

**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 2021/1 – Publicatie 31-3-2021**



RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
TERVURENLAAN 211 - 1150 BRUSSEL

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

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

BIJWERKING 2021/1

Te vervangen bladzijden :

- Bijlage 6.3, 7, 25.1, 25.3, 25.7;
- R 21 Z 5, Z 6, Z 9;
- R 50 Z 4 V 13, V 25, V 27, V 29, V 30, V 31, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 V 2, Z 15 V 1, Z 19 V 1, Z 27 V 1, Z 30-31, Z 43;
- R 52 Z 9, Z 10, Z 16.

1. Lectuur e-id, bijlage 6.3, 7, 25.1, 25.3, 25.7, R 21 Z 5, Z 6, Z 9, R 52 Z 9, Z 10, Z 16.

Verpleegkundigen

Er wordt een nieuwe waarde A (elektronische invoering (Itsme)) toegevoegd in de zones “type lezing” (R 52 Z 9) en “type drager” (R 52 Z 10).

Toepassingsdatum: De nieuwe waarde mag gebruikt worden vanaf gefactureerde maand augustus 2021 (R 10 Z 22-23 ≥ 0202108).

Ziekenhuizen

Er worden 2 nieuwe waarden A (elektronische invoering (Itsme)) en B (inschrijving via applicatie ziekenhuis) toegevoegd in de zones “type lezing” (R 21 Z 5) en “type drager” (R 21 Z 6).

De betreffende zones worden alfanumeriek.

De waarden “0” (“geen type lezing” en “geen type drager”) worden geschrapt.

In bijlage 25 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- Er wordt een bijkomend testscenario voorzien naar aanleiding van de toevoeging van de nieuwe waarden A en B
- Het punt over recurrente behandelingen en over de uitzonderingen (verstrekkingen waarvoor geen record 21 nodig is) wordt gepreciseerd en geactualiseerd.
- Er wordt verduidelijkt dat voor verstrekkingen van art. 8 van de nomenclatuur (verpleegkundigen) die gefactureerd worden door een ziekenhuis, de modaliteiten van de verpleegkundigen moeten 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 (en niet per dag zoals de algemene regel van de ziekenhuizen).

Toepassingsdatum: Zie de reeds eerder afgesproken planning, opgenomen in bijlage 25.10.

2. Verpleegkundige zorgen – voorschrijver, R 50 Z 4 V 25, V 27, V 29, V 30, V 31.

Naar aanleiding van het KB van 10/1/2021 (BS 19/2/2021) tot wijziging van art. 8 van de nomenclatuur, kan de voorschrijver van verpleegkundige zorgen voortaan ook een tandarts zijn.

Toepassingsdatum: Verstrekkingen verricht vanaf 1/4/2021.

3. Dermatologisch advies op afstand, R 50 Z 15 V 1.

In het kader van een pilootstudie betreffende de ontwikkeling van een methode voor dermatologisch advies via consultaties op afstand, werd een nieuwe pseudo-code 103390 voorzien voor “dermatologisch advies op afstand”.

Deze pseudo-code moet elektronisch in derdebetalersregeling gefactureerd worden (e-fac artsen-specialisten of elektronische ziekenhuisfactuur).

Op de website van het RIZIV is een lijst gepubliceerd met de dermatologen die deelnemen aan dit project en de verstrekking 103390 mogen aanrekenen.

Toepassingsdatum: Verstrekkingen verricht vanaf 11/2/2021.

4. Einde projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” en “thuishospitalisatie”, R 50 Z 4 V 13, Z 5, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 V 2, Z 19 V 1, Z 27 V 1, Z 30-31.

Deze pilootprojecten werden beëindigd respectievelijk op 1/7/2019 en 1/1/2021.

Voor het project “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” worden de pseudo-codes voor begin en einde van tenlasteneming geschrapt.

