INSTRUCTIES AAN DE VERPLEGINGSINRICHTINGEN, AAN DE ERKENDE LABORATORIA VOOR KLINISCHE BIOLOGIE, AAN DE VERPLEEGKUNDIGEN EN ALLE ANDERE INRICHTINGEN OF VERSTREKKERS DIE GEBRUIK MAKEN VAN HET SYSTEEM VAN AFLEVERING VAN FACTURATIEBESTANDEN EN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN - UITGAVE 2021 BIJWERKING 2021/8 INCLUSIEF

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 FACTURERINGSGEGEVENS VIA MAGNETISCHE DRAGER OF VIA ELEKTRONISCHE WEG EN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN.

De instructies betreffende de uitwisseling van een facturatiebestand die in dit document worden beschreven zijn bindend voor beide partijen; zowel wat betreft de algemene procedure, de recordtekening als de beschrijving van de velden.

In de hiernavolgende tekst dient onder "papieren factuur" het volgende te worden verstaan:

- verpleegnota (verzamelfactuur + individuele facturen) ingeval van facturering door de ziekenhuisbeheerder zonder dat er afschaffing is van de individuele ziekenhuisfactuur;
- verpleegnota (alleen verzamelfactuur) ingeval van facturering door de ziekenhuisbeheerder, met afschaffing van de individuele ziekenhuisfactuur;
- honorariumnota (bijlage 83 van de Verordening van 28/7/2003) (alleen verzamelfactuur) ingeval van facturering door de Medische Raad, met afschaffing van de individuele factuur;
- honorariumnota (bijlage 83 van de Verordening van 28/7/2003) (verzamelfactuur + individuele facturen) ingeval van facturering door de Medische Raad zonder dat er afschaffing is van de individuele factuur;
- verzamelkostennota + individuele kostennota's ingeval van facturering door ROB/RVT/CDV of PVT/IBW;
- individuele getuigschriften voor verstrekte hulp of verzamelgetuigschriften, vergezeld van een verzamelstaat (zie bijlage 2 B) ingeval van facturering door een groepering van zorgenverstrekkers of ingeval van facturering door andere instellingen of verzorgingsverstrekkers.

Opmerking:
- De specifieke voorwaarden, waaraan een ziekenhuis moet voldoen om een afschaffing van de individuele papieren factuur te bekomen, wordt besproken in een afzonderlijk document. (zie www.carenet.be)
- De verpleegkundigen, de laboratoria en de huisartsen die factureren in derdebetalersregeling via MyCareNet moeten geen papieren factuur doorsturen naar de verzekeringsinstellingen voor de gefactureerde prestaties vanaf 1 juli 2015.

In de hiernavolgende tekst dient te worden verstaan, onder:

- facturatiebestand : het bestand dat door 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.

Een facturatiebestand kan op verschillende manieren worden overgemaakt :

Via het systeem MyCareNet (zie p.6 t.e.m. 11)

Via magnetische drager (in onderhavig document hebben alle technische specificaties betrekking op dit type drager).

1. Algemene procedure.

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

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

Het facturatiebestand bevat alle facturen van de afrekening over een maand gegroepeerd per ziekenfonds volgens het opnamenummer in geval van hospitalisatie en volgens het volgnummer van de individuele facturen ingeval van ambulante prestaties
De volgorde waarop de facturen in het facturatiebestand worden overgenomen dient overeen te stemmen met de volgorde waarin de papieren facturen worden overgemaakt.
De volgorde van de prestaties op de papieren facturen zou in de mate van het mogelijke dienen behouden te worden bij het registreren van de gegevens in het facturatiebestand.

Basisprincipe**:**
Er wordt slechts één facturatiebestand per maand en per derdebetalersnummer aanvaard.

Uitzonderingen**:**
In het kader van e-fac (facturerende derde = (groepering/wachtpost van) huisartsen of specialisten of tandartsen) wordt maximaal één facturatiebestand per dag per derdebetalersnummer aanvaard
(uitzondering: VI300 aanvaardt twee facturatiebestanden per dag per derdebetalersnummer, één voor mutualiteit 306 en één voor de overige mutualiteiten).
Voor (groeperingen) van vroedvrouwen is het mogelijk om af te wijken van het maximum aantal zendingen per maand. Dit moet aangeduid worden met waarde ‘050’ in R 10 Z 13.
Voor de ziekenhuizen worden ten hoogste 3 facturatiebestanden aanvaard per maand
(voor psychiatrische ziekenhuizen: per trimester t.e.m. gefactureerde maand juni 2020, per maand vanaf gefactureerde maand juli 2020), namelijk:
- een bestand voor de facturering van de verstrekkingen verricht aan gehospitaliseerde patiënten
- een bestand voor de facturering van de verstrekkingen verricht aan niet-gehospitaliseerde patiënten
- een bijkomend correctiebestand

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

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

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

In principe komt één facturatiebestand naar de verzekeringsinstelling overeen met één zending van de papieren facturen, alhoewel beide zendingen niet noodzakelijk op hetzelfde tijdstip dienen te gebeuren. De periode tussen de twee zendingen dient nochtans zo veel mogelijk beperkt te zijn, en in geen geval mag ze 14 dagen overschrijden.

Voor verschillende inrichtingen is één maandverzending van de papier-facturen nochtans moeilijk te realiseren. In afspraak met de verzekeringsinstelling en de betrokken inrichting kan worden aangenomen dat één facturatiebestand overeenkomt met meerdere zendingen van de papieren facturen. Bij elke zending papieren facturen wordt een verzamelstaat gevoegd met vermelding van het subtotaal van de vorige zending of zendingen die tot hetzelfde facturatiebestand behoren.

Psychiatrische ziekenhuizen, PVT, IBW, ROB, RVT, CDV

Voor deze inrichtingen is een facturering per kwartaal voorzien.

In dit geval dient het facturatiebestand dan ook per kwartaal opgesteld te worden.
Er wordt slechts één facturatiebestand per kwartaal en per derdebetalersnummer aanvaard.
Uitzondering: ambulante facturatie van psychiatrische ziekenhuizen mag maandelijks gebeuren.

Vanaf gefactureerde maand juli 2020 moeten de psychiatrische ziekenhuizen maandelijks factureren.

Procedure per VI met betrekking tot het overmaken van de papieren facturatiedocumenten

(☞6)	VI100	REFAC : Ziekenhuizen 710/720, laboratoria, revalidatiecentra (buiten ziekenhuis), psychiatrische verzorgingstehuizen voor het Waals en het Brussels gewest, gemengde groeperingen beginnend met 094 en ROB, RVT en CDV (vanaf 01/01/2022) : naar uniek contactpunt (UCP) • Uitzondering : psychiatrische verzorgingstehuizen voor het Vlaams gewest (725) : naar Landsbond.
	VI200	Naar Landsbond
(☞6)	VI300	Naar Ziekenfonds Uitzondering: • Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: naar Landsbond • Waalse ziekenfondsen – « gedeelde middelen » vanaf (01/01/2022 319 en 323) = Mutualité territoriale de Charleroi – Avenue des Alliés 2, 6000 Charleroi
	VI400	Naar Landsbond
	VI500	Naar Landsbond
	VI600	Naar Landsbond
	VI900	- naar ziekenfonds (gewestelijke geneeskundige centra) - vanaf facturatie 1ste trimester 2013 voor de RVT-ROB-CDV en PVT-IBW : VI 900 - KGV - centraal administratief bureau, Frankrijkstraat 85, sectie 71, 1060 Brussel

OPGEPAST:
Voor alle correspondentie betreffende derde betaler als huisarts, woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf, PVT of IBW, moet onderstaand adres gebruikt worden:
Onafhankelijke Ziekenfondsen, P.O. Box 80500, 1070 Anderlecht

Alle andere briefwisseling betreffende de gecentraliseerde facturatie mag worden gestuurd naar:
Onafhankelijke Ziekenfondsen, P.O. Box 80555, 1070 Anderlecht

Alle pakketten en collies moeten naar de Lenniksebaan 788 A gestuurd worden.

2. Facturatieproces

2.A. Ingeval van facturatie via magnetische drager.

2.A.1. Algemeen.

De inrichting maakt de magnetische drager over aan de betrokken verzekeringsinstelling op nationaal niveau (zie adressen in bijlage 1), samen met een verzendingsborderel (zie bijlage 2 A) in drievoud.
Op deze drager moeten minimaal de gegevens van bijlage 4 extern worden aangebracht.

2.A.2. Geldigheid en aanvaardbaarheid van de magnetische dragers.

Bij ontvangst van een facturatiebestand door een verzekeringsinstelling wordt een eerste controle verricht aangaande de aanvaardbaarheid van het facturatiebestand.

De inhoud van het facturatiebestand moet overeenstemmen met de inhoud van de papieren facturen.

In bijlage 5.1 worden de grote lijnen meegedeeld van de codificatie van de fouten en de principes van de controles, die door al de verzekeringsinstellingen worden toegepast.

Vijf situaties kunnen zich voordoen :

1) het facturatiebestand is onleesbaar omwille van technische redenen;

2) het facturatiebestand bevat geen enkele fout. In dit geval wordt het facturatiebestand aanvaard;

3) het facturatiebestand bevat één fout die van die aard is dat ze het systeem blokkeert. De blokkerende fouten zijn opgenomen in de Excel-lijst "Foutcodes". 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 verwerpingslijst met controle over het geheel van de records van die factureringsdrager worden toegevoegd;

4) 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 het facturatiebestand geweigerd en verwacht de instelling een nieuwe versie van het betrokken bestand. De aanvaardingsdrempel wordt gedefinieerd in bijlage 5.1.;

5) 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.

Alleen in het geval van een geweigerde zending ingevolge blokkerende fouten of te hoog foutpercentage zendt de verzekeringsinstelling, uiterlijk 2 weken na ontvangst van de laatste zending (hetzij facturatiebestand, hetzij papieren factuur) de elektronische drager samen met het borderel en een controlelijst terug naar de derde. De facturerende derde moet aan de verzekeringsinstelling één adres opgeven naar hetwelk alle briefwisseling betreffende deze facturering zal worden gezonden. Dit adres kan verschillend zijn van het adres alwaar de instelling gevestigd is.

De verzekeringsinstellingen moeten er zorg voor dragen dat de teruggestuurde magnetische dragers niet beschadigd worden.

Het door de verzekeringsinstelling meedelen van de aanvaarding of weigering van het facturatiebestand dient op volgende wijze te geschieden :

1° 1 exemplaar van het verzendingsborderel moet altijd worden teruggestuurd aan afzender met vermelding van het visum van de V.I. en de datum van informatieverwerking in geval van aanvaarding; of de vermelding "weigering" samen met de motivering voor de weigering in geval van een geweigerd facturatiebestand.

2° Bovenvernoemd borderel dient vergezeld te zijn van de controlelijst (bijlage 5.2) met vermelding van het foutenpercentage.

3° In zeer uitzonderlijke gevallen (bv. in geval van onleesbaarheid van de drager) mag de controlelijst worden vervangen door een begeleidend schrijven.

Deze documenten (of de uitprint ervan indien gebruik gemaakt wordt van het systeem (MyCareNet) kunnen gebruikt worden om te voldoen aan de eisen gesteld door de diensten van het Ministerie van Volksgezondheid, bedrijfsrevisoren, ed. ..., en dienen derhalve door de instelling te worden bewaard.

De controlelijst (zie bijlage 5.2) bestaat uit één regel per record en anomalie die is ontdekt door de programma's van de verzekeringsinstellingen met op het einde een statistiek van dezelfde anomalieën. De verzekeringsinstellingen behouden zich echter het recht voor het aantal gedrukte regels voor de verkeerde records, te beperken tot 20 records per type van fout.

In het geval dat meerdere afrekeningen van verschillende instellingen met een magnetische drager worden afgerekend, wordt elke afrekening aangezien als een afzonderlijk facturatiebestand. Zo er voor één facturatiebestand het totaal bedrag op de magnetische drager niet overeenstemt met het totaal bedrag op het borderel dan wordt wel dit facturatiebestand verworpen, maar niet de andere aanvaardbare facturatiebestanden op dezelfde magnetische drager. De verzekeringsinstelling wacht op een nieuwe versie van het bestand.

2.A.3. Verantwoordelijkheden.

De tarificatie, de betalingen en de afrekening worden uitgevoerd ofwel door de verzekeringsinstellingen, ofwel door de diensten naar dewelke de papieren facturen werden verstuurd.

De betaling gebeurt voor alle verzekeringsinstellingen via 1 centrale betaling door de Landsbond, met uitzondering van het NVSM (VI300) waar een aparte betaling gebeurt door ziekenfonds 306.

Evenwel zal er slechts tot betaling worden overgegaan wanneer EN het facturatiebestand, EN de papieren facturen, ontvangen zijn en nadat het facturatiebestand werd aanvaard.

Er dient opgemerkt te worden dat het geen belang heeft wie feitelijk instaat voor de overdracht van het facturatiebestand. Het kan gedaan worden door de (verplegings-)inrichting of facturerende inrichting zelf, door de Medische Raad of door een dienst ervan.

2.A.4. Nazicht van de facturen en verbeteringen.

Het nazicht van de papieren facturen geschiedt na de aanvaarding van het facturatiebestand.

2.A.4.1. De papieren facturen die fouten bevatten worden ter correctie door de verzekeringsinstellingen terug aan de inrichting overgemaakt met een verzoek tot verificatie en een debet- of creditnota.

De inrichting verbetert deze papieren facturen conform de reglementering zoals bepaald in omzendbrief V.I. nr. 84/102 van 19 maart 1984 :

- de manuele correctie van de getuigschriften voor verstrekte hulp of van de verpleegnota's is niet toegelaten;
- alle aanpassingen dienen gemaakt te worden aan de hand van een correctiedocument, waar melding wordt gemaakt van de foutieve en van de verbeterde gegevens.
  Er dient eveneens een referentie vermeld te worden naar het origineel document;
- het correctiedocument wordt ondertekend door diegene die het origineel foutief document heeft ondertekend.

2.A.4.2. Van zodra een volledige individuele factuur of een volledig getuigschrift voor verstrekte hulp wordt verworpen, dient de herindiening via facturatiebestand te gebeuren.
Deze herindiening gebeurt of als originele factuur indien de nieuwe factuur geadresseerd is aan een andere verzekeringsinstelling, of als heringediende verwerping, met verwijzing naar de vorige factuur in recordtype 20, vanaf zone 29 tot zone 41.

De verpleegkundigen moeten een herindiening op facturatiebestand doen voor de volgende gevallen :

- de volledig verworpen individuele facturen (een individuele factuur kan uit 1 of meerdere getuigschriften bestaan);
- de volledig verworpen prestatiedagen betreffende 1 patiënt (die prestatiedagen kunnen op 1 of meerdere getuigschriften staan i.v.m. prestaties door meerdere verpleegkundigen op 1 zelfde dag bij 1 zelfde patiënt).

Verpleegkundigen mogen, voor volledige prestatiedagen, creditnota's indienen via elektronische drager.

2.A.4.3. Alle inrichtingen welke van de V.I. een afrekeningsbestand met gedetailleerde gegevens over de afrekening ontvangen zijn er toe gehouden alle gecorrigeerde gegevens opnieuw via elektronische weg in te brengen.

2.B. Ingeval van facturatie via MyCareNet.

Naast de communicatie van administratieve gegevens vormt de uitwisseling van financiële gegevens via het netwerk MyCareNet een belangrijke bijkomende taak.

Deze elektronische uitwisseling laat inderdaad toe om voordeel te halen uit het vervangen van de magnetische dragers door het versnellen van de informatieoverdracht en vooral door aan deze uitwisseling een dekking te verlenen die eigen is aan het MyCareNet-systeem.

Bovendien zal deze functie de informatisering en de geleidelijke afschaffing van de papieren documenten (verzamelfacturen, afrekeningen, verwerpingen, enz.) inhouden waardoor de hele verwerking gemakkelijker wordt, zowel op het niveau van de instellingen en zorgverstrekkers als op het niveau van de verzekeringsinstellingen.

Op termijn zal deze functie, gecombineerd met de transfer van administratieve gegevens, gevoelig de kwaliteit van de data verbeteren en de afschaffing van de papieren factuur in gang zetten.

De verpleegkundigen, de laboratoria en de huisartsen die factureren in derdebetalersregeling via MyCareNet moeten geen papieren factuur doorsturen naar de verzekeringsinstellingen voor de gefactureerde prestaties vanaf 1 juli 2015.

Het facturatieproces in grote lijnen

1. De derdebetaler verstuurt het facturatiebestand (lay-out RIZIV), aangevuld met records van de samenvattende borderellen per ziekenfonds.
2. De VI verricht een eerste controle door de records van de borderellen per ziekenfonds te valideren ;
   - indien geen enkele fout vastgesteld is, dan stuurt de VI een ontvangstbewijs;
   - indien een fout is vastgesteld, dan verstuurt de VI een bestand waaruit blijkt dat de hele factuur verworpen is; na verbetering stuurt het ziekenhuis opnieuw een volledig bestand.

3. De VI verricht een controle van de detail van de factuur :
   - ingeval van een blokkerende fout of het aantal fouten >5% t.o.v. het aantal records van de facturatie, bezorgt de VI een foutenbestand, wat betekent dat de facturatie in haar geheel verworpen is;
   - zo er geen blokkerende fout is of het aantal fouten <5%, dan verstuurt de VI een foutenbestand dat de derdebetaler moet toelaten eventuele anomalieën in de programma's en/of refertebestanden te verbeteren tegen de volgende facturatie. In dat geval is het facturatiebestand aanvaard door de VI.

4. De VI verricht een meer doorgedreven controle per ziekenfonds, die resulteert in de aanmaak van een afrekenbestand met de bedragen die aanvaard zijn en gecrediteerd worden ten gunste van de instelling, enerzijds en het geheel van de definitieve verwerpingen anderzijds.

Structuur van de bestanden

De structuur van de bestanden en de records die ervan deel uitmaken houdt enerzijds rekening met structuur die gebruikt wordt bij de derdebetalersadministratie en anderzijds met de structuur en de inhoud, zoals bepaald door het RIZIV met betrekking tot het detail van de facturatie.

De algemeenheden en de principes, bepaald voor de administratieve berichten, zijn ook hier van toepassing. Rekening houdend met de eigenheid van de toepassing is bijkomende informatie evenwel opgenomen in een document "algemeenheden en principes" voor de uitwisseling van facturatiegegevens.

Inventaris van de bestanden

Bestandinhoud	**Bestandnaam**
Factuurborderellen	920000
Ontvangstbewijs	931000
Bestand weigering van het bestand factuurborderellen	920999
Bestand verwerpingen (ten informatieve titel, aantal fouten < 5%)	920098
Bestand verwerpingen (blokkerende fouten of aantal fouten > 5%)	920099
Bestand afrekening en verwerpingen	920900

Bericht 920000

Bij ontvangst van het facturatiebestand (920000) in zijn back office, zal de VI overgaan tot een hele serie preliminaire controles op de informatie van de records die zich bevinden in dit bestand behalve voor de records detail van factuur.

Wanneer een fout wordt gevonden op dit niveau dan zal de VI aan de derdebetaler een specifiek bestand (920999) overmaken evenals al de records van het type 95 en/of 96 waarin minstens één fout werd opgemerkt.
Het is belangrijk te melden dat de verzending van een dergelijk bestand met signalisatie van fouten eveneens wil zeggen dat het geheel van het bestand van facturatie, met inbegrip van de facturen, zal beschouwd worden als ongeldig en zal volledig terug moeten overgemaakt worden aan de verzekeringsinstelling.

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 bestemmeling 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 derdebetaler 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

In het bericht 920098 worden alle records (20, 21, 30, 40, 50, 51, 52 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 derdebetaler 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:

Indien fout in RT 20, worden enkel RT 21, 30, 40, 50, 51 en 52 vermeld indien fout in betrokken record.

indien fout in 80

indien fout in 21, 30, 40, 50, 51 of 52

RT 21, 30, 40, 50, 51, 52 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

In het bericht 920099 worden alle records (10, 20, 21, 30, 40, 50, 51, 52, 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 derdebetaler overgemaakt.

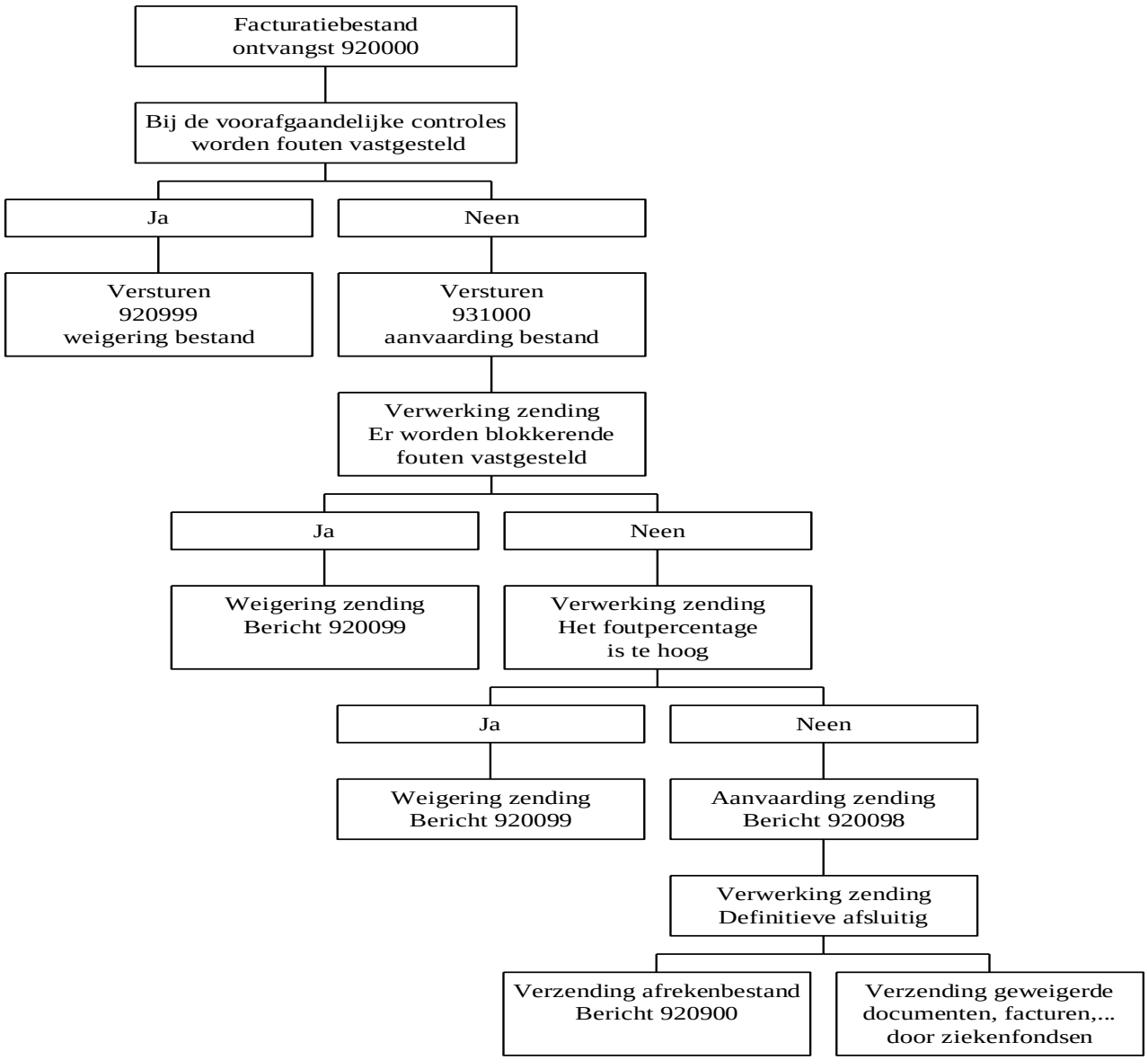
Bericht 920900

Dit bestand, samengesteld uit een geheel van records van verschillende types, laat toe de derdebetaler 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)

Schematisch overzicht van de verwerking van een facturatie via MyCareNet.



Overzicht testfacturaties.

	Zone 107	Zone 202	Zone 304	Gateway	R 10 Z 4
Productieve facturatiezending	PFAC	12	0001999	Productieve gateway	0001999
Test groene brochure (inhoudelijk)	TFAC	92	9991999	Productieve gateway	9991999
Test gele brochure (MyCareNet)	TFAC	92	9991999	Test-gateway	9991999

3. ***Technische specificaties met betrekking tot de overdracht van het facturatiebestand via magnetische drager.***

De inhoud van het facturatiebestand is identiek, wat ook de wijze van transport is: fysische drager (CD-Rom) of MyCareNet.

Het facturatiebestand is opgebouwd uit lijnen van 350 octets.

De codering is ASCII en is beperkt tot reële karakters ($20 tot $7E)

PDF : fr [archive] en [archive] v - d : m	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A	B	C	D	E	F
000	[NUL]	[SOH]	[STX]	[ETX]	[EOT]	[ENQ]	[ACK]	[BEL]	[BS]	[HT]	[LF]	[VT]	[FF]	[CR]	[SO]	[SI]
001	[DLE]	[DC1]	[DC2]	[DC3]	[DC4]	[NAK]	[SYN]	[ETB]	[CAN]	[EM]	[SUB]	[ESC]	[FS]	[GS]	[RS]	[US]
002	[SP]	!	"	#	$	%	&	'	(	)	*	+	,	-	.	/
003	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	:	;	<	=	>	?
004	@	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
005	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	[	\	]	^	_
006	`	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
007	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z	{	|	}	~	[DEL]

3.1. ***Magnetische drager*** *: CD-Rom.*

De aanwezigheid van een extern etiket (of cd-label) is verplicht (zie model in bijlage 4). Eventueel mag deze informatie rechtstreeks op de CD geschreven worden in onuitwisbare inkt.

Eventuele afwijkingen op onderstaande normen kunnen toegestaan worden mits akkoord van al de verzekeringsinstellingen.

Voor CD-Rom gelden de volgende normen :

Formaat	5.25 duim
Capaciteit	650 / 700 Mb
Protocol	ISO 9660 updatable - multisession
File system	MS-DOS (bruikbaar onder DOS, OS/2, WINDOWS).
Naamgeving	8 karakters, punt, uitbreiding 3 karakters

pos 1 - 3 = nummer landsbond (100, 200, 300, 400, 500, 600, 900)
pos 4 - 6 = zendingsnummer (zoals afgedrukt op de verzamelfactuur)
pos 7 - 8 = vrij te gebruiken (defaultwaarde = 00)
pos 9 = punt
pos 10 - 12 = 000
Inhoud : ASCII

Opmerkingen : 1 facturatiebestand per CD-Rom
de CD-Roms zijn van het type “niet herschrijfbaar”

3.2. ***Tekening van de magnetische drager*.**

In bijlage 3 vindt u al de mogelijke tekeningen van de magnetische dragers.

3.3. Tekening van een bestand.

Hieronder geeft men de volgorde van de records binnen het facturatiebestand.

- Identificatie van de zending (type 10)
- Identificatie van de eerste factuur (type 20)
- Gegevens lezing elektronisch identiteitsdocument in het ziekenhuismilieu (type 21)
- Identificatie van de gegevens :
  - voor verpleegdagen (type 30)
  - idem
  - voor farmaceutische producten (type 40)
  - idem
  - voor verstrekkingen of leveringen (type 50)
  - bijhorende tariefverbintenis e-fac (type 51) (enkel voor (groeperingen/wachtposten van) huisartsen en tandartsen, niet voor specialisten)
  - bijhorende gegevens lezing elektronisch identiteitsdocument (type 52)
  - idem (type 50)
  - idem (type 51)
  - idem (type 52)
- Totaal bedrag van de eerste factuur (type 80)
- Identificatie van de tweede factuur (type 20)
- Gegevens lezing elektronisch identiteitsdocument in het ziekenhuismilieu (type 21)
- Identificatie van de gegevens (type 30, 40, 50, 51, 52)
- Totaal bedrag van de tweede factuur (type 80)
- Idem
- Totaal bedrag van de laatste factuur (type 80)
- Totaal bedrag van de zending (type 90).

Op het facturatiebestand zijn de facturen op de volgende sequentie getrieerd :

- Gefactureerd jaar en maand
- Stamnummer betalende derde
- Stamnummer instelling
- Nummer ziekenfonds van bestemming in stijgende volgorde
- Opnamenummer voor gehospitaliseerde patiënten of volgnummer van de individuele factuur voor ambulante patiënten.

Voor de LCM, waar in het kader van REFAC het ziekenfonds van bestemming verschillend is van het ziekenfonds van aansluiting, mogen de derden ook sorteren op het nummer van het ziekenfonds van aansluiting.

Ingeval van herinbreng van een gecrediteerde factuur, moet de creditnota (type facturering 3) voorafgaan aan de herfacturatie (type facturering 1).

3.4. Recordtekening.

De recordtekening en de benaming van de elementen die in de verschillende recordtypes voorkomen, gaat als bijlage 6.

3.5. Betekenis en codering van de elementen.

In de bijlage 7 zijn de omschrijving en de codering opgegeven van elk element dat voorkomt in de recordtekening.

4. <u>Identificatie van de patiënt</u>

Om de verzekeringsinstelling toe te laten haar boekhoudkundige en statistische uitsplitsingen inzake de uitgaven voor geneeskundige verzorging door te voeren, zijn bepaalde identificatiegegevens van de patiënt noodzakelijk.
Al deze gegevens zullen door de verzekeringsinstelling gemeld worden op de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en de betalingsverbintenis. Deze gegevens komen eveneens voor in het lidboekje.

Het gaat om de volgende elementen :

1) <u>Nummer van het ziekenfonds</u>

Op het elektronisch facturatiebestand wordt onderscheid gemaakt tussen het ziekenfonds van aansluiting (R 20/80 Z 7) en het ziekenfonds van bestemming (R 20/80 Z 18).
De invulling van deze zones is verschillend naargelang de VI waarvoor het facturatiebestand bestemd is.
Onderstaande tabel geeft een overzicht van de procedures per VI.

<table>
<tr><th></th><th></th><th>ZKF van aansluiting (Z7)</th><th>ZKF van bestemming (Z18)</th></tr>
<tr><td>(☞7)</td><td>VI100</td><td>Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
Vanaf <u>prestatiedatum</u> 01/04/2022 behoren de leden van de verschillende CM-ziekenfondsen tot één van deze juridische entiteiten (gefusioneerd op 01/01/2022). De nummers van deze ziekenfondsen zijn:
- 134 (leden aangesloten bij een Franstalig ziekenfonds)
- 120 (leden aangesloten bij een Nederlandstalig ziekenfonds)
Opmerking: er is geen impact op het lidnummer zelf, enkel het ziekenfonds van aansluiting wijzigt.
Voor CM-patiënten die gehospitaliseerd zijn op 31/03/2022, verstuurt CM een mutatiebericht 730000 met daarin het nieuwe nummer van het ziekenfonds van aansluiting dat vanaf 01/04/2022 geldt.
Deze nieuwe instructies voor Zone 7 worden gedurende 1 jaar (tot 31 maart 2023) soepel toegepast. Nadien activeren we de controles hierop.
Wij raden dus aan om altijd een consultatie verzekerbaarheid uit te voeren alvorens te factureren.</td><td>REFAC : Ziekenhuizen 710/720, verpleegkundigen, laboratoria, medische huizen, artsen/tandartsen/specialisten (e-fac), psychiatrische verzorgingstehuizen, revalidatiecentra (buiten ziekenhuis), ROB, RVT en CDV (vanaf 01/01/2022) en gemengde groeperingen beginnend met 094 : nummer UCP
- 134 als het huidig UCP behoort tot Wallonië of Brussel (Franstalig)
- 120 als het huidig UCP behoort tot Vlaanderen of Brussel (Nederlandstalig)
<table><tr><th>Nummer UCP in Z18 voor zendingen met gefactureerde maand tot en met 03/2022</th><th>Nummer UCP in Z18 voor zendingen met gefactureerde maand vanaf 04/2022</th></tr><tr><td>109, 128, 129, 130, 132, 134, 135, 137, 199: UCP’s in Wallonië en Brussel (Franstalig)</td><td>134
UCP in Wallonië en Brussel (Franstalig)</td></tr><tr><td>101, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 120, 121, 126 en 131: UCP’s in Vlaanderen en Brussel (Nederlandstalig)</td><td>120
UCP in Vlaanderen en Brussel (Nederlandstalig)</td></tr></table>Deze nieuwe instructies voor Z18 worden gedurende 1 jaar (tot 31 maart 2023) soepel toegepast. Nadien activeren we de controles hierop.

Opmerking :Voor meer informatie over contactpunten, zie onze webpagina www.cm.be/facturatie-instructies</td></tr>
<tr><td></td><td>VI200</td><td>Steeds gelijk aan “000”</td><td>Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten</td></tr>
<tr><td>(☞6)</td><td>VI300</td><td>Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten</td><td>300 voor de leden van de ziekenfondsen 304, 309, 311, 319, 322 en 323.
306 voor de leden van ziekenfonds 306.
Uitzonderingen:
o Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300</td></tr>
<tr><td></td><td>VI400</td><td>Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten</td><td>= 400 (*)</td></tr>
<tr><td></td><td>VI500</td><td>Steeds gelijk aan “000”</td><td>Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten</td></tr>
<tr><td></td><td>VI600</td><td>Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten</td><td>= ziekenfonds van aansluiting (Z7)</td></tr>
<tr><td></td><td>VI900</td><td>Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten</td><td>= ziekenfonds van aansluiting (Z7)</td></tr>
</table>

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

Voor de Socialistische mutualiteit moet in R 20 Z 18 (mutualiteit van bestemming) de mutualiteit van aansluiting 300 hernomen worden voor volgende instellingen:

	7.20	Nabehandeling – psychiatrische ziekenhuizen
	7.71	Motorische revalidatie (5 instellingen die federale bevoegdheid gebleven zijn)
	7.76.0	Medische psychosociale revalidatie – HIV - AIDS.
	7.76.1	Medisch en psychosociale begeleiding bij behandeling gevolgen vrouwelijke genitale verminkingen.
	7.76.2	Transgenderzorg
	7.76.6	Kinderen met een chronische ziekte
	7.78.1	Geheugenklinieken
	7.81.5	Ernstige chronische ademhalingsaandoeningen
(☞6)	7.82.5	Medische-psycho-sociale revalidatie
	7.83.6	Follow-up van ernstig prematuur geboren kinderen.
	7.84.5	Kinderneuropsychiatrie
	7.85	Ademhalingsondersteuning obstructieve slaapapneu (nCPAP)
	7.85.2	Ademhalingsondersteuning thuis (AOT)
	7.85.3	Ademhalingsondersteuning bij obesity hypoventilation syndrome (OHS)
	7.86.5	Doorlopende insuline-infusietherapie thuis met behulp van een draagbare insulinepomp
	7.86.7	Zelfregulatie van diabetes mellitus bij kinderen en adolescenten
	7.86.9	Continue glucosemonitoring bij diabetespatiënten.
	7.87	Implanteerbare hartdefibrillatoren
	7.89.0	Metabolische monogenetische zeldzame erfelijke ziekte
	7.89.1	Referentiecentra voor mucoviscidose
	7.89.2	Neuromusculaire ziekten
	7.89.3	Refractaire epilepsie
	7.89.4	Chronisch Vermoeidheidssyndroom “CVS”
	7.89.5	Begunstigden met een motorische handicap ten gevolge van een hersenletsel (IMOC)
	7.89.55	Spina bifida
	7.89.6	Revalidatie chronische pijnen
	7.89.7	Kindernefrologie
	7.89.8	Nationaal Coördinatiecentrum inzake hemofilie.
	7.89.81	Referentiecentra inzake hemofilie.
	7.89. 9	Lymfoedeem
	9.50	Revalidatie en fysische geneeskunde
	9.51	Functionele revalidatie R 30 / R 60

2) <u>Identificatie van de rechthebbende</u>

Het gebruik van het INSZ-nr. is verplicht, behalve voor de pasgeborenen en de internationale verdragen.

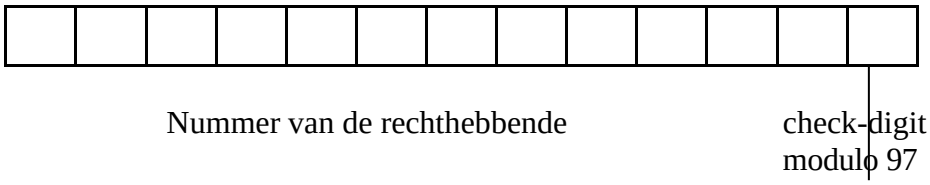
a) bij de ***LANDSBOND DER CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN*** dient hiervoor het pseudo-nationaal nummer van de patiënt genomen te worden dat aangebracht is in de lidboekjes en op de verzekeringskaart.

De vorm ervan is :

positie 1 t/m 6	:	omgekeerde geboortedatum (JJ MM DD)
positie 7	:	blanco of * * betekent dat de rechthebbende in de 19de eeuw geboren is (18xx) Blanco betekent dat de rechthebbende in de 20ste eeuw (19xx) of in de 21ste eeuw (20xx) geboren is
positie 8 t/m 10	:	volgnummer in de geboortedatum
positie 11	:	blanco of M M betekent dat het geen echt rijksnummer betreft maar een nummer gevormd door de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
positie 12 en 13	:	controlegetal dat men als volgt bekomt : een getal vormen door de omgekeerde geboortedatum (1 t/m 6) en het volgnummer (8 t/m 10) aaneen te sluiten. Is letter M in positie 11, dan wordt het getal met 1 verhoogd. Dit getal wordt gedeeld door "97". Het verschil tussen 97 en de rest van de deling geeft het controlegetal. Indien het berekende controlegetal niet overeenstemt met inschrijvingsnummer, moet er een tweede controleberekening uitgevoerd worden waarbij er een twee (2) wordt toegevoegd aan het nummer : 2JJMMDDNNN (+ 1 indien 'M' op positie 11). Indien na deze herberekening het controlegetal overeenstemt, dan betekent dit dat het een rechthebbende betreft die geboren is na 31-12-1999. Opmerking : deze herberekening heeft pas zin indien de geboortedatum (6 eerste cijfers) tussen 000101 en de actuele datum ligt.

b) De genormaliseerde structuur van het identificatienummer dat wordt gebruikt in de ***LANDSBOND VAN DE NEUTRALE ZIEKENFONDSEN***.

ZONE 8 en 8bis van de boekingen (13 karakters).



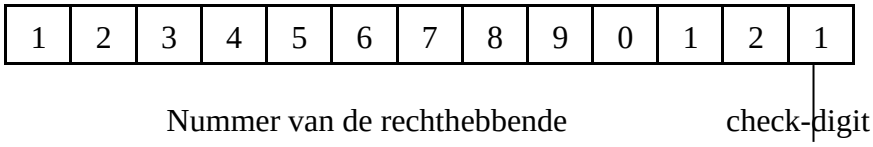
$$\frac{\text{Nummer van de rechthebbende}}{97} = \text{quotiënt + rest.}$$

Rest = check-digit ; behalve wanneer rest = 0, dan check-digit = 97.

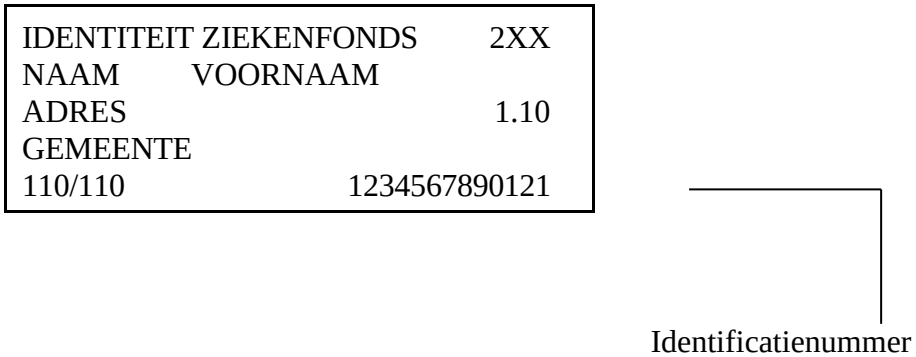
Voorbeeld :

Nummer rechthebbende = 12345678901 ; check-digit = 21

$$\frac{12345678901}{97} = 127.275.040 + 21$$



Dit nummer van 13 karakters staat onderaan rechts op het identificatievignet



Dit nummer van 13 karakters wordt vermeld op de magneetkaart.

Identificatienummer.

ZONE 18 : Vermeldt het nummer van het ziekenfonds waarbij de rechthebbende aangesloten is.

ZONE 7 : Steeds gelijk aan 000 voor de L.N.M.

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

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

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

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

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

De Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen
Charleroisesteenweg 147
1060 Brussel

Waar moet ik vanaf 1 januari 2021 op letten ?

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

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

Het ziekenfondsnummer dat integraal deel uitmaakt van het identificatienummer 206/XXXXXXXXXXX) wordt 228/YYYYYYYYYYYY.

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

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

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

Welke zijn de bijzonderheden verbonden aan mijn activiteitensector ?

Voor de ziekenhuizen :

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

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

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

Voor de medische huizen :

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

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

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

Voor de verpleegkundigen :

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

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

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

Voor de overige inrichtingen die via elektronische betalende derde facturen :

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Structuur van het identificatienummer van de rechthebbenden bij het ***NATIONAAL VERBOND VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN***.

13 numerieke posities :
- 1 tot 7 : identificatienummer van de gerechtigde;
- 8 tot 13 : geboortedatum (DD, MM, JJ) van de rechthebbende.

Het controlecijfer van het identificatienummer van de gerechtigde wordt als volgt berekend:

3de cijfer (tienduizendtal) x 2;
5de cijfer (honderdtal) x 2;
7de cijfer (eenheid) x 2.

Indien het resultaat van de vermenigvuldiging groter is dan "9", dient men er "9" van af te trekken.

De bekomen resultaten worden opgeteld met het :
2de cijfer (honderdduizendtal);
4de cijfer (duizendtal);
6de cijfer (tiental).

Berekening van het eerste mogelijke controlecijfer (van toepassing voor alle ziekenfondsen):
De eenheid van het getal dat door optelling als resultaat werd bekomen wordt als controlecijfer in de eerste positie ingeschreven.

Berekening van het tweede mogelijke controlecijfer (van toepassing voor ziekenfonds 319):
We nemen dezelfde berekening als hierboven en vermeerderen de verkregen som met 4.

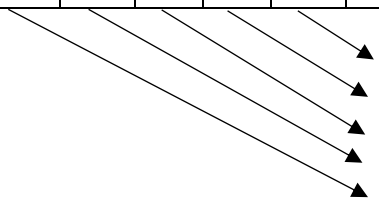
Berekening van het derde mogelijke controlecijfer (van toepassing voor ziekenfonds 319):
We nemen dezelfde berekening als hierboven en vermeerderen de verkregen som met 8

Berekening van het vierde mogelijke controlecijfer (van toepassing voor ziekenfonds 306):
We nemen dezelfde berekening als hierboven en vermeerderen de verkregen som met 5

Indien het controlecijfer overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, dan is het identificatienummer van de rechthebbende correct voor de berekening van het controlecijfer.
Indien het niet overeenstemt, is het identificatienummer foutief.

Voorbeeld

Identificatie gerechtigde							Geboortedatum					
C.C.	Stamnummer						Dag		Maand		Jaar	
6, 0, 4 of 1	0	2	8	2	7	6	2	3	0	6	6	1



6 x 2 = 12 - 9 = 3
+ 7
2 x 2 = 4 + 4
+ 8
2 x 2 = 4 + 4
+ 0
TOTAAL = 2**6**

6 is eigenlijk het controlecijfer. Indien het niet overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, wordt "4" aan TOTAAL toegevoegd.

+ 4
= 3**0** Indien het niet overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, wordt "8" aan TOTAAL toegevoegd.

+ 8
= 3**4** Indien het niet overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, wordt "5" aan TOTAAL toegevoegd.

+ 5
= 3**1**

C.C. = controlecijfer

In dit voorbeel zijn 3 identificatienummers mogelijk voor ziekenfonds 319 :

6 028276
0 028276
4 028276

Voor ziekenfonds 306 zijn 2 identificatienummers mogelijk :

6 028276
1 028276

In de andere ziekenfondsen (304, 309, 311, 322, 323) is maar één identificatienummer mogelijk :

6 028276

Centralisatie van activiteit behandeling magnetische/elektronische drager bij de Waalse ziekenfondsen – "gedeelde middelen"

De papieren factuur wordt overgemaakt aan het ziekenfonds van bestemming.

De bijlagen (bewijsstukken voor terugbetaling, documenten ter attentie van de adviserend arts, …) die bij de magnetische of elektronische drager horen, worden ook overgemaakt aan het ziekenfonds van bestemming (RT 20 zone 18).

De terugbetalingsaanvragen/kennisgevingen die voorafgaandelijk aan de facturatie moeten overgemaakt worden, moeten aan het ziekenfonds van aansluiting (RT 20 zone 7) worden overgemaakt.

De eventuele medische voorschriften worden uiteraard bij de getuigschriften gevoegd.

(☞4) **Fusie van mutualiteiten Solidaris Wallonië in januari 2022.**

Vanaf 1 januari 2022 zullen de Waalse socialistische ziekenfondsen fuseren tot één enkel ziekenfonds: "319 Solidaris Wallonië".

De betrokken Solidaris ziekenfondsen zijn: 305 Brabant wallon, 315 Mons-Wallonie picarde, 317 Centre-Charleroi-Soignies, 319 Liège en 325 Province de Namur.

Ziekenfonds 323 (Luxembourg) maakt dus geen deel uit van deze hergroepering.

De verschillende plaatsen waar uw gegevens worden verwerkt, blijven echter ongewijzigd, of het nu gaat om facturatie via magnetische drager, MyCarenet, of elektronische facturatie via eFact, of om papieren facturatie en de bijlagen daarbij.

Welke wijzigingen in het facturatiebestand ?

In het facturatiebestand zal rekening moeten worden gehouden met de nieuwe inschrijvingsnummers van de rechthebbenden, waarbij de ziekenfondsnummers 305, 315, 317 of 325 worden vervangen door een ziekenfondsnummer 319, voor elke facturatie die vanaf januari 2022 wordt ontvangen (zie nummer ziekenfonds van aansluiting Record 20/80 Zone 7 en identificatie van rechthebbende zonder INSZ Record 20/80 Zone 8a-8b).

