

RIZIV

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Aan de verstrekkers of diensten die
verantwoordelijk zijn voor de facturatie
via magnetische drager of via elektronische weg

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

Correspondent : Annelies DEGRAEVE
Attaché

Tel.: (02)739 78 45

E-mail: Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be

Onze referte: 1804/CH/ADG/2014

Brussel, 20 mei 2014

Mevrouw,
Mijnheer,

Betreft : Instructies met betrekking tot de facturatie via magnetische drager of via elektronische weg – Uitgave 2013 – 8^{ste} bijwerking

Gelieve hierbijgaand een exemplaar te vinden van de bijwerking 2013/8 van bovenvermelde instructies.

Hoogachtend,

De leidend ambtenaar,

H. De Ridder,
directeur-generaal.

**INSTRUCTIES AAN DE VERPLEGINGSINRICHTINGEN,
AAN DE ERKENDE LABORATORIA VOOR KLINISCHE BIOLOGIE,
AAN DE VERPLEEGKUNDIGEN
EN ALLE ANDERE INRICHTINGEN OF VERSTREKKERS
DIE GEBRUIK MAKEN VAN HET SYSTEEM
VAN AFLEVERING VAN FACTURATIEBESTANDEN
EN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN -
UITGAVE 2013
BIJWERKING 2013/8 – Publicatie 20-5-2014**



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

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

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

BIJWERKING 2013/8

Te vervangen bladzijden :

- Blz. 8, 9;
- Overzicht van de bijlagen, bijlage 5.1 vervolg 2, 5.3, 5.3 vervolg 1, 6, 6.5, 7, 7 vervolg 1, 9.4, 16.4;
- R 30 Z 3, Z 4 V 4, Z 13;
- R 40 Z 4 V 7, V 8, V 9, Z 16, Z 37;
- R 50 Z 3, Z 3 V 1, V 2, V 3, V 4, V 5, Z 4 V 5, V 6, Z 13, Z 13 V 2, Z 14 V 3, V 4, Z 19, Z 19 V 1, Z 24-25, Z 27, Z 30-31, Z 43, Z 55-56;
- R 80 Z 98;
- R 90 Z 98.

Toe te voegen bladzijden :

- Bijlage 21.1, 21.2;
- R 50 Z 19 V 2, Z 27 V 1;
- R 50 Z 57-58-59.

Te schrappen bladzijden :

- R 50 Z 3 V 6.

1. Nieuwe bekwamingscode vroedvrouwen, bijlage 16.4.

Naar aanleiding van de KB's van 15/12/2013 (BS 14/1/2014) wordt een nieuwe bekwamingscode gecreëerd voor de vroedvrouwen die gemachtigd zijn om geneesmiddelen voor te schrijven.

Toepassingsdatum: nog niet gekend

2. Mini-forfait, R 30 Z 3, Z 4 V 4, Z 13, R 40 Z 16, R 50 Z 13, Z 13 V 2.

Sinds 1/1/2014 kan het mini-forfait niet meer aangerekend worden.

De schrapping van de betreffende pseudo-code had echter ongewenste effecten.

Daarom werd beslist dat in de situaties waarin vóór 1/1/2014 het mini-forfait kon aangerekend worden, de pseudo-code 761213 verder moet vermeld worden op het facturatiebestand, maar met bedragzones (Z 19, Z 27 en Z 30-31) gelijk aan nul. Deze pseudo-code krijgt de nieuwe omschrijving “dringende verzorging of intraveneuze infusie”.

In zone 13 moet verder de pseudo-dienstcode 720 gebruikt worden en in zone 17-18 dient één van de pseudo-codes 761316 (elke toestand waarin dringende verzorging, welke een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt, vereist is) of 761434 (elke toestand die een intraveneuze infusie vereist) als betrekkelijke verstrekking vermeld te worden.

Toepassingsdatum: Facultatief voor prestaties verricht vanaf 1/1/2014, verplicht voor prestaties verricht vanaf 1/3/2014 (zie Omz. Zh 2014/4)

3. Magistrale bereidingen, R 40 Z 4 V 7, V 8, V 9, Z 37.

Naar aanleiding van het KB van 26/02/2014 (BS van 14/03/2014) wordt de beschrijving van de vergoedingsregels en de uitgewerkte voorbeelden in R 40 Z 4 geactualiseerd.

In R 40 Z 37 wordt de galenische vorm “ouwels” geschrapt. De waarden “22” en “32” worden eveneens geschrapt, aangezien er geen onderscheid meer is tussen “chronisch gebruik” en “acuut gebruik”. De instructie in verband met het bijkomend honorarium is ook niet meer van toepassing.

Toepassingsdatum: Afleveringen verricht vanaf 1/4/2014 (zie Omz. Zh 2014/5 en Omz. VI 2014/187)

4. Nieuwe regelgeving implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, bijlage 6, 6.5, 9.4, R 50 Z 3, Z 3 V 1, V 2, V 3, V 4, V 5, Z 4 V 5, V 6, Z 14 V 3, V 4, Z 19, Z 19 V 1, V 2, Z 27, Z 27 V 1, Z 30-31, Z 43, Z 55-56, Z 57-58-59.

Naar aanleiding van het ontwerp KB tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (KB nog niet gepubliceerd) worden de factureringsinstructies aangepast.

De volgende wijzigingen worden aangebracht:

- Nieuwe pseudo-codes voor afleveringsmarge en veiligheidsgrens
- Nieuwe structuur van de identificatiecodes (Z 43)
- De lijst “implantaten” bij de factureringsinstructies verdwijnt. De informatie uit deze lijst is terug te vinden in het referentiebestand “LIST”, meerbepaald in de velden “notificationZone55” en “identificationZone43”
- Creatie van een nieuwe zone “registratiecode Qermid” (R 50 Z 57-58-59)

Daarnaast worden ook nog een aantal administratieve aanpassingen gedaan: vervangen van referenties naar art. 28, 35 en 35bis van de nomenclatuur door referenties naar KB, vervangen van (pseudo-) nomenclatuurcodes door de nieuwe codes van de verstrekkingen uit “de lijst”, actualiseren van de beschrijving van vergoedingsregels in Z 19 en Z 27, enz...

De actualisering van de voorbeelden in R 50 Z 4 V 16 tot V 25 en in R 50 Z 22 V 1, V 2 en V 3 zal in een latere fase gebeuren.

Toepassingsdatum: Prestaties verricht vanaf 1/7/2014 (onder voorbehoud van publicatie KB)

5. Afleveringsmarge implanteerbare hartdefibrillatoren, R 50 Z 4 V 5.

De pseudo-code 685812-685823 wordt niet langer gebruikt voor de afleveringsmarge voor implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes.

Er werden 2 nieuwe pseudo-codes gecreëerd, enerzijds voor de afleveringsmarge voor de hartdefibrillator (680374-680385) en anderzijds voor de afleveringsmarge voor de elektrode (680190-680201).

Toepassingsdatum: Prestaties verricht vanaf 1/1/2014.

Overgangsbepaling: Voor prestaties verricht tot en met 30/4/2014 mag tijdelijk (tot en met de gefactureerde maand mei 2014) nog de oude pseudo-code 685812-685823 gebruikt worden.

6. Elektronische facturatie door huisartsen (project “e-fact”), blz. 8, 9, bijlage 5.1 vervolg 2, 5.3, 5.3 vervolg 1, 7, 7 vervolg 1, R 80 Z 98, R 90 Z 98.

In bijwerking 2013/6 werden de basisinstructies voor de facturatie door huisartsen gepubliceerd en in bijwerking 2013/7 werden enkele aanvullingen en preciseringen opgenomen.

In de huidige bijwerking worden de volgende bijkomende preciseringen aangebracht:

- toevoeging van R 51 in de beschrijving van de algemene principes van de brochure,
- aanpassing van de recordtekening van het afrekeningsbestand
- toevoeging van R 51 in de regels in bijlage 7
- toevoeging van de zones 4 van R 51 in de berekening van het controlecijfer van de factuur (R 80 Z 98) en het controlecijfer van de zending (R 90 Z 98)

Toepassingsdatum: 1/1/2015.

7. Reken- en afrondingsregels dringend ziekenvervoer, overzicht bijlagen, bijlage 21.1, 21.2.

In een nieuwe bijlage 21 worden de reken- en afrondingsregels voor dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 784416-784420, 784431-784442, 784453-784464, 784475-784486) gepreciseerd en geïllustreerd met voorbeelden.

Toepassingsdatum: Prestaties verricht vanaf 1/7/2014.

8. Substitutierecht radiologen - precisering, R 50 Z 24-25

Er wordt gepreciseerd dat de zone “voorschrijver” (Z 24-25) moet ingevuld worden indien de zone “norm voorschrijver” (Z 26) gelijk is aan 5 of 6.

Toepassingsdatum: Prestaties verricht vanaf 1/4/2014.

9. Lijst “implantaten”

Deze lijst is geldig voor prestaties verricht tot en met 30/6/2014.

Vanaf 1/7/2014 wordt deze lijst niet meer bijgewerkt (zie ook punt 4).

10. Lijst “betrekkelijke verstrekking”

Knie- en heupprothesen: de instructies met betrekking tot de betrekkelijke verstrekking ingeval van revisie en ingeval van primo-implantatie in tabblad “opmerkingen5” van de lijst werden aangepast.

Toepassingsdatum: Prestaties verricht vanaf 1/5/2014

De lijst wordt ook aangepast naar aanleiding van de nieuwe reglementering implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (zie ook punt 4). De oude codes worden aangeduid met schrappingsdatum 1/7/2014 en de nieuwe verstrekingscodes waarvoor een betrekkelijke verstrekking vereist is, worden toegevoegd aan de lijst.

Toegevoegde codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
761213	761213	Pseudo-code		1/1/2014 (*)

(*) Deze pseudo-code (vroeger mini-forfait) werd ten onrechte geschrapt en wordt nu dus terug opgenomen in de lijst.

11. Lijst “voorschrijver”.

De lijst wordt ook aangepast naar aanleiding van de nieuwe reglementering implantaten en invasieve medische hulpmiddelen (zie ook punt 4).

Toegevoegde codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
307274	307285	19/3/2014	10/4/2014	1/5/2014

12. Lijst « foutcodes »

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

In geval er geen enkele fout werd gevonden op niveau van de opnames buiten de records detail van factuur, zal de VI een bericht 931000 overmaken met alleen een ontvangstbewijs van de facturatie die nog moet verwerkt worden.

De fouten opgemerkt door de VI op niveau van de facturen zullen deel uitmaken van een specifiek bestand van verwerpingen (920099).

De controles uitgevoerd op de zones records RIZIV (10, 20, ..., 90) zijn deze beschreven in de Excel-lijst "Foutcodes".

Een bestand (buffer) factuur bevat slechts één zending (een enkele record van type 10).

Bericht 931000

Dit bericht laat toe aan de bestemming van een specifiek bestand (ander dan berichten) de ontvangst van dat bepaalde bestand te bevestigen zonder dat dit meteen betekent dat dit bestand wordt aanvaard. Voorbeeld: een VI stuurt een ontvangstbewijs voor een facturatiebestand; de derdebetalder stuurt een ontvangstbewijs voor een bestand afrekening of een bestand verwerpingen.

Bericht 920098

Dit bericht wordt gebruikt in volgende gevallen:

- Het facturatiebestand bevat geen fouten die van die aard zijn dat ze het systeem blokkeren en het geheel van de fouten overschrijdt de aanvaardingsdrempel niet. In dat geval wordt het facturatiebestand aanvaard.
- Het facturatiebestand bevat geen enkele fout. In dit geval wordt het facturatiebestand aanvaard.

(i) Zie tevens punt 2.A.2. en bijlage 5.1 voor een meer gedetailleerde beschrijving

(☞ 8) In het bericht 920098 worden alle records (20, 30, 40, 50, 51 of 80) vermeld waarvoor de VI een fout heeft vastgesteld.

Dit bestand wordt binnen de veertien dagen na ontvangst van het facturatiebestand (bericht 920000) aan de derdebetalder overgemaakt.

Ter herinnering :

De in dit bericht meegedeelde informatie heeft een preventief karakter. Zij moet de instelling in staat stellen fouten naar de toekomst toe te vermijden (dit zijn nog geen definitieve verwerpingen).

Het volstaat daarom enkel de vastgestelde fouten weer te geven.

Welke records van het facturatiebestand dienen vermeld te worden

RT 10 en 90 altijd

RT 20 en 80:

(☞ 8) Indien fout in RT 20, worden enkel RT 30, 40, 50 en 51 vermeld indien fout in betrokken record.
indien fout in 80

(☞ 8) indien fout in 30, 40, 50 of 51

(☞ 8) RT 30, 40, 50, 51 indien fout in betrokken record

In dit stadium worden de zones 107, 108, 114, 115, 116 en 117 niet opgevuld.