Voor het project “thuishospitalisatie” worden de pseudo-codes voor begin van tenlasteneming geschrapt. De pseudo-codes voor einde van tenlasteneming worden voorlopig nog behouden.

Toepassingsdatum: Respectievelijk vanaf prestatiedatum 1/7/2019 en 1/1/2021.

5. Nieuwe nomenclatuur stomamateriaal, R 50 Z 43.

Vanaf 1/4/2021 is een volledig nieuw systeem van toepassing voor stomamateriaal, waardoor het niet meer mogelijk is om dit materiaal op het elektronisch facturatiebestand van een ziekenhuis te vermelden. Dit wordt gepreciseerd in R 50 Z 43.

Toepassingsdatum: Prestaties verricht vanaf 1/4/2021.

6. Lijst “betrekkelijke verstrekking”

Geen wijzigingen.

7. Lijst “voorschrijver”

Geen wijzigingen.

8. Lijst “zone 23”

Er worden verstrekkingen uit art. 24 en art. 32 van de nomenclatuur toegevoegd naar aanleiding van 2 KB's van 22/2/2021 (Belgisch Staatsblad van 15/3/2021 en 17/3/2021).

9. Lijst “foutcodes”

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

Bijlage 6.3

zone	lengte	posities	beschrijving zone	
1	2 N	1 - 2	Recordtype 21	
2	6 N	3 - 8	Volgnummer record	
3	4 N	9 - 12	Uur van lezing identiteitsdocument	
4	8 N	13 - 20	Datum van lezing identiteitsdocument	
(☞1) (☞1)	5	1 A	21 - 21	Type van lezing identiteitsdocument
6	1 A	22 - 22	Type van drager identiteitsdocument	
7	1 N	23 - 23	Reden gebruik vignet	
8	1 N	24 - 24	Reden manuele invoering of a posteriori lezing	
9	15 A	25 - 39	Serienummer van de drager	
10-98	309	40 - 348	Reserve	
99	2 N	349 - 350	Controlecijfer record	

BESCHRIJVING VAN DE ZONES**Algemene punten.****1. Datum.**

De datum wordt numeriek gecodeerd in 8 posities, als volgt :

JJJJ MM DD

JJJJ : het nummer van het jaar

MM : het nummer van de maand in het jaar

DD : het nummer van de dag in de maand

2. Beschrijving van de zones.**a. Algemeen.**

Wanneer een waarde die in een numerieke zone moet gebracht worden kleiner is dan die zone, dan wordt ze geplaatst vanaf de rechterzijde van die zone en de niet gebruikte posities worden opgevuld met nullen.

Indien een alfanumerieke zone niet volledig wordt gebruikt, moet de inhoud uiterst links staan en de niet gebruikte posities ingevuld worden met blanco's.

De niet-gedefinieerde numerieke zones moeten opgevuld worden met nullen en de niet-gedefinieerde alfanumerieke zones moeten opgevuld worden met blanco's.

Van dit algemeen principe wordt afgeweken in de situaties vermeld onder punten b., c., d. en e. hieronder.

(☞1) Alle zones worden numeriek beschouwd behoudens de zone 8a en 8b van de recordtypes 20 tot en met 80, zone 28 van recordtypes 10, 20, 30, 40, 50, 80 en 90, zone 42 tot en met 45 van recordtypes 20, 40 en 51, zone 38-39 en zone 49-51 van recordtype 20, zone 32, 41-42, 44-45 en 53-54a van recordtype 50 en zones 31-32-33-34, 36-37-38-39-40-41, 43a, 49-50-51-52 van de recordtypes 10 en 90, zones 9, 10 en 16 van recordtype 52 en zones 5, 6 en 9 van recordtype 21.

In de alfanumerieke zones zijn in principe alle tekens toegestaan; toch wordt verzocht het gebruik van "(", "% " en andere zeldzame tekens zoveel mogelijk te beperken.

b. Bedragzones.

Wij willen uw aandacht vestigen op het feit dat de zones “supplement” en “persoonlijk aandeel” correct moeten worden ingevuld, zie ook bijlage 9.