Opgelet : in de uitzonderlijke gevallen waarin u het identificatienummer van het lid gebruikt in plaats van zijn INSZ (R 20/80 Zone 8a-8b), moet u zowel het nummer van de mutualiteit (R 20 Zone 7) als dit identificatienummer (dat gedeeltelijk het inschrijvingsnummer bij de mutualiteit is) wijzigen.
Voorbeeld: 315/CXXXXXX-DDMMJJJJ wordt 319/CYYYY-DDMMJJJ.

- **Als u factureert via magnetische drager of via (My)Carenet :**

Er verandert niets op het vlak van ziekenfonds van bestemming (R 20/80 Zone 18)

- **Als u factureert via elektronische drager eFact :**

Op vlak van ziekenfonds van bestemming (R 20/80 Zone 18), past u dezelfde principes toe als voor de facturatie via magnetische drager of (My)Carenet.

Dit betekent dat u als ziekenfonds van bestemming voor alle leden "300" zult invullen, behalve voor de leden van de mutualiteit van Brabant, voor wie u "306" zult blijven invullen.
Dit geldt voor alle facturaties die wij vanaf 1 januari 2022 ontvangen.

Voorbeelden :

- Verstrekkingen verricht en geneesmiddelen afgeleverd **vanaf 01/01/2022** voor verzekerden van het oude ziekenfonds 315 en ge**factureerd vanaf 01/01/2022:**
  - R 20 Z 7 (ziekenfonds van aansluiting) = 319
  - R 20 Z 18 (ziekenfonds van bestemming) = 300
- Verstrekkingen verricht en geneesmiddelen afgeleverd **vóór 01/01/2022** voor verzekerden van het oude ziekenfonds 315 en ge**factureerd vanaf 01/01/2022:**
  - R20 Zone 7 (ziekenfonds van aansluiting = 319
  - R 20 Zone 18 (ziekenfonds van bestemming) = 300

d) Structuur van het identificatienummer van de rechthebbenden bij de ***LANDSBOND VAN LIBERALE MUTUALITEITEN***.

13 numerieke posities :
- 1 tot 7 : identificatienummer van de gerechtigde;
- 8 tot 13 : geboortedatum (DD, MM, JJ) van de rechthebbende.

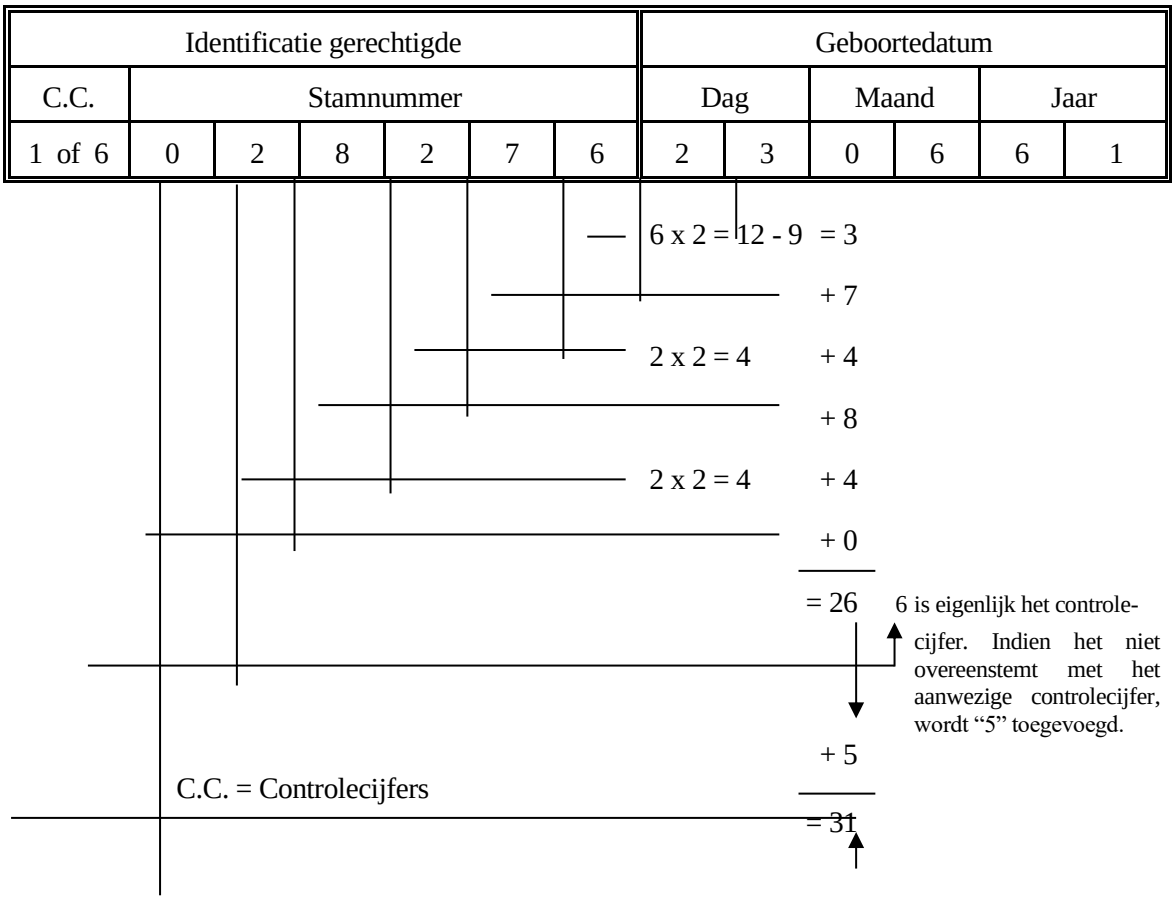
Het controlecijfer van het identificatienummer van de gerechtigde wordt als volgt berekend:

3de cijfer (tienduizendtal) x 2;
5de cijfer (honderdtal) x 2;
7de cijfer (eenheid) x 2.

Indien het resultaat van de vermenigvuldiging groter is dan "9", dient men er "9" van af te trekken.

De bekomen resultaten worden opgeteld met het :
2de cijfer (honderdduizendtal);
4de cijfer (duizendtal);
6de cijfer (tiental).

De eenheid van het getal dat door optelling als resultaat werd bekomen wordt als controlecijfer in de eerste positie ingeschreven.
Indien het berekende controlecijfer niet overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, voegt men “5” toe aan het berekende controlecijfer.
Indien het controlecijfer overeenstemt met het aanwezige controlecijfer, dan is het identificatienummer van de rechthebbende correct voor de berekening van het controlecijfer.
Indien het niet overeenstemt, is het identificatienummer foutief.



(☞4) **Fusie van het ziekenfonds 418 met het ziekenfonds 414**

Op 01/01/2022 fusioneert het ziekenfonds 418 (Mutualité Libérale du Luxembourg) met het ziekenfonds 414 (Mutualité Libérale de Liège). De verzekerden die bij het ziekenfonds 418 aangesloten zijn, zullen getransfereerd worden naar het ziekenfonds 414.

Identificatie van de nieuwe entiteit: **ML LIEGE LUXEMBOURG**
E40 - Business Park - Rue de Bruxelles 174G
4340 Awans

Concreet wordt hiermee bedoeld:

- Prestaties / geneesmiddelen, welke verricht / afgeleverd werden **vóór 1/1/2022**, voor verzekerden aangesloten bij 418 en gefactureerd vanaf 1/1/2022:
  - RT 20 Zone 7 (ziekenfonds van aansluiting) = 418
  - RT 20 Zone 18 (ziekenfonds van bestemming) = 400
  - De bijhorende papieren facturatie, de verschillende administratieve en medische documenten moeten verstuurd worden naar Landsbond Liberale Mutualiteiten.

- Prestaties / geneesmiddelen, welke verricht / afgeleverd werden **vanaf 1/1/2022**, voor verzekerden aangesloten bij het vroegere ziekenfonds 418:
  - RT 20 Zone 7 (ziekenfonds van aansluiting) = 414
  - RT 20 Zone 18 (ziekenfonds van bestemming) = 400
  - De bijhorende papieren facturatie, de verschillende administratieve en medische documenten moeten verstuurd worden naar Landsbond Liberale Mutualiteiten.

Medische stukken die voordien naar de ziekenfondsen 414 en 418 werden gestuurd, moeten nu verstuurd worden naar het adres **AVENUE DE LA GARE 37 à 6700 ARLON**.

De magnetische dragers of de elektronische facturatiebestanden worden altijd aan de Landsbond Liberale Mutualiteiten overgemaakt, met de identificatie van de verzekerden in functie van de **prestatiedatum**, namelijk:

- prestaties verricht **vóór** 01/01/2022 = ziekenfonds 418
- prestaties verricht **vanaf** 01/01/2022 = ziekenfonds 414

Vanaf **01/09/2022** moeten alle verstrekkingen verricht vóór 01/01/2022 uitsluitend gefactureerd worden met de identificatie van het ziekenfonds 414.

Info voor de fusies

Voor de facturatie blijft het gebruik van het INSZ nummer prioritair; dit betekent dat enkel het nummer van het ziekenfonds van aansluiting wijzigt.

Bij gebrek aan de juiste identificatiegegevens kunt u onze site **www.lm.be/fusies**
raadplegen, waar door middel van een conversieprogramma de oude identificatiegegevens omgezet worden in de nieuwe.

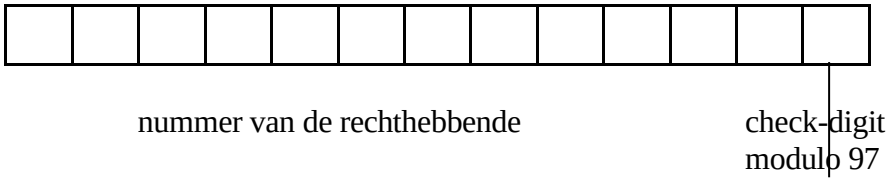
Voor meer informatie kan u telefonisch terecht bij onze Helpdesk op het nummer 02/542.86.00 of via het elektronische adres helpdesk.carenet@lm.be

Blokkerende fout vanaf 01/01/2023

Vanaf 01/01/2023 zal de facturatie via identificatie van het ziekenfonds 418namelijk verboden worden en een **blokkerende fout** veroorzaken.

e) De genormaliseerde structuur van het identificatienummer dat in de ***LANDSBOND VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN*** in werking zal treden.

ZONE 8 en 8 BIS van de records (13 karakters).



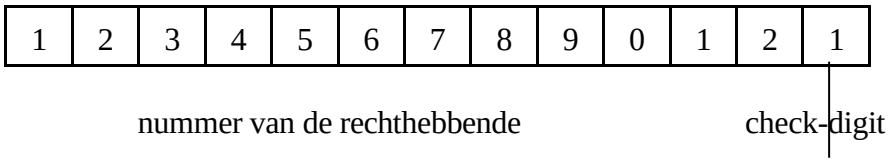
$$\frac{\text{Het nummer van de rechthebbende}}{97} = \text{quotiënt + rest}$$

Rest = check-digit ; behalve indien rest = 0, dan is de check-digit = 97.

Voorbeeld :

Nummer van de rechthebbende = 12345678901, check-digit = 21

$$\frac{12345678901}{97} = 127.275.040 + 21$$



Dit nummer van 13 karakters komt onderaan links op het identificatieklevertje.

IDENTITEIT ZIEKENFONDS	5XX
NAAM VOORNAAM	
ADRES	1.10
PLAATS	
110/110	1234567890121

Identificatienummer

Dit nummer van 13 karakters wordt vermeld op de magneetkaart.

Identificatienummer.

ZONE 18 : Vermeldt het nummer van het ziekenfonds waarbij de rechthebbende aangesloten is.

ZONE 7 : Steeds gelijk aan 000 voor de M.L.O.Z.

Fusie ziekenfondsen 506 en 509 op 1/1/2020
(vermits het 2 franstalige ziekenfondsen betreft, zijn deze instructies uitsluitend in het Frans beschikbaar)

A partir du 01/01/2020, les mutualités 509, Partenamut et 506, Omnimut, ne forment plus qu'une seule entité juridique, sous la dénomination « Partena-Mutualité Libre » (en abrégé Partenamut) et le numéro 509.

Au 01/01/2020, les bases de données des deux mutualités, auront également fusionné, entraînant la disparition de la mutualité 506 pour laisser place à :

Partenamut 509, Boulevard Louis Mettewie 74/76, 1080 Bruxelles.

Tous les membres de la 506 passent donc dans l'entité 509 et reçoivent un nouveau numéro de membre.

Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1er janvier 2020.

Cela change-t-il quelque chose pour vous ?

Oui car les patients de la mutualité 506 recevront un nouveau numéro de membre lié à l'entité 509. Dès lors il ne faut pas uniquement changer le numéro de la mutualité sur vos facturations mais également le numéro d'identification du patient.

Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !
Cette opération entrainerait un rejet de votre facturation. Le N° de Mutualité fait partie intégrante du N° d'identification.
506-YYYYYYYYYYYY devient 509-XXXXXXXXXXXX

Toutes les facturations doivent se faire sur la base du **NISS** (sauf exceptions légales).

Les directives ci-dessous seront d'application à partir du 1er janvier 2020.

Dans la pratique pour les hôpitaux

- Pour les patients hospitalisés au 31/12/2019:
  - vous recevrez pour chaque patient membre de la mutualité 506, un message de mutation 730000 avec le nouveau numéro de mutualité 509 et les nouvelles données d'identification à partir de 01/01/2020.
  - Les accords médicaux donnés par la mutualité 506 seront automatiquement repris dans la mutualité 509 et ce jusqu'à 31/12/2019.
  - En ce qui concerne la facturation de vos prestations ambulatoires : si la facturation se base sur un **engagement de paiement** 801900 (de la mutualité 506), cette facture sera acceptée.
  - Si votre facturation papier ambulatoire est basée sur une vignette qui renvoie à la mutualité 506, ces prestations seront automatiquement converties par nos services en nouvelles données de la mutualité 509 à partir de 01/01/2020

- *Pour les hospitalisations de patients 506 clôturées au 31/12/2019, vous pouvez nous envoyez les messages s'y rapportant même en 2020 avec les données de la 506. Notre système les convertira.*
  - *Si vous utilisez les données du message 730000 lors de la facturation du séjour, les prestations facturées seront acceptées. Idem pour les factures supplémentaires éventuelles.*
  - ***Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !***

  Vous pouvez à tout instant consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

Dans la pratique pour les pharmaciens

- Etant donné que la facturation des pharmaciens est basée sur un engagement de paiement, vos factures seront acceptées sur la base de cet engagement de paiement même si celui-ci fait référence à la 506 et est utilisé en 2020.

Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet en utilisant leur numéro NISS.

Dans la pratique pour les maisons médicales

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509.

Vous pouvez toujours demander les données d'assurabilité actualisées de vos patients via MyCareNet (via vos prestataires de soins).

- Les abonnements ouverts par la mutualité 506 seront automatiquement repris dans la mutualité 509.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**

  Vous pouvez à tout instant consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

Dans la pratique pour les infirmiers

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509.
- Pour que la facturation de vos soins en 2020 soit correcte, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Les accords médicaux et les notifications donnés par la mutualité 506 seront automatiquement repris dans la mutualité 509 et ce pour tout l'historique.

Dans la pratique pour les institutions qui facturent via le tiers-payant électronique

- Vos fichiers de facturation seront automatiquement convertis par nos services en nouvelles données de la mutualité 509.
- Si vous facturez via MyCareNet, vous pouvez utiliser le message 801000 (assurabilité) de MyCareNet. Votre software peut alors corriger le numéro de mutualité et le numéro de membre de vos patients concernés par cette fusion.
- **Ne changez surtout pas uniquement le numéro de mutualité dans vos fichiers !**
- Nous vous invitons, à partir du 01/01/2020 et dans tous les cas avant toute facturation en 2020 à consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

Règles particulières pour la facturation du tiers-payant papier centralisé à l'Union

- Veuillez toujours mentionner le NISS des patients sur vos factures papier.
- Pour les tiers qui travaillent avec le tiers-payant manuel : lorsque la vignette mentionne les données d'identification à la mutualité 506 au lieu de la 509, notre organisme assureur y apportera les corrections nécessaires.
- Pour les services de tarification qui assurent le traitement des tiers-payants manuels: nous vous invitons, à partir du 01/01/2020 et dans tous les cas avant votre facturation en 2020, à consulter notre portail www.4cp.be où vous pouvez demander les données d'assurabilité correctes pour un patient spécifique ou pour une sélection de patients à l'aide de la fonction «Recherche assurabilité» ou «Assurabilité de masse».

L'adresse de la facturation centralisée du tiers-payant sur papier est et reste :

Union Nationale des Mutualités Libres
PO Box 80500
1070 Bruxelles

L'adresse de facturation de tous les envois électroniques est et reste :

Union Nationale des Mutualités Libres
Route de Lennik 788 A
1070 Bruxelles

Avez-vous encore des questions ?

Envoyez-les par e-mail : opercontfac@mloz.be ou téléphonez-nous : 02 778 95 55.
Vous pouvez également poser vos questions au gestionnaire de votre portefeuille via 4CP.
Plus d'informations concernant l'accès à notre site web 4CP : info@4cp.be

Fusie ziekenfondsen 501 en 526 op 1/1/2022

Op 01/01/2022 zullen de ziekenfondsen 526 'Partena Ziekenfonds Vlaanderen' en 501 'Onafhankelijk Ziekenfonds' fuseren.
Ze gaan samen verder onder een nieuwe naam en juridische entiteit "Helan Onafhankelijk Ziekenfonds" met nummer 526.

Tegen die datum zullen ook de databases van beide ziekenfondsen zijn gefuseerd, waardoor ziekenfonds 501 verdwijnt en plaats maakt voor:

Helan Onafhankelijk Ziekenfonds (526), Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

Alle leden van 501 stappen dus over naar entiteit 526 en krijgen een nieuw lidnummer.

De onderstaande richtlijnen zullen van toepassing zijn vanaf 1 januari 2022.

Verandert er iets voor jou?

Ja, want de leden van ziekenfonds 501 zullen een nieuw lidnummer ontvangen dat is gekoppeld aan entiteit 526. Vanaf dan moet je naast het ziekenfondsnummer op je facturering ook het identificatienummer wijzigen.

Wijzig dus zeker niet alleen het ziekenfondsnummer in je bestanden!
Dat zou namelijk leiden tot een verwerping van je facturering. Het ziekenfondsnummer maakt integraal deel uit van het identificatienummer.
501-YYYYYYYYYYYY wordt 526-XXXXXXXXXXXX

Alle factureringen moeten gebeuren op basis van het **INSZ** (behalve wettelijke uitzonderingen).

De onderstaande richtlijnen zullen van toepassing zijn vanaf 1 januari 2022.

In de praktijk voor ziekenhuizen

- Voor patiënten opgenomen op 31/12/2021:
  - Voor elke patiënt die lid is van ziekenfonds 501 ontvang je een mutatiebericht 730000 met het nieuwe ziekenfondsnummer 526 en de nieuwe identificatiegegevens vanaf 01/01/2022.
  - De door ziekenfonds 501 gesloten medische akkoorden tot en met 31/12/2021 zullen automatisch worden overgenomen in ziekenfonds 526.
  - Wat de facturering van je ambulante verstrekkingen betreft: als de facturering gebaseerd is op een **betalingsverbintenis** 801900 (van ziekenfonds 501), wordt deze factuur aanvaard.
  - Als je facturering op papier voor ambulante verstrekking gebaseerd is op een kleefbriefje dat naar ziekenfonds 501 verwijst, zullen deze verstrekkingen vanaf 01/01/2022 automatisch door onze diensten worden omgezet in nieuwe gegevens van ziekenfonds 526.

- *Voor de opnames van bij 501 aangesloten patiënten die zijn afgesloten op 31/12/2021 kan je de berichten hierover ook nog in 2022 naar ons sturen met de gegevens van 501. Ons systeem zal ze omzetten.*
- *Als je de gegevens van bericht 730000 gebruikt bij de facturering van het verblijf, zullen de gefactureerde verstrekkingen worden aanvaard. Hetzelfde geldt voor eventuele bijkomende facturen.*

- ***Wijzig dus zeker niet alleen het ziekenfondsnummer in je bestanden!***

  Je kan op elk moment onze portaalsite www.4cp.be raadplegen. Daar kan je de juiste gegevens over de verzekerbaarheid van een specifieke patiënt of een selectie patiënten opvragen via de functie 'Opzoeking verzekerbaarheid' of 'Massale opzoeking verzekerbaarheid'.

In de praktijk voor apothekers

- Aangezien de facturering van apothekers gebaseerd is op een betalingsverbintenis, zullen je facturen worden aanvaard op basis van deze verbintenis, zelfs al verwijst deze naar 501 en wordt hij gebruikt in 2022.

Je kan de bijgewerkte gegevens over de verzekerbaarheid van je patiënten nog steeds opvragen via MyCareNet, met behulp van hun INSZ.

In de praktijk voor wijkgezondheidscentra

- Je factureringsbestanden zullen automatisch door onze diensten worden omgezet in nieuwe gegevens van ziekenfonds 526.

Je kan de bijgewerkte gegevens over de verzekerbaarheid van je patiënten nog steeds opvragen via MyCareNet.

- De door ziekenfonds 501 geopende abonnementen zullen automatisch worden overgenomen in ziekenfonds 526.
- **Wijzig dus zeker niet alleen het ziekenfondsnummer in je bestanden!**

  Je kan op elk moment onze portaalsite www.4cp.be raadplegen. Daar kan je de juiste gegevens over de verzekerbaarheid van een specifieke patiënt of een selectie patiënten opvragen via de functie 'Opzoeking verzekerbaarheid' of 'Massale opzoeking verzekerbaarheid'.

In de praktijk voor verpleegkundigen

- Je factureringsbestanden zullen automatisch door onze diensten worden omgezet in nieuwe gegevens van ziekenfonds 526.
- Voor een correcte facturering van de verzorging die je hebt verstrekt in 2022 kan je boodschap 801000 (verzekerbaarheid) van MyCareNet gebruiken. De software die je gebruikt, kan het ziekenfondsnummer en het lidnummer van je patiënten die betrokken zijn bij deze fusie corrigeren.
- **Wijzig dus zeker niet alleen het ziekenfondsnummer in je bestanden!**
- De door ziekenfonds 501 gesloten medische akkoorden en verzonden kennisgevingen voor de volledige historiek zullen automatisch worden overgenomen in ziekenfonds 526.

In de praktijk voor instellingen die hun facturen uitvoeren in elektronische derde betaler

- Je factureringsbestanden zullen automatisch door onze diensten worden omgezet in nieuwe gegevens van ziekenfonds 526.

- Als je factureert via MyCareNet kan je boodschap 801000 (verzekerbaarheid) van MyCareNet gebruiken. De software die je gebruikt, kan het ziekenfondsnummer en het lidnummer van je patiënten die betrokken zijn bij deze fusie corrigeren.
- **Wijzig dus zeker niet alleen het ziekenfondsnummer in je bestanden!**
- We nodigen je uit om, vanaf 01/01/2022 en in ieder geval vóór enige facturering in 2022, onze portaalsite www.4cp.be te raadplegen. Daar kan je de juiste gegevens over de verzekerbaarheid van een specifieke patiënt of een selectie patiënten opvragen via de functie 'Opzoeking verzekerbaarheid' of 'Massale opzoeking verzekerbaarheid'.

Bijzondere regels voor de bij de Landsbond gecentraliseerde facturering derde betaler op papier

- Vermeld altijd het INSZ van de patiënten op je papieren facturen.
- Voor derden die met manuele derde betaler werken: als op het kleefbriefje de identificatiegegevens van ziekenfonds 501 staan in plaats van 526 zal onze verzekeringsinstelling de nodige correcties aanbrengen.
- Voor de tariferingsdiensten die belast zijn met de verwerking van manuele derde betalers: we nodigen je uit om, vanaf 01/01/2022 en in ieder geval vóór enige facturering in 2022, onze portaalsite www.4cp.be te raadplegen. Daar kan je de juiste gegevens over de verzekerbaarheid van een specifieke patiënt of een selectie patiënten opvragen via de functie 'Opzoeking verzekerbaarheid' of 'Massale opzoeking verzekerbaarheid'.

Het adres voor de gecentraliseerde facturering derde betaler op papier is en blijft:

Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Postbus 80500
1070 Brussel
(opgelet: enkel enveloppen! Dozen of pakketten moeten naar onderstaand adres verstuurd worden)

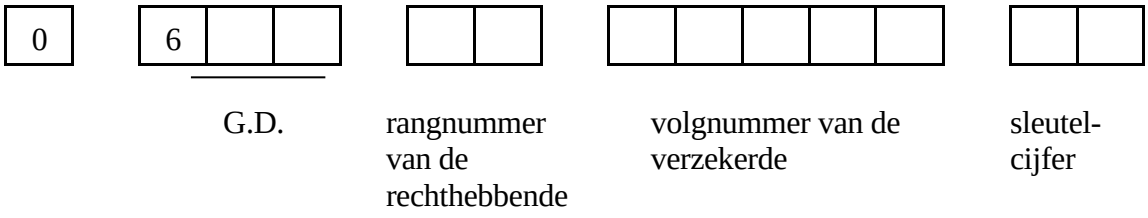
Het adres voor facturering van alle elektronische berichten is en blijft:

Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Lenniksebaan 788 A
1070 Brussel

Heb je nog vragen?

Stuur een e-mail naar opercontfac@mloz.be of bel ons op 02 778 95 55.
Je kan je vragen ook stellen aan je portefeuillebeheerder via 4CP.
Meer informatie over toegang tot onze website 4CP: info@4cp.be

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



Identificatienummer :

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

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

- het tweede cijfer is een 6 (V.I. = Hulpkas)

- de volgende twee cijfers identificeren het gewestelijk bureau in de gewestelijke dienst of de gewestelijke dienst in de V.I.

De twee cijfers kunnen uitsluitend de volgende zijn :

01 : gewestelijke dienst Antwerpen

02 : gewestelijke dienst Brussels Hoofdstedelijk Gewest

03 : gewestelijke dienst West-Vlaanderen

04 : gewestelijke dienst Oost-Vlaanderen

05 : gewestelijke dienst Henegouwen - bureau van Bergen

15 : gewestelijke dienst Henegouwen - bureau van Charleroi

06 : gewestelijke dienst Luik

07 : gewestelijke dienst Limburg

08 : gewestelijke dienst Luxemburg

09 : gewestelijke dienst Namen

10 : gewestelijke dienst Eupen-Malmédy - bureau van Eupen

20 : gewestelijke dienst Eupen-Malmédy - bureau van Malmédy

12 : gewestelijke dienst Vlaams Brabant

22 : gewestelijke dienst Waals Brabant

3) **Rangnummer van de rechthebbende** - 2 numerieke posities

00	gerechtigde
01 tot 04	echtgenoot (-note)
05 tot 09	niet-bezoldigde persoon die voor het huishouden instaat (man of vrouw)
10 tot 89	descendenten
90 tot 98	ascendenten

4) **Volgnummer van de verzekerde en zijn personen ten laste** - 5 numerieke posities

Dit nummer identificeert de gerechtigde en zijn personen ten laste in het raam van de gewestelijke dienst of het gewestelijk bureau van de gewestelijke dienst.
Het volgnummer van de verzekerde en van zijn personen ten laste is hetzelfde.
De personen ten laste worden geïdentificeerd aan de hand van hun rangnummer (zie punt 3 hiervoren).

Opmerking : De nullen links worden geschreven.

Internationale verdragen : Het eerste cijfer van het volgnummer is altijd 9.
Dat cijfer toont aan dat het om het identificatienummer gaat van een buitenlandse sociaal verzekerde die tijdelijk in België verblijft.
(formulieren E.111, E.112 of gelijkwaardige bilaterale documenten van de internationale verdragen).

5) **Sleutelcijfer** - 2 numerieke posities

Formule : modulo 97:
Het sleutelcijfer wordt berekend op de 11 voorafgaande numerieke posities, namelijk:
- de code verzekeringsinstelling + gewestelijke dienst;
- het rangnummer van de rechthebbende;
- het volgnummer van de verzekerde.

Het is gelijk aan de rest van de deling van die 11 cijfers door 97.
Als de rest gelijk is aan 0, is het sleutelcijfer 97.

Voor internationale verdragen:
modulo 97 (zie hierboven)
of
modulo 89 (vanaf 1/6/2015):
Het sleutelcijfer wordt berekend op de 11 voorafgaande numerieke posities, namelijk:
- de code verzekeringsinstelling + gewestelijke dienst;
- het rangnummer van de rechthebbende;
- het volgnummer van de verzekerde.

Het is gelijk aan de rest van de deling van die 11 cijfers door 89.
Als de rest gelijk is aan 0, is het sleutelcijfer 89.

Algemene regeling

Gerechtigde : vb. 06020057220/55 : 97 = 06020057220 rest 55 = check-digit

0	6	0	2	0	0	5	7	2	2	0	5	5

Personen ten laste : vb. 06021057220/82 : 97 = 06021057220 rest 82 = check-digit

0	6	0	2	1	0	5	7	2	2	0	8	2

10 = descendent

Internationale verdragen

Gerechtigde : vb. 06020091234/22 : 97 = 06020091234 rest 22 = check-digit

0	6	0	2	0	0	9	1	2	3	4	2	2

Personen ten laste : vb. 06020191234/15 : 97 = 06020191234 rest 15 = check-digit

0	6	0	2	0	1	9	1	2	3	4	1	5

01 = echtgenoot(-note)

Gerechtigde : vb. 06020091234/48 : 89 = 06020091234 rest 48 = check-digit

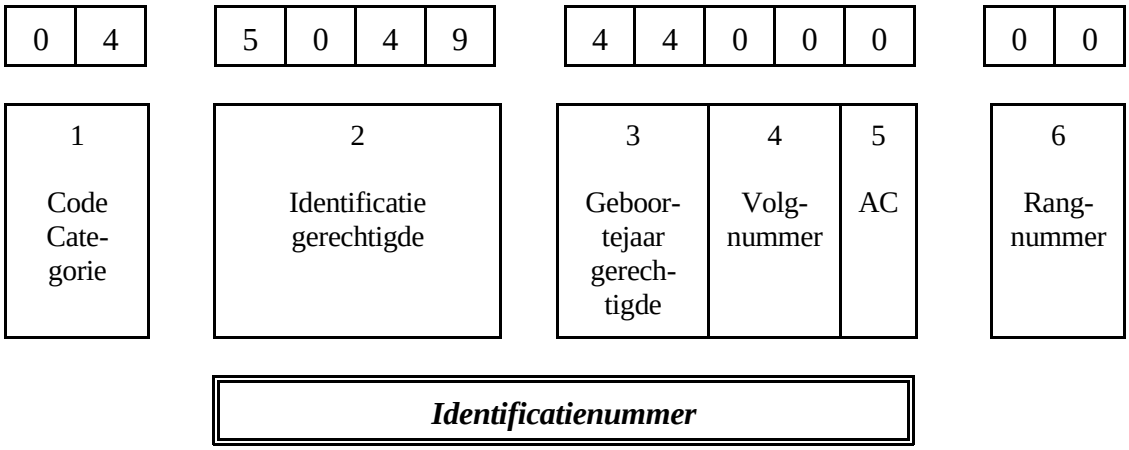
0	6	0	2	0	0	9	1	2	3	4	4	8

Personen ten laste : vb. 06020191234/12 : 89 = 06020191234 rest 12 = check-digit

0	6	0	2	0	1	9	1	2	3	4	1	2

g) Aansluitingsnummer bij de ***KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HR RAIL***

Voorbeeld :



Aansluitingsnummer bij de K.G.V. = 13N

1 Code Categorie K.G.V.	pos. 1/2	2N	
2 Identificatie gerechtigde	pos. 3/6	4N]	rubrieken 2 tot en met 5 =
3 Geboortejaar gerechtigde	pos. 7/8	2N]	Identificatienummer
4 Volgnummer	pos. 9/10	2N]	N.M.B.S.
5 Autocontrolecijfer	pos. 11	1N]	
6 Rangnummer	pos. 12/13	2N	

Betekenis van de rubrieken :

1 Code Categorie :

03 WIGW gerechtigde en zijn personen ten laste (verhoogde tegemoetkoming)
04 Gerechtigde in actieve dienst
05 Persoon ten laste van een gerechtigde in actieve dienst
06 Gepensioneerde gerechtigde en zijn personen ten laste (geen verhoogde tegemoetkoming)
07 Gerechtigde met brugpensioen en zijn personen ten laste (geen verhoogde tegemoetkoming)

2 Identificatie gerechtigde :

Codenummer gebaseerd op de alfabetische volgorde van de familienaam en de geboortedag van de gerechtigde.

3 Geboortejaar van de gerechtigde

Dit is geen constant controlegegeven. Er zijn afwijkingen mogelijk.

4 Volgnummer :

- bij gerechtigde in actieve dienst en gerechtigde in rustpensioen = 00, 01, 02 ...
- bij brugpensioen = 70, 71 ...
- bij overlevingspensioen = 90, 91 ...

5 Autocontrolecijfer :

Dit autocontrolecijfer heeft betrekking op de ***rubrieken 2 tot 4***.

Voorbeeld voor rubrieken 2 tot 4 = 5 0 4 9 4 4 0 0
positie = 1 2 3 4 5 6 7 8

a) resultaat 1 = som van de cijfers in de onpare posities :
(pos. 1 + pos. 3 + pos. 5 + pos. 7) :

5 + 4 + 4 + 0 = 13

b) resultaat 2 = het cijfer in pos. 2 met 2 vermenigvuldigen en tiental en eenheid van deze som optellen met resultaat 1 :

0 x 2 = 00
0 + 0 + 13 = 13

c) resultaat 3 = het cijfer in pos. 4 met 2 vermenigvuldigen en tiental en eenheid van deze som optellen met resultaat 2 :

9 x 2 = 18
1 + 8 + 13 = 22

d) resultaat 4 = het cijfer in pos. 6 met 2 vermenigvuldigen en tiental en eenheid van deze som optellen met resultaat 3 :

4 x 2 = 08
0 + 8 + 22 = 30

e) resultaat 5 = het cijfer in pos. 8 met 2 vermenigvuldigen en tiental en eenheid van deze som optellen met resultaat 4 :

0 x 2 = 00
0 + 0 + 30 = 30

f) Het autocontrolecijfer wordt bekomen door het cijfer van de eenheden in resultaat 5 af te trekken van de waarde 10 en van het bekomen resultaat het cijfer van de eenheid te nemen :

10 - 0 = 10

6 Rangnummer :

Rangnummer toegekend aan elke persoon van het gezin die rechthebbende is bij de Kas der Geneeskundige Verzorging :
00 = gerechtigde
> 00 = persoon ten laste van de gerechtigde

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.

Bijlage 20 : Elektronische facturatie door artsen (e-fac).

Bijlage 21 : Facturatie van dringend ziekenvervoer.

Bijlage 22 : Afrondingsregels voor verstrekkingen verricht door stagiairs aan 75%, heelkundige verstrekkingen aan 50% en operatieve hulp aan 10%.

Bijlage 23 : Elektronische facturatie door tandartsen (e-fac).

Bijlage 24 : Laagvariabele zorg.

Bijlage 25 : Lectuur identiteitsgegevens in ziekenhuismilieu

Bijlage 1

Lijst der adressen van de rekencentra waaraan de magnetische dragers moeten verstuurd worden.

Verzekeringsinstellingen	Te groeperen ziekenfondsen	Adressen van de rekencentra
L.C.M.	Alle ziekenfondsen	**LANDSBOND DER CHRISTELIJKE MUTUALITEITEN** Dienst Statistieken - Exploitatie Verwerking magnetische dragers AEROPOLIS Haachtsesteenweg, 579 - Postbus 49 1031 BRUSSEL
L.N.Z.	Alle ziekenfondsen	**LANDSBOND VAN DE NEUTRALE MUTUALITEITSVERBONDEN** Cel Magnetische dragers Charleroisesteenweg, 147 1060 BRUSSEL
N.V.S.M.	Alle ziekenfondsen	**NATIONAAL VERBOND VAN SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN** Sint-Jansstraat, 32 1000 BRUSSEL
L.L.M.	Alle ziekenfondsen	**LANDSBOND VAN LIBERALE MUTUALITEITEN** Livornostraat, 19 1050 BRUSSEL
M.L.O.Z.	Alle ziekenfondsen	**LANDSBOND VAN DE ONAFHANKELIJKE ZIEKENFONDSEN** P.O. Box 80555 1070 Anderlecht Voor ROB/RVT en huisartsen: P.O. Box 80500 1070 Anderlecht
H.Z.I.V.	Alle gewestelijke diensten	**HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING** Troonstraat, 30 1000 BRUSSEL
K.G.V. HR RAIL	Alle gewestelijke geneeskundige centra	**KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HR RAIL** 10-03 Frankrijkstraat, 85 1060 BRUSSEL

Lijst van te contacteren personen bij de Landsbonden.

V.I.

Naam	**Telefoonnr.**	**Faxnr.**	**Bevoegdheid**

L.C.M.

Status facturatiebestanden:
- Derden REFAC: Uniek Contact Punt (UCP)
- Andere derden: Dienst MDU (mdu.bkh@cm.be; 02/246.41.97)

Analyse en verwerpingen:
- Derden REFAC: Uniek Contact Punt (UCP)
- Andere derden: Contact Center Gezondheidszorg (mycarenet@cm.be; 02/246.43.28)

L.N.Z.

Algemeen telefoonnummer: 02/538.83.00
Algemeen faxnummer: 02/537.33.69

Elektronische dragers:
Verwerking magnetische dragers: verwerpingen tijdens pré-controle, foute bestemmeling,…

Helpdesk: supports@lnz.be

Kwaliteitscontrole:
Tarificatie: verwerpingen, papieren afrekening, ontbrekende akkoorden adviserend artsen,…

Helpdesk: ccq@lnz.be

MyCareNet:
Deze cel behandelt alle technische aspecten van de elektronische facturatiestroom.

Helpdesk: modcare@lnz.be

N.V.S.M.

(☞2) Technische aspecten in Carenet : helpdesk.carenet@socmut.be
Status facturatiebestanden : factuur.300@socmut.be
Tarificatie : tar.300@socmut.be

Naam	**Telefoonnr.**	**Faxnr.**	**Bevoegdheid**

L.L.M.

Mevr. HEYMANS (NL)	02/542.87.46	Resultaten en tarificatievragen verstrekkers
Mevr. WEYNANTS (FR)	02/542.86.90	Resultaten en tarificatievragen verstrekkers
Mr. ZWARTEBROECKX	02/542.86.30	Resultaten en tarificatievragen dokters en E-fac
Mevr. COPPENS	02/542.87.27	Resultaten en tarificatievragen dokters en E-fac

M.L.O.Z.

02/778.95.55
U volgt de gevraagde instructies en u komt terecht bij de juiste contactpersoon.
Toegankelijk elke werkdag tussen 8u30 en 12u en tussen 13u30 en 15u30.

Faxnummer: 02/778.94.06

E-mail adres:
Opercontfac@mloz.be

H.Z.I.V.

Helpdesk elektronische facturen (NL) : 02 229 34 34
Helpdesk facturation électronique (FR) : 02 229 34 33

Toegankelijk elke werkdag tussen 9 u en 12 u en tussen 14u en 16u.

Email : elecfac@caami-hziv.fgov.be

Fax : 02 229 34 38

K.G.V. van HR Rail

(☞2) Dhr Sören COEMAN
E-mailadres: 900-factura@hr-rail.be

VERZENDINGSBORDEREL VOOR MAGNETISCHE DRAGERS

Factureringsvorm : (1)
1) 1 bestand - 1 financiële rekening
2) 1 bestand - 2 financiële rekeningen (Inrichting - Medische Raad)
3) 2 bestanden met elk 1 financiële rekening (Inrichting Medische Raad)
4) 2 bestanden, waarvan één met 2 financiële rekeningen, en één met 1 financiële rekening welke echter identiek moet zijn aan de tweede financiële rekening van het corresponderend bestand.

Identificatie inrichting :

Benaming	:
Adres	:
Postnr. - gemeente	:
Erkenningsnummer	:
KBO-nummer	:
Rekeningnr. inrichting	:
IBAN inrichting	:
BIC inrichting	:
Rekeningnr. med. raad	:
IBAN med. raad	:
BIC med. raad	:

Identificatie medische raad (2) :

Benaming	:
Adres	:
Postnr. - gemeente	:
R.I.Z.I.V.-nummer	:
KBO-nummer	:
Rekeningnr. med. raad	:
IBAN med. raad	:
BIC med. raad	:

Identificatie verzekeringsinstelling :

Benaming	:
Adres	:
Postnummer - gemeente	:

Facturering AMBULANT - GEHOSP. - GEMENGD (1)

Versie bestand (zone 4)	:
Zendingsnummer (zone 7)	: ...
Identificatie magnetische dragers	: nrs. ...
Gefactureerd jaar en maand (zones 22-23)	: .../...
Datum van opstelling (zone 25-26)	:
Verantwoordelijke	: Naam - Voornaam : ...

Nr. zieken-fonds	Aantal records (a)	Controlecijfer per ziekenfonds (b)	Bedragen ten laste V.I. Voor rek. inrichting (c)	Voor rek. med. raad (d)	Totaal (e)
000					
001					
002					
.					
.					
099					
Totalen	Som + 2				

Visum (verplegings-) inrichting :

Datum	:
Naam	:
Hoedanigheid	:
Handtekening	

Visum medische raad :

Datum	:
Naam	:
Hoedanigheid	:
Handtekening	

Voorbehouden aan de verzekeringsinstelling :

Ontvangstdatum	:
Naam	:
Handtekening	

(1) doorhalen wat niet past
(2) alleen te vermelden indien nodig

Berekeningswijze van het controlecijfer per ziekenfonds (kolom (b))

- De waarden uit de zones 4 van de recordtypes 30, 40 en 50 van alle individuele facturen bestemd voor het betreffende ziekenfonds worden opgeteld. Aan dit bedrag wordt nog de som van de waarden uit zone 17-18 en uit zone 40-41 van al de recordtypes 40 van dezelfde individuele facturen toegevoegd. Op het resultaat wordt de klassieke modulo 97 toegepast (rest van de deling door 97; indien de rest gelijk is aan nul, vervangen door 97).

- Op de lijn "Totalen" komt het controlecijfer van de zending (zie recordtype 90 zone 98).

Richtlijnen betreffende het gebruik van het verzendingsborderel

- In geval van factureringsvorm 1) moeten de kolommen (a), (b) en (e) worden ingevuld; kolom (c) is facultatief. Alleen het visum van de (verplegings-) inrichting moet worden vermeld.

- In geval van factureringsvorm 2) moeten de kolommen (a), (b), (c), (d) en (e) worden ingevuld. Het visum van de medische raad moet naast het visum van de (verplegings-)inrichting worden vermeld.

- In geval van factureringsvorm 3) moeten alle kolommen worden ingevuld. In dit geval mag het verzendingsborderel eventueel uit 2 luiken bestaan; een eerste luik waarbij de kolommen (a), (b) en (c) moeten worden ingevuld en een tweede luik waarbij de kolommen (a), (b) en (d) worden ingevuld. De twee luiken moeten echter vóór verzending aan elkaar worden vastgemaakt en op elk van de delen moeten de visa van de twee partijen ((verplegings-)inrichting & medische raad) worden vermeld.

- In geval van factureringsvorm 4) moeten alle kolommen worden ingevuld, in dit geval moet het verzendingsborderel uit 2 luiken bestaan; een eerste luik waarbij de kolommen (a), (b), (c) en (d) worden ingevuld en een tweede luik waarbij de kolommen (a), (b) en (d) worden ingevuld.
  De twee luiken moeten vóór verzending aan elkaar worden vastgemaakt en op elk van de delen moeten de visa van de twee partijen ((verplegings-)inrichtingen & medische raad) worden vermeld.

Sequentiële orde

In geval de factureringsgegevens op twee onderscheiden bestanden worden overgemaakt (d.w.z. factureringsvormen 3 en 4 op het verzendingsborderel) moeten de twee bestanden volgens eenzelfde sequentiële orde worden opgebouwd.

De sequentiële orde die wordt opgelegd is de volgende :
- gefactureerd jaar en maand;
- stamnummer betalende derde;
- stamnummer instelling;
- nummer ziekenfonds van bestemming in stijgende volgorde;
- opnamenummer voor gehospitaliseerde patiënten in stijgende volgorde;
  of nummer van de individuele factuur voor ambulante patiënten in stijgende volgorde.

N.B. : Ingeval van facturatie via MyCareNet zijn de gegevens van dit verzendingsborderel geïntegreerd in het elektronisch bericht zelf.

STAAT VOOR FACTURATIE VAN VERSTREKKINGEN IN HET SYSTEEM VAN DE DERDEBETALENDE DIE NIET VOORKOMEN OP EEN VERPLEEGNOTA.

Identificatie van de inrichting (1)	Identificatie van de verstrekker (3)	Identificatie van het zieken-fonds van bestemming	Verwijzing naar de magnetische of elektronische drager (2)
Naam Adres R.I.Z.I.V.-nr. Derdebetalersregeling - nr. KBO-nummer Tel.	Naam Adres R.I.Z.I.V.-nr. Tel. KBO-nummer	Nr. Benaming Adres	Zendingsnr. Derdebetalersreg.-nr. Gefactureerd jaar en maand

VERZAMELSTAAT NR. VOOR DE VERSTREKKINGEN VERRICHT IN DE PERIODE VAN TOT

Nr. van het getuigschrift voor verstrekte hulp of factuurnummer (R 20 Z 24-25)	Naam van de rechthebbende	INSZ (of inschrijvingsnummer) van de rechthebbende	Bedrag ten laste van de V.I.	Vak voorbehouden voor de V.I.
TOTAAL				

Te betalen op rekening (benaming + IBAN en BIC):
met de verwijzing:

Datum :
Naam :
Handtekening :

(1) In te vullen indien het bedrag van de verzekeringstussenkomst wordt gestort op rekening van de inrichting
(2) In te vullen in voorkomend geval
(3) In te vullen indien het gaat om de afrekening van 1 enkele verstrekker

Dit document is bepalend voor wat betreft de inhoud, niet voor wat betreft de vorm.

