INSTRUCTIES AAN DE ZORGVERSTEKKERS EN ZORGINSTELLINGEN DIE GEBRUIKMAKEN VAN AFLEVERING VAN FACTURATIEBESTANDEN VIA ELEKTRONISCHE WEG EN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN

- UITGAVE 2021 -

BIJWERKING 2021/31 - Publicatie 10-03-2026

RIZIV-INAMI Dienst voor geneeskundige verzorging – Service des soins de santé

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 ELEKTRONISCHE WEG

BIJWERKING 2021/31

Te creëren bladzijden:

- Bijlage 28.5.

Te vervangen bladzijden:

- Bijlage 9.1, 16.3, 25.2, 25.3, 26.3, 28.2, 28.3, 28.4;
- R 30 Z 4 V 4, Z 13;
- R 50 Z 13, Z 13 V 2, Z 14 V 2, Z 30-31, Z 33, Z 51.

1. **<u>Verscheidene actualiseringen</u>, Bijlage 9.1, 26.3, R 50 Z 30-31, Z 33.**

Het forfaitair remgeld per dag voor farmaceutische producten in psychiatrische ziekenhuizen wordt vanaf prestatiedatum 1 maart 2026 verhoogd naar € 0,91. De factureringsinstructies worden daarom overeenkomstig aangepast.

Voor de maximumtarieven, waarvan het bedrag vermeld moet worden in R 50 Z 30-31, wordt de verwijzing naar het Nationaal Akkoord geactualiseerd. De aparte verwijzingen naar mechanische verankering, gebruik bioactief dentinesubstituut en vergoedbare endodontische behandeling in geval van detiscore B in dezelfde tekst zijn gedateerd en worden verwijderd.

Enkele vergeten verwijzingen naar de transparantiecodes worden toegevoegd.

Eén verwijzing naar de lijst "plaats van verstrekking" wordt verwijderd. Deze lijst bestaat niet.

2. **<u>Modulo's RIZIV-nummers</u>, Bijlage 16.3.**

Wanneer de range met significante RIZIV-nummers van een beroep dat al voor 2022 bestond, uitgeput is, wordt voortaan automatisch overgeschakeld op nieuwe modulo's om de check-digits te berekenen. De volgorde van geactiveerde modulo's is telkens: 97, 89, 83, 79.

Het overzicht van de specifieke sectoren die voor nieuwe nummers reeds overschakelden naar modulo 89 wordt vervangen door een algemene beschrijving.

3. **<u>Borstbestraling</u>, Bijlage 25.2, R 50 Z 14 V 2, Z 51.**

De nieuwe radiotherapieverstrekking 444732-444743 wordt toegevoegd aan de lijst recurrente behandelingen in het kader van de lezing eID door ziekenhuizen, de verstrekkingen waarvoor de erkenning "dienst radiotherapie" (+113) vereist is en de opsomming van codes die automatisch aanleiding geven tot een terugbetaling van vervoerskosten en waarvoor het sitenummer dus ingevuld moet worden in R 50 Z 51.

<u>Toepassingsdatum</u>: Prestaties verricht vanaf 1 januari 2026.

4. **<u>Telemonitoring oncologie</u>, Bijlage 25.3, R 30 Z 4 V 4, Z 13, R 50 Z 13, Z 13 V 2.**

Ingevolge de zevende wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst ziekenhuizen-VI's, worden twee nieuwe pseudocodes voor oncologische telemonitoring gecreëerd:
- *770431-770442: opstart monitoring op afstand oncologie (1ste maand)*
- *770453-770464: monitoring op afstand oncologie (2de tot en met 5de maand)*

Deze pseudocodes worden toegevoegd in R 30 Z 4 V4. Tevens worden ze vrijgesteld van de eID-lezing. Er wordt ook bepaald dat ze met dienstcode 720 gefactureerd moeten worden.

<u>Toepassingsdatum</u>: Prestaties verricht vanaf 1 januari 2026.

5. Pilootproject thuisverpleegkundigen, Bijlage 28.2, 28.3, 28.4, 28.5.

De bijlage met factureringsinstructies voor het pilootproject wordt aangepast:
- punt 1 (algemene principes) blijft ongewijzigd
- punt 2 (bijzondere situaties) wordt vervangen
- punt 3 (structuur facturatiebestand) wordt bijgewerkt
- punt 4 (controles door de VI's) wordt toegevoegd
- het facturatievoorbeeld blijft ongewijzigd

6. Lijst "behandeld lid".

Geen wijzigingen.

7. Lijst "betrekkelijke verstrekking".

Geschrapte codes			
Van	**Tot**	**Numac**	**Toepassingsdatum**
201154	201165	2026000348	01.01.2026

In het tabblad "opmerkingen - remarques 6" aangaande de revalidatie-overeenkomsten wordt de verwijzing naar punt 17 van R 30 Z 4 geschrapt. Dit punt bevatte oorspronkelijk ook pseudocodes uit die revalidatie-overeenkomsten, maar ondertussen werden deze pseudocodes allemaal bij punt 16 ondergebracht.

8. Lijst "voorschrijver".

Geen wijzigingen.

9. Lijst "zone 23".

Geen wijzigingen.

10. Lijst "foutcodes".

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

Tevens wordt het blok "pilootproject thuisverpleegkundigen" omschreven.