R 30 Z 19, Z 27, Z 30-31

R 40 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39

R 50 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 47

R 51 Z 19

R 80 Z 15, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 38

R 90 Z 15, Z 19

In al de bedragzones is de eerste positie links alfanumeriek en gereserveerd voor het algebraïsch teken + of -.

De 2 eerste posities rechts worden gelezen als decimale getallen.

Het bedrag mag derhalve geen tekenaanduiding meer bevatten in de laatste positie.

Lectuur identiteitsgegevens in ziekenhuismilieu – record 21**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.
Voor de verblijven verdeeld over verschillende facturen (trimester- of jaarafsluiting, mutatie, wijziging verzekeraar, complementaire facturen,...), moet elke factuur een record 21 bevatten.
In dat geval worden de leesgegevens die bij de opname gecaptureerd werden (binnen de 3 dagen) herhaald op elke factuur.
- 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).

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

- Minimum één lectuur per factuur.
 - 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

2.4. 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).

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

- Voor de rechthebbenden van minder dan 3 maanden oud
- 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.
- (☞ 1) - Voor de volgende verstrekkingen:
 - o prestaties MOC (multidisciplinair oncologisch consult) : (pseudo)-codes 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420 en 350475-350486
 - o forfaits voor parenterale voeding thuis : (pseudo)-codes 751354, 751376, 751391 en 751413
 - o orale chemotherapie : (pseudo)-codes 767852 en 767863
 - o 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)
 - o dialyse bij de patiënt thuis : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 en 767830-767841
 - o interventie spoedarts in MUG (waarbij patiënt niet naar het ziekenhuis wordt gebracht) : (pseudo)-codes 590472, 590435, 590446 en 590413-590424
 - o sessies door een psycholoog die worden terugbetaald in het kader van de overeenkomst eerstelijns psychologische zorg (zie overeenkomst en tarievenlijst op de website).
 - o huisbezoeken door psychiaters in het kader van mobiele teams : (pseudo)-codes 104473 en 104495
- Voor de 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) die in onderaanneming verstuurd worden of worden uitbesteed aan een ander ziekenhuis of laboratorium dat niet behoort tot het ziekenhuis dat de identiteit van de patiënt heeft geverifieerd
- Voor verstrekkingen klinische biologie en anatomo-pathologie (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) via een externe afname (*die niet in het ziekenhuis afgenomen is*)
- 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).
- Mobiele teams : waarbij het ziekenhuis louter de pseudocodes IN/OUT (793715, 793730, 793752 en 793774) en de huisbezoeken van de psychiater (104473, 104495) aanrekent

3. Specifieke situaties

- a) Transfert van de patiënt tussen ziekenhuizen:
- ambulante patiënt wordt verzorgd in ziekenhuis A en wordt voor een onderzoek getransfereerd naar ziekenhuis B: zowel ziekenhuis A als ziekenhuis B dienen de leesgegevens van het identiteitsdocument te registreren (record 21).
 - patiënt wordt gehospitaliseerd in ziekenhuis A en wordt voor een onderzoek getransfereerd naar ziekenhuis B, waarbij hij vervolgens wordt opgenomen in ziekenhuis B: zowel ziekenhuis A als ziekenhuis B dienen de leesgegevens van het identiteitsdocument te registreren (record 21).