Dit document moet ondermeer gebruikt worden door de verpleegkundigen als verzamelstaat bij de papieren factuur.

Tekening magnetische drager.

Vanaf 1 juli 2008 mag een magnetische drager nog slechts één logisch facturatiebestand (zending) bevatten.
Een zending vormt een logisch bestand dat begint met een RT 10 en eindigt met een RT 90.
Per zending is een verzendingsborderel (in 3-voud) vereist.

1 fysisch bestand met 1 logisch bestand.

De zone 1 van recordtype 10 van het logisch bestand bevindt zich in de eerste 2 posities van het fysisch bestand.
De records worden aaneensluitend geschreven zonder enig speciaal tussenteken (zoals bv. "CR").
De zone 99 van recordtype 90 van het logisch bestand bevindt zich in de laatste 2 posities van het fysisch bestand.

<table>
<tr><td rowspan="3">R 10</td><td rowspan="2">R 20</td><td>R 30
R 40
R 50</td><td>R 30
R 40
R 50</td><td>R 30
R 40
R 50</td><td>...
...
...</td><td rowspan="2">R 80</td><td rowspan="3">...</td><td rowspan="3">R 90</td></tr>
<tr><td colspan="5">Verzameling recordtypes 30/40/50
binnen 1 blok 20-80 = factuur</td></tr>
<tr><td colspan="6">1 blok met recordtypes 20-30/40/50-80 per factuur</td></tr>
</table>

Extern etiket

A	B	C	D	E	F	G
XXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXX	XXX	XXXXXX	XXX	XXX

Dit etiket kan als volgt gelezen worden :

A : X X X X X X X : Versie bestand.

B : X X X X X X X X X X X X : Het nummer van de betalende derde (R 10 Z 14).

C : X X X : Het nummer van de zending (R 10 Z 7).

D : X X X : Nummer van de verzekeringsinstelling (100, 200, 300, 400, 500, 600 of 900).

E : X X X X X X : De vier eerste posities geven het jaar aan : 1998, 1999, 2000, 2001, ... (R 10 Z 22).
De twee volgende geven de maand : 01 ... 12 (R 10 Z 23)

F : X X X : Het volgnummer van de magneetband.
000 : zo bestand op 1 magnetische drager staat
of
001, 002, ... : zo bestand op meerdere magnetische dragers staat, moeten de opeenvolgende dragers genummerd worden)
Voor diskettes is deze waarde steeds gelijk aan 000 (multi-volumes niet meer toegelaten)

G : X X X : Standaardwaarde = 001 (er mag slechts 1 facturatiebestand op een drager worden geplaatst).

Structuur van de foutcodering

Elke ontdekte anomalie wordt geïdentificeerd door een code van 6 posities (RRZZNN) (de eerste 4 posities zijn numeriek, de laatste 2 zijn alfanumeriek) met volgende betekenis :

RR = recordtype.

ZZ = nummer van de zone in het recordtype.

NN = volgnummer toegekend aan de anomalie.
Het gedeelte "NN" biedt volgende mogelijkheden :
00 t/m 99
a0 t/m a9
…
z0 t/m z9
0a t/m0z
…
9a t/m 9z

Afspraken :
De zone (111b, 112b of 113b) kan enkel karakters bevatten van 0 t/m 9 en van a t/m z.
Indien de zone geen foutcode bevat, wordt ze opgevuld met nullen (0).

Een aantal waarden "NN" worden voorbehouden voor standaard controles :

01 = gegeven niet numeriek.

02 = controlecijfer (check-digit) foutief.

03 = gegeven niet toegelaten.

09 = er staan verboden karakters in.

20 = gegeven niet gekend in het bestand van de V.I.

De foutcodes RRZZ01, RRZZ02, RRZZ03, RRZZ09 en RRZZ20 zijn standaard voorzien.

Verder wordt het gedeelte "NN" onderverdeeld in 3 categorieën :

a) NN = 0X technische fout voor een zone.

NN = 1X technische fout voor een zone waarvan de oorzaak afhankelijk is van de waarde van een andere zone.

b) NN = 2X, 3X : tarificatiefout van een zone.

NN = 4X, 5X : tarificatiefout van een zone waarvan de oorzaak afhankelijk is van de waarde van een andere zone.

c) NN = 6X, 7X : foutcode voorbehouden voor intern gebruik door de V.I. voor 1 zone.

NN = 8X, 9X : foutcode voorbehouden voor intern gebruik door de V.I. voor een anomalie die het gevolg is van de relatie tussen twee zones.

Deze onderverdeling kan niet meer gegarandeerd worden vanaf het ogenblik dat nieuwe foutcodes gedefinieerd worden met een alfanumeriek gedeelte.

Aard van de fouten

De anomalieën kunnen van verschillende aard zijn :

B : blokkerende fout.

F : fout welke tot gevolg heeft dat een volledige factuur wordt verworpen;
in dit geval is het aantal foutieve records gelijk aan het aantal records van deze factuur.

R : fout welke een verwerping tot gevolg heeft.

S : fout welke door de V.I. kan worden verbeterd en bijgevolg niet noodzakelijk wordt verworpen.

(☞7) E : fouten die niet tot een verwerping leiden en die niet meetellen voor het foutenpercentage, maar die wél (informatief) meegedeeld worden op het afrekenbestand.

De fouten van het type NN = 20 worden individueel door de V.I. nagekeken.

Principes

Dezelfde foutcodes worden zowel gebruikt voor het berekenen van het foutpercentage als voor het meedelen van de verwerping na tarificatie.

Voor de zones "bedrag" zijn systematisch 4 blokkerende fouten voorzien :

B RRZZ01 : Bedrag niet numeriek.
B RRZZ05 : Eerste positie bedrag verschillend van + of -.
B RRZZ06 : Numeriek gedeelte van de zone bevat een bedrag met een teken.

De reservezones of posities dienen eveneens strikt in acht genomen te worden, anders geven ze aanleiding tot de volgende codes :

B RRZZ01 : Inhoud zone verschillend van nul.
B RRZZ04 : Eerste (laatste) (X) cijfer(s) van de zone verschillend van nul.

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 recordtype 20, 30, 40, 50, 51, 52 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 %.
Vanaf 1/4/2020 kunnen de labo’s en de ziekenhuizen een percentage lager dan 5% kiezen en dit aan de VI’s meedelen via volgende e-mailadressen:
VI100: Uniek Contactpunt
VI200: CCQ@LNZ.BE
VI300: 300.pourcentage@solidaris.be
VI400: gerda.heymans@lm.be en Gezondheidszorgen1@lm.be
VI500: contfac@mloz.be
VI600: elecfac@hziv.be
VI900: 900-factura@hr-rail.be
Indien gewenst, kan het percentage regelmatig gewijzigd worden (telkens via e-mail).

De VI’s sturen telkens binnen de 5 werkdagen een ontvangstbevestiging met melding vanaf wanneer (datum ontvangst facturatiebestand) het percentage aangepast wordt in hun bestand.

Bijlage 5.2

IDENTIFICATIE VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

OPMERKINGEN TIJDENS HET LEZEN VAN HET FACTURATIEMEDIUM 99999999999 JAAR EN MAAND : 999999 BANK : 999999999999 BLADZIJDE : 999

INRICHTING : XXXX

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	21	30	40	50	51	52	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	0	CG1	CG1	CG1	CG1	0	0	9
108	3N	410	1	CG2 of 0	0	CG2	CG2	CG2	CG2	0	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	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	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	Verwerpings-letter 1	Verwerpings-letter 1	Verwerpings-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	Verwerpings-code 1	Verwerpings-code 1	Verwerpings-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	Verwerpings-letter 2	Verwerpings-letter 2	Verwerpings-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	Verwerpings-code 2	Verwerpings-code 2	Verwerpings-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	Verwerpings-letter 3	Verwerpings-letter 3	Verwerpings-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	Verwerpings-code 3	Verwerpings-code 3	Verwerpings-code 3
114	1A+11N	478	1	0	0	Getarifeerd bedrag Rek. A	Getarifeerd bedrag Rek. A	Getarifeerd bedrag Rek. A	0	0	Getarifeerd bedrag Rek. A	9
115	1A+11N	490	1	0	0	Getarifeerd bedrag Rek. B	Getarifeerd bedrag Rek. B	Getarifeerd bedrag Rek. B	0	0	Getarifeerd bedrag Rek. B	9
116	1A+11N	502	1	0	0	Getarifeerd bedrag patiënt	Getarifeerd bedrag patiënt	Getarifeerd bedrag patiënt	0	0	Getarifeerd bedrag patiënt	9
117	7N	514	1	0	0	Gecorrigeerde nomen.code	Gecorrigeerde nomen.code	Gecorrigeerde nomen.code	0	0	0	9
118	1N	521	1	0								9
119	1A+11N	522	1	0	0	Resultaat VI	Resultaat VI	Resultaat VI	0	0	0	9
149	200A	534	1	Commentaar bij foutcode								9
150a	1A+11N	734	1	0	0	Gereserveerd (staatshervorming)	Gereserveerd (staatshervorming)	Gereserveerd (staatshervorming)	0	0	Gereserveerd (staatshervorming)	9
150b	49A	746	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 MyCareNet.

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 21: steeds 0
   - In geval van een R 51, 52 : 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).

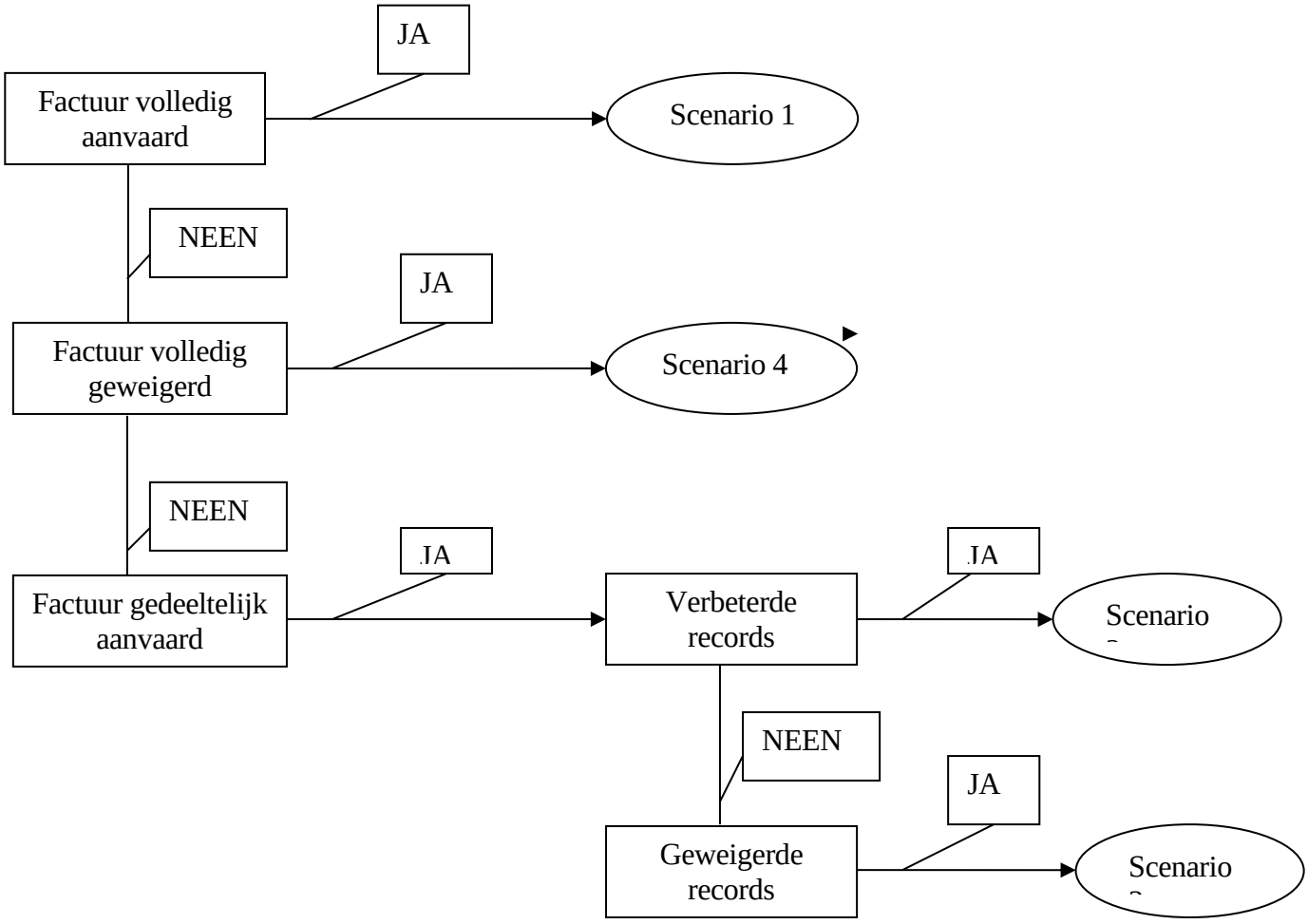
10. De zone 119 (resultaat VI) wordt vervolledigd indien de zones 111b, 112b of 113b een foutcode XX1940 bevatten en wordt opgevuld met het door de VI getarifeerde bedrag.

11. Verwerpingscodes van R 20 moeten doorgetrokken worden naar de R 21, 30, 40, 50, 51, 52 en 80. De verwerpingscodes van R 20 moeten eerst vermeld worden, dan pas die van de R 21, 30, 40, 50, 51, 52 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.

Afrekenbestand: Algoritme voor de opvulling van de bedragzones



Scenario 1 : R 20 + 80 op afrekenbestand (R 80 Z 114 = R 80 Z 19)

Scenario 2 : R 20 + 80 op afrekenbestand (R 80 Z 114 = R 80 Z 19 - ∑ van de verschillen (Z 19 – Z 114) van de R 30, 40, 50)
Verbeterde R 30 – 40 – 50 op afrekenbestand (R 30 – 40 – 50 Z 114 = gecorrigeerd bedrag)

Scenario 3 : R 20 + 80 op afrekenbestand (R 80 Z 114 = R 80 Z 19 - ∑ van de verschillen (Z 19 – Z 114) van de R 30, 40, 50)
Geweigerde R 30 – 40 – 50 op afrekenbestand (R 30 – 40 – 50 Z 114 = 0)

Scenario 4 : R 20 + 80 op afrekenbestand (R 80 Z 114 = 0)
Geweigerde R 30 – 40 – 50 op afrekenbestand (R 30 – 40 – 50 Z 114 = 0)

Indien het gaat om verstrekkingen betaalbaar op rekening B moet zone 115 gebruikt worden (in plaats van zone 114.

Afrekenbestand: opvulling bedragzones - Rekening A

			RT 30/40/50 Z 19	RT 80 Z 19	RT 30/40/50 Z 114	RT 80 Z 114		Controle	Verschil
Factuur 1	Aanvaard	RT 20	0,00			0,00			
	A	RT 50	25,00				Niet op afrekenbestand		
	A	RT 50	50,00				Niet op afrekenbestand		
	A	RT 50	25,00				Niet op afrekenbestand		
		RT 80		100,00		100,00		Verschil factuur	0
Factuur 2	Gedeeltelijk aanvaard	RT 20	0,00						
	A	RT 50	25,00				Niet op afrekenbestand		
	C	RT 50	50,00		40,00			Z 19 - Z 114	10
	W	RT 50	25,00		0,00			Z 19 - Z 114	25
		RT 80		100,00		65,00		Verschil factuur	35
Factuur 3	Geweigerd	RT 20	0,00						
	W	RT 50	25,00		0,00			Z 19 - Z 114	25
	W	RT 50	50,00		0,00			Z 19 - Z 114	50
	W	RT 50	25,00		0,00			Z 19 - Z 114	25
		RT 80		100,00		0,00		Verschil factuur	100
Factuur 4	wijziging nomenclatuurcode	RT 20	0,00						
	A	RT 50	25,00				Niet op afrekenbestand		
	bedrag identiek	RT 50	50,00		50,00		RT 30/40/50 Z 117 ingevuld	Z 19 - Z 114	0
	A	RT 50	25,00				Niet op afrekenbestand		
		RT 80		100,00		100,00		Verschil factuur	0
								Verschil zending	135,00

Ingediend	Factuur 1 - Z 19	100,00
	Factuur 2 - Z 19	100,00
	Factuur 3 - Z 19	100,00
	Factuur 4 - Z 19	100,00
		400,00
Betaling	Factuur 1 - Z 114	100,00
	Factuur 2 - Z 114	65,00
	Factuur 3 - Z 114	0,00
	Factuur 4 - Z 114	100,00
		265,00

Verschil 400,00 - 265,00 = *135,00*

Afrekenbestand: opvulling bedragzones - Rekening A en B

			Z 11	RT 30/40/50 Z 19	RT 80 Z 15 (B)	RT 80 Z 19(A)	RT 30/40/50 Z 114 (A)	RT 30/40/50 Z 115 (B)	RT 80 Z 114 (A)	RT 80 Z 115 (B)		Controle	Verschil
Factuur 1	Aanvaard	RT 20		0,00					0,00	0,00			
	A	RT 30	0	25,00							Niet op afrekenbestand		
	A	RT 30	0	30,00							Niet op afrekenbestand		
	A	RT 50	1	50,00							Niet op afrekenbestand		
	A	RT 50	1	25,00							Niet op afrekenbestand		
		RT 80			75,00	55,00			55,00	75,00		Verschil factuur	0,00
Factuur 2	Gedeeltelijk aanvaard	RT 20		0,00									
	A	RT 30	0	25,00							Niet op afrekenbestand		
	W	RT 30	0	30,00			0,00					Z 19 - Z 114	30,00
	C	RT 50	1	50,00				40,00				Z 19 - Z 115	10,00
	W	RT 50	1	25,00				0,00				Z 19 - Z 115	25,00
		RT 80			75,00	55,00			25,00	40,00		Verschil factuur	65,00
Factuur 3	Geweigerd	RT 20		0,00									
	W	RT 30	0	25,00			0,00					Z 19 - Z 114	25,00
	W	RT 30	0	30,00			0,00					Z 19 - Z 114	30,00
	W	RT 50	1	50,00			0,00					Z 19 - Z 115	50,00
	W	RT 50	1	25,00			0,00					Z 19 - Z 115	25,00
		RT 80			75,00	55,00			0,00	0,00		Verschil factuur	130,00
Factuur 4	wijziging nomenclatuurcode	RT 20		0,00									
	A	RT 30	0	25,00							Niet op afrekenbestand		
	bedrag identiek	RT 30	0	30,00				30,00			RT 30 Z 117 ingevuld	Z 19 - Z 114	0,00
	bedrag identiek	RT 50	1	50,00			50,00				RT 40/50 Z 117 ingevuld	Z 19 - Z 115	0,00
	A	RT 50	1	25,00							Niet op afrekenbestand		
		RT 80			75,00	55,00			55,00	75,00		Verschil factuur	0
												Verschil zending	195,00

		A	B	Tot.
Ingediend	Factuur 1 - Z 19	55,00	75,00	130,0
	Factuur 2 - Z 19	55,00	75,00	130,0
	Factuur 3 - Z 19	55,00	75,00	130,0
	Factuur 4 - Z 19	55,00	75,00	130,0
				520,0
Betaling	Factuur 1 - Z 114/115	55,00	75,00	130,0
	Factuur 2 - Z 114/115	25,00	40,00	65,00
	Factuur 3 - Z 114/115	0,00	0,00	0,00
	Factuur 4 - Z 114/115	55,00	75,00	130,0
				325,0

Verschil 520,00 - 325,00 = 195,*00*

Recordtype	10		20		21			30		40	
zone	posities	aanvang zending	posities	aanvang factuur	zone	posities	Lezing gegevens ziekenhuizen	posities	verpleegdagen	posities	Farmaceutische producten
1	1-2	recordtype 10	1-2	recordtype 20	1	1-2	recordtype 21	1-2	recordtype 30	1-2	recordtype 40
2	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record	2	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record
3	9-9	indexcode	9-9	toest. 3de betalende	3	9-12	uur van lezing identiteitsdocument	9-9	norm verpleegdag	9-9	norm verstrekking
4	10-16	versie bestand	10-16	uur van opname	4	13-20	datum van lezing identiteitsdocument	10-16	ps-code verpleegdag/forf.	10-16	ps-code cat.geneesmiddel
5	17-24	financieel rekeningnr. a	17-24	datum van opname	5	21-21	type van lezing identiteitsdocument	17-24	datum 1ste gefact. dag	17-24	datum 1ste gefact. dag
6 a	25-28		25-28	datum van ontslag	6	22-22	type van drager identiteitsdocument	25-28	datum laatste gefactureerde dag	25-28	datum laatste gefactureerde dag
6 b	29-32	0	29-32					29-32		29-32	
7	33-35	zendingsnummer	33-35	nr. zkf aansluiting	7	23-23	reden gebruik vignet	33-35	nr. zkf aansluiting	33-35	nr. zkf aansluiting
8 a	36-47	fin. rekeningnr. b	36-47	identificatie rechthebbende	8	24-24	reden manuele invoering of a posteriori lezing	36-47	identificatie rechthebbende	36-47	identificatie rechthebbende
8 b	48-48	0	48-48					48-48		48-48	
9	49-49	code a.p.f.	49-49	geslacht rechthebb.	9	25-39	serienummer van de drager	49-49	geslacht rechthebb.	49-49	geslacht rechthebb.
10	50-50	code afr.bestand	50-50	type factuur	10	40-348	0	50-50	bevalling	50-50	bevalling
11	51-51	0	51-51	type facturering				51-51	verwijzing fin. reknr.	51-51	verwijzing fin. reknr.
12	52-52	0	52-52	0				52-52	0	52-52	0
13	53-55	inhoud facturatie	53-55	dienst 721 bis				53-55	dienstcode	53-55	dienstcode
14	56-67	nr. 3de betalende	56-67	nr. fact. instelling				56-67	plaats van verstrekking	56-67	plaats van verstrekking
15	68-79	nr. accredit. NIC	68-79	instelling van verblijf				68-79	ident. overeenk./ inricht. verbl.	68-79	ident. overeenk./ inricht. verbl.
16	80-80	0	80-80	code stuit. verjaring				80-80	0	80-80	gratis geneesmiddelen
17	81-84	0	81-84	reden behandeling				81-84	betrekkelijke verstrekking	81-84	betrekkelijke verstrekking
18	85-87	0	85-87	nr. zkf bestemming				85-87		85-87	
19	88-99	0	88-99	nummer opname				88-99	teken + bedrag v.i.	88-99	teken + bedrag v.i.
20	100-106	0	100-106	datum akkoord revalidatiebehand.				100-106	0	100-106	r datum voorschrift
21	107-107	0	107-107					107-107	0	107-107	
22	108-112	gefactureerd jaar	108-112	uur van ontslag				108-112	teken + aant. dagen of forf.	108-112	teken + aant. eenheden
23	113-114	gefactureerde maand	113-114	0				113-114	0	113-114	f eenheid
24	115-119	0	115-119	nummer individuele factuur				115-119	teken + grootte orde verblijfskosten	115-119	identificatie voorschrijver
25	120-126	datum van opstelling	120-126					120-126		120-126	
26	127-127		127-127	toep. soc. franchise				127-127	0	127-127	0
27	128-137	KBO-nummer	128-137	c.g.1 + c.g.2				128-137	teken + p.a. patient	128-137	teken + p.a. patient
28	138-162	ref. instelling	138-162	referentie instelling				138-162	referentie instelling	138-162	referentie instelling
29	163-164	0	163-164	nummer vorige factuur				163-164	0	163-164	0
30	165-166	0	165-166					165-166	teken + bedrag supplement	165-166	teken + bedrag supplement
31	167-174	bic financiele rekening a	167-174					167-174		167-174	
32	175-175		175-175	flag identif. rechth.				175-175	uitz. derdebetalersreg.	175-175	uitz. derdebetalersreg.
33	176-176		176-176	0				176-176	code fact. p.a. of suppl.	176-176	code fact. p.a. of suppl.
34	177-177		177-177	nummer vorige zending				177-177	0	177-177	code uitzondering profylaxie
35	178-178	0	178-178					178-178	0	178-178	
36	179-179	iban financiele rekening a	179-179					179-179	0	179-179	flag inn
37	180-182		180-182	nr. zf vorige facturer.				180-182	0	180-182	f galenische vorm
38	183-194		183-194	referentie zkf fin. rekeningnr. a				183-194	0	183-194	nr. tariferingsdienst
39	195-204		195-204					195-204	0	195-204	teken + theor. p.a. patient
40	205-206		205-206	0				205-206	0	205-206	nummer product
41	207-212		207-212	vorig gefact.jaar en maand				207-212	0	207-212	
42	213-218	0	213-218	referentiegegevens netwert				213-218	0	213-218	omschrijving product
43 a	219-229	bic fin. rekening b	219-229					219-229	0	219-229	
43 b	230-230	0	230-230					230-230	0	230-230	
44	231-234	0	231-234					231-234	0	231-234	
45	235-260	gereserveerd (staatshervorming)	235-260					235-260	0	235-260	
46	261-261		261-261	0				261-261	0	261-261	0
47a	262-268		262-268	datum facturering				262-268	datum akkoord verstr.	262-268	datum akkoord verstr.
47b	269-269	0	269-269					269-269		269-269	
48	270-270	gereserveerd (staatshervorming)	270-270	0				270-270	transplantatie	270-270	transplantatie
49	271-282	iban financiele rekening b	271-282	referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer b				271-282	0	271-282	nr. apotheker titularis
50 a	283-285		283-285					283 - 285	0	283 - 285	f geboortejaar
50 b	286-286		286-286					286-286	0	286-286	
51	287 - 292		287 - 292					287 - 292	ziekenhuissite	287 - 292	ziekenhuissite
52	293-304		293-304	opnamenummer van de moeder				293-304	identif. assoc. zorggebied	293-304	identif. assoc. zorggebied
53	305-312	gereserveerd (staatshervorming)	305-312	begindat. verzekerb.				305-312	0	305-312	0
54a	313-315		313-315	einddat. verzekerb.				313-315	0	313-315	0
54b	316-316	0	316-316					316-316		316-316	
54c	317-320	0	317-320					317-320		317-320	
55	321-328	0	321-328	datum meded. info				321-328	0	321-328	0
56	329-332	0	329-332	maf lopend jaar				329-332	0	329-332	0
57	333-336	0	333-336	maf lopend jaar - 1				333-336	0	333-336	0
58	337-340	0	337-340	maf lopend jaar - 2				337-340	0	337-340	0
59	341-346	0	341-346	0				341-346	0	341-346	0
98	347-348	0	347-348	0				347-348	0	347-348	Flag BTW
99	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record	99	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record

(☞3)

Bijlage 6 vervolg

Recordtype	50		51		52		80		90	
zone	posities	verstrekkingen of leveringen	posities	Tariefverbintenis e-fac	posities	Vervolg record 50	posities	einde factuur	posities	einde zending
1	1-2	recordtype 50	1-2	recordtype 51	1-2	Recordtype 52	1-2	recordtype 80	1-2	recordtype 90
2	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record	3-8	volgnr. record
3	9-9	norm verstrekking (%)	9-9	0	9-9	Reden manuele invoering	9-9	0	9-9	0
4	10-16	(pseudo-)nomencl.code	10-16	(ps-)nom.code	10-16	(pseudo-)nomencl.code	10-16	uur van opname	10-16	0
5	17-24	datum 1ste verr. verstr.	17-24	datum verstr.	17-24	datum verstrekking	17-24	datum opname	17-24	financieel rekeningnr. a
6 a	25-28	datum laatste verrichte verstrekking	25-28	0	25-28	Datum van lezing identiteitsdocument	25-28	datum van ontslag	25-28	
6 b	29-32		29-32	0	29-32		29-32		29-32	0
7	33-35	nr. zkf aansluiting	33-35	0	33-35	0	33-35	nr. zkf aansluiting	33-35	zendingsnr.
8 a	36-47	identificatie rechthebbende	36-47	identificatie rechthebbende	36-47	Identificatie rechthebbende	36-47	identificatie rechthebbende	36-47	fin. rek.nr b
8 b	48-48		48-48		48-48		48-48		48-48	0
9	49-49	geslacht rechthebb.	49-49	0	49-49	Type van lezing identiteitsdocument	49-49	geslacht rechth.	49-49	0
10	50-50	bevalling	50-50	0	50-50	Type van drager identiteitsdocument	50-50	type factuur	50-50	0
11	51-51	verwijzing fin. reknr.	51-51	0	51-51	Reden gebruik vignet	51-51	0	51-51	0
12	52-52	nacht, w.e. of feestdag	52-52	0	52-52	Uur van lezing identiteisdocument	52-52	0	52-52	0
13	53-55	dienstcode	53-55	0	53-55		53-55	dienst 721 bis	53-55	0
14	56-67	plaats van verstrekking	56-67	0	56-67	0	56-67	nr. fact. instelling	56-67	nr. 3de betalende
15	68-79	identificatie verstrekker	68-79	identificatie verstrekker	68-79	Identificatie verstrekker	68-79	teken + bedrag fin. reknr. b	68-79	teken + tot. bedr. fin. reknr. b
16	80-80	norm verstrekker	80-80	0	80-94	Serienummer van de drager	80-80	0	80-80	0
17	81-84	betrekkelijke verstrekking	81-84	Betrekkelijke verstrekking	95-119	Nummer bewijsstuk	81-84	Reden behandeling	81-84	0
18	85-87		85-87		120-131	Uniek nummer toestel medische beeldvorming	85-87	nr. zf bestemming	85-87	0
19	88-99	teken + bedrag v.i.	88-99	teken + bedrag v.i.	132-151	Nummer akkoord	88-99	teken + bedrag fin. reknr. a	88-99	teken + tot. bedr. fin. reknr. a
20	100-106	datum voorschrift	100-106	0	152-348	0	100-106	factuurdatum	100-106	0
21	107-107		107-107	0			107-107		107-107	0
22	108-112	teken + aant. eenheden	108-112	0			108-112	uur van ontslag	108-112	gefact. jaar
23	113-114	afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	113-114	0			113-114	0	113-114	gefact. maand
24	115-119	identificatie voorschrijver	115-119	0			115-119	nummer individuele factuur	115-119	0
25	120-126		120-126	0			120-126		120-126	0
26	127-127	norm voorschrijver	127-127	0			127-127	0	127-127	0
27	128-137	teken + p.a. patient	128-137	c.g.1 + c.g.2			128-137	teken + p.a. patient	128-137	KBO-nummer
28	138-162	referentie instelling	138-162	0			138-162	referentie instelling	138-162	ref. instelling
29	163-164	behandelde tand	163-164	0			163-164	0	163-164	0
30	165-166	teken + bedrag supplement	165-166	0			165-166	teken + bedrag supplement	165-166	0
31	167-174		167-174	0			167-174		167-174	bic financiele rekening a
32	175-175	uitz. derdebetalersreg.	175-175	0			175-175	flag identif. rechth.	175-175	
33	176-176	code fact. p.a. of suppl.	176-176	0			176-176	0	176-176	
34	177-177	behandeld lid	177-177	0			177-177	0	177-177	
35	178-178	geconvent. verstrekker	178-178	0			178-178	0	178-178	0
36	179-179	uur van prestatie	179-179	0			179-179	0	179-179	iban financiele rekening a
37	180-182		180-182	0			180-182	0	180-182	
38	183-194	ident. toedienaar bloed	183-194	0			183-194	Teken + voorsch. fin. reknr. a	183-194	
39	195-204	nummer attest van toediening	195-204	0			195-204	0	195-204	
40	205-206		205-206	0			205-206	0	205-206	
41	207-212	nummer afleveringsbon of zak	207-212	0			207-212	0	207-212	
42	213-218		213-218	Nummer akkoord tariefverbintenis			213-218	0	213-218	0
43 a	219-229	code implant	219-229				219-229	0	219-229	bic fin. rek.nr b
43 b	230-230		230-230				230-230		230-230	0
44	231-234	omschrijving product	231-234				231-234	0	231-234	0
45	235-260		235-260				235-260	0	235-260	gereserveerd (staatshervorming)
46	261-261	norm plafond	261-261	0			261-261	0	261-261	
47 a	262-268	basiswaarde verstrekking	262-268	0			262-268	0	262-268	
47 b	269-269		269-269	0			269-269	0	269-269	0
48	270-270	transplantatie	270-270	0			270-270	0	270-270	0
49	271-282	Ident -bijkomende verstrekker	271-282	0			271-282	0	271-282	iban financiele rekening b
50 a	283-285	aandeel in forfait	283-285	0			283 - 285	0	283 - 285	
50 b	286-286	0	286-286	0			286 - 286	0	286 - 286	
51	287-292	ziekenhuissite	287-292	0			287 - 292	0	287 - 292	
52	293-304	identif. assoc. zorggeb.	293-304	0			293-304	0	293-304	
53	305-312	ritnummer	305-312	0			305-312	0	305-312	gereserveerd (staatshervorming)
54a	313-315		313-315	0			313-315	0	313-315	
54b	316-316	flag GPS	316-316	0			316-316	0	316-316	0
54c	317-320	0	317-320	0			317-320	0	317-320	0
55	321-328	notificatiecode implantaat	321-328	dat meded. info			321-328	gereserveerd (staatshervorming)	321-328	gereserveerd (staatshervorming)
56	329-332		329-332	0			329-332		329-332	
57	333-336	registratiecode	333-336	0			333-336	0	333-336	0
58	337-340		337-340	0			337-340	0	337-340	0
59	341-346		341-346	0			341-346	0	341-346	0
98	347-348	Flag BTW	347-348	0			347-348	c.c. factuur	347-348	c.c. zending
99	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record	349-350	c.c. record

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 10
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	aantal financiele rekeningnummers (indexcode)
4	7 N	10 - 16	versie bestand
5	8 N	17 - 24	financieel rekeningnummer a (deel 1)
6 a	4 N	25 - 28	financieel rekeningnummer a (deel 2)
6 b	4 N	29 - 32	reserve
7	3 N	33 - 35	zendingsnummer
8 a	12 N	36 - 47	financieel rekeningnummer b
8 b	1 N	48 - 48	reserve
9	1 N	49 - 49	code afschaffing papieren factuur
10	1 N	50 - 50	code afrekeningsbestand
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	inhoud facturatie
14	12 N	56 - 67	nummer derdebetalende
15	12 N	68 - 79	nummer accreditering nic
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	reserve
18	3 N	85 - 87	reserve
19	12 N	88 - 99	reserve
20	7 N	100 - 106	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	5 N	108 - 112	gefactureerd jaar
23	2 N	113 - 114	gefactureerde maand
24	5 N	115 - 119	reserve
25	7 N	120 - 126	datum van opstelling (deel 1) jjjjmmd
26	1 N	127 - 127	datum van opstelling (deel 2) d
27	10 N	128 - 137	KBO-nummer
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	reserve
30	2 N	165 - 166	reserve
31	8 A	167 - 174	bic financiele rekening a (deel 1)
32	1 A	175 - 175	bic financiele rekening a (deel 2)
33	1 A	176 - 176	bic financiele rekening a (deel 3)
34	1 A	177 - 177	bic financiele rekening a (deel 4)
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 A	179 - 179	iban financiele rekening a (deel 1)
37	3 A	180 - 182	iban financiele rekening a (deel 2)
38	12 A	183 - 194	iban financiele rekening a (deel 3)
39	10 A	195 - 204	iban financiele rekening a (deel 4)
40	2 A	205 - 206	iban financiele rekening a (deel 5)
41	6 A	207 - 212	iban financiele rekening a (deel 6)
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 A	219 - 229	bic financiele rekening b
43 b	1 N	230 - 230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 A	235 - 260	gereserveerd (staatshervorming)
46	1 A	261 - 261	gereserveerd (staatshervorming)
47 a	7 A	262 - 268	gereserveerd (staatshervorming)
47 b	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	gereserveerd (staatshervorming)
49	12 A	271 - 282	iban financiele rekening b (deel 1)
50 a	3 A	283 - 285	iban financiele rekening b (deel 2)
50 b	1 A	286 - 286	iban financiele rekening b (deel 2bis)
51	6 A	287 - 292	iban financiele rekening b (deel 3)
52	12 A	293 - 304	iban financiele rekening b (deel 4)
53	8A	305 - 312	gereserveerd (staatshervorming)
54 a	3A	313 - 315	gereserveerd (staatshervorming)
54 b	1N	316 - 316	reserve
54 c	4N	317 - 320	reserve
55	8N	321 - 328	reserve
56	4N	329 - 332	reserve
57	4N	333 - 336	reserve
58	4N	337 - 340	reserve
59	6N	341 - 346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 20
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	toestemming derdebetalende
4	7 N	10 - 16	uur van opname
5	8 N	17 - 24	datum van opname
6 a	4 N	25 - 28	datum van ontslag (deel 1)
6 b	4 N	29 - 32	datum van ontslag (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	type factuur
11	1 N	51 - 51	type facturering
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	dienst 721 bis
14	12 N	56 - 67	nummer facturerende instelling
15	12 N	68 - 79	instelling van verblijf
16	1 N	80 - 80	code stuiten verjaringstermijn
17	4 N	81 - 84	reden behandeling
18	3 N	85 - 87	nummer ziekenfonds van bestemming
19	12 N	88 - 99	nummer opname
20	7 N	100 - 106	datum akkoord revalidatiebehandeling (deel 1)
21	1 N	107 - 107	datum akkoord revalidatiebehandeling (deel 2)
22	5 N	108 - 112	uur van ontslag
23	2 N	113 - 114	reserve
24	5 N	115 - 119	nummer individuele factuur (deel 1)
25	7 N	120 - 126	nummer individuele factuur (deel 2)
26	1 N	127 - 127	toepassing sociale franchise
27	10 N	128 - 137	cg 1 + cg 2
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	nummer vorige factuur (deel 1)
30	2 N	165 - 166	nummer vorige factuur (deel 2)
31	8 N	167 - 174	nummer vorige factuur (deel 3)
32	1 N	175 - 175	flag identificatie rechthebbende
33	1 N	176 - 176	reserve
34	1 N	177 - 177	nummer vorige zending (deel 1)
35	1 N	178 - 178	nummer vorige zending (deel 2)
36	1 N	179 - 179	nummer vorige zending (deel 3)
37	3 N	180 - 182	nummer ziekenfonds vorige facturering
38	12 A	183 - 194	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr. a (deel 1)
39	10 A	195 - 204	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr. a (deel 2)
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	vorig gefactureerd jaar en maand
42	6 A	213 - 218	referentiegegevens netwerk (deel 1)
43 a	11 A	219 - 229	referentiegegevens netwerk (deel 2)
43 b	1 A	230-230	referentiegegevens netwerk (deel 3)
44	4 A	231 - 234	referentiegegevens netwerk (deel 4)
45	26 A	235 - 260	referentiegegevens netwerk (deel 5)
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	datum van facturering (deel 1)
47 b	1 N	269 - 269	datum van facturering (deel 2)
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 A	271 - 282	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 1)
50 a	3 A	283 - 285	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 2)
50 b	1 A	286 - 286	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 2 bis)
51	6 A	287 - 292	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 3)
52	12 N	293-304	opnamenummer van de moeder
53	8 N	305-312	begindatum verzekerbaarheid
54a	3N	313-315	einddatum verzekerbaarheid (deel 1)
54b	1N	316-316	einddatum verzekerbaarheid (deel 2)
54c	4N	317-320	einddatum verzekerbaarheid (deel 3)
55	8 N	321-328	datum mededeling informatie
56	4 N	329-332	maf lopend jaar
57	4 N	333-336	maf lopend jaar - 1
58	4 N	337-340	maf lopende jaar - 2
59	6 N	341-346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

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

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 30
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	norm verpleegdag
4	7 N	10 - 16	pseudo-code verpleegdag en forfait
5	8 N	17 - 24	datum eerste gefactureerde dag
6 a	4 N	25 - 28	datum laatste gefactureerde dag (deel 1)
6 b	4 N	29 - 32	datum laatste gefactureerde dag (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	reserve
13	3 N	53 - 55	dienstcode
14	12 N	56 - 67	plaats van verstrekking
15	12 N	68 - 79	identificatie overeenkomst / inrichting van verblijf
16	1 N	80 - 80	reserve
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	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	1 A + 4 N	108 - 112	teken + aantal dagen of forfaits
23	2 N	113 - 114	reserve
24	5 N	115 - 119	teken + indicatief bedrag grootte orde verblijfskosten (deel 1)
25	7 N	120 - 126	indicatief bedrag grootte orde verblijfskosten (deel 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	reserve
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	reserve
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 N	179 - 179	reserve
37	3 N	180 - 182	reserve
38	12 N	183 - 194	reserve
39	10 N	195 - 204	reserve
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	reserve
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 N	219 - 229	reserve
43 b	1 N	230-230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 N	235 - 260	reserve
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	datum akkoord verstrekking (deel 1)
47 b	1 N	269 - 269	datum akkoord verstrekking (deel 2)
48	1 N	270 - 270	transplantatie
49	12 N	271 - 282	reserve
50 a	3 N	283 - 285	reserve
50 b	1 N	286 - 286	reserve
51	6N	287-292	ziekenhuissite
52	12N	293-304	identificatie associatie zorggebied
53	8N	305-312	reserve
54a	3N	313-315	reserve
54b	1N	316-316	reserve
54c	4N	317-320	reserve
55	8N	321-328	reserve
56	4N	329-332	reserve
57	4N	333-336	reserve
58	4N	337-340	reserve
59	6N	341-346	reserve
98	2 N	347 - 348	reserve
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 40
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	norm verstrekking
4	7 N	10 - 16	pseudo-code categorie geneesmiddel
5	8 N	17 - 24	datum eerste gefactureerde dag
6 a	4 N	25 - 28	datum laatste gefactureerde dag (deel 1)
6 b	4 N	29 - 32	datum laatste gefactureerde dag (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	reserve
13	3 N	53 - 55	dienstcode
14	12 N	56 - 67	plaats van verstrekking
15	12 N	68 - 79	identificatie overeenkomst / inrichting van verblijf
16	1 N	80 - 80	gratis geneesmiddelen
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	eenheid
24	5 N	115 - 119	identificatie voorschrijver (deel 1)
25	7 N	120 - 126	identificatie voorschrijver (deel 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	reserve
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	code uitzondering profylaxie (deel 1)
35	1 N	178 - 178	code uitzondering profylaxie (deel 2)
36	1 N	179 - 179	flag inn
37	3 N	180 - 182	galenische vorm
38	12 N	183 - 194	nummer tariferingsdienst
39	1 A + 9 N	195 - 204	teken + theoretische persoonlijk aandeel patient
40	2 N	205 - 206	nummer product (deel 1)
41	6 N	207 - 212	nummer product (deel 2)
42	6 A	213 - 218	omschrijving product (deel 1)
43 a	11 A	219 - 229	omschrijving product (deel 2)
43 b	1 A	230-230	omschrijving product (deel 3)
44	4 A	231 - 234	omschrijving product (deel 4)
45	26 A	235 - 260	omschrijving product (deel 5)
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	datum akkoord verstrekking (deel 1)
47 b	1 N	269 - 269	datum akkoord verstrekking (deel 1)
48	1 N	270 - 270	transplantatie
49	12 N	271 - 282	nummer apotheker titularis
50 a	3 N	283 - 285	geboortejaar (deel 1)
50 b	1 N	286 - 286	geboortejaar (deel 2)
51	6N	287-292	ziekenhuissite
52	12N	293-304	identificatie associatie zorggebied
53	8N	305-312	reserve
54 a	3N	313-315	reserve
54 b	1N	316-316	reserve
54 c	4N	317-320	reserve
55	8N	321-328	reserve
56	4N	329-332	reserve
57	4N	333-336	reserve
58	4N	337-340	reserve
59	6N	341-346	reserve
98	2 N	347 - 348	flag BTW
99	2 N	349 - 350	controle cijfer 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	afwijking maximaal aantal of identieke prestatie
24	5 N	115 - 119	identificatie voorschrijver (deel 1)
25	7 N	120 - 126	identificatie voorschrijver (deel 2)
26	1 N	127 - 127	norm voorschrijver
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient
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 A	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 a	1 A + 6 N	262 - 268	basiswaarde verstrekking (deel 1)
47 b	1 N	269 - 269	basiswaarde verstrekking (deel 2)
48	1 N	270 - 270	transplantatie
49	12 N	271 - 282	identificatie bijkomende verstrekker
50 a	3 N	283 - 285	aandeel in forfait
50 b	1 N	286 - 286	reserve
51	6N	287-292	ziekenhuissite
52	12N	293-304	identificatie associatie zorggebied
53	8A	305-312	ritnummer (deel 1)
54 a	3A	313-315	ritnummer (deel 2)
54 b	1N	316-316	flag GPS
54 c	4N	317-320	reserve
55	8N	321-328	notificatiecode implantaat (deel 1)
56	4N	329-332	notificatiecode implantaat (deel 2)
57	4N	333-336	registratiecode (deel 1)
58	4N	337-340	registratiecode (deel 2)
59	6N	341-346	registratiecode (deel 3)
98	2 N	347 - 348	flag BTW
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