1. Gebruik van zone "persoonlijk aandeel" en zone "supplement" **Bijlage 9.1**

Opgelet: deze bijlage houdt geen rekening met 100% facturatie (zie waarde 2 en 3 met bijhorende voorbeelden in R 30, 50 Z 33)

1.1 Verblijfskosten.

1.1.1. Ziekenhuisverpleging met uitzondering van chirurgisch dagziekenhuis

(☞31)

	Record bedrag per opname (indien van toepassing)	Record bedrag per dag	Record persoonlijk aandeel		Record supplement	Forfait € 0,62 / € 0,91
R 30 Z 4	code opnameforfait	code dagforfait	code P.A.	code P.A.	code 1 of 2 persoonskamer	0750002
R 30 Z 19	opnameforfait	dagforfait	- P.A.	- P.A.	0	0
(☞31) R 30 Z 27	0	0	+ P.A.	+ deel P.A. of 0	0	0,62 / 0,91
R 30 Z 30-31	0	0	0	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	0
R 30 Z 33	0	0	0	1	0 of 1	0
R 30 Z 24-25	0	prijs aan 100%	0	0	0	0

1.1.2. Chirurgisch dagziekenhuis en forfaitaire verpleegdagen

	Record bedrag per opname (indien van toepassing)	Record bedrag per dag of forfaitaire dag	Record supplement	Kleine risico's zelfstandigen zonder vrije verzekering (prestaties vóór 1/1/2008)
R 30 Z 4	code opnameforfait	code dagforfait	code 1 of 2 persoonkamer	code forfait
R 30 Z 19	opnameforfait	dagforfait	0	0
R 30 Z 27	0	0	0	0
R 30 Z 30-31	0	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)
R 30 Z 33	0	0	0 of 1	0 of 1
R 30 Z 24-25	0	prijs aan 100%	0	0

15) Opticiens.
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

16) Gehoorprothesisten.
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

17) Apothekers-biologen.
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

18) Leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apotheek zijn.
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

19) Cognitief gedragstherapeut voor CVS, klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

20) Verzorgingspersoneel en zorgkundigen.
Het 4de tot 8ste cijfer vormen een volgnummer tussen 10.000 en 99.000, toegekend door het RIZIV.

C. Check-digits (7de en 8ste cijfer van het identificatienummer), met uitzondering van het nummer van het verzorgingspersoneel

Het getal, ingeschreven in de posities 7 en 8 is gelijk aan het verschil tussen
1) 97, en
2) de rest van de deling waarvan het deeltal wordt gevormd door de cijfers van de posities 1 t.e.m. 6 van het inschrijvingsnummer, en de deler gelijk is aan 97 (d.i. het grootste priemgetal, kleiner dan 100).

(☞31) Wanneer de range met RIZIV-nummers uitgeput is voor een beroep, wordt voor dat bepaald beroep automatisch overgeschakeld van 97 naar een nieuwe modulo, eerst naar 89, dan naar 83 en dan 79. Het getal, ingeschreven in de posities 7 en 8 is dus gelijk aan het verschil tussen
1) 89/83/79, en
2) de rest van de deling waarvan het deeltal wordt gevormd door de cijfers van de posities 1 t.e.m. 6 van het inschrijvingsnummer, en de deler gelijk is aan 89/83/79.

(☞31) De unieke identificatie zal voor die beroepen voortaan op basis van de eerste 8 posities van het nummer moeten gebeuren en niet langer op basis van de eerste 6 posities. Concreet betekent dit dat dat de eerste 6 cijfers van het RIZIV-nummer van 2 verschillende verstrekkers identiek kunnen zijn.

D. Bekwaming van een verstrekker (9de t.e.m. 11de cijfer van het identificatienummer).

De bekwaming verschilt van verstrekker tot verstrekker.
Het is mogelijk dat één verstrekker meerdere bevoegdheidscodes heeft. Dit betekent dat voor elke bevoegdheid de eerste 8 cijfers steeds dezelfde zijn en het 9de tot 11de cijfer zal verschillen naargelang de bevoegdheid.

1. Artsen

Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV (http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/bevoegdheidscodes-riziv-nummer-zorgverleners.aspx) .

(☞1) - Lijst van de betreffende recurrente behandelingen :

- o chemotherapie/immunotherapie: (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 en 767933-767944

(☞14,19,24,31) o 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, 444592-444603, 444636-444640, 444651-444662, 444673-444684, 444695-444706, 444614-444625, 444732-444743 + 444710-444721 (*) + consultaties 105932 en 105954

Opmerking : *De lezing kan gebeuren bij de simulatie op voorwaarde dat de simulatie op dezelfde factuur als de behandeling staat*

(☞26) o honoraria en forfaitaire tegemoetkomingen uit de overeenkomst betreffende de financiering van dialyse: (pseudo)-codes 470293-470304, 470330-470341, 470315-470326, 470890-470901, 470934-470945, 471111-471122, 471133-471144, 471155-471166, 471170-471181, 767594, 767616, 767631, 767686, 767723, 767664, 767701, 767756, 767782, 767804 en 767955-767966.

(☞23) + bloedproducten afgeleverd in het kader van de dialyse: pseudocodes 0752113-0752124, 0752393-0752404, 0752415-0752426, 0752430-0752441, 0752452-0752463, 0752474-0752485, 0752496-0752500, 0752555-0752566, 0752570-0752581, 0752592-0752603, 0752614-0752625, 0752636-0752640, 0752651-0752662, 0752673-0752684 en 0752695-0752706

- o forfaits MBV : (pseudo)-codes 757293, 757315 en 757330
- o nabehandeling revalidatie : (pseudo)-code 762974

1.4 <u>Factuur met enkel zorgen waarvoor geen lezing van identiteitsdocument vereist is</u>, (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes van de exhaustieve lijst van zorgen waarvoor geen lectuur van het identiteitsdocument vereist is, zie punt 2.4)

- <u>Geen lectuur.</u>
- <u>Geen record 21 met leesgegevens.</u>

(☞20,22) <u>Opgelet:</u> De principes uit punt 1.1 hebben voorrang. Een hospitalisatiefactuur (type factuur 1) moet dus steeds een R 21 bevatten, zelfs als ze enkel *prestaties* bevat waarvoor geen lectuur vereist is (bv. een complementaire factuur met uitsluitend prestaties klinische biologie). Een hospitalisatiefactuur met betrekking tot een *patiënt* waarvoor geen lectuur vereist is (eerste 3 streepjes uit punt 2.4) of voor een *elders verblijvende patiënt* (dienstcode = 002) moet geen R 21 bevatten.