- 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.*
- UP2.26 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 9 (hergebruik van leesgegevens), R 21 Z 6 (type drager) = 4 (vignet met streepjescode). *R 21 Z 7 moet gelijk zijn aan 1 of 2.*
- 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 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.*
- UP2.31 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 9 (hergebruik van leesgegevens), R 21 Z 6 (type drager) = 5 (attest sociaal verzekerde).
- 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.*
- UP2.34 : 1 factuur met 21 Z 5 (type lezing) = 9 (hergebruik van leesgegevens), R 21 Z 6 (type drager) = 6 (attest van verlies of diefstal).
- (☞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 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
3	Lezing QR code
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).
6	A posteriori lezing QR code 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).
9	Hergebruik van leesgegevens. Toegestaan in de volgende situaties: - patiënt overleden voordat a posteriori lectuur kon gedaan worden - patiënt is gehospitaliseerd en zijn identiteit werd gelezen op de dag van zijn aankomst op spoed - herfacturatie tengevolge van niet erkend arbeidsongeval
(☞1) A	Elektronische invoering (itsme®)
(☞1) B	Inschrijving via applicatie ziekenhuis (enkel voor ambulante patiënten)

RUBRIEK : TYPE VAN DRAGER VAN IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 22

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 drager voor het identiteitsdocument.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Belgische elektronische identiteitskaart (of Kids-id)
2	Elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument
3	ISI+ kaart
4	Een vignet met streepjescode Bij gebruik van deze waarde, moet in R 21 Z 7 de reden vermeld worden.
5	Attest van sociaal verzekerde
6	Attest van verlies of diefstal van Belgische elektronische identiteitskaart, elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument
(☞1) A	Elektronische invoering (Itsme®)
(☞1) B	Inschrijving via applicatie ziekenhuis (enkel voor ambulante patiënten)

RUBRIEK : SERIENUMMER DRAGER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 15 A - 25

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.

Het serienummer van de drager (eID-kaart, ...) moet in deze zone vermeld worden.

Deze zone moet steeds ingevuld worden, ook ingeval van manuele invoering (R 21 Z 5 = 7 of 8),
(☞ 1) behalve indien R 21 Z 6 = 4, 5, 6, A of B.

Toelichting bij de facturering van verpleegkundige zorgen.1ste mogelijkheid : Behandeling forfaitairen.**Basisverstrekking (kolom 1 op schema in R 50 Z 4 V 27).**

Is niet afkomstig van 1 bepaald voorschrift noch van 1 bepaalde voorschrijver gezien ze een huisbezoek beschrijft bestaande uit 1 of meerdere technische prestaties of specifieke technische prestaties afkomstig van 1 of meerdere voorschriften en eventueel meerdere of zelfs geen voorschrijver.

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking attesteert
norm verstrekker	:	1 of 2
datum voorschrift	:	steeds 0
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

Vanaf 1/10/2017 geeft elk bezoek aanleiding tot de lectuur van het identiteitsdocument en tot de vermelding van een record 52. De record 50 met een basisverstrekking moet steeds gevolgd worden door een record 52.

Technische prestatie (kolom 3).

Er zijn 3 gevallen mogelijk:

* prestatie behoort tot groep 1 (hygiënische zorg).

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking attesteert
norm verstrekker	:	1 of 2
datum voorschrift	:	datum MyCareNetbericht 410000 (toilet-aanvraag of gecombineerde toilet - forfait aanvraag)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

* prestatie behoort tot groep 2 tot en met 6 (doktersvoorschrift vereist).

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking attesteert
norm verstrekker	:	1 of 2
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞ 1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

Pseudo-code toezicht en opvolging pompsysteem chronische analgesie (art. 8, § 9) (kolom 6).Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
norm verstrekker	:	steeds 1
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

Opmerking: de kolom 6 wordt zoveel maal herhaald als dat er verschillende verpleegkundige aktes worden verricht in het kader van de verstrekking 427534, 427556, 427571 of 0429251.

Specifieke technische prestatie (kolom 7).

Steeds op doktersvoorschrift, behalve voor de codes 0424395/690/852, 0427991 (bezoek referentieverpleegkundige specifieke wondzorg), 0429015 (verpleegkundig consult) en 428035, 428050, 428072, 0429273 (herhaaldelijke noodzakelijke verstrekking bij zeer afhankelijke patiënt) waar geen doktersvoorschrift vereist is.