Zone	Lengte	Posities	Beschrijving zone
1	2N	1-2	Recordtype 51
2	6N	3-8	Volgnummer record
3	1N	9-9	Reserve
4	7N	10-16	(Pseudo-)nomenclatuurcode
5	8N	17-24	Datum verstrekking
6a	4N	25-28	Reserve
6b	4N	29-32	Reserve
7	3N	33-35	Reserve
8a	12A	36-47	Identificatie rechthebbende
8b	1A	48-48	
9	1N	49-49	Reserve
10	1N	50-50	Reserve
11	1N	51-51	Reserve
12	1N	52-52	Reserve
13	3N	53-55	Reserve
14	12N	56-67	Reserve
15	12N	68-79	Identificatie verstrekker
16	1N	80-80	Reserve
17	4N	81-84	Betrekkelijke verstrekking
18	3N	85-87	
19	1A + 11N	88-99	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming
20	7N	100-106	Reserve
21	1N	107-107	Reserve
22	5N	108-112	Reserve
23	2N	113-114	Reserve
24	5N	115-119	Reserve
25	7N	120-126	Reserve
26	1N	127-127	Reserve
27	10N	128-137	Code Gerechtigde 1 + 2
28	25N	138-162	Reserve
29	2N	163-164	Reserve
30	2N	165-166	Reserve
31	8N	167-174	Reserve
32	1N	175-175	Reserve
33	1N	176-176	Reserve
34	1N	177-177	Reserve
35	1N	178-178	Reserve
36	1N	179-179	Reserve
37	3N	180-182	Reserve
38	12N	183-194	Reserve
39	10N	195-204	Reserve
40	2N	205-206	Reserve
41	6N	207-212	Reserve
42	6N	213-218	Nummer akkoord tariefverbintenis
43 a	11N	219-229	
43 b	1N	230-230	
44	4N	231-234	
45	26N	235-260	
46	1N	261-261	Reserve
47 a	7N	262-268	Reserve
47 b	1N	269-269	Reserve
48	1N	270-270	Reserve
49	12N	271-282	Reserve
50 a	3N	283-285	Reserve
50 b	1N	286-286	Reserve
51	6N	287-292	Reserve
52	12N	293-304	Reserve
53	8N	305-312	Reserve
54 a	3N	313-315	Reserve
54 b	1N	316-316	Reserve
54 c	4N	317-320	Reserve
55	8N	321-328	Datum mededeling informatie
56	4N	329-332	Reserve
57	4N	333-336	Reserve
58	4N	337-340	Reserve
59	6N	341-346	Reserve
98	2N	347-348	Reserve
99	2N	349-350	Controlecijfer record

Bijlage 6.8

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	Recordtype 52
2	6 N	3 - 8	Volgnummer record
3	1 N	9 - 9	Reden manuele invoering
4	7 N	10 - 16	Nomenclatuurcode
5	8 N	17 - 24	Datum verstrekking
6 a	4 N	25 - 28	Datum van lezing identiteitsdocument
6 b	4 N	29 - 32	
7	3 N	33 - 35	Reserve
8 a	12 A	36 - 47	INSZ, behalve ingeval van internationale verdragen of pasgeborenen
8 b	1 A	48 - 48	
9	1 A	49 - 49	Type van lezing identiteitsdocument
10	1 A	50 - 50	Type van drager identiteitsdocument
11	1 N	51 - 51	Reden gebruik vignet
12	1 N	52 - 52	Uur van lezing identiteitsdocument
13	3 N	53 - 55	
14	12 N	56 - 67	Reserve
15	12 N	68 - 79	RIZIV-nummer
16	15 A	80 - 94	Serienummer van de drager
17	25 N	95 - 119	Nummer bewijsstuk
18	12 N	120 - 131	Uniek nummer toestel medische beeldvorming
(☞3) 19	20 A	132 - 151	Nummer akkoord
19-98	217 N	152 - 348	Reserve
99	2 N	349 - 350	Controlecijfer record

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 80
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	reserve
4	7 N	10 - 16	uur van opname
5	8 N	17 - 24	datum van opname
6 a	4 N	25 - 28	datum van ontslag (deel 1)
6 b	4 N	29 - 32	datum van ontslag (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	type factuur
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	dienst 721 bis
14	12 N	56 - 67	nummer facturerende instelling
15	1 A + 11 N	68 - 79	teken + bedrag financieel rekeningnummer b
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	reden behandeling
18	3 N	85 - 87	nummer ziekenfonds van bestemming
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + bedrag financieel rekeningnummer a
20	7 N	100 - 106	factuurdatum (deel 1)
21	1 N	107 - 107	factuurdatum (deel 2)
22	5 N	108 - 112	uur van ontslag
23	2 N	113 - 114	reserve
24	5 N	115 - 119	nummer individuele factuur (deel 1)
25	7 N	120 - 126	nummer individuele factuur (deel 2)
26	1 N	127 - 127	reserve
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	reserve
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	flag identificatie rechthebbende
33	1 N	176 - 176	reserve
34	1 N	177 - 177	reserve
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 N	179 - 179	reserve
37	3 N	180 - 182	reserve
38	1 A + 11 N	183 - 194	teken + voorschot financieel rekeningnummer a
39	10 N	195 - 204	reserve
40	2 N	205 - 206	reserve
41	6 N	207 - 212	reserve
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 N	219 - 229	reserve
43 b	1 N	230-230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 N	235 - 260	reserve
46	1 N	261 - 261	reserve
47 a	7 N	262 - 268	reserve
47 a	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 N	271 - 282	reserve
50 a	3 N	283 - 285	reserve
50 b	1 N	286 - 286	reserve
51	6N	287-292	reserve
52	12N	293-304	reserve
53	8N	305-312	reserve
54 a	3N	313-315	reserve
54 b	1N	316-316	reserve
54 c	4N	317-320	reserve
55	1 A + 7 N	321-328	gereserveerd (staatshervorming)
56	4N	329-332	gereserveerd (staatshervorming)
57	4N	333-336	reserve
58	4N	337-340	reserve
59	6N	341-346	reserve
98	2 N	347 - 348	controle cijfer factuur
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record

zone	lengte	posities	beschrijving zone
1	2 N	1 - 2	recordtype 90
2	6 N	3 - 8	volgnummer record
3	1 N	9 - 9	reserve
4	7 N	10 - 16	reserve
5	8 N	17 - 24	financieel rekeningnummer a (deel 1)
6 a	4 N	25 - 28	financieel rekeningnummer a (deel 2)
6 b	4 N	29 - 32	reserve
7	3 N	33 - 35	zendingsnummer
8 a	12 N	36 - 47	financieel rekeningnummer b
8 b	1 N	48 - 48	reserve
9	1 N	49 - 49	reserve
10	1 N	50 - 50	reserve
11	1 N	51 - 51	reserve
12	1 N	52 - 52	reserve
13	3 N	53 - 55	reserve
14	12 N	56 - 67	nummer derdebetalende
15	1 A + 11 N	68 - 79	teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer b
16	1 N	80 - 80	reserve
17	4 N	81 - 84	reserve
18	3 N	85 - 87	reserve
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer a
20	7 N	100 - 106	reserve
21	1 N	107 - 107	reserve
22	5 N	108 - 112	gefactureerd jaar
23	2 N	113 - 114	gefactureerde maand
24	5 N	115 - 119	reserve
25	7 N	120 - 126	reserve
26	1 N	127 - 127	reserve
27	10 N	128 - 137	KBO-nummer
28	25 A	138 - 162	referentie instelling
29	2 N	163 - 164	reserve
30	2 N	165 - 166	reserve
31	8 A	167 - 174	bic financiele rekening a (deel 1)
32	1 A	175 - 175	bic financiele rekening a (deel 2)
33	1 A	176 - 176	bic financiele rekening a (deel 3)
34	1 A	177 - 177	bic financiele rekening a (deel 4)
35	1 N	178 - 178	reserve
36	1 A	179 - 179	iban financiele rekening a (deel 1)
37	3 A	180 - 182	iban financiele rekening a (deel 2)
38	12 A	183 - 194	iban financiele rekening a (deel 3)
39	10 A	195 - 204	iban financiele rekening a (deel 4)
40	2 A	205 - 206	iban financiele rekening a (deel 5)
41	6 A	207 - 212	iban financiele rekening a (deel 6)
42	6 N	213 - 218	reserve
43 a	11 A	219 - 229	bic financiele rekening b
43 b	1 N	230-230	reserve
44	4 N	231 - 234	reserve
45	26 A	235 - 260	gereserveerd (staatshervorming)
46	1 A	261 - 261	gereserveerd (staatshervorming)
47a	7 A	262 - 268	gereserveerd (staatshervorming)
47b	1 N	269 - 269	reserve
48	1 N	270 - 270	reserve
49	12 A	271 - 282	iban financiele rekening b (deel 1)
50 a	3 A	283 - 285	iban financiele rekening b (deel 2)
50 b	1 A	286 - 286	iban financiele rekening b (deel 2 bis)
51	6 A	287-292	iban financiele rekening b (deel 3)
52	12 A	293-304	iban financiele rekening b (deel 4)
53	8 A	305-312	gereserveerd (staatshervorming)
54a	3 A	313-315	gereserveerd (staatshervorming)
54b	1N	316-316	reserve
54c	4N	317-320	reserve
55	1 A + 7 N	321-328	gereserveerd (staatshervorming)
56	4N	329-332	gereserveerd (staatshervorming)
57	4N	333-336	reserve
58	4N	337-340	reserve
59	6N	341-346	reserve
98	2 N	347 - 348	controle cijfer zending
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 en met 80, zone 28 van recordtypes 10, 20, 30, 40, 50, 80 en 90, zone 42 tot en met 45 van recordtypes 20, 40 en 51, zone 38-39 en zone 49-51 van recordtype 20, zone 32, 41-42 , 44-45 en 53-54a van recordtype 50 en zones 31-32-33-34, 36-37-38-39-40-41, 43a, 49-50-51-52 van
(☞3) de recordtypes 10 en 90, zones 9, 10 16 en 19 van recordtype 52 en zones 5, 6 en 9 van recordtype 21.

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

b. Bedragzones.

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

R 30 Z 19, Z 27, Z 30-31
R 40 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 39
R 50 Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 47
R 51 Z 19
R 80 Z 15, Z 19, Z 27, Z 30-31, Z 38
R 90 Z 15, Z 19

In al de bedragzones is de eerste positie links alfanumeriek en gereserveerd voor het algebraïsch teken + of -.
De 2 eerste posities rechts worden gelezen als decimale getallen.

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

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 een recordtype 50
met persoonlijk aandeel ncpap (765951) of indien het gaat om een record met een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal in ROB-RVT (pseudo-code
763593) of een record met een bedrag "betaalbaarheid PVT" (pseudo-code 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).
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.

e. Zone met referentiegegevens netwerk

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).

(☞3) **g. Zone met nummer akkoord (R 52 Z 19).**

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).

Bijlage 8.1

	FACTURATIE DOOR ZIEKENHUIZEN	R 10 Z 14	R 20 Z 10	R 20 Z 14	R 20 Z 15	R 30 Z 13	R 30 Z 14	R 30 Z 15	R 40 Z 13	R 40 Z 14	R 40 Z 15	R 40 Z 38	R 50 Z 13	R 50 Z 14	R 80 Z 14 (idem 20)	R 90 Z 14 (idem 10)
1	* verpleegdag bedragen + geneesmiddelen + verstrekkingen andere dan in punt 7 aan gehospitaliseerden	ZH	1	ZH	ZH	dienst in ZH	ZH	0	dienst in ZH of 0	ZH	0	erk. TD	dienst in ZH	ZH	ZH	ZH
2	* geneesmiddelen + verstrekkingen aan ambulanten andere dan in punt 7	ZH	3	ZH	0	-	-	-	990 of 0	ZH	0	erk. TD	990	ZH	ZH	ZH
3	* forfaitaire verpleegdag in ZH voor ambulante patienten (0761036 -> 0761235)	ZH	9	ZH	0	710->760	ZH	0	710->760 of 0	ZH	0	erk. TD	710->760	ZH	ZH	ZH
	(+ geneesmiddelen + verstrekkingen andere dan in punt 7)					840			840 of 0				840			
	met uitzondering van de nierdialyse (0761272)															
4	* forfaitaire verpleegdag voor elders gehospitaliseerd (0761040 -> 0761246)															
	(+ geneesmiddelen + verstrekkingen andere dan in punt 7)															
	met uitzondering van de nierdialyse (0761283)															
	- facturatie door ZH van verblijf	ZH verblijf	1	ZH verblijf	ZH verblijf	d ZH verblijf	ZH prest	0	-	-	-	-	d ZH verblijf	ZH prest	ZH verblijf	ZH verblijf
	- facturatie door ZH van prestatie	ZH prest	1	ZH prest	ZH verblijf	002	ZH prest	0	002	ZH prest	0	erk. TD	002	ZH prest	ZH prest	ZH prest
5	* dialyse															
	- forfaitaire tegemoetkomingen (overeenkomst)															
	(+ geneesmiddelen + verstrekkingen andere dan in punt 7)															
	- ambulant	ZH	3 of 9	ZH	0	990 of 750	dialysecentr	0	990 of 750	dialysescent	0	0	990 of 750	dialysecentr	ZH	ZH
	- gehospitaliseerd	ZH	1	ZH	ZH	dienst in ZH	dialysecentr	0	dienst in ZH	dialysecentr	0	0	dienst in ZH	dialysecentr	ZH	ZH
	- honoraria (nomenclatuur of overeenkomst)															
	- ambulant	ZH	3 of 9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	990 of 750	dialysecentr	ZH	ZH
	- gehospitaliseerd	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	dialysecentr	ZH	ZH
6	* Nabehandeling revalidatie 0762134, 0762156, 0762171	ZH	9	ZH	0	760	ZH	0	-	-	-	-	-	-	ZH	ZH
	+ forfaitaire dag in psychiatrie (0761073)															
7	* speciale verstrekkingen															
	- ambulant (of verblijven in RVT, ROB, PVT, BW)															
	- klinische biologie															
	- waarvoor labo erk. vereist is	ZH	3 (of 4)	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	labo	ZH	ZH
	- waarvoor geen labo erk. vereist is															
	- verricht in erkend labo	ZH	3	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	labo	ZH	ZH
	- verricht in verplegingsinrichting	ZH	3	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	ZH	ZH	ZH
	- patiënt verblijft in RVT, ROB, PVT of IBW	ZH	4	ZH	INR(*)	-	-	-	-	-	-	-	990	INR(**)	ZH	ZH
	patiënt ondergaat revalidatiebehandeling	ZH	6	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	reva centrum	ZH	ZH
	- medische beeldvorming	ZH	3 (of 4)	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	med. beeld.	ZH	ZH
	- weefsels	ZH	3 (of 4)	ZH	0 (of INR (*))	-	-	-	-	-	-	-	990	weefselbank	ZH	ZH
	- gehospitaliseerd															
	- klinische biologie															
	- waarvoor labo erk. vereist is	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	labo	ZH	ZH
	- waarvoor geen labo erk. vereist is	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	ZH	ZH	ZH
	- medische beeldvorming	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	med. beeld.	ZH	ZH
	- weefsels	ZH	1	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH	weefselbank	ZH	ZH
	- tijdens forfaitaire verpleegdagen voor ambulante patienten															
	- klinische biologie															
	- waarvoor labo erk. vereist is	ZH	9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	labo	ZH	ZH
	- waarvoor geen labo erk. vereist is	ZH	9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	ZH	ZH	ZH
	- medische beeldvorming	ZH	9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	med. beeld.	ZH	ZH
	- weefsels	ZH	9	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	7X0 (**), 840	weefselbank	ZH	ZH
8	* chirurgisch dagziekenhuis															
	- gewone opname (0768036, 0768051)	ZH	9	ZH	-	320	ZH	0	320 of 0	ZH	0	erk.TD	320	ZH		
	- opname van patiënt die elders gehospitaliseerd is (0768040, 0768062)															
	- facturatie door ZH van verblijf	ZHverblijf	1	ZHverblijf	ZHverblijf	d ZHverblijf	ZHprestatie	0	-	-	-	-	d ZHverblijf	ZHprestatie		
	- facturatie door ZH van prestatie	ZHprestatie	1	ZHprestatie	ZHverblijf	002	ZHprestatie	0	002	ZHprestatie	0	erk.TD	002	ZHprestatie		

(*) met INR wordt de respectievelijke inrichting van verblijf bedoeld (RVT, ROB, PVT, BW).
(**) 7X0 = 710-760

	FACTURATIE DOOR ZIEKENHUIZEN	R 10 Z 14	R 20 Z 10	R 20 Z 14	R 20 Z 15	R 30 Z 13	R 30 Z 14	R 30 Z 15	R 40 Z 13	R 40 Z 14	R 40 Z 15	R 40 Z 38	R 50 Z 13	R 50 Z 14	R 80 Z 14	R 90 Z 14
1	* thuisverpleging	ZH	3	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	990	0	ZH	ZH
2	* verblijven in RVT, ROB, PVT of BW	ZH	4	ZH	RVT	990	ZH	RVT	990 of 0	ZH	RVT	erk. TD	990	RVT	ZH	ZH
	(forfait + geneesmiddelen + verstrekkingen, andere dan in punt 7)	ZH	4	ZH	ROB	990	ZH	ROB	990 of 0	ZH	ROB	erk. TD	990	ROB	ZH	ZH
	afgeleverd door ZH off. moeten gefactureerd via ZH	ZH	4	ZH	PVT	990	ZH	PVT	990 of 0	ZH	PVT	erk. TD	990	PVT	ZH	ZH
	alleen mogelijk indien INR zelfde beheer heeft als ZH	ZH	4	ZH	BW	990	ZH	BW	990 of 0	ZH	BW	erk. TD	990	BW	ZH	ZH
3	* revalidatie verstrekkingen (zonder overeen.) in R 50 Z 4, punt 5.															
	- ambulant	ZH	3	ZH	0	-	-	-	-	-	-	-	990	ZH	ZH	ZH
	- gehospitaliseerd	ZH	1 ***niet 5 of 6!***	ZH	ZH	-	-	-	-	-	-	-	dienst in ZH ***niet 770!***	ZH	ZH	ZH
4	* Revalidatieforfait (vastgesteld bij overeenkomst)															
	+ eventueel geneesmiddelen **(3)** of verstrekkingen die niet worden vergoed via forfait, maar die toch in het kader van de revalidatiebehandeling worden verleend															
	A. Typeovereenkomsten (= modelcontract dat afgesloten wordt met 1 of meerdere ziekenhuizen) **(1)** revalidatiebehandeling gebeurt															
	hetzij extern (ambulant in het ZH of eventueel thuis)	ZH	6	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	ZH	ZH
	hetzij intern (gehospitaliseerd in een bepaalde ZH dienst)	ZH	5	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	ZH	ZH
	B. Specifieke overeenkomsten															
	a) Revacentrum is deel ZH															
	* RIZIV - overeenkomsten															
	Extern reva	ZH	6	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	770 of 0	ZH	nr overeenk	erk. TD	770	nr overeenk	ZH	ZH
	Intern reva	ZH	5	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	770 of 0	ZH	nr overeenk	erk. TD	770	nr overeenk	ZH	ZH
	* ex - RSRMV - overeenkomsten **(2)**															
	Extern reva	ZH	6	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	770	nr overeenk	ZH	ZH
	Intern reva	ZH	5	ZH	nr overeenk	770	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	770	nr overeenk	ZH	ZH
	b) Revacentrum is onafhankelijk van ZH															
	dwz. ZH kan alleen verstrekkingen en geneesmiddellen factureren aan amb patienten die, hetzij extern, hetzij intern, revalidatie volgen in onafhankelijk centrum,															
	ingeval van hospitalisatie wordt revalidatie immers opgeschort															
	extern reva & amb ZH (= amb nomenclatuur)	ZH	6	ZH	nr overeenk	-	-	-	770 of 0	ZH	nr overeenk	erk. TD	770	nr overeenk	ZH	ZH
	intern reva & amb ZH (= gehosp nomenclatuur)	ZH	5	ZH	nr overeenk	-	-	-	770 of 0	ZH	nr overeenk	erk. TD	770	nr overeenk	ZH	ZH
	ZH kan labo factureren in het kader van revaovereenkomsten															
	extern	ZH	6	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	-	770	labo	ZH	ZH
	intern	ZH	5	ZH	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	-	770	labo	ZH	ZH
	meestal gaat het echter om behandelingen buiten het kader van de revalidatieovereenkomst															

(1) Het gaat hier steeds om een externe revalidatie factuur (type 6) met ambulante pseudonomenclatuurcode, dit omdat een eventuele ziekenhuisopname los staat van de revalidatie en er dus geen verband kan gelegd tussen de periode in ziekenhuisopname en de periode waarop het revalidatieforfait betrekking heeft. De enige uitzondering hierop is het forfait voor implanteerbare hartdefibrilatoren omdat hieraan steeds een ziekenhuisopname gekoppeld is. Dit forfait dient derhalve via een interne revalidatiefactuur te worden gefactureerd met gehospitaliseerde code.

(2) Ingeval van ex-RSRMV - overeenkomsten kunnen onder het factuurtype 5 of 6 in R 50 alleen kinesitherapieverstrekkingen uit art 7 § 1 F van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen worden gefactureerd (nomenclatuurcode 0513XXX).

(3) Geneesmiddelen kunnen alleen gefactureerd worden voorzover ze worden afgeleverd door erkende tariferingsdienst van ZH en niet worden vergoed door het revalidatieforfait.

FACTURATIE DOOR REVA CENTRUM (1)	R 10 Z 14	R 20 Z 10	R 20 Z 14	R 20 Z 15	R 30 Z 13	R 30 Z 14	R 30 Z 15	R 40 Z 13	R 40 Z 14	R 40 Z 15	R 40 Z 38	R 50 Z 13	R 50 Z 14	R 80 Z 14	R 90 Z 14
* revalidatie forfait + eventueel verstrekkingen die niet worden vergoed via forfait maar die toch in het kader van de revalidatiebehandeling worden verleend.															
- Typeovereenkomsten															
Extern (= ambulante code)	nr overeenk	6	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	nr overeenk	nr overeenk
Intern (= gehosp. code)	nr overeenk	5	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	-	-	nr overeenk	nr overeenk
- Specifieke overeenkomsten (ex RSRMV inbegrepen)															
Revacentrum is deel ZH															
Extern (= ambulante code)	nr overeenk	6	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	770	nr overeenk	nr overeenk	nr overeenk
Intern (= gehospitaliseerde code)	nr overeenk	5	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	770	nr overeenk	nr overeenk	nr overeenk
Revacentrum is onafhankelijk van ZH															
Extern (= ambulante code)	nr overeenk	6	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	770	plaats verst**(2)**	nr overeenk	nr overeenk
Intern (= gehospitaliseerde code)	nr overeenk	5	nr overeenk	nr overeenk	770	nr overeenk	nr overeenk	-	-	-	-	770	plaats verst**(2)**	nr overeenk	nr overeenk

(1) Ingeval revalidatie forfaits die gekoppeld zijn aan verschillende revalidatie overeenkomsten worden gefactureerd via het nummer van een welbepaalde revalidatie overeenkomst dan komt in zone 14 van R 10 en R 20 het nummer van de overeenkomst waaronder gefactureerd wordt en in zone 15 van R 20 en R 30 evenals in zone 14 van R 30 het nummer van de overeenkomst dat gekoppeld is aan het gefactureerde forfait.

(2) Bepaalde centra zijn ertoe verplicht (via hun overeenkomst) om alle verstrekkingen die worden verricht voor patiënten van het centrum (dus ook diegene die buiten het kader van de revalidatie overeenkomst vallen) te factureren via de revalidatiefactuur. In desbetreffend geval moet in deze zone de effectieve plaats van verstrekking worden vermeld. Hierbij moet de volgende hiërarchie worden gerespecteerd :

1) laboratorium, dienst voor medische beeldvorming, weefselbank of nierdialysecentrum
2) nr verplegingsinrichting
3) nr revalidatieovereenkomst

FACTURATIE DOOR RVT, ROB, PVT, BW	R 10 Z 14	R 20 Z 10	R 20 Z 14	R 20 Z 15	R 30 Z 13	R 30 Z 14	R 30 Z 15	R 40 Z 13	R 40 Z 14	R 40 Z 15	R 40 Z 38	R 50 Z 13	R 50 Z 14	R 80 Z 14	R 90 Z 14
1. * RVT forfait of verstrekkingen die tijdens verblijf worden aangerekend met uitz. van verstrekkingen uit punt 2)	RVT	4	RVT	RVT	990	RVT	RVT	-	-	-	-	990	RVT	RVT	RVT
* ROB forfait + eventueel verstrekkingen die tijdens verblijf worden aangerekend (met uitz. van verstrekkingen uit punt 2)	ROB	4	ROB	ROB	990	ROB	ROB	-	-	-	-	990	ROB	ROB	ROB
* PVT forfait + eventueel geneesmiddelen of verstrekkingen die tijdens verblijf worden aangerekend (met uitz. van verstrekkingen uit punt 2)	PVT	4	PVT	PVT	990	PVT	PVT	990	PVT	PVT	erk. TD	990	PVT	PVT	PVT
* BW forfait + eventueel verstrekkingen die tijdens verblijf worden aangerekend (met uitz. van verstrekkingen uit punt 2)	BW	4	BW	BW	990	BW	BW	-	-	-	-	990	BW	BW	BW
2. Speciale verstrekkingen verricht voor patiënten uit RVT, ROB, PVT of BW															
- klinische biologie															
waarvoor labo erk vereist is	*INR*	4	*INR*	*INR*	-	-	-	-	-	-	-	990	labo	*INR*	*INR*
waarvoor geen labo erk vereist is	*INR*	4	*INR*	*INR*	-	-	-	-	-	-	-	990	labo of INR	*INR*	*INR*
- medische beeldvorming	*INR*	4	*INR*	*INR*	-	-	-	-	-	-	-	990	meed. beeld.	*INR*	*INR*
- weefsels	*INR*	4	*INR*	*INR*	-	-	-	-	-	-	-	990	weefselbank	*INR*	*INR*

* met INR wordt de respectievelijke inrichting van verblijf bedoeld (RVT, ROB, PVT, BW).

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

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

1.1 Verblijfskosten.

1.1.1. Ziekenhuisverpleging met uitzondering van chirurgisch dagziekenhuis

	Record bedrag per opname (indien van toepassing)	Record bedrag per dag	Record persoonlijk aandeel		Record supplement	Forfait € 0,62 / € 0,70
R 30 Z 4	code opnameforfait	code dagforfait	code P.A.	code P.A.	code 1 of 2 persoonskamer	0750002
R 30 Z 19	opnameforfait	dagforfait	- P.A.	- P.A.	0	0
R 30 Z 27	0	0	+ P.A.	+ deel P.A. of 0	0	0,62 / 0,70
R 30 Z 30-31	0	0	0	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	0
R 30 Z 33	0	0	0	1	0 of 1	0
R 30 Z 24-25	0	prijs aan 100%	0	0	0	0

1.1.2. Chirurgisch dagziekenhuis en forfaitaire verpleegdagen

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

1.2 Kosten voor farmaceutische verstrekkingen

1.2.1. Hospitalisatie.

	Vergoedbare afleveringen binnen forfaitarisering	Vergoedbare afleveringen buiten forfaitarisering	Vergoedbare afleveringen buiten forfaitarisering	Niet vergoedbare specialiteiten		Niet vergoedbare andere afleveringen
				Algemeen Zh	Psychiatrisch Zh	
R 40 Z 4	Cat. SA, SA_g, SA_r, SB, SB_g, SB_r, SC, SC_g, SC_r, SCs, SCs_g, SCs_r, SCx, SCx_g, SCx_r, SFa, SFb	Cat. SA, SA_g, SA_r, SFa DA, MA	Cat. SB, SB_g, SB_r, SC, SC_g, SC_r, SCs, SCs_g, SCs_r, SCx, SCx_g, SCx_r, SFb DB, DC, DCs, DCx, MB, MC, MCs, MCx	0750820	0750820	0960385 0960400
R 40 Z 19	25 % van de vergoedingsbasis (*)	Vergoedingsbasis (*)	vergoedingsbasis – theoretisch P.A. (*)	0	0	0
R 40 Z 27	0	0	0	0	0	0
R40 Z30-31	0	0	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)	0	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)
R 40 Z 33	0	0	0	0 of 1	0	0 of 1
R 40 Z 39	0	0	theoretisch P.A.	0	theoretisch P.A.	0
R 40 Z 47	0	indien bestaat	indien bestaat	0	0	0

(*) Ingeval van contrastmiddelen (ATC-klasse V08) en andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) wordt de tegemoetkoming verminderd met 10% (15% vanaf 1/4/2019).

1.2.2. Chirurgisch dagziekenhuis, forfaitaire verpleegdag en ambulante verzorging.

R 40 Z 4	Cat. SA, SA_g, SA_r, DA, MA + magistrale ber. cat. 2	Cat. SFa	Cat. SB, SB_g, SB_r, SC, SC_g, SC_r, SCs, SCs_g, SCs_r, SCx, SCx_g, SCx_r, DB, DC, DCs, DCx, MB, MC, MCs, MCx + magistrale ber. cat. 1 en 4 + zuurstof: 0751030, 0751052	Cat. SFb	Vergoedbare contraceptiva jongeren (KB 16/9/2013): 0753631 en 0757956	Niet-vergoedbare contraceptiva jongeren (KB 16/9/2013): 0753653 en 0757971	Niet vergoedbare -specialiteiten : 0751015 -mag. bereidingen: 0750116 -actieve verbandm..: 0757271 - andere : 0960374, 0960396
R 40 Z 19	bedrag V.I. = vergoedingsbasis (**)	bedrag V.I. = vergoedingsbasis (**)	bedrag V.I. = vergoedingsbasis – P.A. (**)	bedrag V.I. = vergoedingsbasis – P.A. (**)	bedrag V.I. = vergoedingsbasis – P.A. + specifieke tegemoetkoming	bedrag V.I. = specifieke tegemoetkoming	0
R 40 Z 27	prijs – vergoedingsbasis * of aangerekend deel (1)	0	(prijs – vergoedingsbasis)* + P.A. of aangerekend deel (1)	P.A. of aangerekend deel (1)	P.A. – specifieke tegemoetkoming of aangerekend deel (1)	0	0
R 40 Z30-31	0	0	0	0	0	prijs – specifieke tegemoetkoming of aangerekend deel	aangerekend bedrag (behalve indien ten laste van wetgeving buiten ZIV)
R 40 Z 33	0 of 1	0	0 of 1	0 of 1	0 of 1	0 of 1	0 of 1
R 40 Z 39	0 (1)	0	0 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (1)	0
R 40 Z 47	indien bestaat	indien bestaat	indien bestaat	indien bestaat	indien bestaat	indien bestaat	0

* ingeval van referentiespecialiteiten (vanaf 1/7/2020 is deze "veiligheidsmarge" geschrapt)

(1)Voor P.V.T. en parenterale voeding is zone 27 = 0 en zone 39 vermeldt het theoretisch persoonlijk aandeel.

(**) Ingeval van contrastmiddelen (ATC-klasse V08) en andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) wordt de tegemoetkoming verminderd met 10% (15% vanaf 1/4/2019).

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

	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

Bijlage 10.1

Situatiemodel van de meest voorkomende transfers van borelingen.

Deze tabel werd opgesteld in samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid.

Omschrijving	Is dit mogelijk ?	Verpleegdagprijs	
	ja/neen	ja/neen	Dienst
Moeder verblijft in de dienst M	ja	0768025 voor moeder	M
1. en kind verblijft eveneens in M	ja	neen voor kind	-
2. en kind in N* ('n')	ja	neen voor kind	-
3. en kind wordt overgebracht naar E van hetzelfde ziekenhuis	neen	-	-
4. en kind keert terug uit E van hetzelfde ziekenhuis bij de moeder	neen	-	-
5. en kind keert terug uit E van hetzelfde ziekenhuis naar de dienst N*	neen	-	-
6. en kind wordt overgebracht naar E van een ander ziekenhuis	neen	-	-
7. en kind keert terug uit E van het andere ziekenhuis bij de moeder	neen	-	-
8. en kind keert terug uit E van het andere ziekenhuis naar de dienst N*	neen	-	-
9. en kind gaat naar de NIC (N) van hetzelfde ziekenhuis	ja	0768025 voor kind	NIC
10. en kind keert terug uit de NIC van hetzelfde ziekenhuis bij de moeder	ja	neen voor kind	-
11. en kind keert terug uit de NIC van hetzelfde ziekenhuis in de dienst N*	ja	neen voor kind	-
12. en het kind gaat naar de NIC van een ander ziekenhuis	ja	0768025 voor kind	NIC
13. en kind keert terug uit de NIC van een ander ziekenhuis bij de moeder in M	ja	neen voor kind	-
14. en kind keert terug uit de NIC van een ander ziekenhuis naar N*	ja	neen voor kind	-

Bijlage 10.2

Omschrijving	Is dit mogelijk ?	Verpleegdagprijs	
	ja/neen	ja/neen	Dienst
Moeder verblijft niet meer in het ziekenhuis			
1. en kind blijft in N*	ja	0790020 waarde: 0 BEF	N *
2. en kind blijft in E	neen	-	-
3. en kind blijft in NIC	ja	0768025	NIC
4. en kind blijft in C	neen	-	-
5. en kind gaat van N* naar NIC of E	NIC : ja E : neen	0768025 -	NIC -
6. en kind wordt van E of NIC of C terug overgebracht naar N*	E→N* : neen C→N* : neen NIC→N* : ja	- - 0790020 waarde: 0 BEF	- - N *
7. en kind wordt van NIC terug overgebracht naar E	neen	-	-

Bijlage 10.3

Omschrijving	Is dit mogelijk ?	Verpleegdagprijs	
	ja/neen	ja/neen	Dienst
Kind en moeder hebben het ziekenhuis verlaten			
1. en kind wordt na 3 dagen terug opgenomen in N*	ja	0790020 waarde: 0 BEF	N *
2. en kind wordt na 3 dagen terug opgenomen in NIC, E	ja, zowel NIC als E	0768025	E of NIC
3. en kind wordt na 3 dagen terug opgenomen in C	ja	0768025	C
4. en moeder wordt na 3 dagen terug opgenomen in M	ja	0768025	M (kind afwezig)
5. en moeder wordt na 3 dagen terug opgenomen in C	ja	0768025	C
6. en moeder wordt na 3 dagen terug opgenomen in C, vergezeld van het kind : - quid moeder :] indien beide - quid kind :] ziek	ja	2 x 0768025	2 x verpleeg-dagprijs C
7. en moeder wordt na 3 dagen terug opgenomen in M, vergezeld van het kind : - quid moeder :] indien beide - quid kind :] ziek	ja	2 x 0768025	2 x verpleeg-dagprijs M
8. en kind wordt na 3 dagen terug opgenomen in C, vergezeld van de moeder : - quid moeder :] indien beide - quid kind :] ziek	ja	2 x 0768025	2 x verpleeg-dagprijs C
9. en kind wordt na 3 dagen terug opgenomen in M, vergezeld van de moeder : - quid moeder :] indien beide - quid kind :] ziek	neen	-	-
Noot : Indien alleen de moeder ziek is (punten 6 t.e.m. 9) wordt er slechts 1 verpleegdagprijs aangerekend. Sociaal verblijf speelt hier geen rol.			

Opmerking : Hoewel dit niet direct in wetteksten wordt vermeld, wordt een kind, na bevalling, tot 28 dagen daarna als boreling beschouwd.
Dit wil zeggen dat het kind enkel bij de moeder (M), in de N*(n) of de NIC mag verblijven voor zover het kind het ziekenhuis niet verlaten heeft. Bij verblijf op M of N* mag voor de pasgeborene geen verpleegdagprijs aangerekend worden.

Bijlage 11

<u>Betreft</u> : Aflevering van facturatiegegevens via magnetische of elektronische drager van geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in RVT, ROB of IBW.
Toepassing van art. 6, § 16, 3° van de Verordening van 28/7/2003.

In art. 6, § 16 van de Verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt bepaald dat de farmaceutische verstrekkingen, afgeleverd door de officina of het geneesmiddelendepot van het ziekenhuis aan rechthebbenden die verblijven in RVT, ROB en IBW, gefactureerd moeten worden met aflevering van facturatiegegevens via magnetische of elektronische drager.
Deze verplichting neemt een aanvang voor de facturering van de farmaceutische verstrekkingen afgeleverd in de maand januari 2000.

Geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisofficina moeten getarifeerd worden door de erkende tariferingsdienst van het ziekenhuis, onafgezien het gaat om geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten, aan ambulante patiënten of patiënten die verblijven in RVT, ROB of IBW.
De facturatie moet gebeuren onder het nummer derdebetalende van het ziekenhuis of, in uitzonderlijke gevallen onder het nummer derdebetalende van de tariferingsdienst zelf.

De facturatie is, bij voorkeur, een onderdeel van de ambulante facturatie (of de gemengde facturatie) van het ziekenhuis; dwz. dat er slechts één facturatiebestand wordt opgemaakt.
Het is toegestaan om een afzonderlijk facturatiebestand op te maken met als nummer derdebetalende het identificatienummer van de erkende tariferingsdienst.
Deze optie laat toe de betaling op een ander rekeningnummer dan dat van het ziekenhuis te laten storten.

Psychiatrische ziekenhuizen mogen maandelijks een factuur overmaken die betrekking heeft op hun ambulante verstrekkingen, de geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die verblijven in RVT, ROB en IBW kunnen derhalve maandelijks worden gefactureerd. Dit maandelijks facturatiecircuit staat dan wel los van de trimestriële facturatie voor de gehospitaliseerde patiënten.

De invulling van de verschillende recordtypes wordt voorgesteld in bijlage.

Recordtype 10

Z 1	:	**Recordtype 10**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 3	:	**Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)**
Z 4	:	**Versie bestand** Constante waarde 0001999.
Z 5-6a	:	**Financieel rekeningnummer A** Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	**Zendingsnummer**
Z 8a	:	**Financieel rekeningnummer B** Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 9	:	**Code "afschaffing papieren factuur"** Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 1, 2 of 3 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0
Z 10	:	**Code afrekeningsbestand** Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 0 of 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0
Z 13	:	**Inhoud facturatie**
Z 14	:	**Nummer derdebetalende** Identificatienummer ziekenhuis of identificatienummer erkende tariferingsdienst.
Z 15	:	**Nummer accreditering NIC** Altijd 0.
Z 22	:	**Gefactureerd jaar**
Z 23	:	**Gefactureerde maand**
Z 25-26	:	**Datum van opstelling**
Z 27	:	**KBO-nummer**
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 31-34	:	**BIC financiële rekening A**
Z 36-41	:	**IBAN financiële rekening A**
Z 43a	:	**BIC financiële rekening B**
Z 45-46-47a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 48	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 49-52	:	**IBAN financiële rekening B**
Z 53-54a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

Recordtype 20

Z 1	:	**Recordtype 20**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 3	:	**Toestemming derdebetalende**
(☞8)		Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 1/5/2022)
Z 4	:	**Uur van opname** 0 (uur mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 5	:	**Datum van opname** 0 (datum mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 6a-6b	:	**Datum van ontslag** 0 (datum mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 7	:	**Nummer ziekenfonds van aansluiting**
Z 8a-8b	:	**Identificatie rechthebbende**
Z 9	:	**Geslacht rechthebbende**
Z 10	:	**Type factuur**: Factuurtype 4
Z 11	:	**Type facturering**
Z 13	:	**Dienst 721 bis** : 0
Z 14	:	**Nummer facturerende instelling** Nummer ziekenhuis (of nummer erkende tariferingsdienst) in overeenstemming met R 10 Z 14.
Z 15	:	**Stamnummer van de (verplegings-)inrichting (of revalidatiecentrum) waar de rechthebbende opgenomen is (verblijft)** Nummer van betrokken instelling RVT, ROB of IBW.
Z 16	:	**Code stuiten verjaringstermijn**: 0 of 1
Z 17	:	**Reden behandeling**: Altijd 0
Z 18	:	**Nummer ziekenfonds van bestemming**
Z 19	:	**Nummer opname**: Altijd 0
Z 20-21	:	**Datum akkoord revalidatiebehandeling**: Altijd 0
Z 22	:	**Uur van ontslag** 0 (uur mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 24-25	:	**Nummer individuele factuur** : voor zover een individuele factuur per patiënt wordt opgemaakt moet hier het factuurnummer worden vermeld; in alle andere gevallen is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.
Z 26	:	**Toepassing sociale franchise** : 0
Z 27	:	**Code gerechtigde 1 + 2**
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 29-30-31	:	**Nummer vorige factuur** : 0
Z 32	:	**FLAG identificatie rechthebbende**
Z 34-35-36	:	**Nummer vorige zending**
Z 37	:	**Nummer ziekenfonds vorige facturering**
Z 38-39	:	**Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A**
Z 41	:	**Vorig gefactureerd jaar en maand**
Z 42-43-44-45	:	**Referentiegegevens netwerk**
Z 47	:	**Datum van facturering**
Z 49-51	:	**Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B**
Z 53	:	**Begindatum periode verzekerbaarheid**
Z 54a-54b	:	**Einddatum periode verzekerbaarheid**
Z 55	:	**Datum mededeling informatie**
Z 56	:	**MAF lopend jaar**
Z 57	:	**MAF lopend jaar -1**
Z 58	:	**MAF lopend jaar -2**
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

Recordtype 40

Z 1	:	**Recordtype 40**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 3	:	**Norm verstrekking** : 0
Z 4	:	**Pseudo-code categorie geneesmiddel**
Z 5	:	**Datum eerste gefactureerde dag** Begindatum afleveringsperiode of datum van aflevering
Z 6a-6b	:	**Datum laatste gefactureerde dag** Einddatum afleveringsperiode of datum van aflevering
Z 7	:	**Nummer ziekenfonds van aansluiting**
Z 8a-8b	:	**Identificatie rechthebbende**
Z 9	:	**Geslacht rechthebbende**
Z 10	:	**Bevalling** : 0
Z 11	:	**Verwijzing financieel rekeningnummer**
Z 13	:	**Dienstcode** : 990 of 0 (0 enkel in geval van 0960293 – 0960304)
Z 14	:	**Plaats van verstrekking** Nummer ziekenhuis of nummer erkende tariferingsdienst indien geen ziekenhuis
Z 15	:	**Identificatie overeenkomst / inrichting van verblijf** Nummer RVT, ROB of IBW.
Z 16	:	**Gratis geneesmiddelen**
Z 17-18	:	**Betrekkelijke verstrekking** : 0
Z 19	:	**Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming** Zie art. 95, § 2, b) van K.B. 21 december 2001.
Z 20-21	:	**Datum voorschrift** (gereserveerde zone)
Z 22	:	**Teken + aantal eenheden** Het aantal afgeleverde farmaceutische eenheden (zie eenheid naast productcode aangeduid met "*" in KB van 21.12.2001)
Z 23	:	**Eenheid**
Z 24-25	:	**Identificatie voorschrijver** Voorschrijver moet vermeld worden.
Z 27	:	**Teken + persoonlijk aandeel patiënt** Zie art. 2. a) van K.B. 7 mei 1991.
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 30-31	:	**Teken + bedrag supplement** Indien van toepassing
Z 32	:	**Uitzondering derdebetalersregeling** : 0
Z 33	:	**Code facturering persoonlijk aandeel of supplement**
Z 34-35	:	**Code uitzondering profylaxie** : 0
Z 36	:	**Flag INN** Kan eventueel 1 zijn indien voorschrift opgemaakt door arts buiten ziekenhuis
Z 37	:	**Galenische vorm**
Z 38	:	**Nummer tariferingsdienst** Nummer erkende tariferingsdienst
Z 39	:	**Teken + theoretisch persoonlijk aandeel patiënt** : 0
Z 40-41	:	**Nummer product** Zie farmaceutisch tarief, (KB van 21.12.2001) codes aangeduid met "*"
Z 42-43-44-45	:	**Omschrijving product** Indien nodig.
Z 47	:	**Datum akkoord verstrekking** Indien akkoord bestaat
Z 48	:	**Transplantatie** : 0
Z 49	:	**Nummer apotheker titularis**
Z 50	:	**Geboortejaar** (facultatief)
Z 51	:	**Ziekenhuissite**
Z 52	:	**Identificatie associatie zorggebied**
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

Recordtype 80

Z 1	:	**Recordtype 80**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 4	:	**Uur van opname** 0 (uur mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 5	:	**Datum van opname** 0 (datum mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 6a-6b	:	**Datum van ontslag** 0 (datum mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 7	:	**Nummer ziekenfonds van aansluiting**
Z 8a-8b	:	**Identificatie rechthebbende**
Z 9	:	**Geslacht rechthebbende**
Z 10	:	**Type factuur** Factuurtype 4
Z 13	:	**Dienst 721 bis** : 0
Z 14	:	**Nummer facturerende instelling** Nummer ziekenhuis (of nummer erkende tariferingsdienst) in overeenstemming met R 20 Z 14.
Z 15	:	**Teken + bedrag financieel rekeningnummer B**
Z 17	:	**Reden behandeling** Altijd 0
Z 18	:	**Nummer ziekenfonds van bestemming**
Z 19	:	**Teken + bedrag financieel rekeningnummer A**
Z 20-21	:	**Factuurdatum**
Z 22	:	**Uur van ontslag** 0 (datum mag vermeld worden, maar is niet vereist)
Z 24-25	:	**Nummer individuele factuur** : 0
Z 27	:	**Teken + persoonlijk aandeel patiënt** Zie art. 2. a) van K.B. 7 mei 1991.
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 30-31	:	**Teken + bedrag supplement** Indien van toepassing
Z 32	:	**FLAG identificatie rechthebbende**
Z 38	:	**Teken + voorschot financieel rekeningnummer A**
Z 55-56	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 98	:	**Controlecijfer van de factuur**
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

Recordtype 90

Z 1	:	**Recordtype 90**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 5-6a	:	**Financieel rekeningnummer A** Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	**Zendingsnummer** Indien een afzonderlijk logisch bestand wordt opgemaakt op het identificatienummer van het ziekenhuis dan wordt het onderscheid met de andere logische bestanden van dat ziekenhuis gemaakt op basis van het zendingsnummer.
Z 8a	:	**Financieel rekeningnummer B** Enkel toegestaan indien het nummer derdebetalende het ziekenhuisnummer is. Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 14	:	**Nummer derdebetalende** Identificatienummer ziekenhuis of identificatienummer erkende tariferingsdienst.
Z 15	:	**Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B**
Z 19	:	**Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A**
Z 22	:	**Gefactureerd jaar**
Z 23	:	**Gefactureerde maand**
Z 27	:	**KBO-nummer**
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 31-34	:	**BIC financiële rekening A**
Z 36-41	:	**IBAN financiële rekening A**
Z 43a	:	**BIC financiële rekening B**
Z 45-46-47a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 49-52	:	**IBAN financiële rekening B**
Z 53-54a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 55-56	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 98	:	**Controlecijfer van de zending**
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

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

Principes

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

Het project omvat drie diensten :

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

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

Elektronische facturatie MyCareNet

1. De facturatie die vandaag via CD-Rom aan de VI's overgemaakt wordt, zal uitsluitend via MyCareNet (bericht 920000) overgemaakt worden, maar nog steeds 1 keer per maand.
   Het betreft enkel de forfaits en zorgtrajecten (niet de technische prestaties of de prestaties per akte).