2. <u>Uitzonderingen</u>

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

(☞23) 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 of via a posteriori lectuur (datum en uur van lectuur moeten steeds ingevuld worden) :

- indien de patiënt geen geldig identiteitsdocument kan voorleggen op het moment van de zorgen

(☞14) - in geval de patiënt binnenkomt via spoed of met de MUG en vervolgens wordt gehospitaliseerd : voor de verstrekkingen verricht op spoed of in de MUG 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 spoed : voor de verstrekkingen verricht op spoed mag de identiteit van de patiënt gelezen worden de volgende dag *(opm.: mag ook de avond zelf)*.
- indien de prestatie wordt verleend buiten de administratieve openingsuren van het ziekenhuis
- in geval van panne van het informaticasysteem

(☞10,22) In het volgende geval kan de verificatie van de identiteit a posteriori gebeuren door manuele invoering van INSZ-nummer in R 20 Z 8 en serienummer in R 21 Z 9:

- gebrek aan interconnectiviteit tussen software

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

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

De identiteitsgegevens kunnen manueel ingevoerd worden (voorafgaand aan 1ste verstrekking) ingeval van:

- 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. <u>Gebruik van het vignet als drager (R 21 Z 6 = 4)</u>

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
- In geval 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).

(*) COVID-19-verstrekking, geschrapt op 01/01/2026.

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

(☞4,22) - Voor de rechthebbenden van minder dan 3 maanden oud. (hospitalisatie: leeftijd op het moment van opname; ambulant: leeftijd op prestatiedatum).

(☞12,26) - In geval de verstrekking reeds verleend is en de patiënt binnen de maand na de prestatiedatum/opnamedatum 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.

(☞8,10,23) - 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, 350733-350744, 350755-350766, 350770-350781 en 350792-350803.

(☞17,18,19,22, 23,25,27,28,29,31) - Andere verstrekkingen zonder noodzakelijk patiëntencontact:

→ schriftelijk verslag van een hospitalisatieperiode: 350313-350324.

→ 2de lezing screeningsmammografie: 450214-450225.

→ overeenkomst 'obesitas bij kinderen': advies en ondersteuning aan het 1ste zorgniveau: 400676-400680, trimestrieel forfait: 400632-400643, jaarforfait: 400654.

→ overeenkomsten 'zorgpaden 1 en 2 pre- en rehabilitatie': 400750-400761, 400772-400783, 400794, 400831-400842, 400853, 400875-400886, 400890-400901, 400912, 400956-400960, 400971, 400993-401004, 401015-401026, 401030, 401074-401085, 401096, 401111-401122, 401133-401144, 401155, 401192-401203, 401214, 401634-401645, 401656-401660, 401671, 401693-401704, 401715-401726 en 401730.

→ overleg (kinder- en jeugdpsychiatrie): 109336, 109351, 109373, 109395, 109410, 109432, 109454 en 109675.

→ overeenkomst 'eetstoornissen': multidisciplinair overleg: 401310.

→ pluridisciplinaire nefrologische evaluatie: 103994.

→ overeenkomst 'telemonitoring hartfalen': 403012-403023, 403034-403045, 403056-403060, 403071-403082, 403093-403104 en 403115-403126.

→ forfaits 'telemonitoring oncologie': 770431-770442 en 770453-770464.

→ overeenkomst 'transgenderzorg': 783451-783462 en 783473-783484.

(☞8,14,22,23) - Forfaits voor parenterale voeding thuis: (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413, 751951,751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936, 764971, 766172 en 766194, alsook de specialiteiten verwerkt in de parenterale voeding (herkenbaar d.m.v. betrekkelijke verstrekking).

- 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.

(☞11,14) - Verstrekkingen/medicatie verricht/toegediend in de MUG (waarbij patiënt niet naar het ziekenhuis van de MUG wordt gebracht), mits waarde 1 ingevuld wordt in R 40 Z 12 en/of R 50 Z 50b.

	Recordtype 50		
	Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
	Z 1	Recordtype 50	*Constante waarde 50*
	Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
	Z 3	Norm verstrekking	*Altijd 0*
	Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	*Verplicht in te vullen*
	Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	*Datum van prestatie*
	Z 6a-6b	Datum laatste verrichte verstrekking	*Datum van prestatie (=R 50 Z 5)*
	Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	*Verplicht in te vullen*
	Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*Idem R 20 Z 8a-8b*
	Z 9	Geslacht rechthebbende	*Idem R 20 Z 9*
	Z 10	Bevalling	*Altijd 0*
	Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	*Altijd 0*
	Z 12	Nacht, weekeinde, feestdag	*Waarde 0, 1, 2 of 3*
	Z 13	Dienstcode	*990 (indien R20 Z10 = 3 of 002 (indien R20 Z10 = 1)*
(☞31)	Z 14	Plaats van verstrekking	*Zie beschrijving zone*
	Z 15	Identificatie verstrekker	*RIZIV-nummer van de verstrekker*
	Z 16	Norm verstrekker	*Waarde 1 of 9*
	Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	*Zie lijst "betrekkelijke verstrekking"*
	Z 19	Verzekeringstegemoetkoming	*Bedrag van de tegemoetkoming*
	Z 20-21	Datum voorschrift	*Verplicht in te vullen indien Z 24-25 ≠ 0*
	Z 22	Aantal eenheden	*Altijd 1*
	Z 23	Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	*Altijd 00*
	Z 24-25	Identificatie voorschrijver	*Meestal 0, behalve voor radiografieën vermeld op de lijst « voorschrijver » waarbij voorschrijver ≠ verstrekker*
	Z 26	Norm voorschrijver	*Waarde 0 of 1*
	Z 27	Persoonlijk aandeel patiënt	*Aangerekend reglementair persoonlijk aandeel*
	Z 28	Referentie instelling	*Facultatief*
	Z 29	Behandelde tand	*Altijd 0*
	Z 30-31	Supplement	*Bedrag dat eventueel bovenop het reglementair persoonlijk aandeel wordt aangerekend aan de patiënt.*
(☞19)	Z 32	Rechtvaardiging	*Altijd 0*
(☞11)	Z 33	Code facturering pers.aandeel of suppl.	*Waarde 0, 1, 2 of 9*
	Z 34	Behandeld lid	*Altijd 0*
	Z 35	Geconventioneerde verstrekker	*Waarde 1, 2 of 9*
	Z 36-37	Uur van prestatie	*Altijd 0*
	Z 38	Identificatie toedienaar bloed	*Altijd 0*
	Z 39-40	Nummer attest van toediening	*Altijd 0*
	Z 41-42	Nummer afleveringsbon of zak	*Altijd blanco*
	Z 43	Code implant	*Altijd 0*
	Z 44-45	Omschrijving product	*Altijd blanco*
	Z 46	Norm plafond	*Altijd 0*
	Z 47	Basiswaarde verstrekking	*Altijd 0*
	Z 48	Transplantatie	*Altijd 0*
	Z 49	Identificatienr. bijkomende verstrekker	*Altijd 0*
	Z 50a	Aandeel in forfait	*Altijd 0*
(☞14)	Z 50b	Aanduiding prest. in kader v. lect. eID	*Altijd 0*
	Z 51	Ziekenhuissite	*Altijd 0*
(☞27,28)	Z 52a	Referentienr. digitaal verwijsvoorschrift	*In te vullen indien een dig. verwijsvoorschrift gebruikt werd*
	Z 53-54a	Ritnummer	*Altijd 0*
	Z 55-56	Notificatiecode implantaat	*Altijd 0*
	Z 57-58-59	Registratiecode	*Altijd 0*
	Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