De codes 0424395/690/852, 0427991, 0429015 en 428035, 428050, 428072, 0429273 worden ook in deze rubriek opgenomen gezien ze (analoog aan een STZ) bovenop het dagplafond betaald worden.

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
norm verstrekker	:	waarde 1 of 9 (*)
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

(*) *De norm 9 moet gebruikt worden indien er in de voorafgaande statistische records (ingeval van verstrekking 427534, 427556, 427571 of 0429251) verschillende verstrekkers voorkomen.*

Rurale reisvergoeding (kolom 9).

Is gebonden aan huisbezoek (wordt niet voorgeschreven).

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
norm verstrekker	:	1 of 2
datum voorschrift	:	steeds 0
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

Diabetesnomenclatuur of zorgtraject diabetes of diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991 (kolom 10).

Steeds op doktersvoorschrift, behalve voor 0423135 (dossier) en 0423172 (aanwezigheid vaste verpleegkundige) waar geen doktersvoorschrift vereist is.

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
norm verstrekker	:	steeds 1
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞1) voorschrijver	:	arts
norm voorschrijver	:	waarde 1 of 0

Technische prestatie.

Er zijn 2 gevallen mogelijk :

* prestatie behoort tot groep 1 (hygiënische zorg).

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
betreffelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie: code PN (indien gefactureerd) of pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3°) of 0426613 (indien hospitalisatie) of 0 (in de andere gevallen)
datum voorschrift	:	datum 703 of MyCareNetbericht 410000 (toilet aanvraag)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

* prestatie behoort tot groep 2 tot en met 6 (voorschrift vereist).

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die prestatie heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
betreffelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie: code PN (indien gefactureerd) of pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3°) of 0426613 (indien hospitalisatie) of 0 (in de andere gevallen)
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞ 1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

Pseudo-codes toezicht en opvolging pompsysteem chronische analgesie (art. 8, § 9).

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
betreffelijke verstrekking	:	427534, 427556, 427571 of 0429251
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞ 1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

Specifieke technische prestatie.

Steeds doktersvoorschrift, behalve voor de codes 0424395/690/852, 0427991 (bezoek referentie-verpleegkundige specifieke wondzorg), 0429015 (verpleegkundig consult), 0424874 en 0424896 (wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen) waar geen doktersvoorschrift vereist is.

De codes 0424395/690/852, 0427991, 0424874, 0424896 en 0429015 worden ook in deze rubriek opgenomen gezien ze (analoog aan een STZ) bovenop het dagplafond betaald worden.

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die prestatie heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	waarde 1 of 9(*)
betrokkelijke verstrekking	:	pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3°) of 0 (in de andere gevallen)
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞ 1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

(*) *De norm 9 moet gebruikt worden indien er in de voorafgaande statistische records (ingeval van verstrekking 427534, 427556, 427571 of 0429251) verschillende verstrekkers voorkomen.*

Rurale reisvergoeding.

Is gebonden aan een huisbezoek (wordt niet voorgeschreven).

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
betrekkelijke verstrekking	:	steeds 0
datum voorschrift	:	steeds 0
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

DIABETES-nomenclatuur of zorgtraject diabetes of diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991

Steeds doktersvoorschrift, behalve voor 0423135 (dossier) en 0423172 (aanwezigheid vaste verpleegkundige) waar geen doktersvoorschrift vereist is.

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die prestatie heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
betrekkelijke verstrekking	:	steeds 0
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞ 1) voorschrijver	:	arts
norm voorschrijver	:	steeds 1 of 0

opmerking : de volgorde van de records stemt overeen met de opeenvolging van de verstrekkingen in de dag (d.w.z. 1ste basisverstrekking, gevolgd door bijhorende technische prestaties, 2de basisverstrekking, gevolgd door bijhorende technische prestaties enz.).