Bericht 920099

Het bericht 920099 wordt gebruikt in volgende gevallen:

- Het facturatiebestand bevat één fout die van die aard is dat ze het systeem blokkeert. In dat geval wordt het facturatiebestand geweigerd en verwacht de verzekeringsinstelling een nieuwe versie van het betrokken bestand. In de mate van het mogelijke moet een controle over het geheel van de records van het facturatiebestand worden uitgevoerd.
- Het facturatiebestand bevat geen fouten die van die aard zijn dat ze het systeem blokkeren, maar het geheel van fouten overschrijdt de aanvaardingsdrempel. In dat geval wordt de drager geweigerd en verwacht de instelling een nieuwe versie van het betrokken bestand.

(i) Zie tevens punt 2.A.2. en bijlage 5.1 voor een meer gedetailleerde beschrijving

(☞ 8) In het bericht 920099 worden alle records (10, 20, 30, 40, 50, 51, 80 of 90) vermeld waarvoor de VI een fout heeft vastgesteld

Dit bestand wordt binnen de veertien dagen na ontvangst van het facturatiebestand (bericht 920000) aan de derdebetalder overgemaakt.

Bericht 920900

Dit bestand, samengesteld uit een geheel van records van verschillende types, laat toe de derdebetalder te informeren enerzijds over de gedeeltelijke of volledige aanvaarding van de overeenstemmende facturatie en anderzijds over de records die wegens een eventuele fout niet werden aanvaard.

➤ Zone 310 – foutenpercentage

Het foutenpercentage is in deze fase van de verwerking van geen enkel belang. Deze zone dient derhalve op nul gezet te worden (zie zone 311)

Overzicht van de bijlagen

- Bijlage 1** : Lijst der adressen van de rekencentra waaraan de magnetische dragers moeten verstuurd worden.
- Bijlage 1.1** : Lijst van te contacteren personen bij de Landsbonden.
- Bijlage 2 A** : Verzendingsborderel voor magnetische dragers.
- Bijlage 2 B** : Staat voor facturatie van verstrekkingen in het systeem van de derdebetalende die niet voorkomen op een verpleegnota.
- Bijlage 3** : Tekening magnetische drager.
- Bijlage 4** : Extern etiket.
- Bijlage 5.1** : Beschrijving van de foutcodering.
- Bijlage 5.2** : Lay-out van de controlelijst.
- Bijlage 5.3** : Afrekeningsbestand.
- Bijlage 6** : Recordtekening.
- Bijlage 7** : Beschrijving van de zones.
- Bijlage 8** : Invulling van diverse zones in functie van de identiteit van de factureringsinstelling.
- Bijlage 9** : Gebruik van de zone "persoonlijk aandeel" en de zone "supplement".
- Bijlage 10** : Situatiemodel van de meest voorkomende transfers van borelingen.
- Bijlage 11** : Aflevering van facturatiegegevens via magnetische of elektronische drager van geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW. Toepassing van art. 6, § 16 van de Verordening van 28/07/2003.
- Bijlage 12** : Facturatie via magnetische drager door de medische huizen.
- Bijlage 13** : Facturatie via magnetische drager door psychiatrische verzorgingstehuizen.
- Bijlage 14** : Afrondingsregels voor geneesmiddelen.
- Bijlage 15** : Facturatie van parenterale voeding ten huize van de patiënt.
- Bijlage 16** : Structuur van de RIZIV-identificatienummers.
- Bijlage 17** : Forfaitarisering van geneesmiddelen in de ziekenhuizen.
- Bijlage 18** : Facturatie via magnetische drager door ROB/RVT/CDV.
- Bijlage 19** : Facturatie aan 100% in het kader van de MAF.
- (☞ 6) **Bijlage 20** : Elektronische facturatie door geneesheren (e-fact).
- (☞ 8) **Bijlage 21** : Facturatie van dringend ziekenvervoer.

Stelregels van de controles

a) Blokkerende en niet-blokkerende anomalieën

Er worden 2 soorten blokkerende fouten onderscheiden :

Type "B" : Deze fouten blokkeren het controleproces, het volledige facturatiebestand wordt verworpen en teruggezonden naar de facturerende inrichting.

Alle foutmeldingen in recordtype 10 en 90 zijn blokkerend, evenals een beperkt aantal fouten in (8) recordtype 20, 30, 40, 50, 51 en 80.

Type "F" : Deze fouten blokkeren het controleproces op de individuele factuur, de betreffende factuur wordt verworpen en er wordt onmiddellijk verder gegaan met de volgende individuele factuur.

Alle foutmeldingen in recordtype 20 en 80, die niet blokkerend zijn voor het bestand, zijn blokkerend voor de individuele factuur.

De fouten van het type R, S en E zijn noch blokkerend voor het bestand, noch blokkerend voor de individuele factuur.

b) Tolerantiedrempels

I. Berekeningsproces tolerantiedrempel

Het proces voorziet in een vergelijking tussen het aantal correcte registraties en het totaal aantal registraties.

De tolerantiedrempels worden berekend volgens volgende formule :

$$\frac{\text{Totaal verworpen records}}{\text{Totaal aantal records}}$$

Voor deze berekening komen alleen de foutcodes, opgenomen in de Excel-lijst "Foutcodes" en verschillend van het type E in aanmerking.

Een verwerping op factuurniveau (fouttype F) heeft tot gevolg dat alle registraties, voorkomend in de betrokken verworpen factuur, als verworpen registraties beschouwd worden.

II. Tolerantiedrempel ter aanvaarding van het facturatiebestand

Bij een blokkerende fout (fouttype B) eindigt het controleproces en wordt het verworpen facturatiebestand teruggestuurd naar de instelling.

De tolerantiedrempel wordt vastgesteld op : 5 %.

AFREKENBESTAND

Enkele begrippen :

“ facturatiebestand ” : het bestand dat vanwege de facturerende derde naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd, en de initiële factureringsgegevens bevat.

“ afrekenbestand ” : het bestand dat vanuit de verzekeringsinstelling naar de facturerende derde wordt verstuurd en de verworpen prestaties / facturen en de gegevens met betrekking tot de afrekening bevat.

Recordtekening voor het afrekenbestand

			10	20	30	40	50	(8) 51	80	90
1 tot 99	350	1	Initieel record							
100	3N	351	Identificatie zending (= R 10 Z 7)							
101	8N	354	Datum aanmaak V.I.	Datum aanmaak zending (= R 10 Z 25-26)						9
102	6N	362	1	Factureringsmaand en -jaar (= R 10 Z 22-23)						9
103	3N	368	1	Ziekenfonds (= R 20 Z 18)						9
104	12N	371	1	0	0			0	9	
105	12N	383	1	0	0			0	9	
106	12N	395	9							
107	3N	407	1	CG1 of 0	CG1	CG1	CG1	CG1	0	9
108	3N	410	1	CG2 of 0	CG2	CG2	CG2	CG2	0	9
109	22A	413	1	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	Ref. V.I. Rekening A	9
110	22A	435	1	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	Ref. V.I. Rekening B	9
111a	1A	457	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerpings- letter 1	Verwerping s-letter 1
111b	4N + 2A	458	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerpings- code 1	Verwerping s-code 1
112a	1A	464	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerpings- letter 2	Verwerping s-letter 2
112b	4N + 2A	465	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerpings- code 2	Verwerping s-code 2
113a	1A	471	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerpings- letter 3	Verwerping s-letter 3
113b	4N + 2A	472	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerpings- code 3	Verwerping s-code 3
114	1A+11N	478	1	0	Getarifeerd bedrag Rek. A	Getarifeerd bedrag Rek. A	Getarifeerd bedrag Rek. A	0	Getarifeerd bedrag Rek. A	9
115	1A+11N	490	1	0	Getarifeerd bedrag Rek. B	Getarifeerd bedrag Rek. B	Getarifeerd bedrag Rek. B	0	Getarifeerd bedrag Rek. B	9
116	1A+11N	502	1	0	Getarifeerd bedrag patiënt	Getarifeerd bedrag patiënt	Getarifeerd bedrag patiënt	0	Getarifeerd bedrag patiënt	9
117	7N	514	1	0	Gecorrigeerde nomen.code	Gecorrigeerde nomen.code	Gecorrigeerde nomen.code	Gecorrigeerde nomen.code	0	9
118	1N	521	1	0						9
119	1A+11N	522	1	0	Resultaat VI	Resultaat VI	Resultaat VI	0	0	9
149	200A	534	1	Commentaar bij foutcode						9
150	61A	734	1	Reserve						9
151	6N	795	1	Index						9

PRINCIPES OMTRENT DE AFLEVERING VAN EEN AFREKENBESTAND

1. De aflevering van een afrekenbestand wordt gekoppeld aan het overmaken van het facturatiebestand via het systeem (My)CareNet.
2. De afrekenbestanden worden opgemaakt door de 7 verzekeringsinstellingen op nationaal niveau.
3. Per betaling (één of meerdere per zending) door de VI wordt een afrekenbestand overgemaakt.
Ingeval van betaling op 2 verschillende bankrekeningen, wordt slechts één afrekenbestand overgemaakt.
De betaling gebeurt voor alle verzekeringsinstellingen via één centrale betaling per Landsbond met uitzondering van het NVSM (afzonderlijke betaling en afzonderlijk afrekenbestand door ziekenfonds 306).
4. De verwerkingen van één facturatiebestand mag verdeeld worden over meerdere afrekenbestanden, met de restrictie dat de verwerkingen m.b.t. een ziekenfonds niet mogen gesplitst worden.
5. Alle facturen van een facturatiebestand zullen uiteindelijk in een afrekenbestand worden opgenomen
 - in geval een factuur volledig wordt aanvaard, dan wordt alleen recordtype 20 en 80 opgenomen;
 - in geval een factuur gedeeltelijk wordt aanvaard, dan worden naast recordtype 20 en 80 alleen de foutieve tussenliggende records opgenomen;
 - in geval een factuur volledig wordt verworpen dan worden alle records van de betrokken factuur opgenomen.
6. Er worden maximaal drie verwerpingscodes meegedeeld per verworpen record.
7. In geval van automatische correctie door de verzekeringsinstelling wordt het getarifeerd (en dus werkelijk betaald bedrag) vermeld in zone 114 en/of 115. Er worden geen verwerpingscodes vermeld in zone 111, 112 of 113.
8. Het bestand wordt omkaderd door een begin- en een eindrecord, waarbij elke positie uit elke zone wordt opgevuld met niet-significante gegevens
 - "1" in R 10, met uitzondering van de zones 1 tot en met 101 en 111 tot en met 113
 - "9" in R 90, met uitzondering van de zones 1 tot en met 100 en 111 tot en met 113
9. De zones 114 / 115 van het afrekenbestand dienen als volgt te worden opgevuld:
 - In geval van een R 20: steeds 0
 - In geval van een R 51: steeds 0
 - In geval van een R 30, 40 of 50 :
 Weigering van het record = 0
 Aanpassing van het gefactureerde bedrag in – of + = bedrag terugbetaling (= getarifeerd bedrag)
 Aanvaarding van het record = record staat niet op het afrekenbestand
 - In geval van een R 80: werkelijk betaald bedrag (het verschil tussen de zones 19/15 en 114 / 115 stemt overeen met het verschil tussen de zones 19 en 114 / 115 van de R 30, 40 en 50) (= getarifeerd bedrag).
10. De zone 119 (resultaat VI) wordt vervolledigd indien de zones 111b, 112b of 113b een foutcode XX1940 bevatten en wordt opgevuld met het door de VI getarifeerde bedrag.
- (☞ 8) 11. Verwerpingscodes van R 20 moeten doorgetrokken worden naar de R 30, 40, 50, 51 en 80. De verwerpingscodes van R 20 moeten eerst vermeld worden, dan pas die van de R 30, 40, 50, 51 en 80.
Voor een factuur verworpen ingevolge een fout in het R 20 worden de bijhorende records van het type 30, 40 en 50 vermeld met de respectievelijke foutcode RR0119 (indien geen andere fout kan worden meegegeven).
12. De niet gedefinieerde zones worden opgevuld met nullen.
13. Het facturatiebestand wordt op de volgende wijze gesorteerd :
 1. zendingsnummer;
 2. gefactureerd jaar en maand;
 3. ziekenfonds;
 4. volgnummer oorspronkelijke record.