2. Er moet geen enkele wijziging gebeuren aan de lay-out of de inhoud van het elektronisch facturatiebestand dat momenteel via CD-Rom verstuurd wordt.

3. Het zal niet meer gaan om een voorafgaandelijke facturatie. Men zal moeten wachten tot de 1ste dag van de maand om de facturatie te versturen. Maar deze termijn wordt gecompenseerd door de snelheid van versturen van het facturatiebestand naar de VI via MyCareNet.

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

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

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

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

Overname

De medische huizen zullen al hun bestaande contracten via de MyCareNet-dienst « abonnement » moeten transfereren en dit via een « one shot » operatie binnen een periode van maximum één maand vanaf de datum van in productie stelling.
De bedoeling is om de informatie met betrekking tot elke inschrijving te communiceren en om te zorgen voor de continuïteit van het forfait van de patiënt.

Voor de gevallen van overname zal de begindatum (aanvraag abonnement) met een default-datum ingevuld worden: 01/01/1900.
Als antwoord (antwoord op aanvraag abonnement) zal de VI de pivot-datum geven van de passage naar het elektronisch systeem alsook een referentie.
Voorbeeld : Een verzoek van overname wordt gecreëerd op 5/10/2020 via de transactie « aanvraag abonnement ».

- Aanvraag abonnement « overname »:
  Creatiedatum van de transactie (inschrijvingsdatum): 5/10/2020
  Begindatum forfait : 01/01/1900
- Antwoord op aanvraag abonnement « overname » :
  Creatiedatum van de transactie: 5/10/2020
  Begindatum forfait: 01/11/2020
  Referentienummer : 10012345678901234500

Planning en modaliteiten

De datum van in productie stelling wordt vastgelegd in overleg met de sector en de softwareleveranciers van de medische huizen.
Vanaf deze datum:

- zal het papier niet meer aanvaard worden door de VI's
- zal het verplicht zijn om alle patiënten her in te schrijven (cf. « Overname »)
- zullen alle inschrijvingen en uitschrijvingen moeten gebeuren via de MyCareNet-dienst « abonnement »
- De maand nadien zal de 1ste elektronische facturatie via MyCareNet plaats vinden.

Voorziene startdatums:

- augustus 2020: 3 medische huizen (1 per soft) starten de dienst Abonnement (inschrijving) met de « overname » van alle ingeschreven patiënten + synchrone Member Data
- september 2020: deze 3 medische huizen starten met elektronische facturatie en asychrone Member Data
- oktober 2020: alle andere medische huizen gaan in productie met de dienst Abonnement (inschrijving) met de "overname" van alle ingeschreven patiënten + synchrone Member Data
- vanaf 1 november 2020: alle andere medische huizen gaan in productie met elektronische facturatie en asychrone Member Data

Elektronische facturatie (MyCareNet) door medische huizen

Recordtype 10				
Zone	**Lengte**	**Posities**	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
1	2 N	1 - 2	recordtype 10	Altijd 10
2	6 N	3 - 8	volgnummer record	Sequentieel vanaf 1
3	1 N	9 - 9	aantal financiele rekeningnummers (indexcode)	Nul
4	7 N	10 - 16	versie bestand	0001999 (9991999 voor een test)
5	8 N	17 - 24	financieel rekeningnummer a (deel 1)	Nul
6 a	4 N	25 - 28	financieel rekeningnummer a (deel 2)	Nul
6 b	4 N	29 - 32	reserve	
7	3 N	33 - 35	zendingsnummer	Sequentieel, enig per jaar, <> 0
8 a	12 N	36 - 47	financieel rekeningnummer b	Nul
8 b	1 N	48 - 48	reserve	
9	1 N	49 - 49	code afschaffing papieren factuur	0
10	1 N	50 - 50	code afrekeningsbestand	0
11	1 N	51 - 51	reserve	
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	inhoud facturatie	
14	12 N	56 - 67	nummer derdebetalende	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
15	12 N	68 - 79	nummer accreditering nic	Nul
16	1 N	80 - 80	reserve	
17	4 N	81 - 84	reserve	
18	3 N	85 - 87	reserve	
19	12 N	88 - 99	reserve	
20	7 N	100 - 106	reserve	
21	1 N	107 - 107	reserve	
22	5 N	108 - 112	gefactureerd jaar	Jaar van facturatie 0JJJJ
23	2 N	113 - 114	gefactureerde maand	Maand van facturatie MM
24	5 N	115 - 119	reserve	
25	7 N	120 - 126	datum van opstelling (deel 1) jjjjmmd	Datum van opstelling van het facturatiebestand JJJJMMDD
26	1 N	127 - 127	datum van opstelling (deel 2) d	
27	10 N	128 - 137	KBO-nummer	Verplicht
28	25 A	138 - 162	referentie instelling	Voorbehouden voor de instelling die factureert
29	2 N	163 - 164	reserve	
30	2 N	165 - 166	reserve	
31	8 A	167 - 174	bic fin. rekening a (deel 1)	
32	1 A	175 - 175	bic fin. rekening a (deel 2)	
33	1 A	176 - 176	bic fin. rekening a (deel 3)	
34	1 A	177 - 177	bic fin. rekening a (deel 4)	
35	1 N	178 - 178	reserve	
36	1 A	179 - 179	iban fin. rekening a (deel 1)	
37	3 A	180 - 182	iban fin. rekening a (deel 2)	
38	12 A	183 - 194	iban fin. rekening a (deel 3)	
39	10 A	195 - 204	iban fin. rekening a (deel 4)	
40	2 A	205 - 206	iban fin. rekening a (deel 5)	
41	6 A	207 - 212	iban fin. rekening a (deel 6)	
42	6 N	213 - 218	reserve	
43a	11 A	219 - 229	bic fin. rekening b	Blanco
43b	1 N	230-230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 A	235 - 260	gereserveerd staatshervorming	
46	1 A	261 - 261	gereserveerd staatshervorming	
47a	7 A	262 - 268	gereserveerd staatshervorming	
47b	1 N	269 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	gereserveerd staatshervorming	
49	12 A	271 - 282	iban fin. rekening b (deel 1)	Blanco
50	4 A	283 -286	iban fin. rekening b (deel 2)	Blanco
51	6 A	287-292	iban fin. rekening b (deel 3)	Blanco
52	12 A	293 - 304	iban fin. rekening b (deel 4)	Blanco
53	8 A	305-312	gereserveerd staatshervorming	
54a	3 A	313-315	gereserveerd staatshervorming	
54b	5 N	316-320	reserve	
55	8 N	321-328	reserve	
56	4 N	329-332	reserve	
57	4 N	333-336	reserve	
58	4 N	337-340	reserve	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	reserve	
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record	Controlecijfers van de record

Recordtype 20				
Zone	**Lengte**	**Posities**	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
1	2 N	1 - 2	recordtype 20	Altijd 20
2	6 N	3 - 8	volgnummer record	Sequentieel vanaf 1, volgt R 10
3	1 N	9 - 9	toestemming derdebetalende	= 0 (niet van toepassing)
4	7 N	10 - 16	uur van opname	Nul
5	8 N	17 - 24	datum van opname	Nul
6 a	4 N	25 - 28	datum van ontslag (deel 1)	Nul
6 b	4 N	29 - 32	datum van ontslag (deel 2)	
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting	Ziekenfonds van aansluiting van de patiënt
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)	INSZ van de patiënt
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)	
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende	M = 1, V = 2
10	1 N	50 - 50	type factuur	Individuele factuur voor amb. patiënten = 3
11	1 N	51 - 51	type facturering	= 0 behalve indien herfacturatie
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	dienst 721 bis	Nul
14	12 N	56 - 67	nummer facturerende instelling	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
15	12 N	68 - 79	instelling van verblijf	Nul
16	1 N	80 - 80	code stuiten verjaringstermijn	= 0 (behalve uitzondering)
17	4 N	81 - 84	reden behandeling	
18	3 N	85 - 87	nummer ziekenfonds van bestemming	Zie beschrijving zone
19	12 N	88 - 99	nummer opname	Nul
20	7 N	100 - 106	datum akkoord revalidatiebehandeling (deel 1)	Datum inschrijving aan forfait
21	1 N	107 - 107	datum akkoord revalidatiebehandeling (deel 2)	JJJJMMDD
22	5 N	108 - 112	uur van ontslag	Nul
23	2 N	113 - 114	reserve	
24	5 N	115 - 119	nummer individuele factuur (deel 1)	Nummer van de factuur
25	7 N	120 - 126	nummer individuele factuur (deel 2)	
26	1 N	127 - 127	toepassing sociale franchise	
27	10 N	128 - 137	cg 1 + cg 2	Codes gerechtigde van de patiënt
28	25 A	138 - 162	referentie instelling	Voorbehouden voor de instelling die factureert
29	2 N	163 - 164	nummer vorige factuur (deel 1)	Enkel in geval van herfacturatie
30	2 N	165 - 166	nummer vorige factuur (deel 2)	zoniet = 0
31	8 N	167 - 174	nummer vorige factuur (deel 3)	
32	1 N	175 - 175	flag identificatie rechthebbende	
33	1 N	176 - 176	reserve	
34	1 N	177 - 177	nummer vorige zending (deel 1)	Enkel in geval van herfacturatie
35	1 N	178 - 178	nummer vorige zending (deel 2)	zoniet = 0
36	1 N	179 - 179	nummer vorige zending (deel 3)	
37	3 N	180 - 182	nummer ziekenfonds vorige facturering	Enkel in geval van herfacturatie, zoniet = 0
38	12 A	183 - 194	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr a (deel 1)	Enkel in geval van herfacturatie zoniet = blanco
39	10 A	195 - 204	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr a (deel 2)	
40	2 N	205 - 206	reserve	
41	6 N	207 - 212	vorig gefactureerd jaar en maand	Enkel in geval van herfacturatie, zoniet = 0
42	6 A	213 - 218	referentiegegevens netwerk (deel 1)	= 0 want niet van toepassing
43a	11 A	219 - 229	referentiegegevens netwerk (deel 2)	
43b	1 A	230 - 230	referentiegegevens netwerk (deel 3)	
44	4 A	231 - 234	referentiegegevens netwerk (deel 4)	
45	26 A	235 - 260	referentiegegevens netwerk (deel 5)	
46	1 N	261 - 261	reserve	
47	8 N	262 - 269	datum van facturering	facultatief
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 A	271 - 282	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 1)	Blanco
50	4 A	283 - 286	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 2)	
51	6 A	287 - 292	referentie ziekenfonds financieel rekeningnr b (deel 3)	
52	12 N	293 - 304	reserve	
53	8 N	305 - 312	begindatum periode verzekerbaarheid	
54a	3 N	313 - 315	einddatum periode verzekerbaarheid (deel 1)	
54b	5 N	316-320	einddatum periode verzekerbaarheid (deel 2)	
55	8 N	321 - 328	datum mededeling informatie	
56	4 N	329 - 332	maf lopend jaar	
57	4 N	333-336	maf lopend jaar -1	
58	4 N	337 - 340	maf lopend jaar -2	
59	6 N	341 - 346	reserve	
98	2 N	347 - 348	reserve	
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record	Controlecijfers van de record

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

Recordtype 80				
Zone	**Lengte**	**Posities**	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
1	2 N	1 - 2	recordtype 80	Altijd 80
2	6 N	3 - 8	volgnummer record	Sequentieel vanaf 1, volgt R 10
3	1 N	9 - 9	reserve	
4	7 N	10 - 16	uur van opname	Nul
5	8 N	17 - 24	datum van opname	Nul
6 a	4 N	25 - 28	datum van ontslag (deel 1)	Nul
6 b	4 N	29 - 32	datum van ontslag (deel 2)	
7	3 N	33 - 35	nummer ziekenfonds van aansluiting	Ziekenfonds van aansluiting van de patiënt
8 a	12 A	36 - 47	identificatie rechthebbende (deel 1)	INSZ van de patiënt
8 b	1 A	48 - 48	identificatie rechthebbende (deel 2)	
9	1 N	49 - 49	geslacht rechthebbende	M = 1, V = 2
10	1 N	50 - 50	type factuur	Individuele factuur voor amb. patiënten = 3
11	1 N	51 - 51	reserve	
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	dienst 721 bis	Nul
14	12 N	56 - 67	nummer facturerende instelling	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
15	1 A + 11 N	68 - 79	teken + bedrag financieel rekeningnummer b	Nul
16	1 N	80 - 80	reserve	
17	4 N	81 - 84	reden behandeling	
18	3 N	85 - 87	nummer ziekenfonds van bestemming	Zie beschrijving zone
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + bedrag financieel rekeningnummer a	Totaal bedrag van de factuur voor de patiënt
20	7 N	100 - 106	factuurdatum (deel 1)	
21	1 N	107-107	factuurdatum (deel 2)	
22	5 N	108 - 112	uur van ontslag	Nul
23	2 N	113 - 114	reserve	
24	5 N	115 - 119	nummer individuele factuur (deel 1)	Nummer van de factuur
25	7 N	120 - 126	nummer individuele factuur (deel 2)	
26	1 N	127 - 127	reserve	
27	1 A + 9 N	128 - 137	teken + persoonlijk aandeel patient	+000000000
28	25 A	138 - 162	referentie instelling	Voorbehouden voor de instelling die factureert
29	2 N	163 - 164	reserve	
30	1 A + 1 N	165 - 166	teken + bedrag supplement (deel 1)	+000000000
31	8 N	167 - 174	bedrag supplement (deel 2)	
32	1 N	175 - 175	flag identificatie rechthebbende	
33	1 N	176 - 176	reserve	
34	1 N	177 - 177	reserve	
35	1 N	178 - 178	reserve	
36	1 N	179 - 179	reserve	
37	3 N	180 - 182	reserve	
38	1 A + 11 N	183 - 194	teken + voorschot financieel rekeningnummer a	
39	10 N	195 - 204	reserve	
40	2 N	205 - 206	reserve	
41	6 N	207 - 212	reserve	
42	6 N	213 - 218	reserve	
43a	11 N	219 - 229	reserve	
43b	1 N	230 - 230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 N	235 - 260	reserve	
46	1 N	261 - 261	reserve	
47	8 N	262 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 N	271 - 282	reserve	
50	4 N	283 -286	reserve	
51	6 N	287-292	reserve	
52	12 N	293 - 304	reserve	
53	8 N	305 - 312	reserve	
54a	3 N	313 - 315	reserve	
54b	5 N	316-320	reserve	
55	1 A + 7 N	321 - 328	gereserveerd staatshervorming	
56	4 N	329 - 332	gereserveerd staatshervorming	
57	4 N	333 - 336	reserve	
58	4 N	337 - 340	reserve	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	controle cijfer factuur	Controlecijfers van de factuur (20-50-80)
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record	Controlecijfers van de record

Recordtype 90				
Zone	**Lengte**	**Posities**	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
1	2 N	1 - 2	recordtype 90	Altijd 90
2	6 N	3 - 8	volgnummer record	Sequentieel vanaf 1, volgt R 10
3	1 N	9 - 9	reserve	
4	7 N	10 - 16	reserve	
5	8 N	17 - 24	financieel rekeningnummer a (deel 1)	Nul
6 a	4 N	25 - 28	financieel rekeningnummer a (deel 2)	Nul
6 b	4 N	29 - 32	reserve	
7	3 N	33 - 35	zendingsnummer	Sequentieel, enig per jaar, <> 0
8 a	12 N	36 - 47	financieel rekeningnummer b	Nul
8 b	1 N	48 - 48	reserve	
9	1 N	49 - 49	reserve	
10	1 N	50 - 50	reserve	
11	1 N	51 - 51	reserve	
12	1 N	52 - 52	reserve	
13	3 N	53 - 55	reserve	
14	12 N	56 - 67	nummer derdebetalende	Identificatienr. RIZIV van het medisch huis
15	1 A + 11 N	68 - 79	teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer b	Nul
16	1 N	80 - 80	reserve	
17	4 N	81 - 84	reserve	
18	3 N	85 - 87	reserve	
19	1 A + 11 N	88 - 99	teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer a	Totaal bedrag van de zending
20	7 N	100 - 106	reserve	
21	1 N	107 - 107	reserve	
22	5 N	108 - 112	gefactureerd jaar	Jaar van facturatie 0JJJJ
23	2 N	113 - 114	gefactureerde maand	Maand van facturatie MM
24	5 N	115 - 119	reserve	
25	7 N	120 - 126	reserve	
26	1 N	127 - 127	reserve	
27	10 N	128 - 137	KBO-nummer	Verplicht
28	25 A	138 - 162	referentie instelling	Voorbehouden voor de instelling die factureert
29	2 N	163 - 164	reserve	
30	2 N	165 - 166	reserve	
31	8 A	167 - 174	bic fin. rekening a (deel 1)	
32	1 A	175 - 175	bic fin. rekening a (deel 2)	
33	1 A	176 - 176	bic fin. rekening a (deel 3)	
34	1 A	177 - 177	bic fin. rekening a (deel 4)	
35	1 N	178 - 178	reserve	
36	1 A	179 - 179	iban fin. rekening a (deel 1)	
37	3 A	180 - 182	iban fin. rekening a (deel 2)	
38	12 A	183 - 194	iban fin. rekening a (deel 3)	
39	10 A	195 - 204	iban fin. rekening a (deel 4)	
40	2 A	205 - 206	iban fin. rekening a (deel 5)	
41	6 A	207 - 212	iban fin. rekening a (deel 6)	
42	6 N	213 - 218	reserve	
43a	11 A	219 - 229	bic fin. rekening b	Blanco
43b	1 N	230-230	reserve	
44	4 N	231 - 234	reserve	
45	26 A	235 - 260	gereserveerd staatshervorming	
46	1 A	261 - 261	gereserveerd staatshervorming	
47a	7 A	262 - 268	gereserveerd staatshervorming	
47b	1 N	269 - 269	reserve	
48	1 N	270 - 270	reserve	
49	12 A	271 - 282	iban fin. rekening b (deel 1)	Blanco
50	4 A	283 -286	iban fin. rekening b (deel 2)	Blanco
51	6 A	287-292	iban fin. rekening b (deel 3)	Blanco
52	12 A	293 - 304	iban fin. rekening b (deel 4)	Blanco
53	8 A	305-312	gereserveerd staatshervorming	
54a	3 A	313-315	gereserveerd staatshervorming	
54b	5 N	316-320	reserve	
55	1 A + 7 N	321-328	gereserveerd staatshervorming	
56	4 N	329-332	gereserveerd staatshervorming	
57	4 N	333-336	reserve	
58	4 N	337-340	reserve	
59	6 N	341-346	reserve	
98	2 N	347 - 348	controle cijfer zending	Controlecijfers van de zending (10 tot 90)
99	2 N	349 - 350	controle cijfer record	Controlecijfers van de record

FACTURATIE VIA MAGNETISCHE DRAGER DOOR PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUIZEN.

Recordtype 10

Z 1	:	**Recordtype 10**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 3	:	**Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)** In geval facturatie door PVT, slechts een rekeningnummer toegestaan.
Z 4	:	**Versie bestand** Constante waarde 0001999.
Z 5-6a	:	**Financieel rekeningnummer A** Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	**Zendingsnummer**
Z 8a	:	**Financieel rekeningnummer B** Is gereserveerd aan de pool van artsen. Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 9	:	**Code "afschaffing papieren factuur"** Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0
Z 10	:	**Code afrekeningsbestand** Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 0 of 1 Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0
Z 13	:	**Inhoud facturatie**
Z 14	:	**Nummer derdebetalende** Identificatienummer PVT.
Z 15	:	**Nummer accreditering NIC** Altijd 0.
Z 22	:	**Gefactureerd jaar**
Z 23	:	**Gefactureerde maand** Waarde 03, 06, 09 of 12 in functie van gefactureerde periode.
Z 25-26	:	**Datum van opstelling**
Z 27	:	**KBO-nummer** Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 31-34	:	**BIC financiële rekening A**
Z 36-41	:	**IBAN financiële rekening A**
Z 43a	:	**BIC financiële rekening B**
Z 45-46-47a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 48	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 49-52	:	**IBAN financiële rekening B**
Z 53-54a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

Recordtype 20

	Z 1	: **Recordtype 20**
	Z 2	: **Volgnummer record**
	Z 3	: **Toestemming derdebetalende**
(☞8)		Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 1/5/2022)
	Z 4	: **Uur van opname**
		Uur vermelden
	Z 5	: **Datum van opname**
		Datum vermelden
	Z 6a-6b	: **Datum van ontslag**
		Vermelden indien verblijfsperiode wordt afgesloten
	Z 7	: **Nummer ziekenfonds van aansluiting**
	Z 8a-8b	: **Identificatie rechthebbende**
	Z 9	: **Geslacht rechthebbende16**
	Z 10	: **Type factuur**
		Factuurtype 4
	Z 11	: **Type facturering**
	Z 13	: **Dienst 721 bis** : 0
	Z 14	: **Nummer facturerende instelling**
		Nummer PVT in overeenstemming met R 10 Z 14.
	Z 15	: **Stamnummer van de (verplegings-)inrichting (of revalidatiecentrum) waar de rechthebbende opgenomen is (verblijft)**
		Nummer PVT.
	Z 16	: **Code stuiten verjaringstermijn**: 0 of 1
	Z 17	: **Reden behandeling**: Altijd 0
	Z 18	: **Nummer ziekenfonds van bestemming**
	Z 19	: **Nummer opname**: Altijd 0
	Z 20-21	: **Datum akkoord revalidatiebehandeling**: Altijd 0
	Z 22	: **Uur van ontslag**
		Vermelden als datum ontslag werd ingevuld
	Z 24-25	: **Nummer individuele factuur**
		Nummer vermelden
	Z 26	: **Toepassing sociale franchise** : 0
	Z 27	: **Code gerechtigde 1 + 2**
	Z 28	: **Referentie instelling**
	Z 29-30-31	: **Nummer vorige factuur** : 0
	Z 32	: **FLAG identificatie rechthebbende**
	Z 34-35-36	: **Nummer vorige zending**
	Z 37	: **Nummer ziekenfonds vorige facturering**
	Z 38-39	: **Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A**
	Z 41	: **Vorig gefactureerd jaar en maand**
	Z 42-43-44-45	: **Referentiegegevens netwerk**
	Z 47	: **Datum van facturering** (facultatief)
	Z 49-51	: **Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B**
	Z 53	: **Begindatum periode verzekerbaarheid**
	Z 54a-54b	: **Einddatum periode verzekerbaarheid**
	Z 55	: **Datum mededeling informatie**
	Z 56	: **MAF lopend jaar**
	Z 57	: **MAF lopend jaar -1**
	Z 58	: **MAF lopend jaar -2**
	Z 99	: **Controlecijfer van het record**

Recordtype 30

Z 1	:	**Recordtype 30**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 3	:	**Norm verpleegdag** Steeds 0
Z 4	:	**Pseudo-code verpleegdag en forfait** Punt 2E, 3bis en 13
Z 5	:	**Datum eerste gefactureerde dag** Vermelden
Z 6a-6b	:	**Datum laatste gefactureerde dag** Vermelden
Z 7	:	**Nummer ziekenfonds van aansluiting**
Z 8a-8b	:	**Identificatie rechthebbende**
Z 9	:	**Geslacht rechthebbende**
Z 10	:	**Bevalling** Steeds 0
Z 11	:	**Verwijzing financieel rekeningnummer**
Z 13	:	**Dienstcode**: 990
Z 14	:	**Plaats van verstrekking** Nummer PVT in overeenstemming met R 10 Z 14.
Z 15	:	**Identificatie overeenkomst / Inrichting van verblijf** Nummer PVT.
Z 17-18	:	**Betrekkelijke verstrekking** Steeds 0
Z 19	:	**Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming**
Z 22	:	**Teken + aantal dagen of forfaits**
Z 24-25	:	**Teken + indicatief bedrag grootte orde verblijfskosten** Altijd 0.
Z 27	:	**Teken + persoonlijk aandeel patiënt**
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 30-31	:	**Teken + bedrag supplement**
Z 32	:	**Uitzondering derdebetalersregeling**
Z 33	:	**Code facturering persoonlijk aandeel of supplement**
Z 47	:	**Datum akkoord verstrekking**
Z 48	:	**Transplantatie** Steeds 0
Z 51	:	**Ziekenhuissite**
Z 52	:	**Identificatie associatie zorggebied**
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

Recordtype 40

Z 1	:	**Recordtype 40**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 3	:	**Norm verstrekking** : 0
Z 4	:	**Pseudo-code categorie geneesmiddel :** codes onder punt 2, 3, 4 en 5
Z 5	:	**Datum eerste gefactureerde dag** Begindatum afleveringsperiode of datum van aflevering
Z 6a-6b	:	**Datum laatste gefactureerde dag** Einddatum afleveringsperiode of datum van aflevering
Z 7	:	**Nummer ziekenfonds van aansluiting**
Z 8a-8b	:	**Identificatie rechthebbende**
Z 9	:	**Geslacht rechthebbende**
Z 10	:	**Bevalling** : 0
Z 11	:	**Verwijzing financieel rekeningnummer**
Z 13	:	**Dienstcode** : 990 of 0 (0 enkel in geval van 0960293 – 0960304)
Z 14	:	**Plaats van verstrekking** Nummer PVT
Z 15	:	**Identificatie overeenkomst / inrichting van verblijf** Nummer PVT.
Z 16	:	**Gratis geneesmiddelen**
Z 17-18	:	**Betrekkelijke verstrekking** : 0
Z 19	:	**Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming** Zie art. 95, § 2 van K.B. 21 december 2001.
Z 20-21	:	**Datum voorschrift** (gereserveerde zone)
Z 22	:	**Teken + aantal eenheden** Het aantal afgeleverde farmaceutische eenheden (zie eenheid naast productcode aangeduid met "*" in KB van 21.12.2001)
Z 23	:	**Eenheid**
Z 24-25	:	**Identificatie voorschrijver** Voorschrijver moet vermeld worden.
Z 27	:	**Teken + persoonlijk aandeel patiënt** Steeds 0.
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 30-31	:	**Teken + bedrag supplement** Enkel 960293 of 960304 mogelijk
Z 32	:	**Uitzondering derdebetalersregeling**
Z 33	:	**Code facturering persoonlijk aandeel of supplement**: 0
Z 34-35	:	**Code uitzondering profylaxie** : 0
Z 36	:	**Flag INN**
Z 37	:	**Galenische vorm**
Z 38	:	**Nummer tariferingsdienst** Nummer erkende tariferingsdienst
Z 39	:	**Teken + theoretisch persoonlijk aandeel patiënt** : vermelden
Z 40-41	:	**Nummer product** Zie farmaceutisch tarief, (KB van 21.12.2001) codes aangeduid met "*"
Z 42-43-44-45	:	**Omschrijving product** Indien nodig.
Z 47	:	**Datum akkoord verstrekking** Indien akkoord bestaat
Z 48	:	**Transplantatie** : 0
Z 49	:	**Nummer apotheker titularis**
Z 50	:	**Geboortejaar** (facultatief)
Z 51	:	**Ziekenhuissite**
Z 52	:	**Identificatie associatie zorggebied**
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

Recordtype 50

Z 1	:	**Recordtype 50**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 3	:	**Norm verstrekking (percentage)**
Z 4	:	**Nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode** Ambulante code
Z 5	:	**Datum eerste verrichte verstrekking** Prestatiedatum
Z 6a-6b	:	**Datum laatste verrichte verstrekking** Prestatiedatum
Z 7	:	**Nummer ziekenfonds van aansluiting**
Z 8a-8b	:	**Identificatie rechthebbende**
Z 9	:	**Geslacht rechthebbende**
Z 10	:	**Bevalling** Steeds 0
Z 11	:	**Verwijzing financieel rekeningnummer**
Z 12	:	**Nacht, weekeinde, feestdag**
Z 13	:	**Dienstcode**: 990
Z 14	:	**Plaats van verstrekking** Nummer PVT, behoudens ingeval van prestaties verricht in een laboratorium voor klinische biologie, een dienst die overeenkomstig de uitgevaardigde normen werd erkend, weefselbank, revalidatiecentrum of verplegingsinrichting. Zie prioriteiten R 50 Z 14 V 5.
Z 15	:	**Identificatie verstrekker**
Z 16	:	**Norm verstrekker**
Z 17-18	:	**Betrekkelijke verstrekking**
Z 19	:	**Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming**
Z 20-21	:	**Datum voorschrift**
Z 22	:	**Teken + aantal eenheden**
Z 23	:	**Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie**
Z 24-25	:	**Identificatie voorschrijver**
Z 26	:	**Norm voorschrijver**
Z 27	:	**Teken + persoonlijk aandeel patiënt**
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 29	:	**Behandelde tand**
Z 30-31	:	**Teken + bedrag supplement**
Z 32	:	**Uitzondering derdebetalersregeling**
Z 33	:	**Code facturering persoonlijk aandeel of supplement**
Z 34	:	**Behandeld lid**
Z 35	:	**Geconventionneerde verstrekker**
Z 36-37	:	**Uur van prestatie**
Z 38	:	**Identificatie toedienaar bloed**
Z 39-40	:	**Nummer attest van toediening**
Z 41-42	:	**Nummer afleveringsbon of zak**
Z 43a-43b	:	**Code implant**
Z 44-45	:	**Omschrijving product**
Z 46	:	**Norm plafond**
Z 47	:	**Basiswaarde verstrekking**
Z 48	:	**Transplantatie**
Z 49	:	**Identificatie bijkomende verstrekker**
Z 50a	:	**Aandeel in forfait**
Z 51	:	**Ziekenhuissite**
Z 52	:	**Identificatie associatie zorggebied**
Z 53-54a	:	**Ritnummer**
Z 55-56	:	**Notificatiecode implantaat**
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

Recordtype 80

Z 1	:	**Recordtype 80**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 4	:	**Uur van opname** Uur vermelden
Z 5	:	**Datum van opname** Datum vermelden
Z 6a-6b	:	**Datum van ontslag** Vermelden indien verblijfsperiode wordt afgesloten
Z 7	:	**Nummer ziekenfonds van aansluiting**
Z 8a-8b	:	**Identificatie rechthebbende**
Z 9	:	**Geslacht rechthebbende**
Z 10	:	**Type factuur** Factuurtype 4
Z 13	:	**Dienst 721 bis** : 0
Z 14	:	**Nummer facturerende instelling** Nummer PVT in overeenstemming met R 20 Z 14.
Z 15	:	**Teken + bedrag financieel rekeningnummer B**
Z 17	:	**Reden behandeling** Altijd 0
Z 18	:	**Nummer ziekenfonds van bestemming**
Z 19	:	**Teken + bedrag financieel rekeningnummer A**
Z 20-21	:	**Factuurdatum**
Z 22	:	**Uur van ontslag** Vermelden als datum ontslag werd ingevuld.
Z 24-25	:	**Nummer individuele factuur** : nummer vermelden.
Z 27	:	**Teken + persoonlijk aandeel patiënt**
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 32	:	**FLAG identificatie rechthebbende**
Z 30-31	:	**Teken + bedrag supplement**
Z 38	:	**Teken + voorschot financieel rekeningnummer A**
Z 55-56	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 98	:	**Controlecijfer van de factuur**
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

Recordtype 90

Z 1	:	**Recordtype 90**
Z 2	:	**Volgnummer record**
Z 5-6a	:	**Financieel rekeningnummer A** Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 7	:	**Zendingsnummer**
Z 8a	:	**Financieel rekeningnummer B** Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011. (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
Z 14	:	**Nummer derdebetalende** Identificatienummer PVT.
Z 15	:	**Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B**
Z 19	:	**Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A**
Z 22	:	**Gefactureerd jaar**
Z 23	:	**Gefactureerde maand**
Z 27	:	**KBO-nummer** Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015
Z 28	:	**Referentie instelling**
Z 31-34	:	**BIC financiële rekening A**
Z 36-41	:	**IBAN financiële rekening A**
Z 43a	:	**BIC financiële rekening B**
Z 45-46-47a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 49-52	:	**IBAN financiële rekening B**
Z 53-54a	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 55-56	:	Gereserveerd staatshervorming
Z 98	:	**Controlecijfer van de zending**
Z 99	:	**Controlecijfer van het record**

REKEN-EN AFRONDINGSREGELS VOOR GENEESMIDDELEN.

Algemene opmerking vooraf: De afrondingsregel wordt toegepast op 3 decimalen, m.a.w. om af te ronden tot op 2 decimalen wordt enkel gekeken naar het 3de decimaal.

A. Aflevering aan GEHOSPITALISEERDE rechthebbenden

1. Ingeval van forfaitarisering (facturatie aan 25%)

Algemene regel (zie voorbeeld 1)

Vergoedingsbasis x aantal eenheden : A

ZIV-tegemoetkoming: B = A * 0,25
B' **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond

Contrastmiddelen (zie voorbeeld 15 BIS) **en andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)**

De verzekeringstegemoetkoming wordt verminderd met 10 % (15% vanaf 1/4/2019) . Deze vermindering mag niet aan de patiënt gefactureerd worden.

ZIV-tegemoetkoming: B = A * 0,25 * 0,90
B' **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond

2. Buiten forfaitarisering

Het gaat om niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen of geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd door ziekenhuizen die buiten de forfaitarisering vallen.

Geneesmiddelen van categorie A of Fa (zie voorbeeld 2)

Vergoedingsbasis x aantal eenheden : A
A' **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): B = A'

Ingeval van geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019):

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): B = A * 0,90
B' **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

Geneesmiddelen van categorie B of Fb (zie voorbeelden 3 tot en met 14)

Per aangebroken schijf moet 0,37 EUR theoretisch persoonlijk aandeel in mindering gebracht worden.
In de volgende gevallen moet het theoretisch remgeld echter beperkt worden tot de vergoedingsbasis * het aantal eenheden:

- Aantal afgeleverde eenheden <= schijf en vergoedingsbasis * aantal eenheden < 0,37 EUR
- Aantal afgeleverde eenheden > schijf en vergoedingsbasis * aantal eenheden < x * 0,37 EUR (met x = aantal aangebroken schijven).

Bij transfert van de patiënt naar een andere dienst en bij de start van een nieuwe hospitalisatie, wordt sowieso een nieuwe schijf begonnen.

Definitie "schijf":

- Indien het product vergoedbaar is in publieke officina:
  schijf = grootste publieksverpakking
- Indien het product enkel in ziekenhuismilieu vergoed wordt:
  schijf = de omschrijving die in de lijst vermeld staat in de kolom "Verpakkingen" naast de code met * en **, tenzij er expliciet in de lijst een andere tariferingseenheid gedefinieerd wordt via de bepaling *"(conform ...)*"

Opgelet:

Indien het product enkel in ziekenhuismilieu vergoed wordt, wordt de rekenbasis voor de berekening van de * en ** prijzen sinds 01.04.2010 cursief en vet gedrukt vermeld op de lijst (d.i. de kleinste vergoedbare hospitaalverpakking waarvan sprake in artikel 95 § 1, eerste (laatste zin) en tweede lid); deze verpakking mag niet verward worden met de begrippen tariferingseenheid en - schijf.
Sinds 01.04.2010 komt er enkel extra informatie voor op de lijst (een duidelijke omschrijving van de kleinste ziekenhuisverpakking die als rekenbasis voor * en ** dient), zonder dat de logica gewijzigd wordt.

Voorbeelden van de bepaling van de "schijf"

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)

Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix *buiten bedrijf / ex-usine*	Basis v tegemoetk Base de remb. *buiten bedrijf / ex-usine*	I	II
CO-AMILORIDE TEVA 5/50 mg			TEVA PHARMA BELGIUM					ATC: C03EA01
B-28	1488-774	60 tabletten, 5 mg / 50 mg	60 comprimés, 5 mg / 50 mg	G	5,94	5,94	0,34	0,57
	1488-774				***1,2900***	***1,2900***		
B-28	1488-782	120 tabletten, 5 mg / 50 mg	120 comprimés, 5 mg / 50 mg	G	7,42	7,42	0,68	1,14
	1488-782				***2,5700***	***2,5700***		
B-28 *	0762-401	1 tablet, 5 mg / 50 mg	1 comprimé, 5 mg / 50 mg	G	0,0277	0,0277		
B-28 **	0762-401	1 tablet, 5 mg / 50 mg	1 comprimé, 5 mg / 50 mg	G	0,0227	0,0227		

⇨ "schijf" = 120

ROACTEMRA 20 mg/ml		ROCHE				ATC: L04AC07
	0794-834	***4 injectieflacons 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml***	***4 flacons injectables 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml***	***577,5000***	***577,5000***	
B-305 *	0794-834	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml	154,8150	154,8150	
B-305 **	0794-834	1 injectieflacon 4 ml concentraat voor oplossing voor infusie, 20 mg/ml	1 flacon injectable 4 ml solution à diluer pour perfusion, 20 mg/ml	153,0375	153,0375	

⇨ "schijf" = 1

BOTOX		ALLERGAN				ATC: M03AX01
	0748-319	***1 injectieflacon 100 IU poeder voor oplossing voor injectie, 100 IU***	***1 flacon injectable 100 IU poudre pour solution injectable, 100 IU***	***197,6000***	***197,6000***	
B-233 *	0748-319	1 IU (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	1 IU (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)	2,1657	2,1657	
B-233 **	0748-319	1 IU (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	1 IU (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)	2,0946	2,0946	

⇨ "schijf" = 10

Concreet gebeurt de berekening als volgt:

Vergoedingsbasis x aantal eenheden : A

A' **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):
Indien het aantal eenheden <= schijf: B = 0,37 EUR of B = A' (indien A'< 0,37 EUR)
Indien het aantal eenheden > schijf: B = x * 0,37 EUR of B = A' (indien A' < x * 0,37)

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): A' – B

Ingeval van contrastmiddelen (zie vb. 15TER) of andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019):

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): (A' – B) * 0,90 **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

Bijzonderheid: gebruik van norm 1 of 2 in R 40 Z 3

Als het theoretisch remgeld reeds eerder werd in mindering gebracht voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst, wordt norm 1 gebruikt om aan te duiden dat er geen (theoretisch) remgeld meer wordt afgetrokken. Norm 2 wordt gebruikt als het theoretisch remgeld groter is dan nul maar kleiner dan het verwachte bedrag.

Afspraak

Indien de 0,37 EUR reeds eerder in mindering gebracht werd voor dezelfde patiënt binnen dezelfde dienst, maar om technische/praktische redenen nogmaals opnieuw in mindering gebracht wordt (bv. bij opsplitsing van de facturatie aan het begin van een nieuw jaar, bij wijziging van mutualiteit of van CG1/CG2, …), mag dit niet verworpen worden.

Geneesmiddelen van categorie C, Cs, Cx (zie voorbeeld 15)

Vergoedingsbasis x aantal eenheden : A

A' **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

Percentage remgeld (berekend op A) B
(respectievelijk 50%, 60%, 80%)

B' **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar onder afgerond.

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): B'

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): A' – B'

Ingeval van contrastmiddelen of andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019):

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): (A' – B') * 0,90 **AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

B. Aflevering aan AMBULANTE rechthebbenden

Algemene regel (zie voorbeelden 16 en 17)

Prijs x aantal eenheden :	A	
	A'	**AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.
Vergoedingsbasis x aantal eenheden :	B	
	B'	**AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.
A – B =	C	
	C'	**AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar onder afgerond.
Percentage remgeld (berekend op B) :	D	
	D'	**AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar onder afgerond.
Persoonlijk aandeel (Z 27) :	C' + D'	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	B' – D'	

Opgelet:
Het verschil tussen prijs en vergoedingsbasis (bedrag C') is integraal ten laste van de patiënt en moet bovenop het berekende (en eventueel geplafonneerde) remgeld geteld worden, tenzij het ziekenhuis dit bedrag zelf ten laste neemt (Z 33 = 1).
Vanaf 1/7/2020 is de 'veiligheidsmarge' (verschil tussen prijs en vergoedingsbasis) geschrapt.
Uitzondering: Categorie Fa en Fb: Het verschil tussen prijs en vergoedingsbasis (bedrag C') is integraal ten laste van het ziekenhuis. Dit bedrag mag dus niet aan de patiënt aangerekend worden.

Contrastmiddelen (zie voorbeeld 29) **en andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)**

De verzekeringstegemoetkoming wordt verminderd met 10 % (15% vanaf 1/4/2019). Deze vermindering mag niet aan de patiënt gefactureerd worden.

ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	(B' – D') * 0,90	**AFGEROND** naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar boven afgerond.

Specifieke regels voor geneesmiddelen van categorie B, Fb en C (zie voorbeelden 18 tot en met 27)

Het remgeld (bedrag D') wordt geplafonneerd per schijf (zie definitie "schijf" hierboven).

De berekening en afronding van het remgeld moet daarom per schijf gebeuren.
De vergoedingsbasis wordt berekend op het totaal aantal afgeleverde eenheden, ook als dit aantal groter is dan de schijf.

Ter info: remgeldpercentages en -plafonds

Remgeldpercentages per categorie

Categorie	rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming	andere rechthebbenden
A, Fa	0 %	0%
B, Fb	15%	25%
C	50%	50%
Cs	60%	60%
Cx	80%	80%

Remgeldplafonds (van toepassing vanaf 1 januari 2012):

Categorie	rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming	andere rechthebbenden
B, Fb	7,50	11,30
B, Fb (grote verpakking)	9,30	14,10
C	9,30	14,10

"grote verpakking" = een publiekverpakking die meer dan 60 gebruikseenheden van een farmaceutische specialiteit bevat; in een ziekenhuisofficina wordt de aflevering van meer dan 60 gebruikseenheden gelijkgesteld met de aflevering van een grote verpakking (zie KB 7 mei 1991, art. 1, 5°)

C. Uitgewerkte voorbeelden

De voorbeelden dienen louter ter illustratie van de reken- en afrondingsregels.
De prijzen en remgeldplafonds in deze voorbeelden worden niet systematisch geactualiseerd.
Er moet worden gebruik gemaakt van prijzen en remgeldplafonds op datum van aflevering.