Uitzondering hierop moet worden gemaakt voor de specifieke technische prestaties (en aanverwante), de rurale reisvergoeding, de diabetesnomenclatuur, het zorgtraject diabetes en diabeteseducatie (hoofdstuk V van het KB van 10/1/1991) die, indien verricht, als laatste records van de betreffende verzorgingsdag moeten worden vermeld en de palliatieve zorgen die als eerste records van de betreffende verzorgingsdag moeten worden vermeld, indien verricht.

Verpleegkundige zorgen : prestaties verricht tijdens het week-end.

1. enkel om organisatorische redenen

basisverstrekking week
nomenclatuur week - tarief week
plafond week

2. a) gemengd 1 zitting verantwoord
1 zitting om organisatorische redenen

basisverstrekking weekend
nomenclatuur weekend - tarief weekend
basisverstrekking week
nomenclatuur week - tarief week
plafond weekend

b) gemengd tijdens 1 zitting verantwoord en om organisatorische redenen

basisverstrekking weekend
nomenclatuur week + tarief week
nomenclatuur weekend + tarief weekend
plafond weekend

3. binnen forfait : er wordt geen onderscheid gemaakt in de pseudo-codes tussen week en weekend.

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.

Voor de medische huizen moet in deze zone, voor de (pseudo-)codes 0109616, 0509611, 0409614 en 0109594, de eerste dag van de gefactureerde maand (JJJMM01) 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.

(☞1) (*) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/7/2019

(☞1) (**) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2021.

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.

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

Voor de pseudo-code 0109594, einddatum = begindatum.

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”

793590-793601(*), 793634-793645(**), 793671-793682(**), 793715, 793752: Begindatum van tenlasteneming
793612-793623(*), 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.

(1) (*) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/7/2019

(1) (**) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2021.

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 (vroeger mini-forfait), maxi-forfait, (maxi-)forfait oncologie, nierdialyse in ziekenhuis, forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie (intern en extern), forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 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.
- * Voor de prestaties R30-R60, 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).

(☞ 1) (**) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/7/2019

(☞ 1) (***) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2021.

- * 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).
- * Indien het gaat om projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” of “thuishospitalisatie” (793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**) 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
- * 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)
- * Nummer ziekenhuis + 110 (transversale axiale tomograaf) indien het gaat om verstrekkingen 457855 t.e.m. 457903, 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
- * Nummer ziekenhuis + 111 (nucleaire magnetische resonantietomograaf) indien het gaat om verstrekkingen 457914 t.e.m. 457962, 459395 t.e.m. 459546, 459830-459841
- * 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
- * Nummer ziekenhuis + 120 (globaal zorgprogramma “cardiale pathologie” B) indien het gaat om verstrekkingen 229655-229666, 589190-589201, 589632-589643

(1) (*) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/7/2019
(1) (**) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2021.

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.

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

Parenterale voeding (en aanverwante tegemoetkomingen in het kader van art. 56)

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.

Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomsten

Voor de prestaties 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776473, 0776484, 0776495 en 0776506 dient deze zone op nul gezet te worden.

Verstrekkingen 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 “diagnosticerende 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 verstrekkingen verder vergoedbaar gedurende de periode van tenlasteneming die de adviserend arts reeds heeft toegestaan, ook als het centrum tijdelijk niet over een diagnosticerende arts of MRA-specialist beschikt. In dat geval wordt in deze zone het pseudo-verstrekkersnummer 01.00001.06.999 vermeld.

Reiskosten revalidatie (0771072 en verstrekkingen 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.

Detoxificatie-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 verstrekking 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 verstrekkingen te attesteren (zie lijst van gemachtigde verstrekkers op website RIZIV).

Overeenkomsten complexe chirurgie: identificatienummer arts-specialist in de heekunde

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

Projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” en “thuishospitalisatie” (pseudo-codes 793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**) 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

Overeenkomst “eerstelijns psychologische zorg”: identificatienummer klinisch psycholoog of orthopedagoog

(☞ 1) (*) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/7/2019

(☞ 1) (**) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2021.