2. Bijzondere situaties

2.1 De volgende pseudo-codes (die niet tot art.8 van de nomenclatuur behoren) kunnen door een deelnemende praktijk gefactureerd worden (autonoom of in combinatie met directe zorg):
- Vaccinatie: 419451, 419974, 419996
- Diabeteseducatie: 794253, 794312, 794334, 794415, 794430, 794452
- Thuishospitalisatie: 418574, 418596, 418611

Indien ze in combinatie met directe zorg worden aangerekend, moeten alle interventiecodes van het bezoek geregistreerd worden. Bij de pseudo-code 'directe zorg' moet het aantal minuten echter verminderd worden met de waarde van de verstrekkingen die via de betreffende pseudocodes gefinancierd worden (hiervoor wordt een omzettingstabel voorzien). Daarbovenop worden de pseudocodes gefactureerd, aan het einde van de reeks (einde verzorgingsdag).

2.2 Indien een gedeelte van het bezoek wordt gefinancierd via een overeenkomst (bv. bloedafname), moeten alle interventiecodes van het bezoek geregistreerd worden. Bij de pseudocode 'directe zorg' moet het aantal minuten echter verminderd worden met de waarde van de verstrekkingen die via de betreffende overeenkomst gefinancierd worden (hiervoor wordt een omzettingstabel voorzien).

2.3 Patiënt heeft op dezelfde dag de hoedanigheid van ambulante en gehospitaliseerde patiënt:
De ambulante pseudocodes van het pilootproject kunnen in dat geval ook aangerekend worden op de eerste en de laatste dag van een hospitalisatie, en op de dag van een daghospitalisatie.

2.4 Facturatie door verschillende verpleegkundigen van pseudocodes pilootproject (uurtarief) en nomenclatuurcodes art. 8 voor dezelfde patiënt op dezelfde dag is mogelijk.
Bv. patiënt wordt 's morgens verzorgd door verpleegkundige X die niet deelneemt aan het pilootproject en 's avonds door verpleegkundige Y van groepering Z die wél deelneemt.
De forfaits A, B, enz… uit art. 8 van de nomenclatuur zijn echter voor dezelfde patiënt op dezelfde dag niet cumuleerbaar met de pseudocodes van het pilootproject. Verpleegkundige X kan dus, voor een patiënt die op dezelfde dag ook door verpleegkundige Y verzorgd wordt, geen forfaits A, B, enz… aanrekenen, enkel verstrekkingen per akte.
Als verpleegkundige X toch een forfait A, B, enz… gefactureerd heeft en deze facturatie eerder overgemaakt werd aan de VI dan de facturatie van groepering Z (pilootproject), wordt het forfait dus aanvaard en betaald aan verpleegkundige X voordat de facturatie van groepering Z verwerkt wordt. Bijgevolg wordt de facturatie van pseudocodes van het pilootproject (uurtarief) (voor de betreffende patiënt voor de betreffende dag) door verpleegkundige Y automatisch geweigerd.
In dat geval kunnen de verpleegkundigen contact met elkaar opnemen, zodat verpleegkundige X haar forfait crediteert (en haar verstrekkingen per akte factureert), waarna de pseudocodes (uurtarief) voor verpleegkundige Y heringediend kunnen worden en aanvaard zullen worden.

3. <u>Structuur facturatiebestand</u>

- Facturatierecords (norm 0):
  * (in)directe zorg week/weekend en verplaatsingstijd:
    - aantal eenheden (Z 22) = aantal minuten
    - bedrag ZIV = uurtarief * aantal minuten / 60
      (afronding naar dichtstbijzijnde eurocent; 5 naar boven)
    - ingeval van directe zorg: betrekkelijke verstrekking (Z 17-18) = pseudocode die de plaats van verstrekking aangeeft
  * eventuele rurale reisvergoeding (1 per bezoek)
    - aantal eenheden (Z 22) = 1
  * (☞31) eventueel palliatief forfait (1 per verzorgingsdag) (kan niet autonoom gefactureerd worden)
    - aantal eenheden (Z 22) = 1

- (☞31) Statistische records (norm 9):
  * interventiecodes
    - aantal eenheden (Z 22) = 1
    - bedragzones = 0

- Lezing eID (R52) bij elke record 'directe zorg'. Ingeval van directe zorg op afstand, moet er een record 52 vermeld worden met R 52 Z 10 = 7 (een vignet met streepjescode) en R 52 Z 11 = 1 (rechthebbende niet aanwezig tijdens verstrekking en gelijktijdige aanwezigheid van rechthebbende en zorgverlener niet reglementair vereist).

- Alle records van een 'verzorgingsdag' worden als blok beschouwd.