Bijlage 6

Recordtype			10	20	30	40	50	51	80	90
zone	lengte	posities	aanvang zending	aanvang factuur	verpleegdagen	Farmaceutische producten	verstrekkingen of leveringen	Betalings-verbintenis e-fact	einde factuur	einde zending
1	2 N	1-2	recordtype 10	recordtype 20	recordtype 30	recordtype 40	recordtype 50	recordtype 51	recordtype 80	recordtype 90
2	6 N	3-8	volgnr. record	volgnr. record	volgnr. record	volgnr. record	volgnr. record	volgnr. record	volgnr. record	volgnr. record
3	1 N	9-9	indexcode	toest. 3 ^{de} betalende	norm verpleegdag	norm verstrekking	norm verstrekking (%)	0	0	0
4	7 N	10-16	versie bestand	uur van opname	ps-code verpleegdag/forf.	ps-code cat. geneesmiddel	(pseudo-)nomencl.code	(ps-)nom.code	uur van opname	0
5	8 N	17-24	financieel rekeningnr. a	datum van opname	datum 1ste gefact. dag	datum 1ste gefact. dag	datum 1ste verr. verstr.	datum verstr.	datum opname	financieel rekeningnr. a
6 a	4 N	25-28		datum van ontslag	datum laatste gefactureerde dag	datum laatste gefactureerde dag	datum laatste verrichte verstrekking	0	datum van ontslag	
6 b	4 N	29-32	0	nr. zkf aansluiting	nr. zkf aansluiting	nr. zkf aansluiting	nr. zkf aansluiting	0	nr. zkf aansluiting	0
7	3 N	33-35	zendingsnummer	nr. zkf aansluiting	nr. zkf aansluiting	nr. zkf aansluiting	nr. zkf aansluiting	0	nr. zkf aansluiting	zendingsnr.
8 a	12 N	36-47	fin. rekeningnr. b	identificatie rechthebbende	identificatie rechthebbende	identificatie rechthebbende	identificatie rechthebbende	identificatie rechthebbende	identificatie rechthebbende	fin. rek.nr b
8 b	1 N	48-48	0	identificatie rechthebbende	identificatie rechthebbende	identificatie rechthebbende	identificatie rechthebbende	0	identificatie rechthebbende	0
9	1 N	49-49	code a.p.f.	geslacht rechthebb.	geslacht rechthebb.	geslacht rechthebb.	geslacht rechthebb.	0	geslacht rechth.	0
10	1 N	50-50	code afr.bestand	type factuur	bevalling	bevalling	bevalling	0	type factuur	0
11	1 N	51-51	0	type facturering	verwijzing fin. reknr.	verwijzing fin. reknr.	verwijzing fin. reknr.	0	0	0
12	1 N	52-52	0	0	0	0	nacht, w.e. of feestdag	0	0	0
13	3 N	53-55	inhoud facturatie	dienst 721 bis	dienstcode	dienstcode	dienstcode	0	dienst 721 bis	0
14	12 N	56-67	nr. 3 ^{de} betalende	nr. fact. instelling	plaats van verstrekking	plaats van verstrekking	plaats van verstrekking	0	nr. fact. instelling	nr. 3 ^{de} betalende
15	12 N	68-79	nr. accredit. NIC	instelling van verblijf	ident. overeenk./inricht. verbl.	ident. overeenk./inricht. verbl.	identificatie verstrekker	identificatie verstrekker	teken + bedrag fin. reknr. b	teken + tot. bedr. fin. reknr. b
16	1 N	80-80	0	code stuit. verjaring	0	gratis geneesmiddelen	norm verstrekker	0	0	0
17	4 N	81-84	0	reden behandeling	betrekkelijke verstrekking	betrekkelijke verstrekking	betrekkelijke verstrekking	0	reden behandeling	0
18	3 N	85-87	0	nr. zkf bestemming				0	nr. zkf bestemming	0
19	12 N	88-99	0	nummer opname	teken + bedrag v.i.	teken + bedrag v.i.	teken + bedrag v.i.	teken + bedrag v.i.	teken + bedrag fin. reknr. a	teken + tot. bedr. fin. reknr. a
20	7 N	100-106	0	datum akkoord	0	r datum voorschrift	datum voorschrift	0	factuurdatum	0
21	1 N	107-107	0	revalidatiebehand.	0			0		0
22	5 N	108-112	gefactureerd jaar	uur van ontslag	teken + aant. dagen of forfait.	teken + aant. eenheden	teken + aant. eenheden	0	uur van ontslag	gefact. jaar
23	2 N	113-114	gefact. maand	0	0	f eenheid	aantal coupes	0	0	gefact. maand
24	5 N	115-119	0	nummer individuele factuur	teken + grootte orde verblijfskosten	identificatie voorschrijver	identificatie voorschrijver	0	nummer individuele factuur	0
25	7 N	120-126	datum van opstelling	toep. soc. franchise	0	0	norm voorschrijver	0	0	0
26	1 N	127-127		c.g.1 + c.g.2	teken + p.a. patient	teken + p.a. patient	teken + p.a. patient	c.g.1 + c.g.2	teken + p.a. patient	KBO-nummer
27	10 N	128-137	KBO-nummer	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	0	referentie instelling	ref. instelling
28	25 A	138-162	ref. instelling	nummer	0	0	behandelde tand	0	0	0
29	2 N	163-164	0	vorige factuur	teken + bedrag supplement	teken + bedrag supplement	teken + bedrag supplement	0	teken + bedrag supplement	0
30	2 N	165-166	0	flag identif. rechth.	uitz. derdebetalersreg.	uitz. derdebetalersreg.	uitz. derdebetalersreg.	0	flag identif. rechth.	bic financiële rekening a
31	8 N	167-174	bic financiële rekening a	0	code fact. p.a. of suppl.	code fact. p.a. of suppl.	code fact. p.a. of suppl.	0	0	
32	1 N	175-175		nummer vorige zending	0	code uitzondering profylaxie	behandeld lid geconv. verstrekker	0	0	0
33	1 N	176-176	0	nr. zf vorige factur.	0	f galenische vorm	uur van prestatie	0	0	iban financiële rekening a
34	1 N	177-177	0	referentie zkf fin. rekeningnr. a	0	nr. tarifieringsdienst	ident. toedienaar bloed	0	Teken + voorsch. fin. reknr. a	
35	1 N	178-178		0	0	teken + theor. p.a. patient	nummer attest van toediening	0	0	
36	1 N	179-179	0	vorig gefact. jaar en maand	0	nummer product	nummer afleveringsbon of zak	0	0	
37	3 N	180-182		referentiegegevens netwerk of s.i.s.-kaart	0	omschrijving product	code implant	referentie-gegevens netwerk	0	bic fin. rek.nr b
38	12 N	183-194	iban financiële rekening a	0	0	0	omschrijving product		0	0
39	10 N	195-204	0	0	0	0	norm plafond		0	0
40	2 N	205-206	0	0	0	0	transplantatie	0	0	0
41	6 N	207-212	0	0	0	0	Ident -bijkomende verstrekker	0	0	iban financiële rekening b
42	6 N	213-218	bic fin. rekening b	0	0	0	f geboortejaar	0	0	
43 a	11 N	219-229	0	0	0	0	0	0	0	
43 b	1 N	230-230	0	0	0	0	0	0	0	0
44	4 N	231-234	0	0	0	0	0	0	0	0
45	26 N	235-260	0	0	0	0	0	0	0	0
46	1 N	261-261	0	0	0	0	0	0	0	0
47	8 N	262-269	0	0	0	0	0	0	0	0
48	1 N	270-270	0	0	0	0	0	0	0	0
49	12 N	271-282	iban financiële rekening b	0	0	0	0	0	0	iban financiële rekening b
50	4 N	283-286		0	0	0	0	0	0	
51	6 N	287-292		0	0	0	0	0	0	
52	12 N	293-304	0	0	0	0	0	0	0	0
53	8 N	305-312	0	0	0	0	0	0	0	0
54a	3N	313-315	0	0	0	0	0	0	0	0
54b	5N	316-320		0	0	0	0	0	0	0
55	8 N	321-328	0	0	0	0	0	0	0	0
56	4 N	329-332	0	0	0	0	0	0	0	0
57	4 N	333-336	0	0	0	0	0	0	0	0
58	4 N	337-340	0	0	0	0	0	0	0	0
59	6 N	341-346	0	0	0	0	0	0	0	0
98	2 N	347-348	0	0	0	0	0	0	c.c. factuur	c.c. zending
99	2 N	349-350	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 50
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	norm verstrekking (percentage)
4	7 N	10 - 16	nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode
5	8 N	17 - 24	datum eerste verrichte verstrekking
6 a	4 N	25 - 28	datum laatste verrichte verstrekking (deel 1)
6 b	4 N	29 - 32	datum laatste verrichte verstrekking (deel 2)
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende
10	1 N	50 - 50	bevalling
11	1 N	51 - 51	verwijzing financieel rekeningnummer
12	1 N	52 - 52	nacht, weekeinde, feestdag
13	3 N	53 - 55	dienstcode
14	12 N	56 - 67	plaats van verstrekking
15	12 N	68 - 79	identificatie verstrekker
16	1 N	80 - 80	norm verstrekker
17	4 N	81 - 84	betrekkelijke verstrekking (deel 1)
18	3 N	85 - 87	betrekkelijke verstrekking (deel 2)
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming
20	7 N	100 - 106	datum voorschrift (deel 1)
21	1 N	107 - 107	datum voorschrift (deel 2)
22	1 A + 4 N	108 - 112	teken + aantal eenheden
23	2 N	113 - 114	aantal coupes
24	5 N	115 - 119	identificatie voorschrijver (deel 1)
25	7 N	120 - 126	identificatie voorschrijver (deel 2)
26	1 N	127 - 127	norm voorschrijver
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	behandelde tand
30	1 A + 1 N	165 - 166	teken + bedrag supplement (deel 1)
31	8 N	167 - 174	bedrag supplement (deel 2)
32	1 N	175 - 175	uitzondering derdebetalersregeling
33	1 N	176 - 176	code facturering persoonlijk aandeel of supplement
34	1 N	177 - 177	behandeld lid
35	1 N	178 - 178	geconventioneerde verstrekker
36	1 N	179 - 179	uur van prestatie (deel 1)
37	3 N	180 - 182	uur van prestatie (deel 2)
38	12 N	183 - 194	identificatie toedienaar bloed
39	10 N	195 - 204	nummer attest van toediening (deel 1)
40	2 N	205 - 206	nummer attest van toediening (deel 2)
41	6 A	207 - 212	nummer afleveringsbon of zak (deel 1)
42	6 A	213 - 218	nummer afleveringsbon of zak (deel 2)
43 a	11 N	219 - 229	code implant (deel 1)
43 b	1 N	230-230	code implant (deel 2)
44	4 A	231 - 234	omschrijving product (deel 1)
45	26 A	235 - 260	omschrijving product (deel 2)
46	1 N	261 - 261	norm plafond
47	8 N	262 - 269	datum akkoord verstrekking
48	1 N	270 - 270	transplantatie
49	12 N	271 - 282	identificatie zorgkundige
50	4 N	283 -286	reserve
51	6N	287-292	ziekenhuissite
52	12N	293-304	identificatie associatie zorggebied
53	8A	305-312	ritnummer (deel 1)
54a	3A	313-315	ritnummer (deel 2)
54b	5N	316-320	reserve
55	8N	321-328	notificatiecode implantaat (deel 1)
56	4N	329-332	notificatiecode implantaat (deel 2)
57	4N	333-336	registratiecode Qermid (deel 1)
58	4N	337-340	registratiecode Qermid (deel 2)
59	6N	341-346	registratiecode Qermid (deel 3)
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	controle cijfer 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.

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

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

(☞ 8) 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.

c. Zones met aantallen of hoeveelheden.

R 30 Z 22

R 40 Z 22

R 50 Z 22

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

De aantallen en hoeveelheden mogen derhalve geen tekenaanduiding meer bevatten in de laatste positie.

Binnen éénzelfde record moeten de tekens gelijk zijn in alle zones (hetzij overal +, of overal -); behalve indien het gaat om een recordtype 30 met persoonlijke aandelen of indien het gaat om een record met een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal in ROB-RVT (pseudo-code

- (☞ 4) 763593) of een record met een bedrag “betaalbaarheid PVT” (pseudo-code 762775*, 763770, 763792, 763814, 763836, 763851, 763873, 763895 of 763910) of indien het gaat om een recordtype 50 met prestatie 0700000 (forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties).
- (☞ 5) Indien een bedrag of een aantal gelijk is aan nul, dan kan het algebraïsch teken verschillend zijn van de andere zones uit de records die een teken dragen.

d. Zones met een reservepositie.