Implantaten (vanaf 1/7/2014) (KB van 25/6/2014):

Categorie I = implantaten, Categorie II = invasieve medische hulpmiddelen

- Categorie A : vergoed op basis van de individuele prijs als opgenomen op een nominatieve lijst
 Categorie B : niet-forfaitaire tegemoetkoming zonder opname op een nominatieve lijst en indien prijs de veiligheidsgrens niet overschrijdt.
 Categorie C : niet-forfaitaire tegemoetkoming als opgenomen op een nominatieve lijst (er is een veiligheidsgrens vastgesteld)
 Categorie D : forfaitaire tegemoetkoming zonder opname op een nominatieve lijst
 Categorie E : forfaitaire tegemoetkoming als opgenomen op een nominatieve lijst
 Categorie F : tegemoetkoming op basis van de verkoopprijs incl BTW (vastgesteld door CGD)
 Categorie G : tegemoetkoming in het kader van een « Beperkte Klinische Toepassing ».
 Categorie H : tegemoetkoming in het kader van een contract afgesloten met het RIZIV

Statistische informatie betreffende forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen, ingeval van pseudo-codes uit art. 8, § 5, 3°, c met normwaarde 9 is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

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 793590-793601(*), 793612-793623(*), 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.

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

Moedermelk (pseudo-code 695052-695063).

Wettelijke basis (art. 3 van het KB van 21 mei 1987 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van gipsbanden en ander gipsmateriaal, en van moedermelk):

De tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in de kosten van moedermelk is als volgt vastgesteld:

- a) voor een hoeveelheid van 200 ml of minder, vergoedt de ziekteverzekering het verschil tussen de basisprijs, die 0,32 EUR/10 ml bedraagt, en het forfaitair aandeel van 0,30 EUR ten laste van de rechthebbende;
 b) per bijkomende schijf van 20 ml, is de tegemoetkoming van de verzekering vastgesteld op 0,62 EUR.

Berekeningsregels

- Het aantal milliliter wordt afgerond naar beneden per schijf :
 bv 188 ml → voor de berekening : 180ml : 18 schijven van 10 ml (8 ml is onvoldoende voor de volgende schijf)
 bv 233 ml → voor de berekening : 220 ml : 20 schijven van 10 ml en 1 schijf van 20 ml (13 ml is onvoldoende voor de volgende schijf)
 Onder de 200ml zijn er dus schijven van 10 ml en boven de 200ml schijven van 20 ml.
- Het persoonlijk aandeel is 0,30 € voor de eerste schijf van 200ml en 0,02 € voor elke bijkomende schijf van 20ml
- Bijzonder geval : hoeveelheid > 9999 ml : de facturatie moet opgesplitst worden in meerdere records (aangezien de zone 22 slechts 4 posities telt)

(*) geschrappt vanaf prestatiedatum 1/7/2019

(**) geschrappt vanaf prestatiedatum 1/1/2021.

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.

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 793590-793601(*), 793612-793623(*), 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.

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

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

(☞ 1) (*) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/7/2019
(☞ 1) (**) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2021.

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.

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 793590-793601(*), 793612-793623(*), 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 Tandheilkundigen-Ziekenfondsen 2020-2021) worden in deze zone vermeld.

Globaal prospectief bedrag: steeds nul.

“Nulrecords”: supplement mogelijk

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

(☞1) (*) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/7/2019

(☞1) (**) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2021.

RUBRIEK : CODE IMPLANT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 219

Indien in zone 4 van dit recordtype implantaten of invasieve medische hulpmiddelen worden gefactureerd, waarvoor de identificatie van het product een noodzakelijk onderdeel van de tarificatie is, dan vermeldt deze zone de betreffende identificatiecodes .

Tot en met 30/6/2014: XXX-YYY-ZZZZZ-C.