- Zorgkundigen: gebruik van 'norm verstrekker' en 'bijkomende verstrekker': analoog aan instructies voor prestaties met statistische records met pseudocodes (cf. R 50 Z 16 en Z 49):

  Norm verstrekker (Z 16):
  - Alle zorgen uitgevoerd door verpleegkundige: (in)directe zorg + alle interventiecodes: norm 1
  - Alle zorgen uitgevoerd door zorgkundige: (in)directe zorg + alle interventiecodes: norm 2
  - Sommige zorgen uitgevoerd door verpleegkundige en sommige door zorgkundige: (in)directe zorg: norm 9 en interventiecodes: norm 1 bij verstrekkingen uitgevoerd door verpleegkundige; norm 2 bij verstrekkingen uitgevoerd door zorgkundige

  Bijkomende verstrekker (Z 49):
  - Alle zorgen uitgevoerd door verpleegkundige: (in)directe zorg + alle interventiecodes: RIZIV-nummer verpleegk.
  - Alle zorgen uitgevoerd door zorgkundige: (in)directe zorg + alle interventiecodes: RIZIV-nummer zorgk.
  - Sommige zorgen uitgevoerd door verpleegkundige en sommige door zorgkundige:
    → (in)directe zorg: RIZIV-nummer verpleegk.
    → interventiecodes: RIZIV-nummer verpleegk. of zorgk. die de verstrekking uitgevoerd heeft

4. Controles door de VI's

- Verwerping in blok: een verzorgingsdag voor een bepaalde patiënt wordt als 'blok' beschouwd, een fout in één van de records van de verzorgingsdag geeft dus aanleiding tot verwerping van alle records van de betreffende verzorgingsdag.

- Enkel de (deel)prakijken die in het project gestapt zijn, kunnen de nieuwe codes (pseudocodes + interventiecodes) gebruiken. Zij kunnen geen nomenclatuurcodes art. 8 aanrekenen, wel de reeds bestaande pseudo-codes buiten art. 8 (zie opsomming in punt 2.1, 5)).
  De facturerende derde (R 10 Z 14) moet dus een deelnemende praktijk zijn (94-nummer waarbij het nieuwe attribuut *HCI_Praktijkfinanciering* de waarde 1 heeft).

- Controle tarief (uurtarief * aantal minuten / 60, afgerond naar de dichtstbijzijnde eurocent, 5 naar boven afronden).

- Controle op duurtijd van bezoeken en verplaatsingen: het aantal minuten verplaatsingstijd en directe zorg mag niet groter zijn dan de volgende drempelwaardes:
  Verplaatsingstijd: max. 1u per verplaatsing
  Directe zorg: maximum 3u per bezoek
  (geen harde drempel voor indirecte zorg, enkel een zachte drempel in de software van de verpleegkundige)

- Pseudocode directe zorg moet steeds gevolgd worden door minstens 1 interventiecode voor directe zorg en kan eventueel ook gevolgd worden door (een) interventiecode(s) voor indirecte zorg.
  Pseudocode indirecte zorg moet steeds gevolgd worden door minstens 1 interventiecode voor indirecte zorg en kan niet gevolgd worden door (een) interventiecode(s) voor directe zorg.

- Betrekkelijke verstrekking (plaats) bij pseudocodes directe zorg:
  - Aanwezigheid van code betrekkelijke verstrekking.
  - Controle op verstrekkingen op afstand: betrekkelijke verstrekking mag enkel gelijk zijn aan 421396 ('op afstand') indien het voor alle bijhorende interventiecodes toegestaan is om ze op afstand te verrichten.

- Voor de code palliatief forfait (423975) moet er een MyCarenet-bericht 'notificatie palliatieve patiënt' (420000) ontvangen zijn.

- Controle op de interventiecodes:
  - Verstrekker (enkel controleren dat het een verpleegkundige (beroepscode 41) is)
  - Voorschrijver (behalve voor de interventiecodes 438653, 438675, 438712, 438815, 438852 en 438874)

- De (ambulante) codes van het pilootproject moeten aanvaard worden op de eerste en laatste dag van een hospitalisatie (en op de dag van een daghospitalisatie), zonder dat dit aangegeven wordt via de pseudocode 426613 (rechthebbende die op een zelfde dag de hoedanigheid heeft van gehospitaliseerde én van ambulante rechthebbende). De zone 'betrekkelijke verstrekking' wordt namelijk al gebruikt voor de plaatsaanduiding.

- Controle lezing eID: bij elke record 'directe zorg' moet een R 52 aanwezig zijn.

- Cumul van verstrekkingen binnen pilootproject (pseudocodes uurtarief) en buiten pilootproject (nomenclatuur art.8)
  - door dezelfde verpleegkundige voor dezelfde patiënt op dezelfde dag: NIET toegestaan
  - door verschillende verpleegkundigen voor dezelfde patiënt op dezelfde dag: WEL toegestaan, BEHALVE forfaits A, B, enz... (deze laatste zijn voor dezelfde patiënt op dezelfde dag NIET cumuleerbaar met de pseudo-codes van het pilootproject (uurtarief))

FACTURATIEVOORBEELD (tarieven 2025)