De zones die gebruikt worden voor de vermelding van een verstrekking of een product (Z 4, Z 17-18 en Z 40-41), een dienstcode (Z 13), een identificatienummer van instelling of zorgenverstrekker (Z 14, Z 15, Z 24-25 en Z 38), werden allen uitgebreid met 1 reservepositie, om aldus ruimte te laten voor een hercodering in de toekomst.

De reservepositie moet worden opgevuld met een nul en bevindt zich in de eerste positie links voor de zones 4, 14, 15, 17-18, 24-25, 38 en 40-41; ze bevindt zich in de eerste positie rechts voor de zone 13.

Er wordt voorlopig nog geen enkele hercodering voorzien.

- (☞ 8) e. Zone met referentiegegevens netwerk of S.I.S.-kaart

In deze zone die alfanumeriek gedefinieerd is worden, in afwijking van de algemene principes (zie punt a), de niet gebruikte posities (3 in totaal) rechts gealigneerd en opgevuld met nullen.

Indien deze zone niet wordt ingevuld dan moet ze volledig gelijk zijn aan nul.

f. Zone met het ritnummer (R 50 Z 53-54a).

Indien deze zone, die alfanumeriek gedefinieerd is, niet wordt ingevuld, dan moet ze opgevuld worden met nullen. Dit vormt een uitzondering op de algemene principes (zie punt a).

- (☞ 4) (*) geschrapt vanaf 1/10/2013

1.3 Honoraria.

	Volledig vergoedbare prestaties	Gedeeltelijk vergoedbare prestaties	Gedeeltelijk vergoedbare prestaties waarbij P.A. niet wordt aangerekend door verstrekker	Niet vergoedbare prestaties of diensten (codes 960...)
R 50 Z 3	≠ 6, 7 of 9	≠ 6, 7 of 9	≠ 6, 7 of 9	0
R 50 Z 19	bedrag V.I.	Bedrag V.I.	bedrag V.I.	0
R 50 Z 27	0	P.A. of aangerekend deel	0	0
R 50 Z 30-31	eventueel aangerekend supplement (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	eventueel aangerekend supplement (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)
R 50 Z 33	0 of 1	0 of 1	1	0 of 1

	Kleine risico's voor zelfstandigen met vrije verzekering (prestaties vóór 1/1/2008)	Kleine risico's voor zelfstandigen zonder vrije verzekering (prestaties vóór 1/1/2008)	Prestaties die buiten derdebetalers regeling vallen en er komt een factuur VI in contante betaling	Statistische records radiotherapie, verpleegkunde, implantaten
R 50 Z 3	≠ 6, 7 of 9	0	7	9
R 50 Z 19	bedrag V.I. (betaald door vrije verzekering)	0	0	0
R 50 Z 27	reglementair P.A. of aangerekend deel	0	honorarium (P.A. inbegrepen)	0
R 50 Z 30-31	eventueel aangerekend supplement (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	eventueel aangerekend supplement (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	0
R 50 Z 33	0 of 1	0 of 1	0 of 1	0

(8)	Implantaten art. 28, § 1 (tot en met 30/6/2014)	Implantaten art. 35 en 35bis (tot en met 30/6/2014) Implantaten KB xx/xx/2014 (vanaf 1/7/2014)	Veiligheidsgrens implantaten	Afleveringsmarge implantaten
R 50 Z 3	0 of 6	0 of 6	0	0
R 50 Z 19	vergoed bedrag of factuurbedrag indien < verg. Bedrag	vergoed bedrag of factuurbedrag indien < verg. Bedrag	0	0
R 50 Z 27	0	eventueel reglementair persoonlijk aandeel	Bedrag veiligheidsgrens	Bedrag afleveringsmarge
R 50 Z 30-31	verschil tussen aangerekende prijs en vergoed bedrag of 0	0	0	0
R 50 Z 33	0 of 1	0 of 1	0 of 1	0 of 1

2. Apothekers

- Titularis apotheek : 001
- Adjunct : 002
- Plaatsvervanger : 003

3. Tandheelkundigen

Zie officiële lijst met bevoegheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV onder de rubriek “Zorgverleners – Algemene Info – Bevoegheidscodes”.

4. Vroedvrouwen

- vroedvrouwen gemachtigd tot het verlenen van verloskundige verstrekkingen : 002
- (☞ 8) - vroedvrouwen gemachtigd tot het verlenen van verloskundige verstrekkingen en tot het voorschrijven van geneesmiddelen : 003

5. Verpleegkundigen ingeschreven op de lijst van de Dienst voor geneeskundige verzorging :

- gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelden : 401
- vroedvrouwen : 402
- verpleegassistenten en ermee gelijkgestelden : 407
- gebrevetteerde verpleegkundigen : 408
- verzorgsters, die zijn erkend vóór 1 januari 1964 en het behoud van die erkenning hebben gevraagd : 404
- medewerksters, die vóór 1 januari 1964 tijdelijk zijn erkend en het behoud van die erkenning hebben gevraagd : 405
- gegradueerde verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) : 411
- verpleegassistenten (erkenning in het kader van de E.E.G.) : 417
- verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) : 418
- gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelden + referentie-verpleegkundigen inzake wondzorg : 421
- vroedvrouwen + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg : 422
- gebrevetteerde verpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg : 428
- gegradueerde verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentieverpleegkundigen inzake wondzorg : 431
- verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentie-verpleegkundigen inzake wondzorg : 438
- gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelden + referentie-verpleegkundigen inzake diabetes : 441
- vroedvrouwen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes : 442
- gebrevetteerde verpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes : 448
- gegradueerde verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentieverpleegkundigen inzake diabetes : 451
- verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentie-verpleegkundigen inzake diabetes : 458
- gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelden + referentie-verpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg : 461
- vroedvrouwen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg : 462
- gebrevetteerde verpleegkundigen + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg : 468
- gegradueerde verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentieverpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg : 471
- verpleegkundigen (erkenning in het kader van de E.E.G.) + referentie-verpleegkundigen inzake diabetes en wondzorg : 478

Facturatie van dringend ziekenvervoer

1. Reglementaire basis : KB van 26/4/2009 (verzekeringstegemoetkoming) en KB van 7/4/1995 (tarief)

2. Invulling van het elektronisch facturatiebestand

- Facturatie in recordtype 50
- Z 4: pseudo-code
- Z 14: nummer van de erkende ambulancedienst
- Z 15: nul
- Z 17-18: betrekkelijke verstrekking die aanduidt hoeveel patiënten tegelijk vervoerd werden:
 - 0081001: 1 passagier
 - 0080500: 2 passagiers
 - 0080334: 3 passagiers
 - 0080253: 4 passagiers
 - 0080205: 5 passagiers
- Z 19: ZIV-tegemoetkoming (50% van het gefactureerde bedrag)
- Z 22: aantal km / aantal paar gebruikte elektroden
- Z 30-31: bedrag ten laste van de patiënt (verschil tussen het gefactureerde bedrag en het bedrag van de tegemoetkoming)

3. Afrondingsregels

- Gefactureerd bedrag : bedrag afgerond naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar onder afgerond
- Bedrag van de tegemoetkoming (Z 19) : bedrag wordt afgerond naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

4. Uitgewerkt voorbeeld (prijs op 1/1/2014)

Drie patiënten worden in dezelfde ambulance vervoerd over een afstand van 12 km.
Voor de derde patiënt wordt een paar elektroden gebruikt.

Factuur patiënt 1 en 2

Berekening tegemoetkoming

	Gefactureerd bedrag	Tegemoetkoming	Supplement
Forfait voor de eerste 10 km	$61.46 / 3 = 20.487 \approx 20.49 \text{ €}$	$20.49 / 2 = 10.245 \approx 10.25 \text{ €}$	$20.49 - 10.25 = 10,24 \text{ €}$
11 ^{de} en 12 ^{de} km	$6.14 \times 2 = 12.28$ $12.28 / 3 = 4.093 \approx 4.09 \text{ €}$	$4.09 / 2 = 2.045 \approx 2.05 \text{ €}$	$4.09 - 2.05 = 2.04 \text{ €}$

Invulling van de zones op het facturatiebestand

Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV-tegemoetkoming)	Z 22 (aantal eenheden)	Z 30-31 (supplement)
784416	10.25	10	10.24
784431	2.05	2	2.04

Factuur patiënt 3Berekening tegemoetkoming

	Gefactureerd bedrag	Tegemoetkoming	Supplement
Forfait voor de eerste 10 km	$61.46 / 3 = 20.487 \approx 20.49 \text{ €}$	$20.49 / 2 = 10.245 \approx 10.25 \text{ €}$	$20.49 - 10.25 = 10,24 \text{ €}$
11 ^{de} en 12 ^{de} km	$6.14 \times 2 = 12.28$ $12.28 / 3 = 4.093 \approx 4.09 \text{ €}$	$4.09 / 2 = 2.045 \approx 2.05 \text{ €}$	$4.09 - 2.05 = 2.04 \text{ €}$
Forfait elektroden	58,34 €	$58,34 / 2 \approx 29,17 \text{ €}$	$58,34 - 29,17 = 29,17 \text{ €}$

Invulling van de zones op het facturatiebestand

Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV-tegemoetkoming)	Z 22 (aantal eenheden)	Z 30-31 (supplement)
784416	10.25	10	10.24
784431	2.05	2	2.04
784475	29,17	1	29,17

RUBRIEK : NORM VERPLEEGDAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

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

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

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

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

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

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

(5) Voor de pseudo-codes 0767443 en 0767465 (bedrag per dag of persoonlijk aandeel ligdag aan 0 €), is de norm verpleegdag steeds gelijk aan 9.

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

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
3) <i>Forfaitair remgeld farmaceutische producten</i>		0750002
3 bis) <i>Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten gedurende de periode van parenterale voeding thuis van de patiënt.</i>	0750175	
3 ter) <i>Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten voor patiënten die verblijven in PVT</i>	0751811	
4) <i>Reiskosten prematuren</i>		0773581
4 bis) <i>Vervoerskosten voor dialyse en chemotherapie vanuit psychiatrisch ziekenhuis (art. 4 §4 Overeenkomst Psy-VI)</i>		0761946
<i>vanuit geïsoleerde Sp- of G-dienst (art. 5 bis Overeenkomst Zh-VI)</i>		0761961
5) <i>Forfaitair honorarium voor klinische biologie betaalbaar per verpleegdag</i>		0592001
6) <i>Militair Hospitaal van Neder-Over-Heembeek</i>		
a) <i>All-in-prijs per dag van opneming in de dienst voor rechthebbenden met grote brandwonden</i>		0760524
b) <i>Verpleegdagprijs voor behandeling met hyperbare zuurstoftherapie</i>		0760642
c) <i>Forfait “dagziekenhuis”</i>	0760653	0760664
7) <i>Forfaitaire verpleegdag</i>		
a) <i>Gebruik gipskamer</i>	0761036	0761040
(☞ 8) <i>Miniforfait</i>	0761213(*)	-
<i>Maxiforfait</i>	0761235	0761246
<i>Forfait groep 1</i>	0768176	0768180
<i>Forfait groep 2</i>	0768191	0768202
<i>Forfait groep 3</i>	0768213	0768224
<i>Forfait groep 4</i>	0768235	0768246
<i>Forfait groep 5</i>	0768250	0768261
<i>Forfait groep 6</i>	0768272	0768283
<i>Forfait groep 7</i>	0768294	0768305
<i>Forfait 1 chronische pijn</i>	0768316	0768320
<i>Forfait 2 chronische pijn</i>	0768331	0768342
<i>Forfait 3 chronische pijn</i>	0768353	0768364
<i>Forfait manipulatie poortkatheter</i>	0768375	0768386
b) <i>Dienst A : verpleegdagprijs in toepassing van art. 2, § 4 van de Nationale Overeenkomst (50 % van de totale verpleegdagprijs)</i>	0761073	-
c) <i>Forfaitaire verpleegdag nierdialyse</i>	0761272	0761283

(☞ 8) (*) Het miniforfait is niet meer aanrekenbaar voor prestaties vanaf 1/1/2014.

Deze pseudo-code krijgt de nieuwe omschrijving “dringende verzorging of intraveneuze infusie” en wordt op de factuur vermeld met 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.

- (☞ 5) Het betreft de dienstcode van de dienst waar de patiënt verblijft om 12u 's middags op de datum
 (☞ 5) vermeld in zone 5 of de pseudo-dienstcode ingeval van gebruik gipskamer, miniforfait (*) of maxiforfait, nierdialyse in ziekenhuis (ambulante code), forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie (intern en extern), forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6 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.

- (☞ 5) 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.

Verpleegdag in dienst N* (n) : dienstcode 190.

Eenheden voor zware brandwonden : dienstcode 290.

Nierdialyse thuis of in centra (0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596) : dienstcode 750 of 990 volgens het factuurtype vermeld in R 20 Z 10.