Uittreksels uit de lijst bij het KB van 21/12/2001 (versie 1/8/2010)

Benaming / Dénomination (Aanvrager / Demandeur)								
Cat.	Code	Verpakkingen	Conditionnements	Opm Obs	Prijs Prix ***buiten bedrijf / ex-usine***	Basis v tegemoetk Base de remb. ***buiten bedrijf / ex-usine***	I	II
CAPOTEN 50 mg (Impexeco)			IMPEXECO					ATC: C09AA01
B-21	2675-718	60 tabletten, 50 mg	60 comprimés, 50 mg	R	27,95	22,36	9,36	11,88
	2675-718				***19,0100***	***14,2200***		
B-21 *	0795-997	1 tablet, 50 mg	1 comprimé, 50 mg	R	0,4088	0,3058	+0,1030	+0,1030
B-21 **	0795-997	1 tablet, 50 mg	1 comprimé, 50 mg	R	0,3358	0,2512		
CELLTOP 100 mg			BAXTER					ATC: L01CB01
A-28	1524-214	10 capsules, hard, 100 mg	10 gélules, 100 mg	R	86,49	75,69	10,80	10,80
	1524-214				***71,0600***	***61,1700***		
A-28 *	0762-229	1 capsule, hard, 100 mg	1 gélule, 100 mg	R	8,2430	7,1950	+1,0480	+1,0480
A-28 **	0762-229	1 capsule, hard, 100 mg	1 gélule, 100 mg	R	7,5320	6,4840		
INDERAL			ASTRAZENECA					ATC: C07AA05
B-9	0115-808	50 tabletten, 10 mg	50 comprimés, 10 mg	R	5,94	5,43	0,73	0,88
	0115-808				***1,2900***	***0,8400***		
B-9 *	0709-188	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	R	0,0332	0,0216	+0,0116	+0,0116
B-9 **	0709-188	1 tablet, 10 mg	1 comprimé, 10 mg	R	0,0274	0,0178		

FRAXIPARINE		GLAXO SMITHKLINE						ATC: B01AB06
B-33	0321-596	10 voorgevulde spuiten 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	10 seringues préremplies 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		31,92	31,92	5,10	8,58
	0321-596				***22,5100***	***22,5100***		
B-33 *	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 séringue prérempli 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		2,9050	2,9050		
B-33 **	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 séringue prérempli 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		2,3860	2,3860		

DOCACETYL 600		DOCPHARMA						ATC: R05CB01
C-27	1583-590	30 bruistabletten, 600 mg	30 comprimés effervescents, 600 mg	G	7,05	7,05	2,02	2,02
	1583-590				***2,2800***	***2,2800***		
C-27 *	0767-590	1 bruistablet, 600 mg	1 comprimé effervescent, 600 mg	G	0,0980	0,0980		
C-27 **	0767-590	1 bruistablet, 600 mg	1 comprimé effervescent, 600 mg	G	0,0807	0,0807		

MEBEVERINE EG		EUROGENERICS						ATC: A03AA04
Cx-10	1402-569	40 filmomhulde tabletten, 135 mg	40 comprimés pelliculés, 135 mg	G	6,77	6,77	2,89	2,89
	1402-569				***2,0400***	***2,0400***		
Cx-10	1464-114	120 filmomhulde tabletten, 135 mg	120 comprimés pelliculés, 135 mg	G	9,57	9,57	6,01	6,01
	1464-114				***4,2500***	***4,2500***		
Cx-10 *	0748-350	1 filmomhulde tablet, 135 mg	1 comprimé pelliculé, 135 mg	G	0,0457	0,0457		
Cx-10 **	0748-350	1 filmomhulde tablet, 135 mg	1 comprimé pelliculé, 135 mg	G	0,0376	0,0376		

DIFLUCAN (PI-Pharma)		PI-PHARMA		(zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV)				ATC: J02AC01
B-134	2195-642	10 capsules, hard, 200 mg	10 gélules, 200 mg	R	64,59	61,85	9,94	13,54
	2195-642				***51,3300***	***48,9200***		
B-134 *	0779-025	1 capsule, hard, 200 mg	1 gélule, 200 mg	R	6,1520	5,8970	+0,2550	+0,2550
B-134 **	0779-025	1 capsule, hard, 200 mg	1 gélule, 200 mg	R	5,4410	5,1860		

BONEFOS		BAYER						ATC: M05BA02
B-88	1327-576	50 tabletten, 800 mg	50 comprimés, 800 mg		161,19	161,19	7,20	10,80
	1327-576				***139,5500***	***139,5500***		
B-88 *	0748-517	1 tablet, 800 mg	1 comprimé, 800 mg		3,1006	3,1006		
B-88 **	0748-517	1 tablet, 800 mg	1 comprimé, 800 mg		2,9584	2,9584		

ENTOCORT		ASTRAZENECA						ATC: A07EA06
B-55	1344-365	100 capsules met verlengde afgifte, hard, 3 mg	100 gélules à libération prolongée, 3 mg		89,05	89,05	8,90	13,50
	1344-365				***73,4200***	***73,4200***		
B-55 *	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,8494	0,8494		
B-55 **	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,7783	0,7783		

BOTOX		ALLERGAN						ATC: M03AX01
	0748-319	***1 injectieflacon 100 IU poeder voor oplossing voor injectie, 100 IU***	***1 flacon injectable 100 IU poudre pour solution injectable, 100 IU***		***197,6000***	***197,6000***		
B-233 *	0748-319	1 IU (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	1 IU (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)		2,1657	2,1657		
B-233 **	0748-319	1 IU (Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	1 IU (Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)		2,0946	2,0946		

AMOXICILLINE SANDOZ 250		SANDOZ						ATC: J01CA04
B-107	2114-346	1 fles 100 ml poeder voor orale suspensie, 50 mg/ml	1 flacon 100 ml poudre pour suspension buvable, 50 mg/ml	G	7,21	7,21	0,64	1,07
	2114-346				***2,4100***	***2,4100***		
B-107 *	0778-068	5 ml suspensie voor oraal gebruik, 50 mg/ml	5 ml suspension buvable, 50 mg/ml	G	0,1555	0,1555		
B-107 **	0778-068	5 ml suspensie voor oraal gebruik, 50 mg/ml	5 ml suspension buvable, 50 mg/ml	G	0,1275	0,1275		

LIPITOR 40		PFIZER		(zie ook hoofdstuk: IV voir aussi chapitre: IV)				ATC: C10AA05
B-41	1641-018	84 filmomhulde tabletten, 40 mg	84 comprimés pelliculés, 40 mg		189,49	189,49	8,90	13,50
	1641-018				***165,5000***	***165,5000***		
B-41 *	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,1731	2,1731		
B-41 **	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,0885	2,0885		

Voorbeelden gehospitaliseerde rechthebbenden

Voorbeeld 1 (binnen forfaitarisering)

Aflevering van 14 eenheden Capoten 50 mg 0795-997** (schijf = 60) aan een gehospitaliseerde patiënt in een acuut ziekenhuis.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,2512 * 14 = 3,5168

ZIV-tegemoetkoming: 3,5168 * 0,25 = 0,8792
≈ 0,88

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0756125	0,88	14	0

Voorbeeld 2 (categorie A buiten forfaitarisering)

Aflevering van 12 eenheden Celltop 100 mg 0762-229** (schijf = 10) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 6,4840 * 12 = 77,8080
≈ 77, 81

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0753723	77,81	12	0

Voorbeeld 3 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden < "schijf")

Aflevering van 14 eenheden Capoten 50 mg 0795-997** (schijf = 60) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,2512 * 14 = 3,5168
≈ 3,52

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): 0,37

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 3,52 – 0,37 = 3,15

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0753745	3,15	14	0,37

Voorbeeld 4 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden < "schijf") (theoretisch persoonlijk aandeel beperkt tot vergoedingsbasis * aantal eenheden)

Aflevering van 2 eenheden Amoxicilline Sandoz 0778-068** (schijf = 20) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,1275 * 2 = 0,2550
≈ 0,26

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): 0,26 (beperkt)

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 0,26 – 0,26 = 0,00

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0750864	0,00	2	0,26

Voorbeeld 5 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden > "schijf")

Aflevering van 80 eenheden Capoten 50 mg 0795-997** (schijf = 60) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,2512 * 80 = 20,0960
≈ 20,10

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): 2 * 0,37 = 0,74

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 20,10 – 0,74 = 19,36

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0753745	19,36	80	0,74

Voorbeeld 6 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden > "schijf")

Aflevering van 61 eenheden Capoten 50 mg 0795-997** (schijf = 60) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,2512 * 61 = 15,3232
≈ 15,32

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): 2 * 0,37 = 0,74

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 15,32 – 0,74 = 14,58

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0753745	14,58	61	0,74

Voorbeeld 7 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden < "schijf") (facturatie verspreid over 2 afzonderlijke facturatiebestanden)

Aflevering van 10 eenheden Amoxicilline Sandoz 0778-068** (schijf = 20) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.
2 eenheden worden gefactureerd op een 1ste facturatiebestand, de overige 8 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,1275 * 2 = 0,2550 ≈ 0,26

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): 0,26 (beperkt)

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 0,26 – 0,26 = 0,00

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,1275 * 8 = 1,0200 ≈ 1,02

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): 0,11 (= 0,37 – 0,26)

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 1,02 – 0,11 = 0,91

1ste facturatiebestand

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0750864	0,00	2	0,26

2de facturatiebestand

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
2	0750864	0,91	8	0,11

Voorbeeld 8 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden > "schijf")

Aflevering van 101 eenheden Nivaquine ** 0712-984 (schijf = 20) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,0067 * 101 = 0,6767 ≈ 0,68

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): 0,68 (beperkt want vergoedingsbasis * aantal eenheden < 6*0,37)

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 0,68 – 0,68 = 0,00

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0750746	0,00	101	0,68

Voorbeeld 9 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden < "schijf") (facturatie verspreid over 2 afzonderlijke facturatiebestanden)

Aflevering van 40 eenheden Capoten 50 mg 0795-997** (schijf = 60) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.
30 eenheden worden gefactureerd op een 1ste facturatiebestand, de overige 10 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,2512 * 30	= 7,5360 ≈ 7,54
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,37	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	7,54 – 0,37	= 7,17

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,2512 * 10	= 2,5120 ≈ 2,51
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,00 (want reeds eerder 0,37 in mindering gebracht voor deze schijf)	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	2,51 – 0,00	= 2,51

1ste facturatiebestand

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0753745	7,17	30	0,37

2de facturatiebestand

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
1	0753745	2,51	10	0

<u>Voorbeeld 10</u> (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden < "schijf") (facturatie via verschillende records omwille van verschillende voorschrijvers)

Aflevering van 40 eenheden Capoten 50 mg 0795-997** (schijf = 60) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.
30 eenheden werden voorgeschreven door voorschrijver X, de overige 10 eenheden door voorschrijver Y.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,2512 * 30	= 7,5360 ≈ 7,54
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,37	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	7,54 – 0,37	= 7,17

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,2512 * 10	= 2,5120 ≈ 2,51
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,00 (want reeds eerder 0,37 in mindering gebracht voor deze schijf)	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	2,51 – 0,00	= 2,51

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0753745	7,17	30	0,37
1	0753745	2,51	10	0

<u>Opgelet</u>:

Aangezien er voor geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden in principe geen voorschrijver moet ingevuld worden, is het niet verplicht om de facturatie op te splitsen in verschillende records. De berekening en facturatie kan dus ook als volgt gebeuren:

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,2512 * 40	= 10,0480 ≈ 10,05
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,37	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	10,05 – 0,37	= 9,68

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0753745	9,68	40	0,37

<u>Voorbeeld 11</u> (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden > "schijf")
(facturatie verspreid over 2 afzonderlijke facturatiebestanden)

Aflevering van 85 eenheden Inderal 10 mg 0709-188** (schijf = 50) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.
63 eenheden worden gefactureerd op een 1ste facturatiebestand, de overige 22 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,0178 * 63	= 1,1214 ≈ 1,12
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	2 * 0,37	= 0,74
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	1,12 – 0,74	= 0,38

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,0178 * 22	= 0,3916 ≈ 0,39
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,00 (want reeds eerder 0,37 EUR in mindering gebracht voor deze schijf)	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	0,39 – 0,00	= 0,39

<u>1ste facturatiebestand</u>

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0753745	0,38	63	0,74

<u>2de facturatiebestand</u>

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
1	0753745	0,39	22	0,00

Voorbeeld 12 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden > "schijf")

Aflevering van 85 eenheden Inderal 10 mg 0709-188** (schijf = 50) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.
5 eenheden worden gefactureerd op een 1ste facturatiebestand, de overige 80 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,0178 * 5	= 0,089 ≈ 0,09
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,09	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	0,09 – 0,09	= 0,00

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,0178 * 80	= 1,424 ≈ 1,42
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,28 + 0,37 = 0,65 (want reeds eerder 0,09 EUR in mindering gebracht voor de 1ste schijf)	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	1,42 – 0,65	= 0,77

1ste facturatiebestand

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0753745	0,00	5	0,09

2de facturatiebestand

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
2	0753745	0,77	80	0,65

<u>Voorbeeld 13</u> (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden > "schijf") (facturatie via verschillende records omwille van een prijswijziging)

Aflevering van 26 eenheden Fraxiparine 0739-714** (schijf = 10) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.
5 eenheden werden afgeleverd in augustus, de overige 21 eenheden in september.
Stel dat de vergoedingsbasis op 1/9 wijzigt naar 2,4356 (fictief voorbeeld).

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	2,3860 * 5	= 11,9300 ≈ 11,93
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,37	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	11,93 – 0,37	= 11,56

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	2,4356 * 21	= 51,1476 ≈ 51,15
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	2 * 0,37 = 0,74 (de 0,37 EUR moet slechts 2x in mindering gebracht worden, namelijk voor de 2de en 3de schijf, want voor de 1ste schijf werd reeds eerder 0,37 EUR in mindering gebracht)	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	51,15 – 0,74	= 50,41

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0750746	11,56	5	0,37
2	0750746	50,41	21	0,74

Voorbeeld 14 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden < "schijf") (facturatie via verschillende records omwille van dienstwijziging)

Aflevering van 40 eenheden Capoten 50 mg 0795-997** (schijf = 60) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.
30 eenheden werden afgeleverd in dienst X, de overige 10 eenheden in dienst Y.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,2512 * 30	= 7,5360 ≈ 7,54
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,37	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	7,54 – 0,37	= 7,17

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,2512 * 10	= 2,5120 ≈ 2,51
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	0,37	
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	2,51 – 0,37	= 2,14

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0753745	7,17	30	0,37
0	0753745	2,14	10	0,37

Voorbeeld 15 (categorie C buiten forfaitarisering)

Aflevering van 32 eenheden Docacetyl 600 mg 0767-590** (schijf = 30) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,0807 * 32	= 2,5824 ≈ 2,58
Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):	2,5824 * 0,50	= 1,2912 ≈ 1,29
ZIV-tegemoetkoming (Z 19):	2,58 – 1,29	= 1,29

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0750886	1,29	32	1,29

Voorbeeld 15 BIS (contrastmiddel – binnen forfaitarisering) (op basis van prijzen op 1/1/2013)

Aflevering van 2 eenheden Telebrix 0730-481** aan een gehospitaliseerde patiënt in een acuut ziekenhuis.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 14,99 * 2 = 29,98

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 29,98 * 0,25 * 0,90 = 6,7455
≈ 6,75

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0757864	6,75	2	0

Voorbeeld 15 TER (contrastmiddel – buiten forfaitarisering) (op basis van prijzen op 1/1/2013)

Aflevering van 2 eenheden Telebrix 0730-481** aan een gehospitaliseerde patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis.

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 14,99 * 2 = 29,98

Theoretisch persoonlijk aandeel: 2 * 0,37 = 0,74

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): (29,98 - 0,74) * 0,90 = 26,316
≈ 26,32

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 39 (theor.P.A.)
0	0757945	26,32	2	0,74

Voorbeelden ambulante rechthebbenden

Opmerking: Voor afleveringen vanaf 1/7/2020 is de 'veiligheidsmarge' geschrapt. De voorbeelden hieronder van referentiespecialiteiten met verschil tussen prijs en vergoedingsbasis zijn dus niet meer van toepassing.

Voorbeeld 16 (categorie A)

Aflevering van 22 eenheden Celltop 100 mg 0762-229* (schijf = 10) aan een ambulante patiënt.

Prijs * aantal eenheden : 8,2430 *22 = 181,3460
≈ 181,35

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 7,1950 * 22 = 158,2900
≈ 158,29

181,3460 – 158,2900 = 23,0560
≈ 23,06

Persoonlijk aandeel (Z 27): 23,06

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 158,29

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0753911	158,29	22	23,06

Voorbeeld 17 (categorie Cx)

Aflevering van 150 eenheden Mebeverine 135 mg 0748-350* (schijf = 120) aan een ambulante patiënt

Prijs * aantal eenheden : 0,0457 * 150 = 6,8550
≈ 6,86

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,0457 * 150 = 6,8550
≈ 6,86

6,8550 – 6,8550 = 0,0000
≈ 0,00

Percentage remgeld: 0,80 * 6,8550 = 5,4840
≈ 5,48

Persoonlijk aandeel (Z 27): 0,00 + 5,48 = 5,48

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 6,86 – 5,48 = 1,38

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0750816	1,38	150	5,48

Voorbeeld 18 (categorie B; aantal eenheden < schijf; geen remgeldplafonnering)

Aflevering van 30 eenheden Capoten 50 mg 0795-997* (schijf = 60) aan een ambulante patiënt zonder voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden : 0,4088 * 30 = 12,2640
≈ 12,26

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,3058 * 30 = 9,1740
≈ 9,17

12,2640 –9,1740 = 3,0900
≈ 3,09

Percentage remgeld: 0,25 * 9,1740 = 2,2935
≈ 2,29

Persoonlijk aandeel (Z 27): 3,09 + 2,29 = 5,38

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 9,17 – 2,29 = 6,88

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0753933	6,88	30	5,38

Voorbeeld 19 (categorie B; aantal eenheden > schijf; geen remgeldplafonnering)

Aflevering van 80 eenheden Capoten 50 mg 0795-997* (schijf = 60) aan een ambulante patiënt zonder voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden :	0,4088 * 80	= 32,7040 ≈ 32,70
Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,3058 * 80	= 24,4640 ≈ 24,46

32,7040 – 24,4640 = 8,2400
≈ 8,24

Berekening remgeld 1ste schijf

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,3058 * 60	= 18,3480
Percentage remgeld:	0,25 * 18,3480	= 4,5870 ≈ 4,59

Berekening remgeld 2de schijf

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,3058 * 20	= 6,1160
Percentage remgeld:	0,25 * 6,1160	= 1,5290 ≈ 1,53

Persoonlijk aandeel (Z 27): 8,24 + 4,59 + 1,53 = 14,36

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 24,46 – 4,59 – 1,53 = 18,34

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0753933	18,34	80	14,36

Voorbeeld 20 (categorie B; aantal eenheden < schijf; met remgeldplafonnering)

Aflevering van 9 eenheden Diflucan 200 mg 0779-025* (schijf = 10) aan een ambulante patiënt met voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden : 6,1520 * 9 = 55,3680
≈ 55,37

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 5,8970 * 9 = 53,0730
≈ 53,07

55,3680 – 53,0730 = 2,2950
≈ 2,29

Percentage remgeld: 0,15 * 53,0730 = 7,96095
≈ 7,96
plafond = 7,20

Persoonlijk aandeel (Z 27): 2,29 + 7,20 = 9,49

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 53,07 – 7,20 =45,87

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0753933	45,87	9	9,49

Voorbeeld 21 (categorie B; aantal eenheden < schijf; remgeldplafond "grote verpakking")

Aflevering van 99 eenheden Entocort 3 mg 0762-831 (schijf = 100) aan een ambulante patiënt met voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden : 0,8494 * 99 = 84,0906
≈ 84,09

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,8494 * 99 = 84,0906
≈ 84,09

84,0906 – 84,0906 = 0,0000
≈ 0,00

Percentage remgeld: 0,15 * 84,0906 = 12,61359
≈ 12,61
plafond = 8,90

Persoonlijk aandeel (Z 27): 0,00 + 8,90 = 8,90

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 84,09 – 8,90 = 75,19

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0750934	75,19	99	8,90

Voorbeeld 22 (categorie B; aantal eenheden > schijf; remgeldplafond "grote verpakking")

Aflevering van 110 eenheden Entocort 3 mg 0762-831* (schijf = 100) aan een ambulante patiënt zonder voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden :	0,8494 * 110	= 93,4340 ≈ 93,43
Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,8494 * 110	= 93,4340 ≈ 93,43

93,4340 - 93,4340 = 0,0000
≈ 0,00

Berekening remgeld 1ste schijf

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,8494 * 100	= 84,9400
Percentage remgeld:	0,25 * 84,9400	= 21,2350 ≈ 21,23
	plafond	= 13,50

Berekening remgeld 2de schijf

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	0,8494 * 10	= 8,4940
Percentage remgeld:	0,25 * 8,4940	= 2,1235 ≈ 2,12

Persoonlijk aandeel (Z 27): 0,00 + 13,50 + 2,12 = 15,62

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 93,43 – 13,50 – 2,12 = 77,81

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0750934	77,81	110	15,62

Voorbeeld 23 (categorie B; aantal eenheden < schijf; met remgeldplafonnering)

Aflevering van 59 eenheden Entocort 3 mg 0762-831* (schijf = 100) aan een ambulante patiënt zonder voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden : 0,8494 * 59 = 50,1146
≈ 50,11

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 0,8494 * 59 = 50,1146
≈ 50,11

50,1146 – 50,1146 = 0,0000
≈ 0,00

Percentage remgeld: 0,25 * 50,1146 = 12,52865
≈ 12,53
plafond = 10,80 (gewoon plafond want aflevering ≤ 60)

Persoonlijk aandeel (Z 27): 0,00 + 10,80 = 10,80

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 50,11 – 10,80 = 39,31

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0750934	39,31	59	10,80

Voorbeeld 24 (categorie B; aantal eenheden > schijf)

Aflevering van 30 eenheden Botox 0748-319* (schijf = 10) aan een ambulante patiënt zonder voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden : 2,1657 * 30 = 64,9710
≈ 64,97

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 2,1657 * 30 = 64,9710
≈ 64,97

64,9710 – 64,9710 = 0,0000
≈ 0,00

Berekening remgeld per schijf

3x
Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 2,1657 * 10 = 21,6570
Percentage remgeld: 0,25 * 21,6570 = 5,41425
≈ 5,41

Persoonlijk aandeel (Z 27): 0,00 + 3 * 5,41 = 16,23

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 64,97 – 16,23 = 48,74

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0750934	48,74	30	16,23

<u>Voorbeeld 25</u> (categorie B; aantal eenheden > schijf; remgeldplafond "grote verpakking" voor 1ste schijf, remgeldplafond "gewone verpakking" voor 2de schijf)

Aflevering van 140 eenheden Lipitor 40 comp 0768-788* (schijf = 84) aan een ambulante patiënt met voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden :	2,1731 * 140	= 304,2340 ≈ 304,23
Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	2,1731 * 140	= 304,2340 ≈ 304,23

304,2340 - 304,2340 = 0,0000
≈ 0,00

<u>Berekening remgeld 1ste schijf</u>

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	2,1731 * 84	= 182,5404
Percentage remgeld:	0,15 * 182,5404	= 27,38106 ≈ 27,38
	plafond	= 8,90 (want aflevering > 60 eenheden)

<u>Berekening remgeld 2de schijf</u>

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	2,1731 * 56	= 121,6936
Percentage remgeld:	0,15 * 121,6936	= 18,25404 ≈ 18,25
	plafond	= 7,20 (want aflevering ≤ 60 eenheden)

Persoonlijk aandeel (Z 27): 0,00 + 8,90 + 7,20 = 16,10

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 304,23 – 8,90 – 7,20 = 288,13

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0750934	288,13	140	16,10

<u>Voorbeeld 26</u> (categorie B; aantal eenheden < schijf; remgeldplafond "grote verpakking")

Aflevering van 80 eenheden Lipitor 40 comp 0768-788* (schijf = 84) aan een ambulante patiënt met voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden : 2,1731 * 80 = 173,8480
≈ 173,85

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 2,1731 * 80 = 173,8480
≈ 173,85

173,8480 – 173,8480 = 0,0000
≈ 0,00

Percentage remgeld: 0,15 * 173,8480 = 26,0772
≈ 26,08
plafond = 8,90 (want aflevering > 60 eenheden)

Persoonlijk aandeel (Z 27): 0,00 + 8,90 = 8,90

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 173,85 – 8,90 = 164,95

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0750934	164,95	80	8,90

Voorbeeld 27 (categorie B; aantal eenheden < schijf; remgeldplafond "gewone verpakking")

Aflevering van 28 eenheden Lipitor 40 comp 0768-788* (schijf = 84) aan een ambulante patiënt met voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden : 2,1731 * 28 = 60,8468
≈ 60,85

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 2,1731 * 28 = 60,8468
≈ 60,85

60,8468 – 60,8468 = 0,0000
≈ 0,00

Percentage remgeld: 0,15 * 60,8468 = 9,12702
≈ 9,13
plafond = 7,20 (want aflevering ≤ 60 eenheden)

Persoonlijk aandeel (Z 27): 0,00 + 7,20 = 7,20

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 60,85 – 7,20 = 53,65

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0750934	53,65	28	7,20

Voorbeeld 28 (categorie Fa) (op basis van prijzen 1/9/2012)

Aflevering van 3 eenheden Neorecormon 0761-882 (schijf = 1) aan een ambulante patiënt.

Prijs * aantal eenheden : 18,9950 *3 = 56,9850
≈ 56,99

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 18,4300 * 3 = 55,2900
≈ 55,29

18,9950 – 18,4300 = 0,5650
≈ 0,56

Persoonlijk aandeel (Z 27): 0,00

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 55,29

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0757632	55,29	3	0,00

Voorbeeld 29 (contrastmiddel – categorie B) (aantal eenheden > schijf; geen plafonnering van het remgeld) (op basis van prijzen op 1/1/2013)

Aflevering van 2 eenheden Telebrix 0730-481* (schijf = 1) aan een ambulante patiënt zonder voorkeurregeling.

Prijs * aantal eenheden :	18,25 * 2	= 36,50 ≈ 36,50
Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	18,25 * 2	= 36,50 ≈ 36,50

36,50 - 36,50 = 0,0000
≈ 0,00

Berekening remgeld 1ste schijf

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	18,25 * 1	= 18,25
Percentage remgeld:	0,25 * 18,25	= 4,5625 ≈ 4,56

Berekening remgeld 2de schijf

Vergoedingsbasis * aantal eenheden :	18,25 * 1	= 18,25
Percentage remgeld:	0,25 * 18,25	= 4,5625 ≈ 4,56

Persoonlijk aandeel (Z 27): 0,00 + 4,56 + 4,56 = 9,12

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): (36,50 – 9,12) * 0,90 = 24,6420
≈ 24,64

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0757912	24,64	2	9,12

<u>Voorbeeld 30</u> (contraceptiva jongeren met gewone tegemoetkoming en met specifieke tegemoetkoming (op basis van voorlopige lijst contraceptiva versie februari 2013)

Aflevering van 3 eenheden (= 3 strips van elk 21 tabletten) MARVELON 0732-859* aan een jonge vrouw van 18 jaar die in een revalidatiecentrum verblijft.

Prijs * aantal eenheden : 3,3200 * 3 = 9,9600
≈ 9,9600

Vergoedingsbasis * aantal eenheden : 2,3800 * 3 = 7,1400
≈ 7,14

9,9600 – 7,1400 = 2,8200
≈ 2,82

Percentage remgeld: 0,80 * 7,1400 = 5,712
≈ 5,71

Specifieke tegemoetkoming: 1,9040 * 3 = 5,712
≈ 5,71

Persoonlijk aandeel (Z 27): 2,82 + 5,71 – 5,71 = 2,82

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 7,14 – 5,71 + 5,71 = 7,14

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)
0	0757956	7,14	3	2,82

<u>Voorbeeld 31</u> (contraceptiva jongeren met uitsluitend specifieke tegemoetkoming (op basis van voorlopige lijst contraceptiva versie februari 2013)

Aflevering van 3 eenheden (= 3 strips van elk 21 tabletten) ANNAIS xxxx-xxx* aan een jonge vrouw van 18 jaar die in een revalidatiecentrum verblijft.

Prijs * aantal eenheden : 6,1369 * 3 = 18,4107
≈ 18,41

Specifieke tegemoetkoming: 3,0000 * 3 = 9,0000
≈ 9,00

Supplement (Z 30-31): 18,41 – 9,00 = 9,41

Z 3 (norm)	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 22 (aantal)	Z 27 (P.A.)	Z 30-31 (supplement)
0	0757971	9,00	3	0	9,41

Facturatie van parenterale voeding ten huize van de patiënt

1. Reglementaire basis: KB van 20/7/2007 (BS 14/8/2007)

Het forfait "parenterale voeding ten huize van de patiënt" dekt:
- Farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de oplossing maar die niet opgenomen zijn in de nomenclatuur
- Kosten die betrekking hebben op het aangewende bereidingsmateriaal en op de bereiding zelf
- Kosten voor het materiaal dat nodig is voor de toediening (met uitzondering van de pomp en staander voor perfusie)

Er mogen aan de rechthebbende geen supplementen worden aangerekend.

De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de oplossing, worden afzonderlijk vergoed, onder de normale voorwaarden van het KB van 21 december 2001, met dien verstande dat de perfusievloeistoffen van vergoedingsgroepen B-181 tot B-186 vergoedbaar zijn aan 100% van de vergoedingsbasis.
Het persoonlijk aandeel is forfaitair, namelijk 0,62 EUR per dag.

2. Vertaling naar facturatie-instructies

Forfait "parenterale voeding ten huize van de patiënt": R 50
Z 4: pseudo-code 0754714 (prestaties vóór 1/9/2007) of 0751354, 0751376, 0751391, 0751413 (prestaties vanaf 1/9/2007)
Z 19: bedrag forfait
Z 27: nul

Vergoedbare farmaceutische specialiteiten: R 40
Z 4: pseudo-code categorie volgens normale regels
Z 19: ZIV-tegemoetkoming berekend volgens normale regels voor ambulante patiënten
Z 27: nul (want P.A. is forfaitair bedrag van 0,62 EUR per dag en wordt gefactureerd in R 30)
Z 39: theoretisch persoonlijk aandeel

Persoonlijk aandeel vergoedbare farmaceutische specialiteiten: R 30
Z 4: pseudo-code 750175
Z 19: nul
Z 27: forfaitair bedrag per dag

3. Concrete voorbeelden van facturatie

3.1. Ambulant

Voorbeeld 1:
Patiënt krijgt parenterale voeding thuis gedurende 1 dag (1 zak op maat voor kinderen)
In deze zak is 1 eenheid (flacon 500ml) van de specialiteit Aminoplasmal (B-184) verwerkt.

Berekening van de ZIV-tegemoetkoming van deze specialiteit:

vergoedingsbasis * aantal eenheden = 12,8900 * 1 = 12,8900
afgerond 12,89

theoretisch persoonlijk aandeel = nul (perfusievloeistoffen van de vergoedingsgroepen B-181 tot B-186 zijn vergoedbaar aan 100% van de vergoedingsbasis)

ZIV-tegemoetkoming = 12,89

R		30	40	50
ZONE				
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0750175	0750912	0751376
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20071001	20071001	20071001
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20071001	20071001	20071001
15	IDENTIFICATIE OVEREENKOMST/ INRICHTING VAN VERBLIJF / VERSTREKKER	0	0	0
17-18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0	0751376	0
19	BEDRAG V.I.	0	12,89	83,00
22	AANTAL	1	1	1
27	PERSOONLIJK AANDEEL	0,62	0	0
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	0	0	0
39	THEORETISCH PERSOONLIJK AANDEEL		0	
40-41	NUMMER PRODUCT	0	0723-049	0

Voorbeeld 2:

Patiënt krijgt parenterale voeding thuis gedurende 3 dagen (3 zakken op maat voor kinderen)
Er worden 3 eenheden van de specialiteit Aminoplasmal (B-184) gebruikt.

Berekening van de ZIV-tegemoetkoming van deze specialiteit:

vergoedingsbasis * aantal eenheden =	12,8900 * 3 =	38,6700
	afgerond	38,67

theoretisch persoonlijk aandeel = nul (perfusievloeistoffen van de vergoedingsgroepen B-181 tot B-186 zijn vergoedbaar aan 100% van de vergoedingsbasis)

ZIV-tegemoetkoming = 38,67

R		30	40	50	50	50
ZONE						
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0750175	0750912	0751376	0751376	0751376
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20071001	20071001	20071001	20071002	20071003
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20071003	20071003	20071001	20071002	20071003
15	IDENTIFICATIE OVEREENKOMST / INRICHTING VAN VERBLIJF / VERSTREKKER	0	0	0	0	0
17-18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0	0751376	0	0	0
19	BEDRAG V.I.	0	38,67	83,00	83,00	83,00
22	AANTAL	3	3	1	1	1
27	PERSOONLIJK AANDEEL	1,86	0	0	0	0
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	0	0	0	0	0
39	THEORETISCH PERSOONLIJK AANDEEL		0			
40-41	NUMMER PRODUCT	0	0723-049	0	0	0

3.2. Gehospitaliseerd

De forfaits "parenterale voeding ten huize van de patiënt" mogen NIET aangerekend worden.
De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de parenterale voeding, worden aangerekend volgens de gewone regels voor een gehospitaliseerde patiënt: gewone ZIV-tegemoetkoming, persoonlijk aandeel = gewoon farmaceutisch forfait van 0,62 EUR per dag (pseudo-code 0750002)

Voorbeeld:
Een gehospitaliseerde patiënt krijgt gedurende 3 dagen parenterale voeding toegediend (3 zakken).
Er zijn 3 eenheden van de specialiteit Aminoplasmal (B-184) verwerkt in de parenterale voeding.

Berekening ZIV-tegemoetkoming van deze specialiteit:

vergoedingsbasis * aantal eenheden	10,5900 * 3	=	31,7700
31,7700 * 0,25		=	7,9425
	afgerond		7,94

theoretisch persoonlijk aandeel = 0
ZIV-tegemoetkoming = 7,94
(voor perfusievloeistoffen afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden is de ZIV-tegemoetkoming gelijk aan de vergoedingsbasis, zie art.95, §1 van het KB van 21/12/2001)

R		30	40
ZONE			
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0750002	0756022
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20071001	20071001
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20071003	20071003
17-18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0	0
19	BEDRAG V.I.	0	7,94
22	AANTAL	3	3
27	PERSOONLIJK AANDEEL	1,86	0
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	0	0
39	THEORETISCH PERSOONLIJK AANDEEL		0
40-41	NUMMER PRODUCT	0	0723-049

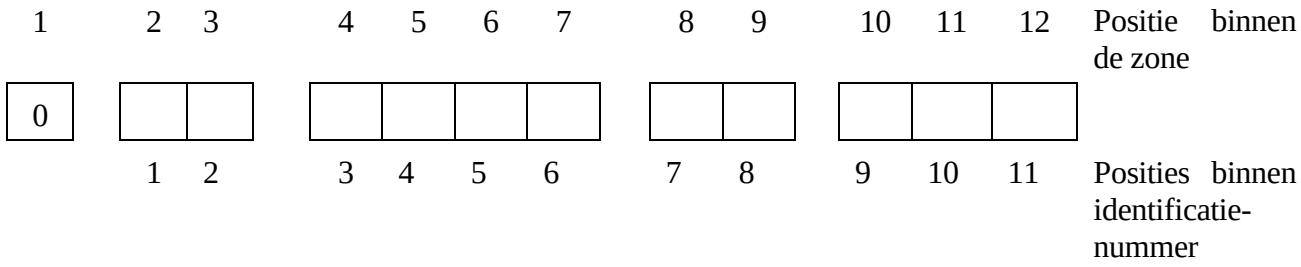
Bijlage 16.1

Structuur van de RIZIV-identificatienummers

(☞8) (geldig voor de beroepen en types instellingen gecreëerd vóór 2022)
(nieuwe logica vanaf 2022: zie bijlage 16.21)

Opmerking : Het is mogelijk dat één persoon (fysiek persoon of rechtspersoon) meerdere nummers heeft.

1. <u>Zorgverleners.</u>



A. <u>Beroep</u> (1ste en 2de cijfer van het identificatienummer).

10 tot 19	artsen
20 tot 29	apothekers
30 tot 39	tandheelkundigen
40	vroedvrouwen
41 tot 49	verpleegkundigen
50 tot 55	kinesitherapeuten
56	diëtisten
57	podologen
58	logopedisten
59	orthoptisten
60	logopedisten
61	orthopedisten
62	bandagisten
63	verstrekkers van implantaten
64	bandagisten
65	ergotherapeuten
66	opticiens
67	gehoorprothesisten
68	apothekers – biologen
69	leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apotheek zijn
70	cognitief gedragstherapeut voor CVS, klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog
80 tot 94	verzorgingspersoneel en zorgkundigen
95 tot 97	verpleegkundigen rusthuizen
98 tot 99	verzorgingspersoneel en zorgkundigen

B. <u>Volgnummer</u> (3de t.e.m. 6de cijfer van het identificatienummer).

1) <u>Artsen</u>.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

2) Apothekers.

Nummer toegekend door het RIZIV.

3) Tandheelkundigen.

2de en 3de cijfer : de twee laatste cijfers van het jaar waarin het diploma is behaald op grond waarvan de tandheelkunde mag worden beoefend;

4de, 5de en 6de cijfer : het volgnummer in bedoeld jaar, toegekend door het RIZIV.

4) Vroedvrouwen.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999, toegekend door het RIZIV.

5) Verpleegkundigen.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999, toegekend door het RIZIV.

6) Kinesitherapeuten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999, toegekend door het RIZIV.

7) Diëtisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999, toegekend door het RIZIV.

8) Podologen.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999, toegekend door het RIZIV.

9) Logopedisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

10) Orthoptisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

11) Orthopedisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

12) Bandagisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

13) Verstrekkers van implantaten en prothesen, en van allerhande apparaten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

14) Ergotherapeuten

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

15) Opticiens.
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.
16) Gehoorprothesisten.
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.
17) Apothekers-biologen.
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.
18) Leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apotheek zijn.
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.
19) Cognitief gedragstherapeut voor CVS, klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog
Een volgnummer tussen 0001 en 9999.
20) Verzorgingspersoneel en zorgkundigen.
Het 4de tot 8ste cijfer vormen een volgnummer tussen 10.000 en 99.000, toegekend door het RIZIV.

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

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

De check-digit van RIZIV-nummers die vanaf 1/10/2013 aan thuisverpleegkundigen en vanaf 1/12/2017 aan vroedvrouwen en vanaf 15/6/2019 aan artsen worden toegekend, wordt berekend volgens de methode van de modulo 89.
Het getal, ingeschreven in de posities 7 en 8 is dus gelijk aan het verschil tussen
1) 89, en
2) de rest van de deling waarvan het deeltal wordt gevormd door de cijfers van de posities 1 t.e.m. 6 van het inschrijvingsnummer, en de deler gelijk is aan 89.

De unieke identificatie zal voortaan op basis van de eerste 8 posities van het nummer moeten gebeuren en niet langer op basis van de eerste 6 posities. Concreet betekent dit dat het mogelijk zal zijn dat de eerste 6 cijfers van het RIZIV-nummer van 2 verschillende verpleegkundigen of vroedvrouwen identiek zijn.

D. Bekwaming van een verstrekker (9de t.e.m. 11de cijfer van het identificatienummer).
De bekwaming verschilt van verstrekker tot verstrekker.
Het is mogelijk dat één verstrekker meerdere bevoegdheidscodes heeft. Dit betekent dat voor elke bevoegdheid de eerste 8 cijfers steeds dezelfde zijn en het 9de tot 11de cijfer zal verschillen naargelang de bevoegdheid.

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

2. Apothekers

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

3. Tandheelkundigen

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

4. Vroedvrouwen

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

5. Verpleegkundigen :

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

6. Kinesitherapeuten

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

7. Diëtisten

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

8. Podologen

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

9. Logopedisten

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

10. Orthoptisten : 900

11. Orthopedisten (100-199)

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

12. Bandagisten (200-299)

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

13. Verstrekkers van implantaten (300-599)

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

14. Ergotherapeuten : 650

15. Opticiens (600-699)

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

16. Audiciens (700-799)

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

17. Apothekers-biologen (000), (800-899) of (900-999)

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

18. Leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apotheek zijn
    - algemene bevoegdheid voor het afleveren van het materiaal in het kader van de zorgtrajecten : 004
    - algemene bevoegdheid voor het afleveren van het materiaal in het kader van de zorgtrajecten, behalve de lancetten : 005

19. Cognitief gedragstherapeut voor CVS, klinisch psycholoog, klinisch orthopedagoog

    Het 9de tot 11de cijfer is steeds 000.

20. Verzorgingspersoneel en zorgkundigen

a) Verzorgingspersoneel

Het 9de cijfer =
1 : Nederlandstalig
2 : Franstalig
3 : Duitstalig

Het 10de cijfer =
1 : drager van een erkend diploma
2 : geassimileerd in toepassing van een beslissing van de bevoegde Gemeenschaps- of Gewestminister
3 : geassimileerd ingevolge leeftijd of anciënniteit
4 : geslaagd in bijscholing (tot 31 oktober 1996)
9 : volgt bijscholing (tot 31 oktober 1996)
0 : niet gekwalificeerd.

Het 11de cijfer =
1 : Vlaamse Gemeenschap
2 : Franse Gemeenschap
3 : Duitstalige Gemeenschap
4 : Ministère de l'Education Nationale (Franstalig diploma)
5 : Ministerie van Nationale Opvoeding (Nederlandstalig diploma)
6 : Ministerie van Volksgezondheid
7 : Buitenlands diploma
8 : Andere
0 : geen of nog geen kwalificatie.

b) Zorgkundigen

Vanaf 1/12/2019

De verschillende bevoegdheidscodes worden geschrapt, enkel de code 440 blijft behouden.

440: Zorgkundige houder van een visa van de FOD Volksgezondheid

(☞8) **Bijlage 16.7**

Bijlage geschrapt.

(☞8) **Bijlage 16.8**

Bijlage geschrapt.

(☞8) **Bijlage 16.9**

Bijlage geschrapt.

(☞8) **Bijlage 16.10**

Bijlage geschrapt.

(☞8) **Bijlage 16.11**

Bijlage geschrapt.

(☞8) **Bijlage 16.12**

Bijlage geschrapt.

(☞8) **Bijlage 16.13**

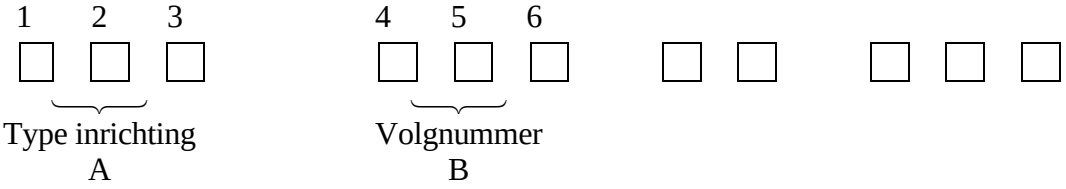
Bijlage geschrapt.

(☞8) **Bijlage 16.14**

Bijlage geschrapt.

2. <u>Verzorgingsinrichtingen.</u>

Identificatienummer toegekend door het RIZIV is als volgt samengesteld :



A. <u>Type inrichting</u> (1ste tot 3de cijfer)

In een aantal gevallen (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789, 968) wordt het type inrichting verder onderverdeeld op het niveau van het 4de tot het 6de cijfer.

1. <u>Ziekenhuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen</u>

- Algemene ziekenhuizen : 710
- Erkenning van een dienst in associatie met één of meerdere ziekenhuizen : 715
- Militair Ziekenhuis – Neder-Over-Heembeek : 719
- Psychiatrische inrichtingen : 720
- Forensisch psychiatrisch centrum : 721
- Psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) : 725
- Initiatieven voor beschut wonen (BW) : 726

2. <u>Rustoorden voor bejaarden (ROB)</u>

- Erkende inrichtingen die ressorteren onder de Franse Gemeenschap : 73Y
- Erkende inrichtingen die ressorteren onder Brussel : 74Y
- Erkende inrichtingen die ressorteren onder de Vlaamse Gemeenschap : 76Y
- Geregistreerde niet-erkende inrichtingen die ressorteren onder de Franse en Duitstalige Gemeenschap : 735
- Erkende inrichtingen die ressorteren onder de Duitstalige Gemeenschap : 737
- Geregistreerde niet-erkende inrichtingen die ressorteren onder Brussel : 745
- Geregistreerde niet-erkende inrichtingen die ressorteren onder de Vlaamse Gemeenschap : 765

3. Rust- en Verzorgingstehuizen (RVT)

- Inrichtingen die ressorteren onder de Vlaamse Gemeenschap : 750
- Inrichtingen die ressorteren onder de Franse Gemeenschap : 751
- Inrichtingen die ressorteren onder Brussel : 752
- Inrichtingen die ressorteren onder de Duitstalige Gemeenschap : 753

Vanaf 01/07/2007 heeft elke instelling (ROB-RVT) een uniek RIZIV-nummer (los van de verschillende erkenningen).
De eerste 8 posities worden overgenomen uit het oude ROB-nummer; indien geen ROB, dan oude RVT-nummer.

4. Centra voor Dagverzorging (CDV)

- Inrichtingen die ressorteren onder de Vlaamse Gemeenschap : 755
- Inrichtingen die ressorteren onder de Franse Gemeenschap : 756
- Inrichtingen die ressorteren onder Brussel : 757
- Inrichtingen die ressorteren onder de Duitstalige Gemeenschap : 758

5. Revalidatie.

- Revalidatiecentrum voor hersenverlamden Arthur Regnier : 770
- Motorische revalidatie : 771
- Psycho-sociale revalidatie : 772
- Revalidatieprogramma voor alcoholici en druggebruikers : 773
- Revalidatieprogramma voor ernstige psychische aandoeningen, vroegtijdige stoornissen interactie ouders-kind, autismespectrumstoornissen : 774
  - tussen 001 en 499 : psycho-sociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen
  - tussen 501 en 599 : revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind
  - tussen 601 en 999 : autismespectrumstoornissen
- Revalidatieprogramma voor kinderen met ernstige medisch-psycho-sociale pathologie : 775
- Medico-psycho-sociale revalidatie, respiratoire aandoeningen, pediatrische revalidatiecentra, respijteenheden : 776
  - tussen 001 en 099 : revalidatie inrichtingen voor medico-psycho-sociale revalidatie
  - tussen 101 en 199 : medische en psychosociale begeleiding bij de behandeling van de gevolgen van vrouwelijke genitale verminkingen
  - tussen 201 en 299 : transgenderzorg
  - tussen 501 en 599 : revalidatie inrichtingen voor kinderen met respiratoire aandoeningen
  - tussen 601 en 699 : pediatrische revalidatiecentra
  - tussen 701 en 999 : respijteenheden
- Geheugenkliniek : 778
- Revalidatieprogramma voor slechthorenden : 779
- Zuurstoftherapie thuis : 781
  - tussen 001 en 499 : diensten voor pneumologie die zuurstoftherapie thuis organiseren
  - tussen 501 en 999 : revalidatieovereenkomst betreffende ernstige chronische ademhalingsstoornissen
- Diensten voor cardiale revalidatie

(☞6) Medisch psycho-sociale begeleiding : 782

  - tussen 101 en 500 : diensten voor cardiale revalidatie die voldoen aan de voorwaarden waarin voorzien is in het KB van 10/01/1991
  - (☞6) tussen 501 en 599 : medisch psycho-sociale begeleiding

- Cardiorespiratoire monitoring thuis bij pasgeborenen en zuigelingen, opvolging van een onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een kind jonger dan achttien maanden en follow-up van ernstig prematuur geboren kinderen : 783
  - tussen 101 en 199: opvolging onverwacht en medisch onverklaard overlijden
  - tussen 501 en 599 : cardiorespiratoire monitoring thuis
  - tussen 601 en 999 : follow-up prematuren
- Revalidatieprogramma voor hersenverlamden : 784
  - tussen 001 en 499 : Revalidatieprogramma voor hersenverlamden
  - tussen 500 en 999 : Revalidatieovereenkomst kinderneuropsychiatrie
- Chronische mechanische ademhalingsondersteuning thuis : 785
  - tussen 001 en 199 : obstructief slaapapneusyndroom (nCPAP-overeenkomst)
  - tussen 201 en 299 : ademhalingsondersteuning thuis (AOT)
  - tussen 301 en 999 : ademhalingsondersteuning thuis bij obesity hypoventilation syndrome (OHS)
- Diabetesovereenkomst : 786
  - tussen 001 en 499 : zelfcontrole van diabetespatiënten
  - tussen 501 en 699 : insuline infusietherapie
  - tussen 701 en 799 : zelfregulatie diabetes mellitus bij kinderen en adolescenten
  - tussen 801 en 899 : voetklinieken
  - tussen 901 en 999 : continue glucosemonitoring
- Hartdefibrilatoren : 787
- Metabole ziekten, mucoviscidose, neuromusculaire ziekten, refractaire epilepsie, CVS, CP, Spina Bifida, chronische pijn, kindernefrologie, hemofilie, lymfoedeem : 789
  - tussen 001 en 099 : revalidatie van rechthebbende lijdend aan een zeldzame monogenische erfelijke metabole ziekte
  - tussen 101 en 199 : referentiecentra voor patiënten lijdend aan mucoviscidose
  - tussen 201 en 299 : referentiecentra voor patiënten lijdend aan neuromusculaire ziekten
  - tussen 301 en 399 : referentiecentra voor patiënten lijdend aan refractaire epilepsie
  - tussen 401 en 449 : referentiecentra voor patiënten lijdend aan chronisch vermoeidheidssyndroom
  - tussen 451 en 499 : multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS
  - tussen 501 en 549 : CP-referentiecentra
  - tussen 551 en 599 : Spina Bifida-referentiecentra
  - tussen 601 en 699 : referentiecentra voor chronische pijn
  - tussen 701 en 799 : referentiecentra voor kindernefrologie
  - tussen 801 en 899 : coördinatiecentra en referentiecentra voor hemofilie
  - tussen 901 en 999 : lymfoedeem
- Revalidatieovereenkomsten voor het opstellen van de multidisciplinaire evaluatie in het raam van de nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen : 790

6. Bloedtransfusiecentra : : 795

7. Laboratoria : : 8xx

   Het 2de en het 3de cijfer vormen een codenummer voor het administratief arrondissement waarin de zetel van het laboratorium ligt. Het coderingsplan dat gewoonlijk voor de arrondissementen wordt gebruikt, is aangepast voor het arrondissement Brussel-Hoofdstad.