				Norm verstrekking (Z 3)	Aantal eenheden (Z 22)	Bedrag ZIV (Z 19)	Bedrag PA (Z 27)	Datum (Z5-6)	Betr.verstr. (Z17-18)		**uurtarieven (in EUR/uur)**		
R10	Begin zending										59,10	zorg tijdens de week	
	R20	Aanvang patiëntenfactuur									79,10	zorg tijdens het weekend	
											39,10	verplaatsingstijd	
	Dag 1 bezoek 1	R50	directe zorg tijdens de week	0	35 (minuten)	**34,48 EUR**	0 EUR	27-06-2025	pseudo-code plaats		59,10 * 35 / 60 =	34,4750	berekening: uurtarief * aantal minuten / 60
		R52	*lezing identiteit*										afronding naar dichtsbijzijnde eurocent; indien 5: afronden naar boven
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
		R50	verplaatsing (naar)	0	15 (minuten)	**9,78 EUR**	0 EUR	27-06-2025	0		39,10 * 15 / 60 =	9,7750	
		R50	rurale vergoeding	0	1	3,13 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
	Dag 1 bezoek 2	R50	directe zorg tijdens de week	0	20 (minuten)	**19,70 EUR**	0 EUR	27-06-2025	pseudo-code plaats		59,10 * 20 / 60 =	19,7000	
		R52	*lezing identiteit*										
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
		R50	verplaatsing (naar)	0	5 (minuten)	**3,26 EUR**	0 EUR	27-06-2025	0		39,10 * 5 / 60 =	3,2583	
		R50	rurale vergoeding	0	1	3,13 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
	Dag 1 palliatief forfait	R50	palliatief forfait	0	1	37,30 EUR	0 EUR	27-06-2025	0				
	Dag 2 bezoek	R50	directe zorg tijdens het weekend	0	20 (minuten)	**26,37 EUR**	0 EUR	28-06-2025	pseudo-code plaats		79,10 * 20 / 60 =	26,36667	
		R52	*lezing identiteit*										
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	28-06-2025	0				
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	28-06-2025	0				
		R50	verplaatsing (naar)	0	15 (minuten)	**9,78 EUR**	0 EUR	28-06-2025	0		39,10 * 15 / 60 =	9,775	
		R50	rurale vergoeding	0	1	3,13 EUR	0 EUR	28-06-2025	0				
	Dag 2 indirecte zorg	R50	indirecte zorg tijdens het weekend	0	10 (minuten)	**13,18 EUR**	0 EUR	28-06-2025	0		79,10 * 10 / 60 =	13,18333	
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	28-06-2025	0				
		R50	interventiecode	9	1	0 EUR	0 EUR	28-06-2025	0				
	Dag 2 palliatief forfait	R50	palliatief forfait	0	1	37,30 EUR	0 EUR	28-06-2025	0				
		...											
	R80	Einde patiëntenfactuur											
	R20	Start patiëntenfactuur											
		...											
	R80	Einde patiëntenfactuur											
R90	Einde zending												

RUBRIEK : Code verpleegdagen

	Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
	3) *Forfaitair remgeld farmaceutische producten*		0750002
	3 bis) *Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten gedurende de periode van parenterale voeding thuis van de patiënt.*	0750175	
	3 ter) *Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten voor patiënten die verblijven in PVT*	0751811	
	4) *Reiskosten prematuren*		0773581
	4 bis) *Vervoerskosten voor dialyse en chemotherapie*		
(☞27)	*vanuit psychiatrisch ziekenhuis (MB's van 30/5/2024)*		0761946
(☞27)	*vanuit gespecialiseerd algemeen ziekenhuis (MB's van 30/5/2024)*		0761961
	5) *Forfaitair honorarium voor klinische biologie betaalbaar per verpleegdag*		0592001
	6) *Militair Hospitaal van Neder-Over-Heembeek*		
	a) *All-in-prijs per dag van opneming in de dienst voor rechthebbenden met grote brandwonden*		0760524
	b) *Verpleegdagprijs voor behandeling met hyperbare zuurstoftherapie*		0760642
	c) *Forfait "dagziekenhuis"*	0760653	0760664
	7) *Forfaitaire verpleegdag*		
	a) Gebruik gipskamer	0761036	0761040
	Dringende verzorging of intraveneuze infusie (vroeger miniforfait)	0761213 (*)	-
	Maxiforfait	0761235	0761246
	Forfait oncologische basiszorg	0767852	0767863
(☞31)	Forfait opstart telemonitoring oncologie	0770431	0770442
(☞31)	Forfait telemonitoring oncologie	0770453	0770464
(☞12)	Forfait hoofdhuidkoeling	0763932	0763943
(☞12)	Forfait hand- en voetkoeling	0763954	0763965
	Maxiforfait monotherapie	0767874	0767885
	Maxiforfait combitherapie	0767896	0767900
	Maxiforfait monotherapie + pediatrie mono	0767911	0767922
	Maxiforfait combitherapie + pediatrie combi	0767933	0767944
	Forfait groep 1	0768176	0768180
(☞23)	Forfait groep 1bis	0766356	0766360
	Forfait groep 2	0768191	0768202
	Forfait groep 3	0768213	0768224
	Forfait groep 4	0768235	0768246
	Forfait groep 5	0768250	0768261
	Forfait groep 6	0768272	0768283
(☞3)	Forfait groep 6bis	0767970	0767981
	Forfait groep 7	0768294	0768305
	Forfait 1 chronische pijn	0768316	0768320
	Forfait 2 chronische pijn	0768331	0768342
	Forfait 3 chronische pijn	0768353	0768364
	Forfait manipulatie poortkatheter	0768375	0768386
	b) Dienst A : verpleegdagprijs in toepassing van art. 2, § 4 van de Nationale Overeenkomst (50 % van de totale verpleegdagprijs)	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.

(☞3,12,26,31) 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 intraveneuze infusie (vroeger miniforfait), maxiforfait, (maxi-)forfait oncologie, telemonitoring oncologie, forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling, nierdialyse in ziekenhuis (ambulante code), forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie (intern en extern), forfait groep 1, 1bis, 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 vakantiekampen (793321, 793343 en 793365): dienstcode van de dienst waar de patiënt verbleef voor zijn vertrek op collectief vakantiekamp.

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).

RUBRIEK : DIENSTCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

(☞3,12, 14,26,31) 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 (vroeger mini-forfait), maxi-forfait, (maxi-)forfait oncologie, telemonitoring oncologie, forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling nierdialyse in ziekenhuis, forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie (intern en extern), forfait groep 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis en 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3, forfait manipulatie poortkatheter, thuishospitalisatie 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).

(☞26)
* In geval van bedragen 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.
* <u>Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen</u> :
  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.
* <u>Globaal prospectief bedrag</u>: 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.

(☞3,30)
* 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): dienstcode 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 (*).