- (☞ 4) Forfaitaire verpleegdagen dienst A (0761073) en forfaits voor nabehandeling revalidatie (0762134**, 0762156**, 0762171**, 0762974****) : dienstcode 760.

Chirurgisch dagziekenhuis met ambulante codes : dienstcode 320.

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

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

- (☞ 8) (*) Het miniforfait is niet meer aanrekenbaar voor prestaties vanaf 1/1/2014.

Deze pseudo-code krijgt de nieuwe omschrijving “dringende verzorging of intraveneuze infusie” en wordt op de factuur vermeld met bedragzones gelijk aan nul.

- (☞ 4) (**) geschrapt vanaf 1/1/2014

- (☞ 4) (***) van toepassing vanaf 1/1/2014

Vergoedingsregels magistrale bereidingen (art. 22 van het KB van 12-10-2004)

Deze bladzijde is louter informatief.

De tegemoetkoming in de magistrale recepten wordt berekend op grond van:

"1° de vergoedingsbasis, vermeld in de lijst van de werkzame bestanddelen of, als het om een farmaceutische specialiteit gaat, de vergoedingsbasis vermeld op de als bijlage I bij voornoemd koninklijk besluit van 21 december 2001 gevoegde lijst.

De vergoedingsbasis van elk bestanddeel wordt afgerond op de naastliggende eurocent, de afronding wordt berekend op de manier die in de software van de computers ingebouwd is;

- (☞ 8) 2° de vergoedingsbasis van het bindmiddel voor crèmes, gels, zalven of pasta's, afgerond zoals omschreven onder 1°, die uitgedrukt wordt in P-waarde per module en als volgt wordt geforfaitariseerd: P 0,01

3° het honorarium voor het bereiden of afleveren, berekend overeenkomstig de bepalingen van artikel 21, §§ 1 en 2, afgerond zoals omschreven onder 1°;

- (☞ 8) 4° Voor de rectiolen mag het volgende element aan de verzekering worden aangerekend tot een bedrag van de in P-waarde uitgedrukte maximum vergoedingsbasis: stuk: P 0,20.

(☞ 8) In de praktijk:

- De som van punten 1° tot 3° geeft de vergoedingsbasis van de bereiding (met uitzondering van rectiolen) waarvan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende wordt afgetrokken om het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming te krijgen.
- De som van punten 1° tot 4° geeft de vergoedingsbasis van de bereiding (in het geval van rectiolen) waarvan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende wordt afgetrokken om het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming te krijgen.

(8) **Voorbeelden op 1/1/2014** (rechthebbende zonder voorkeurregeling)

Waarde van de letter P op 01.01.2014 = 1,826737

Voorbeeld 1

Betamethasonvaleraat 0,121 g

Paraffine vloeibare 30 g

Vaseline witte ad 100 g

Grondstof : Betamethasonvaleraat

Hulpstof : Paraffine vloeibare + Vaseline witte

Om 100 g zalf te krijgen moet er 69,879 g witte vaseline aan de 30 g vloeibare paraffine toegevoegd worden , zijnde 99,879 g hulpstoffen.

Prijs van de hulpstoffen : $99,879 \times P0,01 = 1,82$ euro

Tarifiering van de bereiding

Prijs van de grondstof : 2,46 euro

Prijs van de hulpstoffen : 1,82 euro

Honorarium : 17,04 euro

TOTAAL : 21,32 euro

→ aandeel van de rechthebbende : 2,40 euro

→ aandeel van de verzekering : 18,92 euro

Voorbeeld 2

Erythromycine 200 mg

Dt 20 capsules met maagsapresistent omhulsel

Grondstof : Erythromycine

Prijs van de grondstof : 1,91 euro

Prijs van de hulpstoffen : 0,37 euro (capsules) + 0,37 euro (maagsapresistent omhulsel)

Honorarium : 9,13 euro

TOTAAL : 11,78 euro

→ aandeel van de rechthebbende : 2,40 euro

→ aandeel van de verzekering : 9,38 euro

(8) **Voorbeelden op 1/4/2014** (rechthebbende zonder voorkeurregeling)

Waarde van de letter P op 01.04.2014 = 1,826737

Voorbeeld 1

Betamethasonvaleraat 0,121 g

Paraffine vloeibare 30 g

Vaseline witte ad 100 g

Grondstof : Betamethasonvaleraat

Hulpstof : Paraffine vloeibare + Vaseline witte

Om 100 g zalf te krijgen moet er 69,879 g witte vaseline aan de 30 g vloeibare paraffine toegevoegd worden , zijnde 99,879 g hulpstoffen.

Prijs van de hulpstoffen : $99,879 \times P0,01 = 1,82$ euro

Tarifiering van de bereiding

Prijs van de grondstof : 2,46 euro

Prijs van de hulpstoffen : 1,82 euro

Honorarium : 21,03 euro

TOTAAL : 25,31 euro

→ aandeel van de rechthebbende : 2,40 euro

→ aandeel van de verzekering : 22,91 euro

Voorbeeld 2

Erythromycine 200 mg
Dt 20 capsules met maagsapresistent omhulsel

Grondstof : Erythromycine

Prijs van de grondstof : 1,91 euro

Honorarium en hulpstoffen: 12,93 euro

Maagsapresistent omhulsel: 3,29 euro

TOTAAL : 18,13 euro

→ aandeel van de rechthebbende : 2,40 euro

→ aandeel van de verzekering : 15,73 euro

Opmerking:

Deze voorbeelden zijn louter informatief. Ze kunnen niet gebruikt worden voor exacte tariefcontroles.

(8) INHOUD VAN DE ZONES OP ELEKTRONISCHE DRAGER (vanaf 1/4/2014)

Zone 1	Zone 4	Zone 19	Zone 22	Zone 23	Zone 27	Zone 37	Zone 40-41
Record code	Code cat.	Bedrag V.I.	Hoeveelheid	Eenheid	Bedrag pat.	Galen. vorm	Code product
20					110110		
40	750035	22,91	2	0	2,40	032	0
40	750212	0	121	02	0	0	0570333
40	750035	15,73	2	0	2,40	071	0
40	750212	0	200	02	0	0	0521427
80		38,64			4,80		

RUBRIEK : GRATIS GENEESMIDDELEN

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 80

Het is mogelijk dat de patiënt bepaalde geneesmiddelen niet hoeft te betalen en dat het ziekenhuis (of de farmaceutische firma) de kost volledig op zich neemt. In dat geval mogen deze geneesmiddelen als gratis geneesmiddelen beschouwd worden.

Gratis geneesmiddelen worden dus niet aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering, noch aan de patiënt. Ze kunnen op het facturatiebestand vermeld worden ter informatie of om de facturatie van een forfaitaire verpleegdag te verantwoorden.

(☞ 5) Een gratis geneesmiddel kan aanleiding geven tot het aanrekenen van een miniforfait(*) of maxiforfait.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Het betreft gratis geneesmiddelen, alle bedragzones (Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39) gelijk aan nul.
0	In alle andere gevallen niet vermeld onder waarde 1.

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

RUBRIEK : GALENISCHE VORM MAGISTRALE BEREIDING**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 3 N - 180**

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien de inhoud van zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094.

Indien zone 4 = 0750116, dan mag deze zone ingevuld worden (facultatief).

In alle andere gevallen is deze zone gelijk aan nul.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
01	gelulen
(☞ 8) 02 (*)	ouwels
08	suppo volwassenen
09	suppo kinderen
10	ovulen
11	rectiolen
13	ampullen
15	te verdelen poeders
20	oplossingen inwendig gebruik
(☞ 8) 21	oplossingen uitwendig gebruik
(☞ 8) 22 (*)	oplossingen uitwendig gebruik (acuut gebruik : 2 remgelden maximum)
27	oogdruppels
28	ooglotion
(☞ 8) 30	zalven
31	oogzalven
(☞ 8) 32 (*)	zalven (acuut gebruik : 2 remgelden maximum)
40	gemengde poeders of planten
71	gelulen omhuld
90	afleveringen als dusdanig (vb. zuurstof)
91	geprefabriceerde preparaten

Indien er een bijkomend honorarium aangerekend wordt, wordt de waarde voorafgegaan door "1".

In alle andere gevallen wordt de waarde voorafgegaan door "0".

- (☞ 8) Vanaf 1/4/2014 is de eerste positie van deze zone steeds gelijk aan nul. Er is immers enkel nog een bijkomend honorarium voorzien voor omhulde gelulen ("71").

- (☞ 8) (*) geschrapt voor afleveringen vanaf 1/4/2014

RUBRIEK : NORM VERSTREKKING (PERCENTAGE)**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9**

De code geeft informatie die nodig is voor de tarifiering.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Operatieve hulp bij eerste heelkundige ingreep of van de interventionele hoofdverstrekking onder medische beeldvormingscontrole (*). De volgende 7 cijfers van de prestatiecode bevatten de prestatiecode waarvoor de operatieve hulp aangerekend wordt.
2	Operatieve hulp bij tweede of volgende heelkundige ingreep. De volgende 7 cijfers van de prestatiecode bevatten de prestatiecode waarvoor de operatieve hulp aangerekend wordt.
(☞ 5) 3	Gereduceerd forfaitair honorarium per opname voor medische beeldvorming, voor klinische biologie of voor permanentie (in geval van een heropname van dezelfde patiënt in hetzelfde ziekenhuis binnen een termijn van 10 dagen na een vorige opname).
4	Raadplegingen, bezoeken, bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen en bijkomende verplaatstingsvergoeding in het kader van de vaccinatie tegen de griep AH1N1, waarbij het remgeld ten laste genomen wordt door de verplichte ziekteverzekering (volledig honorarium in Z 19; Z 27 gelijk aan nul)
5	Voor de chirurgische interventie of interventies uitgevoerd tijdens eenzelfde zitting in velden, duidelijk onderscheiden van deze waarin de voornaamste ingreep is opgenomen, of voor verstrekkingen die slechts aan 50 % mogen aangerekend worden.
(☞ 4, 8) 6	Materialen uit art. 28, art. 35 (met uitzondering van §18, a)) en art. 35bis van de nomenclatuur (tot en met 30/6/2014) of uit “de lijst” (KB xx/xx/2014) (vanaf 1/7/2014) en implanteerbare hartdefibrillatoren (tot en met 31/12/2013) waarvoor de aankoopprijs onder de R.I.Z.I.V.-prijs ligt en derhalve slechts getarifeerd worden ten belope van het factuurbedrag.
(☞ 7)	Deze normcode wordt vanaf 1/1/2014 ook gebruikt voor de laatste enveloppeschijf voor implanteerbare hartdefibrillatoren, indien deze lager is dan de vastgestelde schijf.
7	Prestaties die buiten de derdebetalersregeling vallen, maar pro memorie op de magneetband staan en er volgt een factuur VI via contante betaling.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

- (*) Voor de verstrekkingen verricht vanaf 1/11/2011 wordt de norm 1 alleen nog gebruikt in geval van eerste heelkundige ingreep. Er mag geen operatieve hulp meer aangerekend worden bij interventionele hoofdverstrekking onder medische beeldvormingscontrole.