8. Wijkgezondheidscentra : : 8xx

9. Revalidatie : : 9xx

   - Algemene centra locomotorische revalidatie : 950
   - R30-R60-overeenkomsten : 951
   - NOK-revalidatie : 953
   - PSY-revalidatie : 965
   - Functionele revalidatie wegens visuele handicap : 969

10. Medisch Pediatrische centra : : 967

11. Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en palliatieve dagcentra. : 968
    - tussen 001 en 499 : Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging
    - tussen 501 en 999 : Palliatieve dagcentra
12. Nummers Geïntegreerde diensten thuisverzorging (art. 23, 13°) : 947
13. Nummers erkende ambulancediensten : 796
    Nummers PIT (Paramedische Interventieteams) : 797
14. Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen : 759
15. Projecten geïntegreerde zorg : 798
16. Wachtposten : 678
17. Nummers derdebetalende – groeperingen verstrekkers : 940 t.e.m. 946
18. Gereserveerd voor intern gebruik RIZIV (eindeloopbaan) : 799
19. Mobiele teams : 793
20. Netwerken geestelijke gezondheidszorg : 794
21. COVID-centra (triagecentra, schakelzorgcentra, cohortzorg) : 792

B. Volgnummer (van het 4de tot en met het 6de cijfer van het identificatienummer)

Een volgnummer tussen 001 en 999; dit wordt door het RIZIV toegekend.

Revalidatie : In een aantal gevallen (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789) wordt het type inrichting verder onderverdeeld in dit 4de tot 6de cijfer (zie hoger).

Laboratoria : Het 4de, 5de en 6de cijfer vormen een volgnummer van de erkenningsaanvraag van het laboratorium in het arrondissement (toegekend door de FOD Volksgezondheid).

Wijkgezondheidscentra : het 4de cijfer is "5".

Erkende ambulancediensten : Het 4de, 5de en 6de cijfer vormen een volgnummer van de erkenning (toegekend door de FOD Volksgezondheid).

Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen: Het 4de, 5de en 6de cijfer vormen een volgnummer dat door het RIZIV toegekend wordt:

001 → 299: Vlaamse projecten
300 → 599: Brusselse projecten
600 → 899: Waalse projecten
900 → 995: Duitstalige projecten

C. Check-digits (7de en 8ste cijfer van het identificatienummer): zie hoger.

D. Bevoegdheidscode (9de tot 11de cijfer van het identificatienummer)

1. Algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen

- het ziekenhuis zelf, zonder bevoegdheidscode : 000
- voormalige geïsoleerde Sp- en G-ziekenhuizen (die in het kader van de 6de staatshervorming werden overgedragen naar de Vlaamse Gemeenschap) (te gebruiken in de facturatie vanaf gefactureerde maand januari 2020) : 999
- forensisch psychiatrisch centrum : 000
- dienst medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf is geïnstalleerd : 110
- dienst medische beeldvorming waarin een nucleaire magnetische resonantietomograaf (NMR) is opgesteld : 111
- PET scan : 112
- dienst radiotherapie : 113

- dienst Cardiale pathologie B : 120
- dienst Cardiale pathologie B1 : 121
- dienst Cardiale pathologie B1 + B 2 : 127
- dienst Cardiale pathologie T : 122
- dienst Cardiale pathologie C : 123
- dienst Cardiale pathologie E + B3 : 124
- dienst Cardiale pathologie E zonder B3 : 125
- dienst Cardiale pathologie P : 126
- eerste opvang van spoedgevallen : 130
- gespecialiseerde spoedgevallenzorg : 131
- functie mobiele urgentiegroep (MUG) : 132
- zorgprogramma oncologische basiszorg : 133
- zorgprogramma oncologie (volledig programma) : 134
- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A : 140
- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde B : 141
- centrum voor robotchirurgie (tot en met 29/2/2016) : 150
- centrum voor endoprothesen zonder erkenning cardiale pathologie B3 : 151
- centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B : 152
- centrum "implanteerbare hartmonitor" (t.e.m. 29/2/2016) : 153
- centrum "percutaan implanteerbare klepstent in pulmonaal positie" (t.e.m. 31/7/2016) : 154
- expertisecentrum voor comapatiënten : 155
- centrum "coronaire en drug eluting stent" : 156
- centrum "peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie" (t.e.m. 29/2/2016) : 157
- centrum "neurostimulatoren en toebehoren obsessieve-compulsieve stoornis" (t.e.m. 31/7/2016) : 158
- centrum "gefenestreerde en/of vertakte endoprothesen" (t.e.m. 30/4/2016) : 159
- centrum "neurostimulatoren in geval van bewegingsstoornissen" (t.e.m. 31/7/2016) : 160
- centrum "neurostimulatoren en toebehoren in geval van Parkinson en essentiële tremor" : 161
- centrum "percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie" (t.e.m. 31/7/2016) : 162
- centrum "percutane herstelling van mitralisklepbladen" : 163
- centrum "radiofrequentie ablatie slokdarm" : 164
- centrum "neurostimulatoren ingeval van obsessieve compulsieve stoornis (vanaf 1/8/2016) : 165
- centrum "neurostimulatoren in geval van bewegingsstoornissen" (vanaf 1/8/2016) : 166
- centrum "percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie" (vanaf 1/8/2016) : 167
- centrum "verankeringsimplantaat voor externe prothese" (Opra) : 168
- centrum "percutane sluiting van het linker hartoortje in geval van niet-valvulaire voorkamerfibrillatie" (vanaf 1/1/2017) : 169
- centrum "magnetisch verlengbare staven" (Magec) : 170
- centrum "implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau" : 171
- centrum "neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion en toebehoren in geval van CRPS" : 172
- centrum "endobronchiale éénrichtingskleppen" : 173

(☞2) - centrum "implantaten voor de behandeling van fecale incontinentie" : 174

(☞7) - centrum "neurostimulatoren voor dysfuncties van de lage urinewegen" : 175

- erkenning overeenkomst borstreconstructie : 190
- erkenning overeenkomst oncofreezing (ziekenhuis beschikt enkel over zorgprogramma reproductieve geneeskunde B) : 191
- erkenning overeenkomst oncofreezing (ziekenhuis beschikt over zorgprogramma reproductieve geneeskunde B en voldoet aan normen voor zorgprogramma pediatrische hemato-oncologie) : 192
- erkenning overeenkomst complexe chirurgie pancreas : 193
- erkenning overeenkomst complexe chirurgie slokdarm : 194

<u>Erkenning bank voor menselijk lichaamsmateriaal</u> :

- pseudo-erkenningsnummer voor buitenlands menselijk lichaamsmateriaal van binnen de EU : 200
- erkenning hartkleppen : 210
- erkenning oftalmische weefsels : 211
- erkenning huid : 212
- erkenning locomotorisch stelsel : 213
- erkenning tympano-ossiculaire weefsels : 215
- erkenning bloedvaten : 216
- erkenning ander menselijk lichaamsmateriaal voor celtherapieën : 218
- erkenning keratinocyten : 219
- erkenning amnionmembraan : 220
- erkenning hematopoïetische stamcellen : 221
- erkenning stamcellen uit navelstrengbloed : 222
- erkenning reproductief en/of foetaal menselijk lichaamsmateriaal : 223

Erkenning dialysediensten :
- algemene erkenning dialyse (vanaf 1/7/2018) : 560
- dienst chronische hemodialyse (tot en met 30/6/2018) : 561
- pediatrische dienst voor chronische dialyse (tot en met 30/6/2018) : 562
- dienst voor thuisdialyse (tot en met 30/6/2018) : 563
- dienst voor ambulante peritoneale dialyse (tot en met 30/6/2018) : 564
- dienst voor collectieve autodialyse (tot en met 30/6/2018) : 565 t.e.m. 569

2. PVT, BW, Revalidatiecentra, CDV: bevoegdheidscode = 000.

3. ROB, RVT
- 1e positie (ROB – kort verblijf – geregistreerde, niet erkende instelling)
  - Indien geen ROB, geen kort verblijf en geen geregistreerde : 0
  - Indien ROB zonder kort verblijf : 1
  - Indien ROB met kort verblijf : 2
  - Indien geen ROB, maar wel geregistreerde : 5
- 2e positie (RVT – RVT coma)
  - Indien geen RVT : 0
  - Indien RVT : 1
  - Indien RVT met coma-bedden 2
- 3e positie 0

4. Laboratoria
- erkenning antropogenetica : 996
- erkenning anatomo-pathologie : 997
- erkenning klinische biologie : 998

5. Functionele Revalidatie: Het 9de tot 11de cijfer is steeds 000.

6. Medische Huizen

Het medisch huis werkt met een equipe van :
- algemene artsen : 100
- algemene artsen en kinesitherapeuten : 110
- algemene artsen en verpleegkundigen : 101
- algemene artsen, kinesitherapeuten en verpleegkundigen : 111
- kinesitherapeuten : 010
- kinesitherapeuten en verpleegkundigen : 011
- verpleegkundigen : 001

7. Erkende ambulancediensten: Het 9de tot 11de cijfer is steeds 000.

8. Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en palliatieve dagcentra.
Het 9de tot 11de cijfer is steeds 000.

9. Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen: Het 9de tot 11de cijfer is steeds 000.

10. Projecten geïntegreerde zorg: Het 9de tot 11de cijfer is steeds 000.

11. Wachtposten: Het 9de tot 11de cijfer is steeds 000.

12. Nummers derdebetalende – groeperingen zorgverstrekkers (*)
- algemene of gespecialiseerde geneeskunde, tandheelkunde : 100
- algemene of gespecialiseerde geneeskunde, tandheelkunde + kinesitherapie : 110
- algemene of gespecialiseerde geneeskunde, tandheelkunde + verpleegkunde, vroedkunde : 101
- algemene of gespecialiseerde geneeskunde, tandheelkunde + kinesitherapie + verpleegkunde, vroedkunde : 111
- kinesitherapie : 010
- kinesitherapie + verpleegkunde, vroedkunde : 011
- verpleegkunde, vroedkunde : 001

13. Mobiele teams: Het 9de tot 11de cijfer is steeds 000.

14. Netwerken geestelijke gezondheidszorg: Het 9de tot 11de cijfer is steeds 000.

(*) Momenteel worden enkel nog nieuwe RIZIV-nummers derdebetalende toegekend worden aan groeperingen van verpleegkundigen (bekwamingscode 001). In de andere situaties voorziet MyCarenet de mogelijkheid dat een entiteit “de mandaatgever” (bv. een zorgverstrekker) een andere entiteit “de gemandateerde” (bv. een persoon of organisatie) mandateert zodat deze in zijn naam toegang heeft tot MyCarenet (bv. elektronische facturatie, verzekerbaarheid,…).
De principes en praktische modaliteiten met betrekking tot het gebruik van mandaten zijn beschikbaar op de website van het e-Health platform : https://www.ehealth.fgov.be/nl/%252Fegezondheid/mandaten

3. Toestel medische beeldvorming

Het identificatienummer toegekend door het RIZIV ("RIZIV-facturatienummer") (8 posities) is als volgt samengesteld: YYYYYYCD

met YYYYYY	=	een betekenisloos volgnummer
CD	=	2 numerieke posities (check-digit) (= 83 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 6 cijfers YYYYYY en de deler gelijk is aan 83).

(☞8) **Nieuwe logica voor nieuwe beroepen of types instellingen gecreëerd vanaf 2022**

De eerste 6 posities zijn een betekenisloos volgnummer. De eerste 2 of 3 posities hebben niet langer betekenis en duiden dus niet langer een bepaald beroep of een bepaald type instelling aan.
Deze informatie is voorzien in aparte velden in het bestand SZV (beroepscode en type instelling).
Zie technische specificaties bestand SZV: https://ondpanon.riziv.fgov.be/DownloadCenter/nl#Specs

Voor de berekening van de check-digit (posities 7-8) wordt modulo 83 gebruikt.

Het systeem van bekwamingscodes (posities 9-10-11) blijft voorlopig nog behouden, maar zal op termijn ook gerationaliseerd worden.

Forfaitarisering van geneesmiddelen in de ziekenhuizen.

Aflevering van geneesmiddelen aan gehospitaliseerde patiënten gedurende een specifiek onderzoek of verstrekking in een ander (acuut) ziekenhuis (tijdelijke transfer van minder dan één dag)

In geval van aflevering van geneesmiddelen aan patiënten die in een ander ziekenhuis zijn gehospitaliseerd, wordt de factuur naar de VI opgemaakt door het ziekenhuis van aflevering.
Indien het ziekenhuis van verblijf een acuut ziekenhuis is (dat binnen de forfaitarisering valt), dan factureert het ziekenhuis van prestatie 25% van de vergoedingsbasis aan de VI en de resterende 75% aan het acuut ziekenhuis van verblijf.
Indien het ziekenhuis van verblijf een psychiatrisch of chronisch ziekenhuis is (dat buiten de forfaitarisering valt), worden de geneesmiddelen door het ziekenhuis van prestatie aan 100% gefactureerd aan de VI.

Opgelet: Voor contrastmiddelen (ATC-klasse V08), biologische geneesmiddelen en specialiteiten waarvoor een generiek alternatief vergoedbaar en beschikbaar is, wordt de tegemoetkoming telkens verminderd met 10% (15% vanaf 1/4/2019).

2 voorbeelden

a) Patiënt is gehospitaliseerd in een acuut ziekenhuis A.
Patiënt gaat voor een aantal uren naar een acuut ziekenhuis B (dat onder het systeem van de forfaitarisering valt), waar geneesmiddelen worden afgeleverd.
Patiënt wordt in ziekenhuis B verzorgd:
   - Ofwel in het kader van een forfaitaire verpleegdag (art 4 van de overeenkomst met de ziekenhuizen) of chirurgisch dagziekenhuis
   - Ofwel buiten het kader van een forfaitaire verpleegdag of chirurgisch dagziekenhuis (bijvoorbeeld bij een prestatie RX).

   Facturering:
   Acuut ziekenhuis A factureert aan de VI éénmaal (namelijk op de datum van opname in dit ziekenhuis) het forfait geneesmiddelen per opname (0756000 of 0767502), alsook de geneesmiddelen die afgeleverd werden in het eigen ziekenhuis:
   - Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan 25% van vergoedingsbasis onder de pseudo-codes uit punt 13.2 (zie R 40 Z 4 V 5)
   - Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering volgens de klassieke tariferingsregels onder de pseudo-codes uit punt 13.3 (zie R 40 Z 4 V5)

   De geneesmiddelen die afgeleverd werden in acuut ziekenhuis B, worden door acuut ziekenhuis B als volgt gefactureerd:
   - Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI aan 25% van vergoedingsbasis onder de pseudo-codes uit punt 13.4 (zie R 40 Z 4 V7)
     + facturering van de resterende 75% aan het acuut ziekenhuis A
   - Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tariferingsregels onder de pseudo-codes uit punt 13.3 (zie R 40 Z 4 V5)

b) Patiënt is gehospitaliseerd in een psychiatrisch ziekenhuis A of in een ziekenhuis dat uitsluitend erkend is voor een chronische dienst (G, Sp) – m.a.w. in een ziekenhuis dat niet valt onder de toepassing van de forfaitarisering van de geneesmiddelen.
Patiënt gaat voor een aantal uren naar een acuut ziekenhuis B (dat wél onder de toepassing van de forfaitarisering valt), waar geneesmiddelen worden afgeleverd.
Patiënt wordt in ziekenhuis B verzorgd:
   - Ofwel in het kader van een forfaitaire verpleegdag (art 4 van de overeenkomst met de ziekenhuizen) of chirurgisch dagziekenhuis
   - Ofwel buiten het kader van een forfaitaire verpleegdag of chirurgisch dagziekenhuis (bijvoorbeeld bij een prestatie RX).

Facturering:
Psychiatrisch of chronisch ziekenhuis A factureert de geneesmiddelen die afgeleverd werden in het eigen ziekenhuis volgens de klassieke tariferingsregels onder de pseudo-codes uit punt 1 (zie R 40 Z 4 V 1), want het gaat om een factuur van een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

De geneesmiddelen die afgeleverd werden in acuut ziekenhuis B, worden door acuut ziekenhuis B als volgt gefactureerd:

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI aan 100% onder de pseudo-codes uit punt 13.5 (zie R 40 Z 4 V 5)
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tariferingsregels onder de pseudo-codes uit punt 13.3 (zie R 40 Z 4 V 4)

Uitzonderlijk geval :
Aflevering van geneesmiddelen aan patiënten gehospitaliseerd in een acuut ziekenhuis tijdens een specifiek onderzoek of verstrekking in een ander psychiatrisch of chronisch ziekenhuis (tijdelijke transfert van minder dan één dag).

Indien het ziekenhuis van verblijf een acuut ziekenhuis is (dat binnen de forfaitarisering valt), dan factureert het psychiatrisch of chronisch ziekenhuis van prestatie 100% van de vergoedingsbasis aan het ziekenhuis van verblijf. Het acuut ziekenhuis van verblijf factureert 25 % aan de VI.

Voorbeeld

Patiënt is gehospitaliseerd in acuut ziekenhuis A.
Patiënt gaat voor een aantal uren naar een ander psychiatrisch of chronisch ziekenhuis B (dat buiten de forfaitarisering valt), waar geneesmiddelen afgeleverd worden.

Facturatie:
Het acuut ziekenhuis A factureert aan de VI éénmaal (namelijk op de datum van opname in dit ziekenhuis) het forfait geneesmiddelen per opname (0756000 of 0767502).
Het factureert de geneesmiddelen afgeleverd in het eigen ziekenhuis als volgt:

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI aan 25% van de vergoedingsbasis onder de pseudo-codes uit punt 13.2 (zie R 40 Z 4 V 4)
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tariferingsregels onder de pseudo-codes uit punt 13.3 (zie R 40 Z 4 V 4)
- Het factureert de geforfaitariseerde geneesmiddelen, afgeleverd in het psychiatrisch of chronisch ziekenhuis B, aan de VI aan 25% van de vergoedingsbasis onder de pseudo-codes uit punt 13.2 (zie R 40 Z 4 V 4)

De geneesmiddelen afgeleverd in het psychiatrisch of chronisch ziekenhuis B, worden door ziekenhuis B als volgt gefactureerd:

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan 100 % van de vergoedingsbasis aan het acuut ziekenhuis van verblijf A
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tariferingsregels onder de pseudo-codes uit punt 13.3 (zie R 40 Z 4 V 4)

FACTURATIE VIA MAGNETISCHE DRAGER DOOR ROB / RVT / CDV.

Opmerking: Telkens sprake is van het "identificatienummer ROB/RVT" wordt het uniek RIZIV-nummer bedoeld, inclusief bekwamingscode (laatste 3 posities).

Recordtype 10		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 10	*Constante waarde 10*
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)	*Constante waarde 0 (in geval facturatie door ROB / RVT / CDV, slechts één rekeningnummer toegestaan)*
Z 4	Versie bestand	*Constante waarde 0001999* *Voor testen: 9991999*
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	*Rekeningnummer steeds in deze zone vermelden* *Zone gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).*
Z 7	Zendingsnummer	
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 9	Code "afschaffing papieren factuur"	*Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 1* *Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0*
Z 10	Code afrekeningsbestand	*Indien R 10 Z 22-23 < 0201001: Waarde 0 of 1* *Indien R 10 Z 22-23 ≥ 0201001: Waarde 0*
Z 13	Inhoud facturatie	*Altijd 0*
Z 14	Nummer derdebetalende	*Identificatienummer ROB / RVT / CDV*
Z 15	Nummer accreditering NIC	*Erkenningsnummer toegekend aan softwarepakket*
Z 22	Gefactureerd jaar	
Z 23	Gefactureerde maand	*Waarde 03, 06, 09 of 12 in functie van gefactureerde periode.*
Z 25-26	Datum van opstelling	
Z 27	KBO-nummer	*Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015*
Z 28	Referentie instelling	
Z 31-34	BIC financiële rekening A	*Verplicht in te vullen vanaf gefactureerde maand januari 2009*
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	*Verplicht in te vullen vanaf gefactureerde maand januari 2009*
Z 43a	BIC financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 99	Controlecijfer van het record	

Recordtype 20		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 20	*Constante waarde 20*
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Toestemming derdebetalende	*Altijd 0*
Z 4	Uur van opname	*Uur vermelden*
Z 5	Datum van opname	*Datum vermelden*
Z 6a-6b	Datum van ontslag	*Datum vermelden indien verblijfsperiode wordt afgesloten*
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*INSZ, behalve internationale verdragen*
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Type factuur	*Altijd 4*
Z 11	Type facturering	
Z 13	Dienst 721 bis	*Altijd 0*
Z 14	Nummer facturerende instelling	*Nummer ROB / RVT / CDV (=R10 Z14)*
Z 15	Stamnummer van de (verplegings-) inrichting (of revalidatiecentrum) waar de rechthebbende opgenomen is (verblijft)	*Nummer ROB / RVT*
Z 16	Code stuiten verjaringstermijn	*0 of 1*
Z 17	Reden behandeling	*Altijd 0*
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	
Z 19	Nummer opname	*Altijd 0*
Z 20-21	Datum akkoord revalidatiebehandeling	*Altijd 0*
Z 22	Uur van ontslag	*Vermelden als datum ontslag werd ingevuld*
Z 24-25	Nummer individuele factuur	*Nummer van de individuele kostennota*
Z 26	Toepassing sociale franchise	*Altijd 0*
Z 27	Code gerechtigde 1 + 2	
Z 28	Referentie instelling	
Z 29-31	Nummer vorige factuur	
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	*Altijd 1, behalve internationale verdragen*
Z 34-36	Nummer vorige zending	
Z 37	Nummer ziekenfonds vorige facturering	
Z 38-39	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A	
Z 41	Vorig gefactureerd jaar en maand	
Z 42-45	Referentiegegevens netwerk	*Altijd 0*
Z 47	Datum van facturering	*Facultatief*
Z 49	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 53	Begindatum periode verzekerbaarheid	*Altijd 0*
Z 54a-54b	Einddatum periode verzekerbaarheid	*Altijd 0*
Z 55	Datum mededeling informatie	*Altijd 0*
Z 56	MAF lopend jaar	*Altijd 0*
Z 57	MAF lopend jaar -1	*Altijd 0*
Z 58	MAF lopend jaar -2	*Altijd 0*
Z 99	Controlecijfer van het record	

Recordtype 30		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 30	
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Norm verpleegdag	*Altijd 0*
Z 4	Pseudo-code verpleegdag en forfait	*Zie R30 Z4 V5 (punt 10)*
Z 5	Datum eerste gefactureerde dag	*Vermelden*
Z 6a-6b	Datum laatste gefactureerde dag	*Vermelden*
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*INSZ, behalve internationale verdragen*
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Bevalling	*Altijd 0*
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	*Altijd 0*
Z 13	Dienstcode	*990*
Z 14	Plaats van verstrekking	*Nummer ROB / RVT / CDV (=R 10 Z 14)*
Z 15	Identificatie overeenkomst / Inrichting van verblijf	*Nummer ROB / RVT / CDV*
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	*Altijd 0*
Z 19	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	
Z 22	Teken + aantal dagen of forfaits	
Z 24-25	Teken + indicatief bedrag grootte orde verblijfskosten	*Altijd 0*
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	*Altijd 0*
Z 28	Referentie instelling	
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	*Altijd 0 (behalve ingeval van pseudo-code 763593)*
Z 32	Uitzondering derdebetalersregeling	*Altijd 0*
Z 33	Code facturering persoonlijk aandeel of supplement	*Altijd 0*
Z 47	Datum akkoord verstrekking	*Altijd 0*
Z 48	Transplantatie	*Altijd 0*
Z 51	Ziekenhuissite	*Altijd 0*
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	*Altijd 0*
Z 99	Controlecijfer van het record	

Recordtype 50		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 50	
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Norm verstrekking (percentage)	*Altijd 0*
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	*Ambulante pseudo-code uit R 50 Z 4 V 15, rubriek « supplementen ROB-RVT-CDV »*
Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	*Begindatum van periode waarop kosten betrekking hebben (*)*
Z 6a-6b	Datum laatste verrichte verstrekking	*Einddatum van periode waarop kosten betrekking hebben (*)*
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*INSZ, behalve ingeval van internatinale verdragen*
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Bevalling	*Altijd 0*
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	*Altijd 0*
Z 12	Nacht, weekeinde, feestdag	*Altijd 0*
Z 13	Dienstcode	*Altijd 990*
Z 14	Plaats van verstrekking	*Nummer ROB / RVT / CDV*
Z 15	Identificatie verstrekker	*Altijd 0*
Z 16	Norm verstrekker	*Altijd 0*
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	*Altijd 0*
Z 19	Teken + bedrag verz.tegemoetkoming	*Altijd 0*
Z 20-21	Datum voorschrift	*Altijd 0*
Z 22	Teken + aantal eenheden	*960551, 960573, 960595 , 960610: aantal dagen;* *961111, 961133, 961155: aantal dagen in negatief;* *960632, 960654, 960676, 960735, 960750, 960875, 960956, 960971, 960993, 960094 : altijd 1;* *960772: altijd - 1* *andere: aantal eenheden ≥ 1*
Z 23	Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	*Altijd 0*
Z 24-25	Identificatie voorschrijver	*Altijd 0*
Z 26	Norm voorschrijver	*Altijd 0*
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	*Altijd 0*
Z 28	Referentie instelling	
Z 29	Behandelde tand	*Altijd 0*
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	*Verplicht in te vullen (ingeval van 960772, 961111, 961133 of 961155 is het bedrag negatief)*
Z 32	Uitzondering derdebetalersregeling	*Altijd 0*
Z 33	Code facturering pers. aandeel of suppl.	*Altijd 0*
Z 34	Behandeld lid	*Altijd 0*
Z 35	Geconventioneerde verstrekker	*Altijd 0*
Z 36-37	Uur van prestatie	*Altijd 0*
Z 38	Identificatie toedienaar bloed	*Altijd 0*
Z 39-40	Nummer attest van toediening	*Altijd 0*
Z 41-42	Nummer afleveringsbon of zak	*Altijd 0*
Z 43	Code implant	*Altijd 0*
Z 44-45	Omschrijving product	*Omschrijving verplicht voor de pseudo-codes 960691 en 960713*
Z 46	Norm plafond	*Altijd 0*
Z 47	Basiswaarde verstrekking	*Altijd 0*
Z 48	Transplantatie	*Altijd 0*
Z 49	Identificatie zorgkundige (gereserveerd)	*Altijd 0*
Z 51	Ziekenhuissite	*Altijd 0*
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	*Altijd 0*
Z53-54a	Ritnummer	*Altijd 0*
Z 55-56	Notificatiecode implantaat	*Altijd 0*
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

(*) periode moet overeenstemmen met periode waarop forfaits (die aan VI aangerekend worden) betrekking hebben

Recordtype 80		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 80	*Constante waarde 80*
Z 2	Volgnummer record	
Z 4	Uur van opname	*Uur vermelden*
Z 5	Datum van opname	*Datum vermelden*
Z 6a-6b	Datum van ontslag	*Vermelden indien verblijfsperiode wordt afgesloten*
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*INSZ, behalve internationale verdragen*
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Type factuur	*Altijd 4*
Z 13	Dienst 721 bis	*000*
Z 14	Nummer facturerende instelling	*Nummer ROB / RVT / CDV (= R 20 Z 14)*
Z 15	Teken + bedrag financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 17	Reden behandeling	*Altijd 0*
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	
Z 19	Teken + bedrag financieel rekeningnummer A	*Totaal bedrag voor de betreffende patiënt*
Z 22	Uur van ontslag	*Vermelden als datum ontslag werd ingevuld.*
Z 24-25	Nummer individuele factuur	*Nummer van de individuele kostennota*
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	*Altijd 0*
Z 28	Referentie instelling	
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	*Altijd 1, behalve internationale verdragen*
Z 38	Teken + voorschot financieel rekeningnummer A	*Altijd 0*
Z 98	Controlecijfer van de factuur	
Z 99	Controlecijfer van het record	

Recordtype 90		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 90	
Z 2	Volgnummer record	
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	*Nul, vanaf gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).*
Z 7	Zendingsnummer	
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 14	Nummer derdebetalende	*Identificatienummer ROB / RVT / CDV*
Z 15	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 19	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A	
Z 22	Gefactureerd jaar	
Z 23	Gefactureerde maand	
Z 27	KBO-nummer	*Verplicht vanaf gefactureerde maand juli 2015*
Z 28	Referentie instelling	
Z 31-34	BIC financiële rekening A	*Verplicht in te vullen vanaf gefactureerde maand januari 2009*
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	*Verplicht in te vullen vanaf gefactureerde maand januari 2009*
Z 43a	BIC financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 98	Controlecijfer van de zending	
Z 99	Controlecijfer van het record	

Facturatie aan 100% in het kader van de MAF – vragen en antwoorden.

TOEPASSINGSGEBIED

1. Vanaf wanneer is de 100% facturatie van toepassing?

De 100% facturatie is van toepassing vanaf "MAF-jaar 2008".
Dit betekent dat ze moet toegepast worden vanaf het ogenblik dat een verzekeringsinstelling aan het ziekenhuis meedeelt dat aan een verzekerde een MAF-recht voor het prestatiejaar 2008 is toegekend.
Tussen de overschrijding van het (individueel of gezins-) plafond en de eigenlijke toekenning van een MAF-recht ligt enige tijd. Pas als het MAF-recht in het ledendossier is geregistreerd, zal dit ook aan het ziekenhuis meegedeeld worden (via MyCareNet-berichten 721900 of 730000).
In de praktijk zullen de eerste mededelingen MAF-recht zich dus pas rond mei 2008 aandienen.

2. Is de MAF 100% facturatie ook van toepassing voor polyklinieken?

NEEN.
De 100% facturatie is enkel van toepassing voor gehospitaliseerde rechthebbenden (niet voor ambulante verzorging of daghospitalisatie).

WIJZIGING MAF-RECHT IN DE LOOP VAN HOSPITALISATIE OF IN DE LOOP VAN KALENDERJAAR

3. Kan de VI een gewijzigde MAF-situatie meedelen in de loop van een hospitalisatie?

Situatie 1:
Op het ogenblik van 721 nog geen MAF-recht.
In de loop van de hospitalisatieperiode wordt MAF-recht toegekend.
Dit wordt meegedeeld via bericht 730000 (dat kan overgemaakt worden tot op het einde van de 2de maand volgend op het einde van de hospitalisatie)
Ziekenhuis moet 100% facturatie toepassen (indien het op de hoogte was uiterlijk de 10de dag van de maand die volgt op het einde van de te factureren periode en op voorwaarde dat de factuur nog niet werd opgemaakt).

Situatie 2:
Via de 721 wordt MAF-recht meegedeeld.
In de loop van de hospitalisatieperiode wordt het MAF-recht terug ingetrokken.
Dit kan in uitzonderlijke gevallen voorkomen.
Een bericht 730000 zal dan het MAF-recht annuleren.
Het ziekenhuis mag dan niet aan 100% factureren (indien het op de hoogte was uiterlijk de 10de dag van de maand die volgt op het einde van de te factureren periode en op voorwaarde dat de factuur nog niet werd opgemaakt).

4. Indien op een bepaald moment een MAF-recht meegedeeld wordt, is dit dan geldig voor alle opnames die volgen gedurende het betreffende jaar?

Het is in uitzonderlijke gevallen mogelijk dat de rechthebbende bij een volgende hospitalisatie (binnen hetzelfde kalenderjaar) niet langer een MAF-recht heeft.
Bijv. verhoging van remgeldplafond van de betreffende rechthebbende, grote factuur waardoor remgeldplafond bereikt werd maar die achteraf foutief bleek te zijn en gecrediteerd werd, …
Voor elke nieuwe hospitalisatie van dezelfde patiënt moet men dus rekening houden met een eventuele nieuwe MAF-situatie.
Derhalve zijn de MAF-rechten slechts geldig voor de opnameperiode waarvoor ze meegedeeld werden.

RECHTZETTING VAN "FOUTIEVE" FACTURATIE

5. Wat als aan 100% gefactureerd werd (omdat een MAF-recht meegedeeld was), maar achteraf blijkt dat de rechthebbende toch geen MAF-recht had ? (bv. als het remgeldplafond van de rechthebbende in de loop van het jaar verhoogd wordt, zodat hij aanvankelijk boven zijn plafond zit maar na verhoging van het plafond niet meer)

Dit is in theorie mogelijk (naar aanleiding van een regularisatie, recuperatie, wijziging van rechten met terugwerkende kracht).
Indien aan 100% gefactureerd werd (omdat een MAF-recht meegedeeld werd) en achteraf blijkt dat de rechthebbende toch geen MAF-recht had, dan gebeurt de regularisatie tussen het ziekenfonds en de rechthebbende en niet t.a.v. het ziekenhuis.

6. Wat als de signalisatie/annulatie van een MAF-recht "laattijdig" gebeurt (binnen de in het KB bepaalde termijn maar als de factuur al aangemaakt is) ?

Art 3 van het KB van 8 juni 2007 zal als volgt gewijzigd worden : "vooropgesteld dat het ziekenhuis van deze informatie op de hoogte was uiterlijk de tiende dag van de maand die volgt op het einde van de te factureren periode".
De VI's worden verzocht hierin enige soepelheid te vertonen.
Het is in sommige gevallen immers denkbaar dat de factuur reeds vóór de 10de van de maand opgemaakt wordt.
Indien de factuur reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling van het MAF-recht, dan kan waarde 4 gebruikt worden in Z 33 om te verantwoorden waarom de 100% facturatie niet toegepast werd.

LAATTIJDIGE FACTURATIE VAN BEPAALDE PRESTATIES, CORRECTIEFACTUREN, HERFACTURATIES, HERINDIENINGEN

7. Wat met prestaties, ligdagen, enz… die (uitzonderlijk) een aantal maanden later worden gefactureerd ?

Indien op het ogenblik van deze laattijdige facturatie een MAF-recht gekend is, dan moet aan 100% gefactureerd worden.

8. Wat met correctiefacturen, herfacturaties of herindieningen waarvan de oorspronkelijke factuur zonder 100% facturatie opgemaakt werd (nog geen mededeling MAF-recht) maar waarvoor ondertussen een MAF-recht meegedeeld werd?

Correctiefacturen, herfacturaties en herindieningen moeten op dezelfde manier gefactureerd worden als de originele factuur, m.a.w. als op het ogenblik van de originele factuur geen MAF-recht was meegedeeld (dus gewone facturatie), dan moet een correctie of herfacturatie of herindiening van deze factuur ook gewoon gefactureerd worden (dus geen 100% facturatie), zelfs als op dat moment een MAF-recht zou meegedeeld zijn.
Dit geldt ook voor de herindiening van een factuur die volledig verworpen werd.

→ Illustratie van deze regels aan de hand van een **concreet voorbeeld**:

Hospitalisatie van 25/3 tot 7/4.
Ziekenhuis ontvangt op 25/3 het bericht 721900 zonder melding MAF-recht

Situatie 1:
Er volgt nadien geen bericht 730000 met wijziging MAF-recht

a) Factuur wordt opgemaakt, voor de volledige periode, volgens gewone regels (dus geen 100% facturatie)

b) Factuur wordt gesplitst over 2 periodes (25/3 tot 31/3 en 1/4 tot 7/4). Beide factuurdelen worden volgens de gewone regels opgemaakt (dus geen 100% facturatie)

Situatie 2:
Op 20/4 ontvangt het ziekenhuis een bericht 730000 met wijziging verzekerbaarheid op 1/4 en wijziging MAF-recht

a) Factuur moet gesplitst worden op 1/4 omwille van gewijzigde verzekerbaarheid maar wordt in één maandelijkse facturatieperiode overgemaakt. Beide factuuronderdelen worden opgemaakt volgens de 100% regels, dus met toepassing van het MAF-recht

b) Factuur wordt opgesplitst over 2 periodes (25/3 tot 31/3 en 1/4 tot 7/4) en in twee maandelijkse facturatieperiodes overgemaakt: 1ste factuurdeel zonder toepassing MAF-recht (want MAF-recht wordt meegedeeld na 10de dag volgend op einde van te factureren periode), 2de factuurdeel met toepassing MAF-recht

c) Er wordt een bijkomende factuur gemaakt op 25/6. Deze factuur houdt rekening met de laatste MAF-situatie, ook als ze betrekking heeft op een factuurdeel waarop deze MAF-situatie nog niet gekend was en bijgevolg ook niet verrekend werd.

d) Het betreft de herindiening van een verworpen lijn uit de hospitalisatiefactuur van 25/3 tot 7/4. Hier is de status van de originele indiening de referentie: was dit een 100% lijn, dan gebeurt de herindiening als 100% lijn, zoniet blijft de herindiening een gewone facturatielijn

e) Het betreft een correctiefactuur of een creditnota. Ook in deze gevallen is de status van de originele indiening bepalend (zie punt d)

GEWONE FACTURATIE EN FACTURATIE AAN 100% OP EENZELFDE FACTUUR

9. Wat met de factuur die ervoor zorgt dat het remgeldplafond overschreden wordt? Moet deze opgesplitst worden in een stuk "gewone facturatie" en een stuk "facturatie aan 100%" ?

NEEN!
De communicatie van het MAF-recht zal maar gebeuren indien het MAF-recht toegekend is. Het MAF-recht kan pas toegekend worden indien de remgeldteller bij de verzekeringsinstelling het remgeldplafond overschreden heeft.
De factuur die ervoor zorgt dat het plafond overschreden wordt, kan dus nooit aan 100 % gebeuren.

10. Wat als de factuur naar de patiënt (of eventueel naar een privé-verzekeringsmaatschappij) al vertrokken is op het ogenblik dat het MAF-recht meegedeeld wordt? (bijv. ingeval van psychiatrisch ziekenhuis: trimestriële facturatie naar VI, maandelijkse facturatie naar patiënt)

Er moet overeenstemming blijven tussen de patiëntenfactuur enerzijds en de verpleegnota en elektronische factuur aan de VI anderzijds.
Indien er dus op het ogenblik van de mededeling van het MAF-recht al remgeld werd gefactureerd aan de patiënt, dan moet dit ook zo voorkomen op de factuur aan de VI. De 100% facturatie aan de VI zal dus niet toegepast worden.

Het remgeld dat al gefactureerd werd, zal via het huidige systeem van de maximumfactuur opgevangen worden nadat de factuur VI werd verwerkt, waardoor de patiënt/voogd een terugbetaling zal ontvangen.

In een dergelijke situatie kan het ziekenhuis de waarde 4 in Z 33 gebruiken.
Deze waarde geeft weer dat de mededeling van MAF-recht wel ontvangen werd maar dat de 100% facturatie niet toegepast werd omdat de patiëntenfactuur reeds vertrokken was (en het remgeld dus reeds aangerekend werd aan de patiënt).

In bepaalde gevallen kan het dus voorkomen dat op eenzelfde factuur aan de VI zowel prestaties met waarde 3 als met waarde 4 in Z 33 voorkomen.

Bijvoorbeeld: psychiatrisch ziekenhuis: er is al een eerste maandelijkse factuur naar de patiënt gestuurd op het ogenblik dat men de mededeling van het MAF-recht krijgt. Op de trimestriële factuur aan de VI worden de prestaties van deze eerste maand gewoon gefactureerd (dus niet aan 100%) met vermelding van waarde 4 in Z 33. De overige prestaties (waarvoor nog geen patiëntenfactuur verstuurd is) worden aan 100% gefactureerd, met waarde 3 in Z 33.

11. Wat indien de facturatie van januari nog enkele (laattijdig gefactureerde) prestaties van het vorige jaar bevat? Kunnen dan op deze factuur zowel gewoon gefactureerde prestaties als aan 100% gefactureerde prestaties voorkomen?

JA.

Concreet voorbeeld
- patiënt wordt gehospitaliseerd op 10 december 2008 en ontslagen op 28 januari 2009
- via de 721900 wordt op 12 december 2008 een MAF-recht meegedeeld voor 2008
- op 15 januari 2009 wordt gefactureerde maand december 2008 opgemaakt (100% facturatie)
- op 15 februari 2009 wordt gefactureerde maand januari 2009 opgemaakt (gewone facturatie, want nog geen MAF-recht voor 2009 meegedeeld)

Situatie 1
Facturatie van januari 2009 omvat nog enkele (laattijdig gefactureerde) prestaties van december 2008.

- Indien er geen verdere MAF-mededelingen meer werden gedaan, dan wordt de factuur van de maand januari 2009 als volgt opgemaakt:
  - laattijdig gefactureerde prestaties van december 2008: 100% facturatie (want MAF-recht gekend)
  - prestaties januari 2009: gewone facturatie (want nog geen MAF-recht voor 2009 meegedeeld)

- Indien op 30 januari 2009 het MAF-recht voor 2008 geannuleerd werd (via het bericht 730000), dan wordt de factuur van de maand januari 2009 als volgt opgemaakt:
  - laattijdig gefactureerde prestaties van december 2008: gewone facturatie (wegens annulatie MAF-recht 2008)
  - prestaties januari 2009: gewone facturatie (want nog geen MAF-recht voor 2009 meegedeeld)

Situatie 2
Facturatie van januari 2009 omvat nog enkele (laattijdig gefactureerde) prestaties van december 2008 + een aantal heringediende prestaties van december 2008 (prestaties uit de factuur van de gefactureerde maand december 2008 die verworpen werden door de VI)

- Indien er geen verdere MAF-mededelingen meer werden gedaan, dan wordt de factuur van de maand januari 2009 als volgt opgemaakt :
  - laattijdig gefactureerde prestaties van december 2008: 100% facturatie (want MAF-recht gekend)
  - prestaties januari 2009: gewone facturatie (want nog geen MAF-recht voor 2009 meegedeeld)
  - heringediende prestaties december 2008: 100% facturatie (zelfde facturatiewijze als oorspronkelijke factuur van december 2008)

- Indien op 30 januari 2009 het MAF-recht voor 2008 geannuleerd werd (via het bericht 730000), dan wordt de factuur van de maand januari 2009 als volgt opgemaakt:
  - laattijdig gefactureerde prestaties van december 2008: gewone facturatie (wegens annulatie MAF-recht 2008)
  - prestaties januari 2009: gewone facturatie (want nog geen MAF-recht voor 2009 meegedeeld)
  - heringediende prestaties december 2008: 100% facturatie (zelfde facturatiewijze als oorspronkelijke factuur van december 2008)

FACTURATIE VAN RADIO-ISOTOPEN INGEVAL VAN MAF.

12. Wat met het factureren van radio-isotopen ingeval van MAF 100% facturatie?

Sinds 1/1/2009 zijn de radio-isotopen opgenomen in de MAF.
Ingeval van MAF 100% facturatie, moet het remgeld dus aangerekend worden aan de ZIV in plaats van aan de patiënt.

Voorbeeld:

a) Gegevens:

- Categorie "organische of anorganische moleculen gemerkt met kortlevende isotopen geproduceerd door generator" (pseudo-code 699112-699123): basis van tegemoetkoming = 37,18 EUR

- Diagnostisch aangewende radio-isotopen ➔ worden vergoed in categorie B.

- De basis waarop de verzekeringstegemoetkoming wordt berekend is forfaitair vastgesteld (verschillende groepen isotopen met verschillende forfaits).

- Theoretisch persoonlijk aandeel van 0,37 EUR (gehospitaliseerd)

b) Berekening:

Zonder MAF 100%
Theoretisch P.A. = 0,37 EUR
ZIV = 37,18 – 0,37 = 36,81 EUR
Het remgeld dat aan de patiënt aangerekend wordt, zit vervat in de 0,62 EUR per dag (gefactureerd in R 30)
Het theoretisch persoonlijk aandeel wordt niet op de factuur vermeld, want in recordtype 50 bestaat de zone 39 niet

	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 27 (P.A.)
R 30	750002	0	0,62
R 50	699123	36,81	0

MAF 100% facturatie
Er is enkel een theoretisch remgeld (0,37 EUR). Het bedrag dat werkelijk aan de patiënt aangerekend wordt is het forfaitair remgeld per verpleegdag (0,62 EUR) (Recordtype 30).
Het is dus enkel dit forfaitair remgeld die moet overgeheveld worden van Z 27 naar Z 19. Het theoretisch persoonlijk aandeel mag niet toegevoegd worden in Z 19.

	Z 4 (pseudo-code)	Z 19 (ZIV)	Z 27 (P.A.)	Z 33 (code P.A.)
R 30	750002	0,62	0	3
R 50	699123	**36,81**	0	3

ANDERE

13. Hoe moet men factureren indien een patiënt in de loop van een verblijf van mutualiteit verandert en de eerste mutualiteit heeft een MAF-recht meegedeeld, maar de tweede niet?

Aangezien er voor deze opnameperiode 2 facturen opgemaakt worden, dient de instelling voor de factuur aan elk van de VI's rekening te houden met de recentste informatie die ze van de desbetreffende VI heeft ontvangen.

14. Wat ingeval van facturatie van prestaties voor patiënten die elders verblijven?

Indien het ziekenhuis dat deze prestaties factureert geen mededeling MAF-recht gekregen heeft, dan moet het niet aan 100% factureren.

15. Indien men in Z 33 de waarde 3 meegeeft (om aan te geven dat het remgeld gedragen wordt in het kader van de reglementering MAF), dan kan men niet aangeven (via de waarde 1) dat het supplement ten laste genomen werd door de verstrekker/instelling zelf.

In dit uitzonderlijke geval, waar de waarde 3 en de waarde 1 inderdaad kan overlappen, primeert de waarde 3.

16. Indien een rechthebbende een programma revalidatie volgt tijdens zijn hospitalisatie, worden deze prestaties gefactureerd via een apart factuurtype (factuurtype 5).
Moet/mag de 100%-facturatie ook toegepast worden voor deze revalidatiefacturen?

De MAF 100% facturatie kan ook voorkomen bij revalidatiefacturen van het type 5. Immers, indien een ziekenhuis op de hoogte is van het MAF-recht van een gehospitaliseerde patiënt, dan moet de 100% facturatie toegepast worden voor alle verstrekkingen dat dit ziekenhuis factureert voor deze gehospitaliseerde patiënt, dus ook voor eventuele revalidatieverstrekkingen die via het aparte factuurtype 5 door het ziekenhuis gefactureerd worden.