(☞14,20,25)
* Voor de pseudocodes 793715, 793730, 793752, 793774 (begin en einde tenlasteneming overeenkomst mobiele teams), 799956-799960, 799971-799982 (begin en einde tenlasteneming transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen), en de pseudo-codes 401472-401483, 401494-401505, 401516-401520, 401531-401542, 401553-401564, 401575-401586 (zorgtraject eetstoornissen), is deze zone gelijk aan nul.

(☞14)
* Overeenkomst thuishospitalisatie:
  - forfaits gefactureerd door het ziekenhuis + pseudo-codes aan 0 € voor begin en einde tenlasteneming: pseudo-dienstcode 980
  - forfaits gefactureerd door huisarts of verpleegkundige: pseudo-dienstcode 990

(*) Indien het gaat om een verblijf van een pasgeborene kan het ook gaan om een <u>pseudo</u>-dienstcode (170 of 180).
(☞30) *(**) T.e.m. 31/12/2025. Vanaf 1/1/2026 geïntegreerd in "De Lijst".*

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
(*) (☞31) 720	Gen.	Dringende verzorging of intraveneuze infusie (vroeger miniforfait) + forfait oncologische basiszorg + telemonitoring oncologie
(☞12) 730	Gen.	Maxiforfait + maxiforfait oncologie + forfaits hoofd-, hand- en voetkoeling
750	Gen.	Nierdialyse
760	Psy.	Psychiatrische forfaitaire verpleegdag + nabehandeling revalidatie
770		Revalidatie
(☞3,26) 840	Gen.	Forfait groep 1, 1bis, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis of 7 + forfait chronische pijn 1, 2 of 3 + forfait manipulatie poortkatheter
(☞14) 980	Gen.	Thuishospitalisatie
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
			Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor patiënten met...
610	310	S1	cardio-pulmonaire aandoeningen
620	312	S2	locomotorische aandoeningen
630	311	S3	neurologische aandoeningen
640	314	S4	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), voor het forfait oncologische basiszorg en voor telemonitoring oncologie.

* Indien het gaat om vervoer van patiënten, dan moet in deze zone het identificatienummer van het ziekenhuis dat factureert worden vermeld (bijvoorbeeld ingeval van pseudo-code 793553).

(☞14) * Indien het gaat om thuishospitalisatie, dan moet in deze zone het identificatienummer van het ziekenhuis worden vermeld, zowel voor de codes voor begin en einde tenlasteneming als voor de forfaits die door het ziekenhuis gefactureerd worden. Voor de forfaits gefactureerd door huisarts of verpleegkundige, is deze zone gelijk aan nul.

* Overeenkomst "mobiele teams":
Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): nummer netwerk geestelijke gezondheidszorg.
Pseudo-codes huisbezoek (104473, 104495): nummer mobiel team.

(☞19,25) * Overeenkomst "eetstoornissen": verstrekkingen diëtetiek (401332 en 401354) en pseudo-codes (0€) 401472-401483, 401494-401505, 401516-401520: nummer netwerk geestelijke gezondheidszorg kinderen jongeren; pseudo-codes 401531-401542, 401553-401564, 401575-401586: nummer ziekenhuis (referentiecentrum).

* 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.

<u>Radiofarmaceutische producten</u>

* 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 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

<u>KB 26/5/2016 (BS 31/5/2016)</u>

* 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.

(☞15) <u>Opgelet</u>: de verstrekking 457973-457984 enkel mag aangerekend worden als het ziekenhuis ook beschikt over het globaal zorgprogramma "cardiale pathologie" B (erkenning 120).

* 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.

(☞31) * 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, 444732-444743.

(☞6) * Nummer ziekenhuis + 120 (globaal zorgprogramma "cardiale pathologie" B) indien het gaat om verstrekkingen 229655-229666, 589190-589201, 589632-589643, 590236-590240.

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.

(☞22) De bedragen die worden aangerekend voor de niet-vergoedbare producten, verstrekkingen of diensten (pseudocodes R 50 Z 4 V 14 en V 15) moeten hier worden vermeld.
Voor de transparantiecodes 384075-384086, 384090-384101, 384112-384123 en 384134-384145 (statistische pseudo-codes die de beweegreden voor het aanrekenen van een supplement weergeven) is het bedrag gelijk aan nul. Voor alle andere transparantiecodes is het bedrag in deze zone > 0.

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:

(☞29)
- Alleen voor volgende verstrekkingen "reconstructie van grote botdefecten": 186432-186443, 186454-186465 en 186476-186480 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.

(☞14,20) Overeenkomsten "thuishospitalisatie" en "mobiele teams" en "transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen":
Ingeval van pseudo-codes voor begin/einde tenlasteneming in R 50 Z 4 is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan nul.
Thuishospitalisatie: voor de forfaitaire tegemoetkomingen mag geen supplement aangerekend worden en is deze zone dus steeds gelijk aan nul.

(☞25) Overeenkomst zorgtraject eetstoornissen:
Ingeval van pseudo-codes 401472-401483, 401494-401505, 401516-401520, 401531-401542, 401553-401564, 401575-401586 is deze zone steeds gelijk aan nul.

(☞31) Tandartsen:
De bedragen die (aan de patiënt) aangerekend worden in het kader van de maximumtarieven (punt 3.4.C van het Nationaal Akkoord Tandheelkundigen-Ziekenfondsen 2026-2027) worden in deze zone vermeld.

Globaal prospectief bedrag: Steeds nul.
"Nulrecords": supplement mogelijk

(☞10,25) Overeenkomst opsporing apenpokken* (557233-557244, 557270-557281): steeds gelijk aan nul

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

** Deze overeenkomst blijft slechts van kracht tot en met prestatiedatum 31/12/2024.*

RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPPLEMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176

(☞9) Zie recordtype 30 zone 33.