- 9 - Voor de radiotherapieverstrekkingen die over meerdere zittingen zijn gespreid, moet de prestatiecode zo dikwijls worden herhaald als er zittingen zijn geweest; naast iedere prestatiecode moet de datum van de zitting worden vermeld (dwz. begindatum = einddatum = prestatiedatum). Het tarief moet worden vermeld in het record van de laatste prestatiecode (met normcode 0, of 5 in geval van herhaling); voor alle andere prestatiecodes wordt de normcode 9 gebruikt en wordt de zone 19 (bedrag V.I.) op nul gezet. De records met normcode 9 moeten in een aaneensluitende reeks worden vermeld op de magnetische drager en onmiddellijk gevolgd worden door de laatste prestatiecode met norm 0.
- Bijzondere gevallen:
- Indien de situatie van de patiënt ambulant-gehospitaliseerd wijzigt tijdens de periode van verstrekking dan volgt de prestatiecode (in Z 4) het statuut van de patiënt. Het factuurtype (ambulant of gehospitaliseerd) wordt bepaald door het statuut van de patiënt op de laatste dag van de periode (= record met normcode 0).
De dienstcode in de records met norm 9 mag bepaald worden ofwel door het statuut van de patiënt op datum van de zitting, ofwel door het statuut op de laatste dag van de periode. Voor de eventuele bijkomende honoraria bij een bestralingsreeks (bv. 444496) wordt het factuurtype bepaald door het statuut van de patiënt op de datum waarop het bijkomend honorarium wordt aangerekend. Het is dus mogelijk dat het forfait voor de bestralingsreeks aangerekend wordt op een gehospitaliseerde factuur en het bijkomend honorarium op een ambulante factuur, of omgekeerd.
 - Indien de verzekeraar van de patiënt wijzigt tijdens de periode van verstrekking (wijziging CG1/CG2, wijziging mutualiteit van aansluiting), dan worden alle records met norm 9 alsook de facturatierecord met norm 0 op éénzelfde factuur vermeld. Op deze factuur wordt de verzekeraarstoestand van de patiënt vermeld op datum van de laatste prestatie.
- Voor de *forfaitaire honoraria* voor verpleegkundige zorgen A, B, C, PA, PB, PC, PP moet het record met de nomenclatuurcode van het forfait worden voorafgegaan door een reeks records waarin, door pseudo-codes (zie art. 8, § 5, 3°, c van de nomenclatuur), de basisverstrekkingen en de technisch verpleegkundige verstrekkingen, die gedurende de betreffende verzorgingsdag werden verricht, worden aangeduid. In voorkomend geval, worden daarnaast ook records met pseudo-codes uit art. 8, § 5 bis, 5°, d van de nomenclatuur vermeld.
Voor het *supplementair honorarium PN* worden, in voorkomend geval, records met pseudo-codes uit art. 8, § 5 bis, 5°, d van de nomenclatuur vermeld.
- (☞ 7) Voor de *verstrekkingen 427534, 427556, 427571 en 429251* worden, in voorkomend geval, records met pseudo-codes uit art. 8, § 9 van de nomenclatuur vermeld.
Al deze records met bovenvernoemde pseudo-codes moeten worden aangeduid met norm 9; zone 19, zone 27 en zone 30-31 zijn dan steeds gelijk aan nul en zone 17-18 vermeldt respectievelijk de nomenclatuurcode van het bijhorend forfaitair honorarium of van het
- (☞ 7) supplementair honorarium PN of de nomenclatuurcode 427534, 427556, 427571 of 429251.
De inhoud van de zones 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 en 14 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in de facturatierecord met norm 0.

- (☞ 8) - Voor de coronaire stents (t.e.m. 30/6/2014: 687875-687886; vanaf 1/7/2014: 158992-159003), coronaire of drug eluting stents (t.e.m. 30/6/2014: 680352-680363; vanaf 1/7/2014: 159036-159040) of drug eluting stents (t.e.m. 30/6/2014: 680315-680326; vanaf 1/7/2014: 159014-159025) en voor de verstrekkingen betreffende endoprothesen (t.e.m. 30/6/2014: 634012 t.e.m. 634325; vanaf 1/7/2014: 161114 t.e.m. 161420) gebeurt de facturatie als volgt :
- * het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal verschillende types stents/drug eluting stents of aantal gebruikte elementen + 1;
 - * de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal stents/drug eluting stents of gelijk aan aantal gebruikte elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan “+0001”, de zone 43 bevat de identificatiecode van de stent/drug eluting stent of het gebruikte element;
 - * het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0; zone 19 bevat het forfaitair bedrag; zone 22 is steeds gelijk aan “+0001”, de zones 27, 30-31 en 43 zijn steeds gelijk aan nul;
 - * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0) van de reeks, waarin het forfaitair bedrag wordt gefactureerd;
- Opgelet: inplanting op verschillende dagen: zie instructies R 50 Z 3 V 5 en Z 4 V 18
- (☞ 1) - Voor de verstrekkingen betreffende de combinaties van visco-elastische producten (0682496-0682500 en 0682511-0682522) (*):
- * ofwel is het gebruikte product opgenomen in de lijsten betreffende de twee bovenvermelde verstrekkingen : de facturatie gebeurt volgens de normale regeling;
 - * ofwel gaat het over een combinatie van twee producten opgenomen in de lijsten betreffende de verstrekkingen [0682415-0682426 of 0682430-0682441] en [0682452-0682463 of 0682474-0682485] : de facturatie gebeurt als volgt :
 - het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan 3 ;
 - de twee eerste records moeten worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan “+0001”, de zone 43 bevat de identificatiecode van het gebruikte product ;
 - het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0; zone 19 bevat het forfaitair bedrag; zone 22 is steeds gelijk aan “+0001”, de zones 27, 30-31 en 43 zijn steeds gelijk aan nul;
 - de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0) van de reeks, waarin het forfaitair bedrag wordt gefactureerd.

(☞ 1) (*) De instructies met betrekking tot de combinaties van visco-elastische producten zijn geldig voor prestaties verricht tot en met 31/3/2013.

(8)

- Voor de verstrekkingen betreffende het materiaal voor minimaal invasieve cardiochirurgie (0689754-0689765 en 0689776-0689780) en voor de verstrekking 0688472, gebeurt de facturatie als volgt (t.e.m. 30/6/2014):
 - * de eerste record(s) (=statistische record(s)) (aantal gelijk aan aantal gebruikte elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zone 43 bevat de identificatiecode van het gebruikte element;
 - * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9.
 - * de volgende record(s) (=facturatierecord(s)):
 - ofwel is de som van de prijzen van de gebruikte elementen lager dan de terugbetaling : er is 1(facturatie)record; deze wordt aangeduid met norm 6 ; zone 19 bevat de som van de prijzen van de verschillende gebruikte elementen; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001"; de zones 27, 30-31 en 43 zijn steeds gelijk aan nul;
 - ofwel is de som van de prijzen van de gebruikte elementen gelijk aan of hoger dan de terugbetaling en lager dan of gelijk aan de plafondprijs: er worden 2 facturatierecords gemaakt:
 - o de eerste (facturatie)record wordt aangeduid met norm 0; zone 19 bevat het terugbetalingsbedrag voorzien in de nomenclatuur; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001"; de zones 27 en 30-31 zijn gelijk aan nul; zone 43 is gelijk aan nul;
 - o de tweede (facturatie)record (veiligheidsgrens) wordt aangeduid met norm 0 ; zone 19 is gelijk aan nul ; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001"; zone 27 is gelijk aan het verschil tussen de som van de prijzen van de gebruikte elementen en de terugbetaling; zone 30-31 is gelijk aan nul; zone 43 is gelijk aan nul;
 - * de afleveringsmarge kan aangerekend worden onder de bestaande pseudo-code 0685856-0685860.

In het geval waar de som van de prijzen van de gebruikte elementen hoger is dan de plafondprijs, moet het geheel van het materiaal aangerekend worden onder de pseudocode 0960536-0960540.

(8)

- Voor de heroplaadbare neurostimulatoren 715116-715120 en 715131-715142 gebeurt de facturatie als volgt (t.e.m. 30/6/2014):
 - * de eerste record(s) (=statistische record(s)) (aantal gelijk aan aantal gebruikte elementen (maximum 2) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zone 43 bevat de identificatiecode van het gebruikte element;
 - * de volgende record (=facturatierecord) wordt aangeduid met norm 0 of norm 6; de zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming (= som van de tegemoetkomingen van de gebruikte elementen); zone 22 is gelijk aan "+0001"; de zones 27, 30-31 en 43 zijn gelijk aan nul;
 - * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25 en 27 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0 of norm 6) van de reeks, waarin het bedrag wordt gefactureerd.
 - * de afleveringsmarge wordt gefactureerd onder de pseudo-code 0685812-0685823 (het bedrag is steeds gelijk aan het plafondbedrag 148,74 EUR).

- Voor de andere implantaten met lijst van aangenomen producten en een terugbetaling voor een geheel van materiaal, gebeurt de facturatie als volgt :
 - * het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal gebruikte elementen + 1;
 - * de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal gebruikte elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zone 43 bevat de identificatiecode van het gebruikte element;
 - * het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0 of norm 6; zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", zone 43 is steeds gelijk aan nul;
 - * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0 of norm 6) van de reeks, waarin het bedrag wordt gefactureerd;
- (☞ 8) De verstrekkingen met lijst van aangenomen producten en een terugbetaling voor een geheel van materiaal zijn aangeduid met waarde "1" in de kolom "type implantaat" in het tabblad "Z 43" van de lijst implantaten gepubliceerd op de site van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek "Zorgverleners" – "Algemene Info" – "Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager") (tot en met 30/6/2014) of met waarde 2 in de zone "identificationZone43" van het referentiebestand "LIST (vanaf 1/7/2014)".
- Voor notificatieplichtige implantaten zonder lijst van aangenomen producten en met een terugbetaling voor een geheel van materiaal, gebeurt de facturatie als volgt :
 - * het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal gebruikte genotificeerde elementen + 1;
 - * de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal gebruikte genotificeerde elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul, de zone 55-56 bevat de notificatiecode van het gebruikte element;
 - * het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0 of norm 6; zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming; zone 55-56 is steeds gelijk aan nul;
 - * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 24-25 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0 of norm 6) van de reeks, waarin het bedrag wordt gefactureerd;
- (☞ 8) De verstrekkingen die op die manier moeten gefactureerd worden, zijn aangeduid met waarde "1" in het tabblad "Z 55-56" van de lijst implantaten (tot en met 30/6/2014) of met waarde 2 in de zone "notificationZone55" van het referentiebestand "LIST" (vanaf 1/7/2014). Een concreet voorbeeld is uitgewerkt in R 50 Z 4 V 25 en 26.

0 Alle andere toestanden...

Plaatsing van stents op verschillende dagen**(☞ 8) Tot en met 30/6/2014:**

§ 11ter van artikel 35 voorziet dat per opname slechts één van de verstrekkingen 687875-687886, 680315-680326 of 680352-680363 kan vergoed worden.

§ 12ter van artikel 35bis voorziet dat de tegemoetkoming voor de verstrekkingen 687890-687901 en 687912-687923 slechts eenmaal kan worden vergoed per opname.

(☞ 8) Vanaf 1/7/2014:

Vergoedingsvoorwaarde F-§05, punt 5.1 van het KB van xx/xx/2014 voorziet dat slechts één van de vier verstrekkingen 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040 en 158970-158981 in aanmerking kan komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering per opname.

Er bestaan dus twee mogelijkheden :

- 1) Meerdere coronaire/ drug eluting stents geplaatst tijdens verschillende operatietijden maar tijdens één opname:

Het forfait kan slechts één keer aangerekend worden maar alle identificatiecodes van ALLE ingeplante coronaire stents moeten weergegeven worden in het facturatiebestand.

De eerste stents worden vermeld met norm 9 en met hun exacte datum van inplanting.

Daarna volgt een record met norm 0 en het forfaitaire bedrag en met de datum van de eerste inplanting.

Vervolgens komt de record met de facturatie van de afleveringsmarge.

Tot slot worden de stents van de tweede inplanting vermeld met norm 9 en hun exacte datum van inplanting.

Zie ook voorbeeld in Zone 4 V 18.

- 2) Meerdere coronaire/ drug eluting stents geplaatst tijdens verschillende operatietijden tijdens verschillende opnamen.

Het forfait kan meerdere keren aangerekend worden gezien het om verschillende opnamen gaat. De facturatie gebeurt volgens de normale regels.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
• Gefenestreerde en/of vertakte endoprothese	0703415	0703426
• Implanteerbare hartmonitor inclusief toebehoren	0693910	0693921
(☞ 3) • Percutaan implanteerbare klepstent in pulmonaalpositie	0691950(*)	0691961(*)
- Percutaan implanteerbare klepstent met plaatsingssysteem in rechter ventrikel outflow tract	0704616	0704620
- Geheel van materiaal voor het plaatsen van een percutane implanteerbare klepstent in rechter ventrikel outflow tract exclusief de percutaan implanteerbare klepstent met plaatsingssysteem	0704631	0704642
- Geheel van materiaal voor het plaatsen van een percutane implanteerbare klepstent in rechter ventrikel outflow tract exclusief de percutaan implanteerbare klepstent met plaatsingssysteem in het geval dat er een predilatatie en/of prestenning was en er geen herdilatatie en/of herstenning tijdens de procedure, waarin een percutane implanteerbare klepstent in rechter ventrikel outflow tract geplaatst wordt, was	0704653	0704664
b) Artikel 35bis, categorie 3 :		
Geheel van gebruiksmateriaal, inclusief het gebruik van het toestel, voor het uitvoeren van één detoxificatie dialyse sessie bij leverpathologie	0740272	0740283
Geheel van het gebruiksmateriaal voor het uitvoeren van een totale prostatectomie inclusief exeresis van het vesiculair blok met urethro-vesicaal hechten via endoscopische robot-geassisteerde chirurgie	0777114	0777125
Disposable probe voor de peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie	0703496	0703500
(☞ 8) c) Afleveringsmarge van implantaten (deze marge moet gefactureerd worden op het zelfde moment van de corresponderende verstrekkingen)		
• <u>Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen tot en met 30/6/2014</u>		
- voor de verstrekkingen van art. 28, §1	0618715	0618726
- voor de verstrekkingen van art. 35, categorie 1, 2 en 5	0685812	0685823
- voor de verstrekkingen van art. 35, categorie 3 en 4	0685834	0685845
- voor de verstrekkingen van art. 35bis, categorie 1, 2 en 3	0685856	0685860
- voor spraakprothesen	0785352 (**)	0785363 (**)
• <u>Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen vanaf 1/7/2014</u>		
- implantaten en invasieve medische hulpmiddelen uit “de lijst”	0619673	0619684
- art. 35 categorie 5	0685812	0685823
- art. 35bis categorie 3	0685856	0685860
- voor spraakprothesen	0785352 (**)	0785363 (**)
• <u>Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes t.e.m. 31/12/2013</u>		
- implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes	0685812 (***)	0685823 (***)
- implanteerbare hartdefibrillator – compensatie levensduur	0699915	0699926
• <u>Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes vanaf 1/1/2014</u>		
- implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator binnen de enveloppe	0680374	0680385
- elektrode voor implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator	0680190	0680201
- implanteerbare hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704933	0704944
- elektrode implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704955	0704966

(☞ 3) (*) Geschrapt vanaf 1/7/2013

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

(☞ 8) (***) Deze pseudo-code mag nog tijdelijk (tot en met gefactureerde maand mei 2014) gebruikt worden voor prestaties verricht tot en met 30/4/2014.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.

