer van de arts-specialist die gemachtigd is om de verstrekingen te attesteren (zie lijst van gemachtigde verstrekkers op website RIZIV).

Overeenkomsten complexe chirurgie: identificatienummer arts-specialist in de heelkunde

- (☞ 12) Overeenkomst dermatologisch advies op afstand (**): identificatienummer van de dermatoloog die gemachtigd is om de verstreking (103390) te attesteren (zie lijst op de website van het RIZIV)

Projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” en “thuishospitalisatie” (pseudo-codes 793656-793660 en 793693-793704): identificatienummer van de arts die de patiënt opvolgt.

Overeenkomst “mobiele teams”:

Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): nummer mobiel team

Pseudo-codes huisbezoek (104473, 104495): identificatienummer psychiater

- (☞ 12) Overeenkomst “eerstelijns psychologische zorg”(*): identificatienummer klinisch psycholoog of orthopedagoog
- (☞ 10) Overeenkomst opsporing apenpokken (557233-557244, 557270-557281) : identificatienummer van een specialist voor de klinische biologie
- (☞ 12) Overeenkomst hypotherme machineperfusie bij niertransplantatie en aferese bij ABO-incompatibele levende-donor : 318592-318603, 318614-318625, 318636-318640 : het identificatienummer van de transplanterende arts. 318651-318662 en 318673-318684 : het identificatienummer van de nefroloog.

- (☞ 12) (*) Sinds 01/09/2021 gebeurt de facturatie van de verstrekingen in het kader van deze overeenkomst niet meer via het reguliere facturatiecircuit.

- (☞ 12) (**) geschrapt vanaf prestatiedatum 30/11/2021.

Voor implantaten met nominatieve lijsten, wordt het exacte bedrag van de afleveringsmarge en de veiligheidsgrens door het RIZIV gepubliceerd in de betreffende lijsten.

Voor implantaten zonder nominatieve lijsten dient de afleveringsmarge en de veiligheidsgrens zelf berekend te worden en afgerond te worden naar beneden.

Indien meerdere identieke implantaten via één record gefactureerd worden (niet mogelijk voor bepaalde implantaten, zie R 50 Z 22 V 1), dan moet de afleveringsmarge en de veiligheidsgrens per eenheid berekend en afgerond worden en daarna vermenigvuldigd worden met het aantal eenheden.

De afleveringsmarge voor implanteerbare hartdefibrillatoren (vanaf 1/1/2014) moet steeds worden berekend op basis van de basisbedragen van de schijven, ook in het geval van een toestel/elektrode na volledige vereffening van de enveloppe (toestel/elektrode aan 1 €) of in het geval van de laatste schijf of in het geval van vervanging onder garantie.

Voor de medische huizen moet deze zone steeds gelijk zijn aan nul.

(☞ 12) Uitzondering : voor de prestaties per akte kan deze zone > 0 zijn.

In vitro fertilisatie (pseudo-codes 0559812 – 0559823, 0559834 – 0559845, 0559856 – 0559860):
steeds nul.

Projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” en “thuishospitalisatie” en overeenkomst “mobiele teams”: ingeval van pseudo-codes 793656-793660, 793693-793704, 793715, 793730, 793752, 793774 in R 50 Z 4 is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan nul.

“Nulrecords” in het kader van globaal prospectief bedrag : steeds gelijk aan nul

(☞ 10) Overeenkomst opsporing apenpokken (557233-557244, 557270-557281) : steeds gelijk aan nul

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT OF BEDRAG VOOR NIET-VERGOEDBARE PRODUCTEN, VERSTREKKINGEN OF DIENSTEN

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A+ 9 N - 165

In deze zone moeten de bedragen worden vermeld die eventueel bovenop het reglementair persoonlijk aandeel worden aangerekend aan de patiënt of (rechtstreeks) ten laste genomen worden door het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij.

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

De bedragen die worden aangerekend voor de niet-vergoedbare producten, verstrekkingen of diensten, waarvan de pseudo-codes worden vermeld in recordtype 50 zone 4 vervolg 15, moeten hier worden vermeld.

Dringend ziekenvervoer vanaf 1/1/2019

- Helikopter CHU Sart Tilman of AZ St. Jan Brugge: Het verschil tussen het gefactureerd bedrag en de verzekeringstegemoetkoming wordt in deze zone vermeld.
- Ander dringend ziekenvervoer (oproep 100/112): Het forfaitair bedrag dat aan de patiënt gefactureerd wordt (60 €), wordt in deze zone vermeld.

Implantaten :

- Alleen voor de verstrekking “botcortex” (167694-167705) kan een supplement aangerekend worden en in deze zone vermeld worden.
- Niet-vergoedbare implantaten (pseudo-code 960234-960245) mogen enkel nog aan de patiënt aangerekend worden indien ze genotificeerd zijn (de notificatiecode moet vermeld worden in zone 55-56).

Voor de medische huizen moet deze zone steeds gelijk zijn aan nul.

(☞ 12) Uitzondering : voor de prestaties per akte kan deze zone > 0 zijn.

In vitro fertilisatie : ingeval van pseudo-codes 0559812 – 0559823, 0559834 – 0559845, 0559856 – 0559860 in R 50 Z 4 is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan nul.

Projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” en “thuishospitalisatie” en overeenkomst “mobiele teams”: ingeval van pseudo-codes 793634-793645(*), 793656-793660, 793671-793682(*), 793693-793704, 793715, 793730, 793752, 793774 in R 50 Z 4 is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan nul.

Tandartsen:

De bedragen die (aan de patiënt) aangerekend worden voor mechanische verankering, bij gebruik van bioactief dentinesubstituut of bij een vergoedbare endodontische behandeling in geval van een in het dossier gedocumenteerde detiscore klasse B worden in deze zone vermeld.

De “toeslagen” die (aan de patiënt) aangerekend worden in het kader van de maximumtarieven (punt 6.2 van het Nationaal Akkoord Tandheelkundigen-Ziekenfondsen 2020-2021) worden in deze zone vermeld.

Globaal prospectief bedrag: steeds nul.

“Nulrecords”: supplement mogelijk

(☞ 10) Overeenkomst opsporing apenpokken (557233-557244, 557270-557281) : steeds gelijk aan nul

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

RUBRIEK : BASISWAARDE VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 7 N - 262

- (☞ 12) Indien zone 54b = 1 (“nulrecord” in het kader van een verblijf laagvariabele zorg in een ziekenhuis) en zone 30-31 (bedrag supplement) > 0, dan moet voor opnames vanaf 1/7/2019 in deze zone de basiswaarde van de verstrekking vermeld worden. Het betreft de rekenbasis voor het supplement dat in zone 30-31 vermeld wordt. De basiswaarde van de verstrekking moet \leq zijn aan het wettelijk vastgelegde honorarium.

In alle andere gevallen moet deze zone opgevuld worden met “+0000000” (of eventueel “-0000000”).

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.