- XXX = 3 numerieke posities die het type product aanduiden;
- YYY = 3 numerieke posities die de klasse van het type product aanduiden;
- ZZZZZ = 5 numerieke posities die het product zelf aanduiden;
- C = 1 numerieke positie die de check-digit vermeldt (= 7 - rest van deling waarvan deeltal bestaat uit eerste 11 cijfers van de identificatiecode en deler gelijk is aan 7).

Vanaf 1/7/2014: XXX-YY-ZZZZZ-CC.

- XXX = 3 numerieke posities die het type product aanduiden;
- YY = 2 numerieke posities die de klasse van het type product aanduiden;
- ZZZZZ = 5 numerieke posities die het product zelf aanduiden;
- CC = 2 numerieke posities (check-digit) (= 97 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 10 cijfers van de identificatiecode en de deler gelijk is aan 97).

Opgelet: In het kader van de akkoordverklaringen hebben de identificatiecodes nog steeds de oude structuur met 1 check-digit berekend volgens modulo 7.

Verstrekkingsen waarvoor de identificatiecode moet ingevuld worden, zijn in het referentiebestand "LIST" aangeduid met waarde "1" of "2" in de zone "identificationZone43".

Daarnaast moet de code implant ook ingevuld worden voor de pseudo-codes uit de overeenkomst implanteerbare hartdefibrillatoren, behalve voor de elektroden (waarvoor een notificatiecode moet vermeld worden in R 50 Z 55-56).

Vanaf prestatiedatum 1/2/2017, wordt deze zone ook gebruikt voor de identificatiecode van de sensoren die gebruikt worden in het kader van de (kinder)diabetesovereenkomst.

De identificatiecode moet verplicht vermeld worden voor de pseudo-codes uit punt 5quater in R 50 Z 4 V 3 en voor de pseudo-codes 961332-961343 en 961354-961365 uit R 50 Z 4 V 15.

Indien ambulante prestaties van art. 27 (bandagisten) of art. 31 (audiciens) via het elektronisch facturatiebestand van het ziekenhuis gefactureerd worden en het vermelden van de identificatiecode van het product een vergoedingsvoorwaarde is, dan moet de identificatiecode in deze zone vermeld worden. Opgelet: het papieren getuigschrift van aflevering blijft verplicht.

- (☞ 1) Vanaf 1/4/2021 is een volledig nieuw systeem van toepassing voor stomamateriaal en kan dit materiaal niet meer op het elektronisch facturatiebestand van een ziekenhuis vermeld worden.

RUBRIEK : TYPE VAN LEZING IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 49

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

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
3	Lezing QR code
4	Manuele invoering Bij gebruik van deze waarde moet in R 52 Z 3 de reden vermeld worden.
(☞1) A	Elektronische invoering (itsme®)

RUBRIEK : TYPE VAN DRAGER VAN IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 50

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Deze code maakt het onderscheid tussen verschillende types van drager voor het identiteitsdocument.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Belgische elektronische identiteitskaart (of Kids-id)
2	Elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument
4	ISI+ kaart
7	Een vignet met streepjescode Bij gebruik van deze waarde, moet in R 52 Z 11 de reden vermeld worden.
8	Attest van sociaal verzekerde
9	Attest van verlies of diefstal van Belgische elektronische identiteitskaart, elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument
(☞1) A	Elektronische invoering (itsme®)

Voor de huisarts die het globaal medisch dossier beheert, gebeurt de lezing van het identiteitsdocument alleen op het moment van de raadpleging of het bezoek naar aanleiding waarvan de arts het beheer van het medisch dossier heeft geopend.

Als de controle van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht is, is deze zone verschillend van nul en moet deze verplicht ingevuld worden met één van de voorziene waarden.

RUBRIEK : SERIENUMMER DRAGER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 15 A - 80

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.

Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Het serienummer van de drager (eID-kaart, ...) moet in deze zone vermeld worden.

Deze zone moet steeds ingevuld worden, ook ingeval van manuele invoering (R 52 Z 9 = 4), behalve (☞ 1) indien R 52 Z 10 = 7, 8, 9 of A.