Het bedrag van de afleveringsmarge wordt geplafonneerd.

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

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

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

d) Voortijdige hernieuwing van de hartstimulator.	0684655 (*)	0684666 (*)
e) Implanterbare hartdefibrillator	0691633(**)	0691644(**)
Implanteerbare vervangingshartdefibrillator	0691655(**)	0691666(**)
Elektrode 1 coil, shock only (SVC)	0691692(**)	0691703(**)
Elektrode 1 coil en sense/pace	0691714(**)	0691725(**)
Elektrode 2 coils en sense/pace	0691736(**)	0691740(**)
Subcutane patch	0691751(**)	0691762(**)
Subcutane elektrode	0691773(**)	0691784(**)
Endocardiale uni- of bipolaire of myocardiale pacemaker-elektrode	0691795(**)	0691806(**)
Single-pass pacemaker-elektrode (VDD)	0691810(**)	0691821(**)
Endoveneus geplaatste linkerventrikel resynchronisatie-elektrode via percutane weg	0691832(**)	0691843(**)
Epicardiaal geplaatste linkerventrikel resynchronisatie-elektrode via chirurgische weg door middel van thoracoscopie of thoracotomie	0691854(**)	0691865(**)
Supplement voor upgradering van de resynchronisatie-hartdefibrillator	0691670(**)	0691681(**)
Implanteerbare hartdefibrillator – compensatie levensduur	0699930(**)	0699941(**)
(5) Enveloppeschijf voor implanterbare hartdefibrillator	0704815	0704826
(5) Enveloppeschijf voor implanterbare vervangingshartdefibrillator	0704830	0704841
(5) Enveloppeschijf voor elektrode voor implanterbare (vervangings)hartdefibrillator	0704896	0704900
(5) Implanterbare hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704852	0704863
(5) Implanterbare vervangingshartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704874	0704885
(5) Elektrode implanterbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704911	0704922

Deze prestaties kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en dienen derhalve onder het factuurtype 5 of 6 (R 20 Z 10) en de dienstcode 770 (R 50 Z 13) gefactureerd te worden.

De LCM en het NVSM verwerken deze revalidatie-overeenkomst op nationaal niveau. De papieren facturatie documenten dienen dus naar de Landsbond gestuurd te worden (zie p. 14 en R 20 Z 18).

Voor de LCM moeten de documenten, in het kader van REFAC, naar het uniek contactpunt gestuurd worden.

(8) f) Veiligheidsgrens van implantaten (t.e.m. 30/6/2014)(***).	0618730	0618741
Veiligheidsgrens van implantaten (vanaf 1/7/2014)(***).	0619695	0619706
De veiligheidsgrens moet via een afzonderlijke record gefactureerd worden. Het bedrag wordt in Z 27 vermeld. De (pseudo-)code van het implantaat wordt meegegeeld als betrekkelijke verstrekking. Indien er geen veiligheidsgrens is, dan wordt er geen record "veiligheidsgrens" aangemaakt.		

9. Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen zie recordtype 50 zone 3 naast normwaarde "9".

(*) Deze pseudo-code is geldig voor prestaties verricht tot en met 31/10/2012.

(5) (**) Geschapt voor prestaties vanaf 1/1/2014

(8) (***) Supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals gedefinieerd in het artikel 35, § 4, en het artikel 35 bis, § 4, van de nomenclatuur (t.e.m. 30/6/2014) of zoals gedefinieerd in het KB van xx/xx/2014 (vanaf 1/7/2014)

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-

- (☞ 5) dienstcode ingeval van verstrekkingen tijdens gebruik gipskamer, miniforfait (*) of maxiforfait, 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.

- (☞ 6) Deze regel is geldig voor prestaties verricht tot en met 31/1/2014.
- (☞ 2) Indien het gaat om klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde in vitro en genetische onderzoeken (zowel forfaitaire honoraria per voorschrift 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.

Indien het gaat om prestaties verricht voor een pasgeborene terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft (waarde 2,

- (☞ 5) 3, 4 of 5 in zone 10 van R 40 en R 50), moet de dienstcode worden vermeld van de dienst waar de pasgeborene verblijft.

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, 0591091, 0591113, 0591135, forfaitaire honoraria per voorschrift 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, 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.

- * 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 participatiehonoraria in het kader van (☞ 4) de overeenkomst met de referentiecentra voor chronische pijn (geschapt 1/7/2013) 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

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

CODIFICATIETABEL VAN DE PSEUDO-DIENSTENCODES

Lijst van de diensten voor patiënten die behandeld worden in een afdeling van dagverpleging en voor ambulante patiënten		
R.I.Z.I.V. codes	Type van Hospitaal	Omschrijving
002	Gen.	Prestaties verricht voor elders gehospitaliseerden
710	Gen.	Gipskamer
(☞ 8) 720 (*)	Gen.	Miniforfait (tot en met 31/12/2013)
		Dringende verzorging of intraveneuze infusie (vanaf 1/1/2014)
730	Gen.	Maxiforfait
750	Gen.	Nierdialyse
760	Psy.	Psychiatrische forfaitaire verpleegdag + nabehandeling revalidatie
770		Revalidatie
840	Gen.	Forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7 + forfait chronische pijn 1, 2 of 3 + forfait manipulatie poortkatheter
990	Gen./ Psy.	Andere ambulante patiënten of ambulante nierdialyse

CODIFICATIE VOOR DE DIENST Sp

Pseudo-dienst-code R.I.Z.I.V.	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

(☞ 8) (*) 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).

- indien het gaat om het forfaitair honorarium voor de medische wachtdienst in een ziekenhuis of de forfaitaire beschikbaarheidshonoraria voor de continuïteit van de verzorging in de diensten spoedgevallen en intensieve verzorging;
- indien het gaat om het forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties;
- indien het gaat om supplementen voor niet door ZIV vergoede producten of verstrekkingen (codes 0960XXX);
- indien het gaat om parenterale voeding thuis.
- indien het gaat om overeenkomsten art. 56 (0751472, 0751833, 0751855, 0751870 of 0751892)
- indien het gaat om detoxificatie-dialyse (conventie leverdialyse) (0761972-0761983)

- * Identificatienummer van het erkend centrum voor hartrevalidatie
 - indien het gaat om verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten (0771201, 0771212, 0771223).
- * Het identificatienummer van het medisch huis
 - indien het gaat om prestaties verricht door een medisch huis.
- * Het identificatienummer van het erkend centrum voor de implantatie van hartdefibrillatoren
 - indien het gaat om implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes
- * Ingeval van facturatie van nervus vagusstimulator (684810-684821, 684832-684843) en elektroden voor preoperatieve lokalisatie van doelgebieden ingeval van refractaire epilepsie (698714-698865), dient in deze zone het erkenningsnummer van het referentiecentrum voor refractaire epilepsie vermeld te worden.
- * Ingeval van facturatie van de prestatie 777114-777125, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum voor robotchirurgie (nummer ziekenhuis + 150) vermeld te worden.
- * Endoprothesen (zowel het materiaal als de medische akte (art. 34)*):
 - Prestaties waarvoor enkel een erkenning endoprothesen nodig is: nummer ziekenhuis + 151 of nummer ziekenhuis + 152
 - Prestaties waarvoor een erkenning endoprothesen en een erkenning cardiale pathologie B3 nodig is: nummer ziekenhuis + 152
- * Ingeval van facturatie van de prestatie 693910-693921, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum “implanteerbare hartmonitor” (nummer ziekenhuis + 153) vermeld te worden.
- (☞3) * Ingeval van facturatie van de prestatie 691950-691961(**), 704616-704620, 704631-704642 of 704653-704664, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum “percutaan implanteerbare klepstent” (nummer ziekenhuis + 154) vermeld te worden.
- (☞8) * Ingeval van facturatie van de prestaties 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886 uit art. 35 en 687890-687901, 687912-687923 uit art. 35bis (vanaf 1/7/2014: verstrekkingen 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 en 159552-159563 uit KB van xx/xx/2014) , moet het erkenningsnummer van het centrum “coronaire en drug eluting stents” (nummer ziekenhuis + 156) vermeld worden in deze zone.
- * Ingeval van facturatie van de prestatie 703496-703500, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum “peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie” (nummer ziekenhuis + 157) vermeld te worden.
- * Ingeval van facturatie van de prestaties 697933 tot 697966 en 703511 tot 703625, moet het erkenningsnummer van het centrum “neurostimulatoren en toebehoren obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)” (nummer ziekenhuis + 158) vermeld worden in deze zone.

- (*) indien de medische akte tot art. 14 behoort, moet enkel bij de endoprothese zelf een specifiek erkenningsnummer ingevuld worden, niet bij de medische akte (art.14)

(☞3) (**) geschrapt vanaf 1/7/2013.

- * Ingeval van facturatie van de prestatie 703415-703426, moet het erkenningsnummer van het centrum “gefenestreerde en/of vertakte endoprothesen” (nummer ziekenhuis + 159) vermeld worden in deze zone.
- (☞5) * Ingeval van facturatie van de prestaties 702914 tot en met 703006 en 703371 tot en met 703404, moet het erkenningsnummer van het centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van bewegingsstoornissen” (nummer ziekenhuis + 160) vermeld worden in deze zone.
- (☞8) * Ingeval van facturatie van de prestaties 716516 tot en met 716844 (vanaf 1/7/2014: 151454 tot en met 151981), moet het erkenningsnummer van het centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van Parkinson en essentiële tremor” (nummer ziekenhuis + 161) vermeld worden in deze zone.
- * Indien het gaat om verstrekkingen die gekoppeld zijn aan een basisprestatie waarvoor de vermelding van een specifieke plaats van verstrekking vereist is, dan moet voor deze verstrekking de plaats van verstrekking van de basisprestatie worden vermeld (bv. Suppletaire honoraria, accrediteringssupplementen, honorarium voor hoogdringendheid, ...).
Ingeval de betreffende verstrekking wordt ingevuld, moet de plaats van verstrekking overeenkomen met de plaats van verstrekking van de basisprestatie die als betreffende verstrekking wordt meegegeven. Bijvoorbeeld gebruiksmateriaal, implantaten.
Deze regel is niet van toepassing op coronaire en drug eluting stents 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886, 687890-687901 (vanaf 1/7/2014: 159014-159025, 159036-159040, 158992-159003).
(☞8) Voor deze prestaties is de plaats van verstrekking gelijk aan nr. Zh + 156, terwijl de plaats van verstrekking van de basisprestatie (589013-589024 of 589035-589046) gelijk is aan nr. Zh + 120.
- * 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 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.
- * Indien het gaat om verstrekkingen van in vitro fertilisatie (zone 4 = 0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 of 0559860), dan moet in deze zone het identificatienummer van het laboratorium van het ziekenhuis worden vermeld.
Voor prestaties vanaf 1/1/2009, dient het erkenningsnummer van het centrum voor reproductieve geneeskunde B (nummer ziekenhuis + 141) vermeld te worden.
- * Ingeval van reiskosten geneesheren (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
- * Bij facturatie van de prestatie 477606, moet in deze zone het identificatienummer van het expertisecentrum voor comapatiënten (nummer ziekenhuis + 155) worden vermeld.
- * 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.
- * In alle andere gevallen dan de hierboven vermelde wordt deze zone op nul gezet.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 88**

Het betreft het bedrag dat wordt terugbetaald door de verzekeringsinstelling.