Waarde	Betekenis
1	Persoonlijk aandeel en/of supplement werd geheel of gedeeltelijk ten laste gelegd van de verstrekker/instelling zelf of van een wetgeving buiten de ZIV (inhoud zone 27 en/of zone 30-31 kleiner dan verwacht bedrag of gelijk aan nul).
2	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
3	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering MAF (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19) Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
4	Mededeling MAF-recht ontvangen maar 100% facturatie niet toegepast omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
(☞24) 5 ****	Honorariumsupplement aangerekend omwille van bijzondere eisen van de patiënt, zoals voorzien in het akkoord (tand)artsen-ziekenfondsen. Deze waarde moet gebruikt worden indien een geconventioneerde (tand)arts (Z 35 = 1) een honorariumsupplement aanrekent of indien een (tand)arts, al dan niet geconventioneerd, een honorariumsupplement aanrekent aan een rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming.
6 **	Geplaatste geïnterneerde (facturatie zoals voor een gewone verzekerde, maar patiëntenfactuur wordt aan de FOD Justitie geadresseerd)
7 **	Geplaatste geïnterneerde waarvoor remgelden gedragen worden in het kader van de reglementering MAF (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19) Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
8 **	Geplaatste geïnterneerde waarvoor mededeling MAF-recht ontvangen werd maar 100% facturatie niet toegepast werd omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
(☞9) 9 ***	Specifieke sociale categorie (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
0	In alle andere gevallen, ook als persoonlijk aandeel en/of supplement (rechtstreeks) ten laste genomen wordt van het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij (persoonlijk aandeel moet vermeld worden in zone 27; supplement moet vermeld worden in zone 30-31)

Reglementaire persoonlijke aandelen die niet worden aangerekend door de verstrekker: Z 27 = 0 en Z 33 = 1.

(☞9) Opgelet : waarden 3, 4, 6, 7, 8, 9 primeren op waarde 1. Waarde 9 primeert ook op waarden 3 en 4.

In zone 27 en in zone 30-31 komen de bedragen die effectief worden aangerekend aan de patiënt of die (rechtstreeks) ten laste worden genomen door het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij.
Bedragen die (rechtstreeks) ten laste worden genomen door de verstrekker/instelling zelf of door een andere wetgeving buiten de ZIV komen niet op de factuur.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

(☞31) (*) De waarde 3, 4, 7, 8 moet ook gebruikt worden voor prestaties zonder persoonlijk aandeel. De waarde 3, 4, 7 of 8 mag evenwel niet gebruikt worden ingeval van facturatie van de verplaatsingskosten “dringend ziekenvervoer” (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486) of ingeval van facturatie van niet-vergoedbare verstrekkingen of diensten (960-codes of transparantiecodes).

(☞9) (**) Deze waarde wordt geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2023. Voor de geplaatste geïnterneerden zullen dezelfde regels van toepassing zijn als voor de gedetineerden (waarde 9).

(☞9) (***) Het betreft gedetineerden waarvoor het remgeld ten laste genomen wordt door de ziekteverzekering.

(☞11) Deze waarde mag niet gebruikt worden voor prestaties verricht voor een pasgeborene die op naam van de (gedetineerde) moeder gefactureerd worden (R 50 Z 10 = 2, 3, 4 of 5).

(☞15,31) Deze waarde mag ook niet gebruikt worden voor niet-vergoedbare verstrekkingen (codes 96xxxx of transparantiecodes).

(☞26) (****) Deze waarde kan tevens facultatief gebruikt worden door een niet-geconventioneerde (tand)arts voor een patiënt zonder recht op de verhoogde tegemoetkoming.

RUBRIEK : ZIEKENHUISSITE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287

In deze zone wordt het nummer vermeld van de site waar de prestatie verricht werd.

(☞13) Vanaf prestatiedatum 1/7/2023 moet deze zone ook ingevuld worden voor de verstrekkingen 161991-162002 en 182836-182840 en voor de pseudocodes uit de overeenkomst borstreconstructie.

(☞21) Vanaf prestatiedatum 1/8/2024 moet deze zone ook ingevuld worden voor de verstrekkingen die enkel vergoedbaar zijn in erkende borstklinieken, zoals voorzien in het KB tot uitvoering van art. 64 van de Wet.

(☞20,21,27) Vanaf prestatiedatum 1/1/2025 moet deze zone ook ingevuld worden voor alle verstrekkingen van "De Lijst" (implantaten en invasieve medische hulpmiddelen), ook voor de eventuele statistische records (met norm 9) en voor de records "afleveringsmarge" en "veiligheidsgrens", behalve indien de facturerende derde (R 10 Z 14) een Vlaams revalidatieziekenhuis of individuele arts (efac) is.

(☞23,27,31) Vanaf prestatiedatum 1/4/2025 moet deze zone ook ingevuld worden voor de verstrekkingen die aanleiding geven tot vergoeding van reiskosten, namelijk:

- 470293, 470315, 470330, 470890 en 470934.
- 101592 en 101614 (enkel indien de patiënt gedurende de twaalf voorgaande maanden al de verstrekking 470352, 470875, 470912, 767734, 767815, 767826, 767830 of 767841 heeft genoten).
- 444113, 444135, 444150, 444172, 444194, 444216, 444231, 444253, 444290, 444312, 444334, 444636, 444651, 444673, 444710 (*) en 444732.
- 102270, 102292, 102314, 102336, 102351, 102373, 105932, 105954, 106293, 106315, 106330 en 106352 (enkel indien de patiënt eerder al één van de verstrekkingen 444113, 444135, 444150, 444172, 444194, 444216, 444231, 444253, 444290, 444312, 444334, 444636, 444651, 444673, 444710 (*), 444732, 767874, 767896, 767911 of 767933 heeft genoten).

(☞26,28) Voor alle andere verstrekkingen verricht in een ziekenhuis (R 50 Z 14 = nummer ziekenhuis, dus beginnend met 710/719/720) mag deze zone facultatief ingevuld worden.

(☞28) Voor verstrekkingen verricht buiten een ziekenhuis (R 50 Z 14 ≠ nummer ziekenhuis, dus niet beginnend met 710/719/720 of gelijk aan nul) mag deze zone niet ingevuld worden.

Het identificatienummer van een site bestaat uit 4 posities (cfr. codificatie FOD Volksgezondheid) en wordt voorafgegaan door 2 nullen.

(*) COVID-19-verstrekking, geschrapt op 01/01/2026.