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.

Voor prestaties vanaf 1/1/2008 moet de tarificatie gebaseerd worden op de Code Gerechtigde 1.

Indien het 3^{de} cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling.

Indien het 3^{de} cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.

Dringend ziekenvervoer

De tegemoetkoming bedraagt 50% van het gefactureerde bedrag, deze wordt afgerond naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

Honoraria voor prestaties ambulante klinische biologie gefactureerd aan de rechthebbenden zelf : altijd nul.

Forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties, pseudo-nomenclatuurcode 0700000 vermelden met negatieve waarde.

(☞ 8)Implantaten (tot en met 30/6/2014):

- Artikel 28, § 1 : zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur.
- Artikel 35 :
- *Categorie 1 en 2 :*
Elk product heeft zijn individuele tegemoetkoming. Dit tegemoetkomingsbedrag is vastgesteld in de limitatieve lijst en gaat dus samen met de identificatiecode van het product.
De lijst van de verstrekkingen bevindt zich in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.
- *Categorie 2 – forfait (zie art.35, §18, a)):*
Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur.
- *Categorie 3 :*
Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur.
- *Categorie 4 :*
Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt vastgesteld door het College van geneesheren-directeurs op basis van de factuur (art. 35, § 5, 1°).
- Artikel 35 bis :
- *Categorie 1a :*
Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur.
- *Categorie 1b :*
Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur, rekening houdend met het reglementair persoonlijk aandeel.
- *Categorie 2 a :*
Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur.
- *Categorie 2b :*
Zie betrekkelijke waarde in de nomenclatuur, rekening houdend met het reglementair persoonlijk aandeel..

(8) Implantaten (vanaf 1/7/2014) (KB van xx/xx/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.

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 enkel 0,30 euro voor de eerste schijf van 200ml. Geen persoonlijk aandeel voor de schijven boven 200 ml
- Bijzonder geval : hoeveelheid > 9999 ml : de facturatie moet opgesplitst worden in meerdere records (aangezien de zone 22 slechts 4 posities telt)

Voorbeeld 1

Er wordt 556 ml gefactureerd → zone 22 = 556

556 ml → $20 * 10 \text{ ml} + 17 * 20 \text{ ml} = 540 \text{ ml}$ (16 ml is onvoldoende voor de volgende schijf van 20 ml)
terugbetaling : $20 * 0,32 \text{ euro} + 17 * 0,62 \text{ euro} = 16,94 \text{ euro}$ met een persoonlijk aandeel van 0,30 euro
→ zone 19 = 16,64 euro en zone 27 = 0,30 euro.

Voorbeeld 2

Er wordt 173 ml gefactureerd → zone 22 = 173

173 ml → $17 * 10 \text{ ml} = 170 \text{ ml}$ (3 ml is onvoldoende voor de volgende schijf van 10 ml)
Terugbetaling : $17 * 0,32 \text{ euro} = 5,44 \text{ euro}$ met een persoonlijk aandeel van 0,30 euro
→ zone 19 = 5,14 euro en zone 27 = 0,30 euro

Voorbeeld 3

Er wordt 10 173 ml gefactureerd

1^{ste} record → zone 22 = 9 980

9 980 ml → $20 * 10 \text{ ml} + 489 * 20 \text{ ml}$

Terugbetaling : $20 * 0,32 \text{ euro} + 489 * 0,62 \text{ euro} = 309,58 \text{ euro}$ met een persoonlijk aandeel van 0,30 euro
→ zone 19 = 309,28 euro en zone 27 = 0,30 euro

2^{de} record → zone 22 = 193

193 ml → $19 * 10 \text{ ml}$

Terugbetaling : $19 * 0,32 \text{ euro} = 6,08 \text{ euro}$ met een persoonlijk aandeel van 0,30 euro
→ zone 19 = 5,78 euro en zone 27 = 0,30 euro

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

- De werkwijze om het nummer van de voorschrijver te bekomen is dezelfde als de wijze waarop het identificatienummer van de verstrekker wordt bekomen (zie recordtype 50 zone 15).

(☞ 8)- Het nummer moet vermeld worden als recordtype 50 zone 26 = 1, 4, 5, 6 of 9.

- Het nummer = 0 als recordtype 50 zone 26 = 0 of 3.
- Indien het gaat om een buitenlandse voorschrijver, moet volgende pseudo-identificatiecode worden gebruikt : 01.00000.07.999

Op de website van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek “Zorgverleners” – “Algemene Info” – “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een voorschrijver moet vermeld worden.

Deze lijst wordt regelmatig geactualiseerd.

(☞ 7) Voor prestaties die niet op de lijst staan, mag er geen voorschrijver ingevuld worden en moet deze zone dus verplicht met nullen opgevuld worden.

Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen + bijhorende statistische records.

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

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

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

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

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal

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

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten

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

RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128**

In deze zone moeten de werkelijk aangerekende reglementaire persoonlijke aandelen worden vermeld.
De inhoud van deze zone is belangrijk in het kader van de berekening van het jaarbedrag aan persoonlijke aandelen.

Indien het reglementair persoonlijk aandeel slechts gedeeltelijk wordt aangerekend, dan komt in deze zone het werkelijk aangerekend bedrag (mogelijk zelfs nul) met vermelding van waarde 1 in zone 33.

Het reglementair persoonlijk aandeel (of aangerekend deel ervan) moet ook in deze zone worden vermeld als het (rechtstreeks) ten laste werd genomen door een OCMW of 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.

Bij de herindiening van een verworpen prestatie, moet de zone “persoonlijk aandeel patiënt” opnieuw ingevuld worden, zelfs indien het bedrag ondertussen werd gefactureerd aan en betaald door de patiënt.

Voor de verblijfkosten voor herscholing in het kader van de individuele revalidatie (0771050 - 0771061), komt in deze zone het bedrag dat ten laste blijft van de patiënt.

Honoraria voor prestaties ambulante klinische biologie gefactureerd aan de rechthebbenden zelf : altijd nul.

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.

(☞ 8) Implantaten :

- Tot en met 30/6/2014: Er is voor geen enkele verstrekking van artikel 28 § 1, artikel 35 en artikel 35 bis van de nomenclatuur voorzien in een reglementair persoonlijk aandeel, behalve voor:
 - de prestaties uit art. 35 bis, §1, categorie 1b en 2b.
 - de prestaties 0683874-0683885 en 0693711-0693722 uit art. 35
 - de prestaties 702553-702564, 702870-702881, 702575-702586 en 702892-702903 uit art. 35
- (☞ 2) - de prestaties 703231-703242, 703253-703264, 703275- 703286, 703290-703301, 703312-703323, 703334-703345, 703356-703360, 703430-703441, 703452-703463, 703474-703485 uit art. 35
- (☞ 1) - de prestatie 699952-699963 uit art. 35
- Vanaf 1/7/2014: voor de verstrekkingen uit “de lijst” (bijlage bij KB van xx/xx/2014) is volgend persoonlijk aandeel van toepassing (zie zone “personalContribution” in referentiebestand “LIST”):
 - voor verstrekkingen met waarde a in de zone “reimbursementSubCategory” is er geen persoonlijk aandeel
 - voor verstrekkingen met waarde b, c, d of e in de zone “reimbursementSubCategory” is in een reglementair persoonlijk aandeel voorzien
- Het bedrag van de afleveringsmarge moet vermeld worden in deze zone, behalve de afleveringsmarge voor spraakprothesen (785352/363) die in zone 19 moet vermeld worden.
- Het bedrag dat als veiligheidsgrens aan de rechthebbende aangerekend wordt (zoals gedefinieerd in het artikel 35, § 4, en het artikel 35 bis, § 4, van de nomenclatuur (t.e.m. 30/6/2014) of in “de lijst” (KB xx/xx/2014) (vanaf 1/7/2014)), moet in deze zone vermeld worden.

- (8) 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.
- (7) 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 €) en in het geval van de laatste schijf.

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.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT

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 supplementen waarvan de pseudo-codes worden vermeld in recordtype 50 zone 4 vervolg 15 moeten hier worden vermeld.

Honoraria voor prestaties ambulante klinische biologie gefactureerd aan de rechthebbenden zelf : aangerekend bedrag.

Dringend ziekenvervoer (KB 26/4/2009, BS 8/5/2009)

Het verschil tussen het gefactureerd bedrag (maximumtarieven zijn vastgelegd in het KB van 7/4/1995) en de verzekeringstegemoetkoming wordt in deze zone vermeld.

Implantaten :

- (☞ 4, 8) - Alleen voor prestaties uit art. 28, § 1 (t.e.m. 30/6/2014) en voor de verstrekking “botcortex” (t.e.m. 30/6/2014: 735276-735280; vanaf 1/7/2014: 167694-167705) kan een supplement aangerekend worden en in deze zone vermeld worden.
- Niet-vergoedbare implantaten (pseudo-code 960234-960245) mogen vanaf 1/5/2010 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.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

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 .

(☞ 8)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 de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 11 cijfers van de identificatiecode en de deler gelijk is aan 7).

(☞ 8)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).

Op de website van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek “Zorgverleners” – “Algemene Info” – “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor de code implant moet vermeld worden.

(☞ 8) Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies en is geldig tot en met 30/6/2014.

(☞ 8) Vanaf 1/7/2014 wordt gebruik gemaakt van het referentiebestand “LIST”: Verstrekkingen waarvoor de identificatiecode moet ingevuld worden zijn aangeduid met waarde “1” of “2” in de zone “*identificationZone43*”.

RUBRIEK : NOTIFICATIECODE IMPLANTAAT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 321

Elk genotificeerd implantaat krijgt een unieke notificatiecode, die in deze zone moet vermeld worden voor:

- niet-vergoedbare notificatieplichtige implantaten (pseudo-code 960234-960245)
- notificatieplichtige implantaten in terugbetaling zonder nominatieve lijst

Op de website van het RIZIV (www.riziv.be, rubriek “Zorgverleners” – “Algemene Info” – “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor de notificatiecode moet vermeld worden.

- (☞ 8) Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies en is geldig tot en met 30/6/2014.
- (☞ 8) Vanaf 1/7/2014 wordt gebruik gemaakt van het referentiebestand “*LIST*”: verstrekkingen waarvoor de notificatiecode moet ingevuld worden zijn aangeduid met waarde “1” of “2” in de zone “*notificationZone55*”.

In alle andere gevallen (o.a. voor implantaten met nominatieve lijsten) is deze zone gelijk aan nul.

De notificatiecode is samengesteld uit 10 cijfers + 2 check-digits : XXXXXXXXXXXX-CC.

met CC = 97 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 10 cijfers van de notificatiecode en de deler gelijk is aan 97

RUBRIEK : REGISTRATIECODE QERMID

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 14 N - 333

Ingeval van facturatie van implantaten of invasieve medische hulpmiddelen, waarvoor de zone “*Qermid*” in het referentiebestand “*LIST*” gelijk is aan 2, moet in deze zone de registratiecode vermeld worden die via Qermid bekomen werd.

In alle andere gevallen is deze zone gelijk aan nul.

Deze registratiecode heeft de volgende structuur:

0XXXYYZZZZZZCC.

XXX = type product

YY = jaartal

ZZZZZZ = volgnummer

CC = check-digit (= 97 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 11 cijfers van de registratiecode en de deler gelijk is aan 97).

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN DE FACTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347

Dit controlegetal wordt als volgt berekend :

Voor de betreffende individuele factuur worden alle waarden uit de zones 4 van de recordtypes 30, 40, (☞ 8)50 en 51, de zones 17-18 en de zones 40-41 van de recortypes 40 opgeteld. Op het resultaat wordt de klassieke modulus 97 toegepast (rest van de deling door 97; indien de rest gelijk is aan nul, vervangen door 97). Het aldus bekomen resultaat wordt ingeschreven in deze zone.

Voorbeeld :

Indien twee op te tellen zones de waarden 101010 bevatten dan is het resultaat van de optelling zoals ze hier wordt bedoeld :

$$\begin{array}{r} 101010 \\ + 101010 \\ \hline 202020 \end{array}$$

en **niet** $1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 6$

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN DE ZENDING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347

Dit controlegetal wordt als volgt berekend :

- (☞ 8) De waarden uit de zones 4 van alle recordtypes 30, 40, 50 en 51, de zones 17-18 en de zones 40-41 van de recordtypes 40 van de zending worden opgeteld. Op het resultaat wordt de klassieke modulus 97 toegepast (rest van de deling door 97; indien de rest gelijk is aan nul, vervangen door 97). Het aldus bekomen resultaat wordt ingeschreven in deze zone.