ELEKTRONISCHE FACTURATIE DOOR ARTSEN (e-fac)

Recordtype 10		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 10	*Constante waarde 10*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
Z 3	Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)	*Constante waarde 0 (slechts één rekeningnummer toegestaan)*
Z 4	Versie bestand	*Constante waarde 0001999* *Voor testen: 9991999*
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	*Altijd 0*
Z 7	Zendingsnummer	*Verplicht in te vullen*
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 9	Code "afschaffing papieren factuur"	*Altijd 0*
Z 10	Code afrekeningsbestand	*Waarde 0*
Z 13	Inhoud facturatie	*Altijd waarde "040"*
Z 14	Nummer derdebetalende	*RIZIV-nummer arts of groepspraktijk of wachtpost*
Z 15	Nummer accreditering NIC	*Altijd 0*
Z 22	Gefactureerd jaar	*Verplicht in te vullen*
Z 23	Gefactureerde maand	*Verplicht in te vullen*
Z 25-26	Datum van opstelling	*Verplicht in te vullen*
Z 27	KBO-nummer	*Verplicht in te vullen*
Z 28	Referentie instelling	*Facultatief*
Z 31-34	BIC financiële rekening A	*Verplicht in te vullen*
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	*Verplicht in te vullen*
Z 43a	BIC financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 45-46-47a	Gereserveerd staatshervorming	
Z 48	Gereserveerd staatshervorming	
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 53-54a	Gereserveerd staatshervorming	
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Recordtype 20		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 20	*Constante waarde 20*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
(☞8) Z 3	Toestemming derdebetalende	*Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 01/05/2022)*
Z 4	Uur van opname	*Altijd 0*
Z 5	Datum van opname	*Altijd 0*
Z 6a-6b	Datum van ontslag	*Altijd 0*
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	*Verplicht in te vullen*
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*INSZ, behalve ingeval van internationale verdragen of pasgeborenen*
Z 9	Geslacht rechthebbende	*Verplicht in te vullen*
Z 10	Type factuur	*3(ambulante patiënt)* *of 1 (gehospitaliseerde patiënt)*
Z 11	Type facturering	*Normale waarde = 0;* *kan eventueel ook 1, 3 of 4 zijn*
Z 13	Dienst 721 bis	*000 (indien Z 10 = 3)* *of 002 (indien Z 10 = 1)*
Z 14	Nummer facturerende instelling	*= R10 Z14*
Z 15	Stamnummer van de (verplegings-) inrichting (of revalidatiecentrum) waar de rechthebbende opgenomen is (verblijft)	*0 (indien Z 10 = 3)* *of identificatienummer van de verpleeginrichting (indien Z 10 = 1)*
Z 16	Code stuiten verjaringstermijn	*0 of 1*
Z 17	Reden behandeling	*Verplicht in te vullen*
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	*Verplicht in te vullen*
Z 19	Nummer opname	*Altijd 0*
Z 20-21	Datum akkoord revalidatiebehandeling	*Altijd 0*
Z 22	Uur van ontslag	*Altijd 0*
Z 24-25	Nummer individuele factuur	*Eigen gestructureerd volgnummer (<u>niet</u> het nummer van het getuigschrift)*
Z 26	Toepassing sociale franchise	*Altijd 0*
Z 27	Code gerechtigde 1 + 2	*Verplicht in te vullen*
Z 28	Referentie instelling	*Facultatief*
Z 29-31	Nummer vorige factuur	*Enkel indien Z 11 ≠ 0*
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	*Altijd 1, behalve ingeval van internationale verdragen of pasgeborenen*
Z 34-36	Nummer vorige zending	*Enkel indien Z 11 ≠ 0*
Z 37	Nummer ziekenfonds vorige facturering	*Enkel indien Z 11 ≠ 0*
Z 38-39	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A	*Enkel indien Z 11 = 1, anders blanco*
Z 41	Vorig gefactureerd jaar en maand	*Enkel indien Z 11 ≠ 0*
Z 42-45	Referentiegegevens netwerk	*Altijd 0*
Z 47	Datum van facturering	*Facultatief*
Z 49-51	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 53	Begindatum periode verzekerbaarheid	*Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief*
Z 54	Einddatum periode verzekerbaarheid	*Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief*
Z 55	Datum mededeling informatie	*Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief*
Z 56	MAF lopend jaar	*Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief*
Z 57	MAF lopend jaar -1	*Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief*
Z 58	MAF lopend jaar -2	*Huisartsen: altijd 0; specialisten: facultatief*
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Recordtype 50		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 50	*Constante waarde 50*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
Z 3	Norm verstrekking	*Huisartsen: 0 of 5; Specialisten: 1, 2, 5, 7 of 9*
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	*Verplicht in te vullen*
Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	*Datum van prestatie*
Z 6a-6b	Datum laatste verrichte verstrekking	*Datum van prestatie (=R 50 Z 5)*
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	*Verplicht in te vullen*
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*Idem R 20 Z 8a-8b*
Z 9	Geslacht rechthebbende	*Idem R 20 Z 9*
Z 10	Bevalling	*Altijd 0*
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	*Altijd 0*
Z 12	Nacht, weekeinde, feestdag	*Waarde 0, 1, 2, 3 of 4*
Z 13	Dienstcode	*990 (indien R 20 Z 10 = 3* *of 002 (indien R 20 Z 10 = 1)*
Z 14	Plaats van verstrekking	*Meestal 0, maar kan ook identificatienummer instelling zijn (ziekenhuis, ...) (zie beschrijving zone)*
Z 15	Identificatie verstrekker	*RIZIV-nummer van de verstrekker, tenzij anders vermeld in de beschrijving van de zone*
(☞2) Z 16	Norm verstrekker	*Huisartsen: 1, 4 of 5; Specialisten: 1, 3 of 9*
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	*Zie lijst "betrekkelijke verstrekking"*
Z 19	Verzekeringstegemoetkoming	*Bedrag van de tegemoetkoming*
Z 20-21	Datum voorschrift	*Verplicht in te vullen indien Z 24-25 ≠ 0*
Z 22	Aantal eenheden	*Meestal 1, maar kan ook > zijn dan 1 (bv. reiskosten) (zie beschrijving zone)*
Z 23	Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	*01, 02, 03, 04 of 00*
Z 24-25	Identificatie voorschrijver	*Zie lijst "voorschrijver"*
Z 26	Norm voorschrijver	*Huisartsen: 0, 1, 3, 4 of 9; Specialisten: alle waarden mogelijk*
Z 27	Persoonlijk aandeel patiënt	*Werkelijk aangerekend reglementair persoonlijk aandeel*
Z 28	Referentie instelling	*Facultatief*
Z 29	Behandelde tand	*Huisartsen: altijd 0; Specialisten: facultatief (zie beschrijving zone)*
Z 30-31	Supplement	*Bedrag dat eventueel bovenop het reglementair persoonlijk aandeel wordt aangerekend aan de patiënt*
(☞8) Z 32	Uitzondering derdebetalersregeling	*Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 01/05/2022)*
Z 33	Code facturering pers.aandeel of suppl.	*Waarde 0, 1 of 2*
Z 34	Behandeld lid	*Waarde 0, 1 of 2*
Z 35	Geconventioneerde verstrekker	*Waarde 0, 1, 2 of 9*
Z 36-37	Uur van prestatie	*Altijd 0*
Z 38	Identificatie toedienaar bloed	*Altijd 0*
Z 39-40	Nummer attest van toediening	*Altijd 0*
Z 41-42	Nummer afleveringsbon of zak	*Altijd 0*
Z 43	Code implant	*Altijd 0*
Z 44-45	Omschrijving product	*Altijd blanco*
Z 46	Norm plafond	*Huisartsen: altijd 0 ; Specialisten: 0 ,7 of 8*
Z 47	Basiswaarde verstrekking	*Altijd 0*
Z 48	Transplantatie	*Altijd 0*
Z 49	Identificatienummer bijkomende verstrekker	*In te vullen indien Z 16 = 4 of 5; in alle andere gevallen 0*
Z 50a	Aandeel in forfait	*Altijd 0*
Z 51	Ziekenhuissite	*Altijd 0*
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	*Altijd 0*
53-54a	Ritnummer	*Altijd 0*
55-56	Notificatiecode implantaat	*Altijd 0*
57-58-59	Registratiecode	*Huisartsen: altijd 0; specialisten: zie beschrijving zone*
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Bijlage 20.4

Recordtype 51 (Facultatief) (enkel voor huisartsen, niet voor specialisten)		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 51	*Constante waarde 51*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	*= R 50 Z 4*
Z 5	Datum van verstrekking	*= R 50 Z 5*
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*= R 20 Z 8a-8b*
Z 15	Identificatie verstrekker	*= R 50 Z 15*
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	*Altijd 0*
Z 19	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	*= R 50 Z 19*
Z 27	Code gerechtigde 1 + 2	*= R 20 Z 27*
Z 42-45	Nummer akkoord tariefverbintenis	*Verplicht in te vullen*
Z 55	Datum mededeling informatie	*Verplicht in te vullen*
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Recordtype 52 (facultatief)		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
1	Recordtype 52	*Constante waarde 52*
2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
3	Reden manuele invoering	*Verplicht in te vullen indien Z 9 = 4*
4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	*= R 50 Z 4*
5	Datum van verstrekking	*= R 50 Z 5*
6 a 6 b	Datum van lezing identiteitsdocument	*Verplicht in te vullen, behalve indien Z 9 = 4 en Z 3 =3*
8 a 8 b	Identificatie rechthebbende	*= R 20 Z 8a-8b*
9	Type van lezing identiteitsdocument	*Verplicht in te vullen*
10	Type van drager identiteitsdocument	*Verplicht in te vullen*
11	Reden gebruik vignet	*Verplicht in te vullen indien Z 10 =7*
12 13	Uur van lezing identiteitsdocument	*Verplicht in te vullen, behalve indien Z 9 = 4 en Z 3 =3*
15	Identificatie verstrekker	*= R 50 Z 15*
16	Serienummer van de drager	*Verplicht in te vullen, behalve indien Z 10 = 7, 8 of 9*
17	Nummer bewijsstuk	*Verplicht in te vullen*
18	Uniek nr. toestel medische beeldvorming	*Huisartsen: altijd 0; Specialisten: verplicht voor bepaalde verstrekkingen (zie beschrijving zone)*
19 (☞3)	Nummer akkord	*Altijd 0 (deze zone heeft geen betrekking op de artsen)*
99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Recordtype 80		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 80	*Constante waarde 80*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
Z 4	Uur van opname	*Altijd 0*
Z 5	Datum van opname	*Altijd 0*
Z 6a-6b	Datum van ontslag	*Altijd 0*
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	*= R 20 Z 7*
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*= R 20 Z 8a-8b*
Z 9	Geslacht rechthebbende	*= R 20 Z 9*
Z 10	Type factuur	*= R 20 Z 10*
Z 13	Dienst 721 bis	*= R 20 Z 13*
Z 14	Nummer facturerende instelling	*= R 20 Z 14*
Z 15	Teken + bedrag financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 17	Reden behandeling	*= R 20 Z 17*
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	*= R 20 Z 18*
Z 19	Teken + bedrag financieel rekeningnummer A	*Totaal bedrag van de tegemoetkoming voor de betreffende patiënt*
Z 20-21	Factuurdatum	*Altijd 0*
Z 22	Uur van ontslag	*Altijd 0*
Z 24-25	Nummer individuele factuur	*= R 20 Z 24-25*
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	*Totaal persoonlijk aandeel voor de betreffende patiënt*
Z 28	Referentie instelling	*= R 20 Z 28*
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	*Totaal supplement voor de betreffende patiënt*
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	*= R 20 Z 32*
Z 38	Teken + voorschot financieel rekeningnummer A	*Altijd 0*
Z 55-56	Gereserveerd staatshervorming	
Z 98	Controlecijfer van de factuur	*Verplicht in te vullen*
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Recordtype 90		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 90	*Constante waarde 90*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	*Altijd 0*
Z 7	Zendingsnummer	*= R 10 Z 7*
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 14	Nummer derdebetalende	*R 10 Z 14*
Z 15	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 19	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A	*Totaal bedrag van de tegemoetkoming voor alle patiënten*
Z 22	Gefactureerd jaar	*= R 10 Z 22*
Z 23	Gefactureerde maand	*= R 10 Z 23*
Z 27	KBO-nummer	*= R 10 Z 27*
Z 28	Referentie instelling	*= R 10 Z 28*
Z 31-34	BIC financiële rekening A	*= R 10 Z 31-34*
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	*= R 10 Z 36-41*
Z 43a	BIC financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 45-46-47a	Gereserveerd staatshervorming	
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 53-54a	Gereserveerd staatshervorming	
Z 55-56	Gereserveerd staatshervorming	
Z 98	Controlecijfer van de zending	*Verplicht in te vullen*
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Bijlage 21.1

Facturatie van dringend ziekenvervoer

1. Reglementaire basis : KB van 26/04/2009 (verzekeringstegemoetkoming) en KB van 07/04/1995 (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 ≈ 20.49 €	20.49 / 2 = 10.245 ≈ 10.25 €	20.49 – 10.25 = 10,24 €
11de en 12de km	6.14 x 2 = 12.28 12.28 / 3 = 4.093 ≈ 4.09 €	4.09 / 2 = 2.045 ≈ 2.05 €	4.09 – 2.05 = 2.04 €

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 3

Berekening tegemoetkoming

	Gefactureerd bedrag	Tegemoetkoming	Supplement
Forfait voor de eerste 10 km	61.46 / 3 = 20.487 ≈ 20.49 €	20.49 / 2 = 10.245 ≈ 10.25 €	20.49 – 10.25 = 10,24 €
11de en 12de km	6.14 x 2 = 12.28 12.28 / 3 = 4.093 ≈ 4.09 €	4.09 / 2 = 2.045 ≈ 2.05 €	4.09 – 2.05 = 2.04 €
Forfait elektroden	58,34 €	58,34 / 2 ≈ 29,17 €	58,34 - 29,17 = 29,17 €

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

Afrondingsregels voor verstrekkingen verricht door stagiairs aan 75%, heelkundige verstrekkingen aan 50% en operatieve hulp aan 10%.

1. Algemene regels

Eerst wordt het verminderd honorarium (75%, 50%, 10%) berekend en afgerond volgens de gewone afrondingsregel (vanaf 5 naar boven afronden)

Voorbeeld: Verstrekking met honorarium (aan 100%) = 26,42 €

*Honorarium aan 75% = 26,42 € * 0,75 = 19,815 ≈ 19,82 €*

Daarna wordt op basis van het verminderde honorarium de ZIV-tegemoetkoming en het persoonlijk aandeel berekend, volgens de geldende remgeldpercentages.
De ZIV-tegemoetkoming wordt steeds naar boven afgerond (round-up).
Het persoonlijk aandeel wordt steeds naar beneden afgerond (round-down).

Opmerking: Voor operatieve hulp (10%) is er geen remgeld van toepassing.

Voorbeeld (vervolg): 12% remgeld

*ZIV-tegemoetkoming = 19,82 € * 0,88 = 17,4416 ≈ 17,45 €*
Persoonlijk aandeel = 19,82 € - 17,45 € = 2,37 €

Remgeld geplafonneerd :

Voorbeeld: Verstrekking met honorarium (aan 100%) = 66,53 €
Percentage remgeld 15%, met plafond van 8,68 €

Aan 100%:
*ZIV-tegemoetkoming = 66,53 € * 0,85 = 56,5505 ≈ 56,56 €*
Persoonlijk aandeel = 66,53 € - 56,56 € = 9,97 € → wordt geplafonneerd tot 8,68 €
→ ZIV-tegemoetkoming wordt dus: 66,53 € - 8,68 € = 57,85 €

Aan 50%:
*Honorarium aan 50% = 66.53 € * 0,50 = 33,265 ≈ 33,27 €*
*ZIV-tegemoetkoming = 33,27 € * 0,85 = 28,2795 ≈28,28 €*
Persoonlijk aandeel = 33,27 € - 28,28 € = 4,99 € (plafond niet bereikt) (*plafondbedrag wordt dus niet met 50% verminderd*).

2. Bijzonderheden: meervoudige berekeningen

a) Operatieve hulp bij chirurgische ingreep aan 50%

De facturatie gebeurt via 2 afzonderlijke records. Er wordt dus sowieso tussentijds afgerond.

Voorbeeld: chirurgische ingreep met honorarium (aan 100%) = 797,57 €
(volledig terugbetaald, geen persoonlijk aandeel)

1ste record: chirurgische ingreep aan 50%

Honorarium aan 50% (= ZIV-tegemoetkoming)
*= 797,57 € * 0,50 = 398,785 ≈ 398,79 €*

2de record: operatieve hulp bij deze chirurgische ingreep aan 50%

Honorarium operatieve hulp (= ZIV-tegemoetkoming)
= 398,79 € 0,10 = 39,897 ≈ 39,90 €*

b) Chirurgische ingreep aan 50%, verricht door een stagiair (75%)

De facturatie gebeurt via 1 enkele record, maar er wordt ook hier tussentijds afgerond (eerst 50%, daarna 75%).

Voorbeeld: Chirurgische ingreep met honorarium (aan 100%) = 797,57 €
(volledig terugbetaald, geen persoonlijk aandeel)

Honorarium aan 50% (= ZIV-tegemoetkoming)
*= 797,57 € * 0,50 = 398,785 ≈ 398,79 €*

Honorarium aan 50% verricht door stagiair (= ZIV-tegemoetkoming)
*= 398,79 € * 0,75 = 299,0925 ≈ 299,09 €*

ELEKTRONISCHE FACTURATIE DOOR TANDARTSEN (e-fac)

Recordtype 10		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 10	*Constante waarde 10*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
Z 3	Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)	*Constante waarde 0 (slechts één rekeningnummer toegestaan)*
Z 4	Versie bestand	*Constante waarde 0001999* *Voor testen: 9991999*
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	*Altijd 0*
Z 7	Zendingsnummer	*Verplicht in te vullen*
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 9	Code "afschaffing papieren factuur"	*Altijd 0*
Z 10	Code afrekeningsbestand	*Waarde 0*
Z 13	Inhoud facturatie	*Altijd waarde "040"*
Z 14	Nummer derdebetalende	*RIZIV-nummer facturerende derde*
Z 15	Nummer accreditering NIC	*Altijd 0*
Z 22	Gefactureerd jaar	*Verplicht in te vullen*
Z 23	Gefactureerde maand	*Verplicht in te vullen*
Z 25-26	Datum van opstelling	*Verplicht in te vullen*
Z 27	KBO-nummer	*Verplicht in te vullen*
Z 28	Referentie instelling	*Facultatief*
Z 31-34	BIC financiële rekening A	*Verplicht in te vullen*
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	*Verplicht in te vullen*
Z 43a	BIC financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 45-46-47a	Gereserveerd staatshervorming	
Z 48	Gereserveerd staatshervorming	
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 53-54a	Gereserveerd staatshervorming	
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

	Recordtype 20		
	Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
	Z 1	Recordtype 20	*Constante waarde 20*
	Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
(☞8)	Z 3	Toestemming derdebetalende	*Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 01/05/2022)*
	Z 4	Uur van opname	*Altijd 0*
	Z 5	Datum van opname	*Altijd 0*
	Z 6a-6b	Datum van ontslag	*Altijd 0*
	Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	*Verplicht in te vullen*
	Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*INSZ, behalve ingeval van internationale verdragen of pasgeborenen*
	Z 9	Geslacht rechthebbende	*Verplicht in te vullen*
	Z 10	Type factuur	*3(ambulante patiënt)* *of 1 (gehospitaliseerde patiënt)*
	Z 11	Type facturering	*Normale waarde = 0;* *kan eventueel ook 1, 3 of 4 zijn*
	Z 13	Dienst 721 bis	*000 (indien Z 10 = 3)* *of 002 (indien Z 10 = 1)*
	Z 14	Nummer facturerende instelling	*RIZIV-nummer facturerende derde (= R10 Z14)*
	Z 15	Stamnummer van de (verplegings-) inrichting (of revalidatiecentrum) waar de rechthebbende opgenomen is (verblijft)	*0 (indien Z 10 = 3)* *of identificatienummer van de verpleeginrichting (indien Z 10 = 1)*
	Z 16	Code stuiten verjaringstermijn	*0 of 1*
	Z 17	Reden behandeling	*Verplicht in te vullen*
	Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	*Verplicht in te vullen*
	Z 19	Nummer opname	*Altijd 0*
	Z 20-21	Datum akkoord revalidatiebehandeling	*Altijd 0*
	Z 22	Uur van ontslag	*Altijd 0*
	Z 24-25	Nummer individuele factuur	*Eigen gestructureerd volgnummer (<u>niet</u> het nummer van het getuigschrift)*
	Z 26	Toepassing sociale franchise	*Altijd 0*
	Z 27	Code gerechtigde 1 + 2	*Verplicht in te vullen*
	Z 28	Referentie instelling	*Facultatief*
	Z 29-31	Nummer vorige factuur	*Enkel indien Z 11 ≠ 0*
	Z 32	Flag identificatie rechthebbende	*Altijd 1, behalve ingeval van internationale verdragen of pasgeborenen*
	Z 34-36	Nummer vorige zending	*Enkel indien Z 11 ≠ 0*
	Z 37	Nummer ziekenfonds vorige facturering	*Enkel indien Z 11 ≠ 0*
	Z 38-39	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A	*Enkel indien Z 11 = 1, anders blanco*
	Z 41	Vorig gefactureerd jaar en maand	*Enkel indien Z 11 ≠ 0*
	Z 42-45	Referentiegegevens netwerk	*Altijd 0*
	Z 47	Datum van facturering	*Facultatief*
	Z 49-51	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B	*Altijd opgevuld met blanco's*
	Z 53	Begindatum periode verzekerbaarheid	*Altijd 0*
	Z 54	Einddatum periode verzekerbaarheid	*Altijd 0*
	Z 55	Datum mededeling informatie	*Altijd 0*
	Z 56	MAF lopend jaar	*Altijd 0*
	Z 57	MAF lopend jaar -1	*Altijd 0*
	Z 58	MAF lopend jaar -2	*Altijd 0*
	Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Recordtype 50		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 50	*Constante waarde 50*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
Z 3	Norm verstrekking	*Waarde 0, 5 (enkel mogelijk voor verstrekkingen van art.14, l) of 9 (enkel voor pseudo-codes fasen vervaardiging tandprothesen)*
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	*Verplicht in te vullen*
Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	*Datum van prestatie*
Z 6a-6b	Datum laatste verrichte verstrekking	*Datum van prestatie (=R 50 Z 5)*
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	*Verplicht in te vullen*
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*Idem R 20 Z 8a-8b*
Z 9	Geslacht rechthebbende	*Idem R 20 Z 9*
Z 10	Bevalling	*Altijd 0*
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	*Altijd 0*
Z 12	Nacht, weekeinde, feestdag	*Waarde 0, 1, 2 of 3*
Z 13	Dienstcode	*990 (indien R20 Z10 = 3 of 002 (indien R20 Z10 = 1)*
Z 14	Plaats van verstrekking	*Meestal 0, maar kan ook identificatienummer instelling zijn (ziekenhuis, …) (zie beschrijving zone)*
Z 15	Identificatie verstrekker	*RIZIV-nummer van de verstrekker*
Z 16	Norm verstrekker	*Altijd 1*
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	*Zie lijst "betrekkelijke verstrekking"*
Z 19	Verzekeringstegemoetkoming	*Bedrag van de tegemoetkoming*
Z 20-21	Datum voorschrift	*Verplicht in te vullen indien Z 24-25 ≠ 0*
Z 22	Aantal eenheden	*Altijd 1*
Z 23	Afwijking maximaal aantal of identieke prestatie	*01, 02, 03, 04 of 00*
Z 24-25	Identificatie voorschrijver	*Meestal 0, <u>behalve</u> voor radiografieën vermeld op de lijst « voorschrijver » waarbij voorschrijver ≠ verstrekker*

Z 26	Norm voorschrijver	• *Radiografieën vermeld op lijst « voorschrijver » :*
		  ○ *1(of 9) indien voorschrijver ≠ verstrekker*
		  ○ *3 indien voorschrijver = verstrekker*
		• *Andere prestaties : 0*

Z 27	Persoonlijk aandeel patiënt	*Aangerekend reglementair persoonlijk aandeel*
Z 28	Referentie instelling	*Facultatief*
Z 29	Behandelde tand	*In te vullen in functie van de nomenclatuur: zie tarieven RIZIV: prestaties aangeduid met "NR/N°"*
Z 30-31	Supplement	*Bedrag dat eventueel bovenop het reglementair persoonlijk aandeel wordt aangerekend aan de patiënt. Ingeval van bijkomend honorarium mechanische verankering, bioactief dentinesubstituut of bij vergoedbare endodontische behandeling in geval van detiscore klasse B: totaal aangerekend bedrag.*
(☞8) Z 32	Uitzondering derdebetalersregeling	*Altijd 0 (vanaf prestatiedatum 01/05/2022)*
Z 33	Code facturering pers.aandeel of suppl.	*Waarde 0, 1 of 2*
Z 34	Behandeld lid	*Altijd 0*
Z 35	Geconventioneerde verstrekker	*Waarde 1, 2 of 9*
Z 36-37	Uur van prestatie	*Altijd 0*
Z 38	Identificatie toedienaar bloed	*Altijd 0*
Z 39-40	Nummer attest van toediening	*Altijd 0*
Z 41-42	Nummer afleveringsbon of zak	*Altijd 0*
Z 43	Code implant	*Altijd 0*
Z 44-45	Omschrijving product	*Altijd blanco*
Z 46	Norm plafond	*Altijd 0*
Z 47	Basiswaarde verstrekking	*Altijd 0*
Z 48	Transplantatie	*Altijd 0*
Z 49	Identificatienr. bijkomende verstrekker	*Altijd 0*
Z 50a	Aandeel in forfait	*Altijd 0*
Z 51	Ziekenhuissite	*Altijd 0*
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	*Altijd 0*
53-54a	Ritnummer	*Altijd 0*
55-56	Notificatiecode implantaat	*Altijd 0*
57-58-59	Registratiecode	*Altijd 0*
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Recordtype 51 (facultatief)		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 51	*Constante waarde 51*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	*= R 50 Z 4*
Z 5	Datum van verstrekking	*= R 50 Z 5*
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*= R 20 Z 8a-8b*
Z 15	Identificatie verstrekker	*= R 50 Z 15*
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	*= R 50 Z 17-18*
Z 19	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	*= R 50 Z 19*
Z 27	Code gerechtigde 1 + 2	*= R 20 Z 27*
Z 42-45	Nummer akkoord tariefverbintenis	*Verplicht in te vullen*
Z 55	Datum mededeling informatie	*Verplicht in te vullen*
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Recordtype 52 (facultatief)		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
1	Recordtype 52	*Constante waarde 52*
2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
3	Reden manuele invoering	*Verplicht in te vullen indien Z 9 = 4*
4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	*= R 50 Z 4*
5	Datum van verstrekking	*= R 50 Z 5*
6 a 6 b	Datum van lezing identiteitsdocument	*Verplicht in te vullen, behalve indien Z 9 = 4 en Z 3 = 3*
8 a 8 b	Identificatie rechthebbende	*= R 20 Z 8a-8b*
9	Type van lezing identiteitsdocument	*Verplicht in te vullen*
10	Type van drager identiteitsdocument	*Verplicht in te vullen*
11	Reden gebruik vignet	*Verplicht in te vullen indien Z 10 = 7*
12 13	Uur van lezing identiteitsdocument	*Verplicht in te vullen, behalve indien Z 9 = 4 en Z 3 = 3*
15	Identificatie verstrekker	*= R 50 Z 15*
16	Serienummer van de drager	*Verplicht in te vullen, behalve indien Z 10 = 7, 8 of 9*
17	Nummer bewijsstuk	*Verplicht in te vullen*
18	Uniek nr. toestel medische beeldvorming	*Altijd 0*
19	Nummer akkoord	*Altijd 0 (deze zone heeft geen betrekking op de tandartsen)*
99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

(☞3)

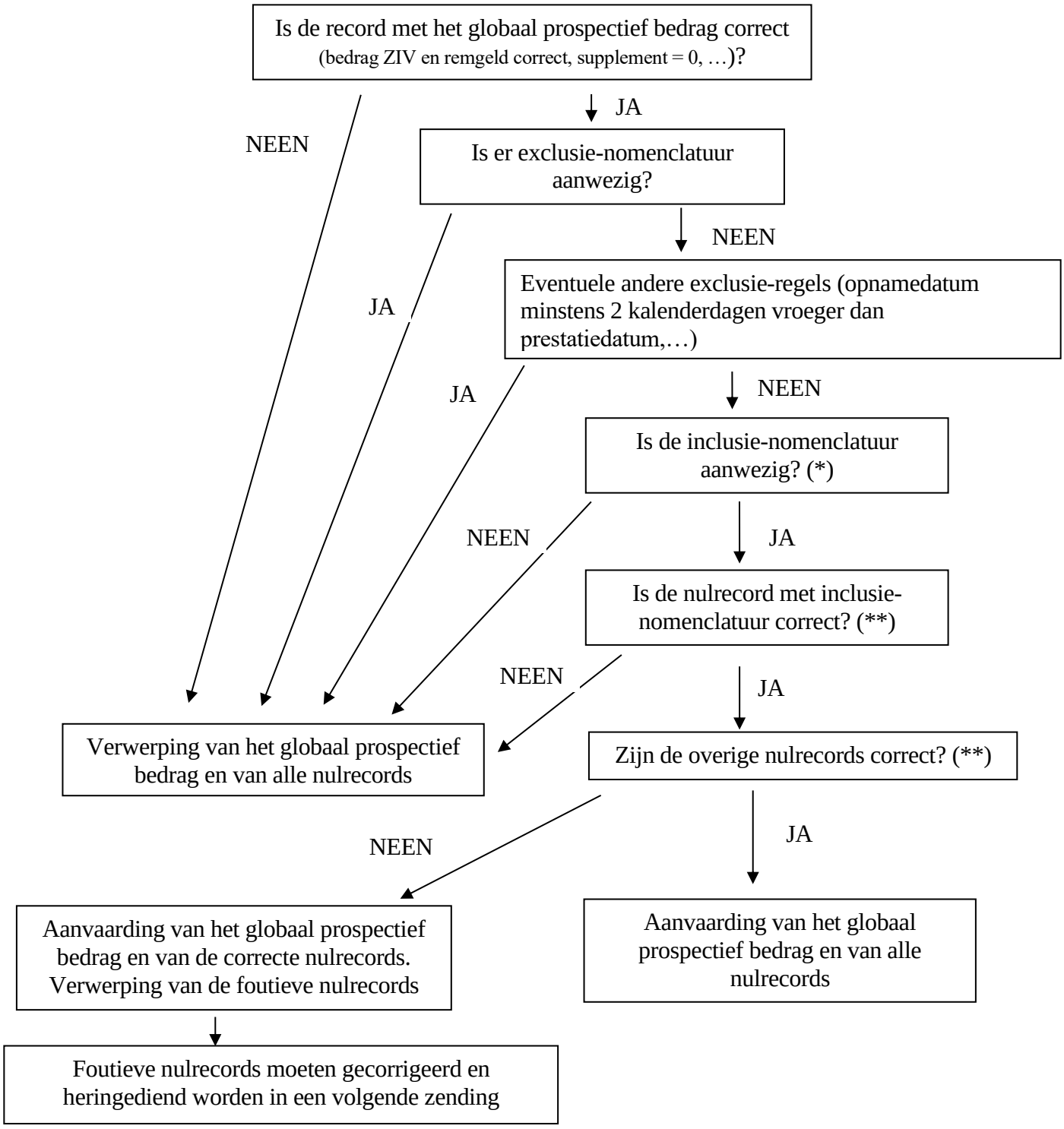
Recordtype 80		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 80	*Constante waarde 80*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
Z 4	Uur van opname	*Altijd 0*
Z 5	Datum van opname	*Altijd 0*
Z 6a-6b	Datum van ontslag	*Altijd 0*
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	*= R 20 Z 7*
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	*= R 20 Z 8a-8b*
Z 9	Geslacht rechthebbende	*= R 20 Z 9*
Z 10	Type factuur	*= R 20 Z 10*
Z 13	Dienst 721 bis	*= R 20 Z 13*
Z 14	Nummer facturerende instelling	*= R 20 Z 14*
Z 15	Teken + bedrag financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 17	Reden behandeling	*= R 20 Z 17*
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	*= R 20 Z 18*
Z 19	Teken + bedrag financieel rekeningnummer A	*Totaal bedrag van de tegemoetkoming voor de betreffende patiënt*
Z 20-21	Factuurdatum	*Altijd 0*
Z 22	Uur van ontslag	*Altijd 0*
Z 24-25	Nummer individuele factuur	*= R 20 Z 24-25*
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	*Totaal persoonlijk aandeel voor de betreffende patiënt*
Z 28	Referentie instelling	*= R 20 Z 28*
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	*Totaal supplement voor de betreffende patiënt*
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	*= R 20 Z 32*
Z 38	Teken + voorschot financieel rekeningnummer A	*Altijd 0*
Z 55-56	Gereserveerd staatshervorming	
Z 98	Controlecijfer van de factuur	*Verplicht in te vullen*
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

Recordtype 90		
Zone	**Omschrijving**	**Commentaar betreffende inhoud**
Z 1	Recordtype 90	*Constante waarde 90*
Z 2	Volgnummer record	*Verplicht in te vullen*
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	*Altijd 0*
Z 7	Zendingsnummer	*= R 10 Z 7*
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 14	Nummer derdebetalende	*R 10 Z 14*
Z 15	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B	*Altijd 0*
Z 19	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A	*Totaal bedrag van de tegemoetkoming voor alle patiënten*
Z 22	Gefactureerd jaar	*= R 10 Z 22*
Z 23	Gefactureerde maand	*= R 10 Z 23*
Z 27	KBO-nummer	*= R 10 Z 27*
Z 28	Referentie instelling	*= R 10 Z 28*
Z 31-34	BIC financiële rekening A	*= R 10 Z 31-34*
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	*= R 10 Z 36-41*
Z 43a	BIC financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
Z 45-46-47a	Gereserveerd staatshervorming	
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	*Altijd opgevuld met blanco's*
53-54a	Gereserveerd staatshervorming	
55-56	Gereserveerd staatshervorming	
Z 98	Controlecijfer van de zending	*Verplicht in te vullen*
Z 99	Controlecijfer van het record	*Verplicht in te vullen*

LAAGVARIABELE ZORG

1. Controles en verwerpingen

Indien een pseudo-code "globaal prospectief bedrag" gefactureerd wordt, dan doet de VI achtereenvolgens de volgende controles:



(*) Uitzondering : Deze controle wordt niet uitgevoerd op de 1e partiële facturen (R 20 Z 11 = 6) van een verblijf met jaar- of trimesterafsluiting (dat over 2 afsluitingsperiodes loopt). De controle wordt gedaan wanneer de laatste factuur met betrekking tot het verblijf (R 20 Z 11 = 7) door de VI ontvangen werd..

(**) De VI voert op de nulrecords alle controles uit zoals bij een klassieke facturatie, zowel facturatieregels (betrekkelijke verstrekking,…) als nomenclatuurregels (maxima, cumulverboden,…).
De nulrecords moeten dus meegeteld worden voor maxima, cumuls,…
Voorbeelden:

- *Prestatie waarvoor betrekkelijke verstrekking vereist is en deze ontbreekt → verwerping van de nulrecord → ziekenhuis moet de nulrecord achteraf correct herindienen*
- *Prestatie waarbij maximum aantal overschreden is → verwerping van de nulrecord → prestatie is niet vergoedbaar en kan dus niet heringediend worden*

2. Jaarafsluiting (of eventuele trimesterafsluiting)

Art. 11 § 1 van de Verordening van 28 juli 2003 voorziet het volgende:
Onafgezien het aantal verpleegdagen :

a) moet in elk geval een gedeeltelijke verpleegnota en een honorariumnota worden opgemaakt op 31 december van elk jaar;

b) kan uitzonderlijk een gedeeltelijke verpleegnota of een honorariumnota worden opgemaakt telkens op 31 maart, op 30 juni en op 30 september.

Voor bepaalde verblijven "laagvariabele zorg" zullen (een deel van) de nulrecords en het globaal prospectief bedrag zich niet op dezelfde factuur bevinden. Dit geeft problemen bij de VI om de nodige controles, zoals voorzien in het schema in bijlage 24.1, te kunnen uitvoeren.
Om zowel te kunnen voldoen aan de regels in verband met afsluiting als aan de facturatieregels en om de VI's toe te laten hun controles te doen, kunnen in dit geval 3 facturatiemethodes toegepast worden:

Voorbeeld van een verblijf:
- Verblijf van 29 december 2019 tot en met 3 januari 2020.
- Inclusienomenclatuur met prestatiedatum = 2 januari 2020.
- Op 3 januari 2020 wordt het verblijf gedefinieerd als « laagvariabele zorg » (alle inclusiecriteria zijn vervuld en geen exclusie).

1ste methode: Het ziekenhuis factureert normaal (buiten LVZ(*)) totdat het beschikt over alle inclusievoorwaarden voor het verblijf.

(1)Er wordt een partiële factuur (normale tarificatie buiten LVZ) verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand december 2019 (R 10 Z 22-23 = dec 2019) met R 20 Z 11 (type facturering) = 0 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 31/12/2019.

(2)*Na de ontslagdatum (3 januari 2020), wordt het verblijf gedefinieerd als een verblijf « laagvariabele zorg »*.

(3)Er wordt een creditnota opgemaakt (R 20 Z 11 = 3) om de 1ste factuur (tarificatie buiten LVZ), die verstuurd werd in het vorige facturatiebestand, te crediteren.

(4) Herfacturering :

(a) Hetzij één nieuwe factuur (tarificatie LVZ) wordt verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand januari 2020 (R 10 Z 22-23 = jan 2020) ➔ Factuur (R20-80) met R 20 Z 11 (type facturering) = 0 OF 1 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 3/1/2020.

Deze factuur bevat:

- de record 50 met het globaal prospectief bedrag (prestatiedatum = 29/12/2019);
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019;
- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019;
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020;
- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020;

Opgelet : Indien een afsluiting moet gebeuren in de loop van de verblijfsperiode (begindatum – einddatum), dan moeten de records (reeksen van prestaties gefactureerd via 1 record, forfaitaire tegemoetkoming voor een bepaalde periode, verpleegdagen) opgesplitst worden op datum van afsluiting. De begindatum van de tweede periode moet gelijk zijn aan de datum volgend op de einddatum van de eerste periode.

(*) LVZ = Laagvariabele zorg

(b) Hetzij twee nieuwe facturen (tarificatie LVZ) worden verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand januari 2020 (R 10 Z 22-23 = jan 2020)

- Een factuur (R20-80) met R 20 Z 11 (type facturering) = 6 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 3/1/2020.
  Deze factuur bevat :
  - de record 50 met het globaal prospectief bedrag (prestatiedatum = 29/12/2019);
  - de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019;
  - de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019;
- Een factuur (R20-80) met R 20 Z 11 (type facturering) = 7 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 3/1/2020.
  Deze factuur bevat :
  - de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020 (en eventuele geneesmiddelen en residuele prestaties van 2019);
  - de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020;

2e methode : Het ziekenhuis factureert eerst alle prestaties van december die buiten LVZ vallen (geneesmiddelen, verpleegdagen,…). De rest van de facturatie wordt in wacht gezet totdat het ziekenhuis kan bepalen of het al dan niet over een verblijf laagvariabele zorg gaat.

(1)Er wordt een partiële factuur (tarificatie buiten LVZ) gestuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand december 2019 (R 10 Z 22-23 = dec 2019) met R 20 Z 11 (type facturering) = 0 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 31/12/2019.

Deze factuur bevat:

- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019.

(2)*Na de ontslagdatum (3 januari 2020), wordt het verblijf gedefinieerd als een verblijf « laagvariabele zorg ».*

(3)Er wordt één enkele 2de factuur verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand januari 2020 (R 10 Z 22-23 = jan 2020) met R 20 Z 11 (type facturering) = 0 OF 2 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≥ 1/1/2020.

Deze factuur bevat:

- de record 50 met het globaal prospectief bedrag (prestatiedatum = 29/12/2019);
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 3/1/2020
- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020.

Opgelet : Indien een afsluiting moet gebeuren in de loop van de verblijfsperiode (begindatum – einddatum), dan moeten de records (reeksen van prestaties gefactureerd via 1 record, forfaitaire tegemoetkoming voor een bepaalde periode, verpleegdagen) opgesplitst worden op datum van afsluiting. De begindatum van de tweede periode moet gelijk zijn aan de datum volgend op de einddatum van de eerste periode.

3e methode: Het ziekenhuis factureert alsof het om een verblijf laagvariabele zorg gaat zelfs als het nog niet beschikt over alle inclusievoorwaarden.
Dit veronderstelt de verzending van 2 partiële facturen (één met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019 EN één met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020).

Opdat de VI's deze partiële facturen zouden kunnen detecteren (om ze vervolgens samen te voegen om de controles uit te voeren), worden 2 nieuwe waarden gebruikt in R 20 Z 11 (type facturering), namelijk de waarden 6 en 7.
Deze nieuwe waarden 6 en 7 (**) worden enkel gebruikt voor de verblijven « laagvariabele zorg » die gesplitst moeten worden omwille van trimester- of jaarafsluiting.

(1)Er wordt een partiële factuur (tarificatie LVZ) verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand december 2019 (R 10 Z 22-23 = dec 2019) met R 20 Z 11 (type facturering) = 6 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≤ 31/12/2019.

Deze factuur bevat:
- de record 50 met het globaal prospectief bedrag (prestatiedatum = 29/12/2019)
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019
- de records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 29/12/2019 tot en met 31/12/2019.

(2)Na de ontslagdatum (3 januari 2020), wordt het verblijf gedefinieerd als een verblijf « laagvariabele zorg ».

*(3)*Er wordt een tweede partiële factuur (de laatste) verstuurd op het facturatiebestand van de gefactureerde maand januari 2020 (R 10 Z 22-23 = jan 2020) met R 20 Z 11 (type facturering) = 7 en met R 80 Z 20-21 (factuurdatum) ≥ 1/1/2020.

Deze factuur bevat:
- alle records 30 (verpleegdagen), 40 (geneesmiddelen) en 50 (producten/verstrekkingen buiten LVZ) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020
- de records 50 aan 0 € (Zone 54b = 1) met prestatiedatums van 1/1/2020 tot en met 3/1/2020.

Opgelet, deze oplossing veronderstelt dat de VI's de 1ste partiële factuur van het bestand van de gefactureerde maand december 2019 (R 10 Z 22-23 = dec 2019) aanvaarden en betalen zonder de controle op de aanwezigheid van de inclusienomenclatuur uit het controleschema uit te voeren. Deze controle kan door de VI maar uitgevoerd worden na het einde van het verblijf wanneer ze de laatste factuur (type 7) op het facturatiebestand van de gefactureerde maand januari 2020 (R 10 Z 22-23 = jan 2020) ontvangen hebben.

(4)In het scenario daarentegen waarin het ziekenhuis na het ontslag van de patiënt zou vaststellen dat niet alle inclusievoorwaarden vervuld zijn (afwezigheid van inclusienomenclatuur) OF dat er een exclusiecriterium vervuld is, dan crediteert het ziekenhuis de partiële factuur die verstuurd werd in het vorige facturatiebestand en herfactureert op normale wijze (buiten LVZ).

(**) Waarde 6 = partiële originele factuur voor verblijf « laagvariabele zorg » met trimester- of jaarafsluiting (1 of meerdere andere partiële facturen met type 6 of de laatste factuur van het verblijf met type 7 zullen volgen)
Waarde 7 = laatste factuur van verblijf « laagvariabele zorg » met trimester- of jaarafsluiting (het gaat om de laatste factuur die de partiële factuur (facturen) met type 6 volgt (volgen))

3. Testmodaliteiten voor eind 2018

3.1 Deelname

Tijdens de Commissie Informatieverwerking van 14 juni 2018 hebben de volgende leden zich geëngageerd om deel te nemen aan de testen:

1) De softwarebureau's IBM, Infohos, Xperthis en Medsoc
2) De ziekenhuizen UZ Leuven, ASZ Aalst, AZ Groeninge, AZ Sint-Jan, Jessa Ziekenhuis, AZ Imelda, Clinique A Renard, UCL, Chirec (GIBBIS), CHU Liège, ZNA, UZ Gent en CHU Saint-Pierre, Hôpitaux Iris Sud.
3) De VI's 100, 300, 500, 600 en 900

3.2 Organisatie

Wanneer?
Van november 2018 tot januari 2019.
De deelnemers hebben zich allen geëngageerd om testen te doen vanaf december 2018 (volgens use case 2 hieronder).
VI100 kan reeds vanaf november 2018 testbestanden ontvangen met de eenvoudige use case (één enkele patiëntengroep) zoals hieronder beschreven.

Procedure

VI 100

Zone 107	Zone 202	Zone 304	Omgeving	R 10 Z 4
TFAC	92	9991999	Productie-omgeving	9991999

Andere VI's

Zone 107	Zone 202	Zone 304	Omgeving	R 10 Z 4
TFAC	92	9991999	Test/piloot omgeving	9991999

3.3 Use cases

Definitie van 2 types « uses cases » :
- eenvoudige "use case" (slechts één patiëntengroep) voor de testen in november 2018
- uitgebreide "uses cases" voor de testen in december 2018 en januari 2019.

De testen zullen georganiseerd worden op basis van testgegevens m.b.t. verblijven 2017-2018.

(a) Use case november 2018 (beperkt tot één patiëntengroep)

Zending met testgegevens van een verblijf van een niet-voorkeurgerechtigde patiënt dat aan de volgende criteria voldoet:

- ✓ Duur : maximum 1 maand.
- ✓ APR-DRG (All Patient Refined Diagnosis Related Groups) verblijf : 301
  Ernstgraad: niveau 1
- ✓ Pseudo-code Globaal Prospectief Bedrag : 798700
  - Groep 1 *[Groep patiënten waarbij een heupprothese werd geplaatst, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1. Exclusie van heringrepen, fracturen en infecties van prothesen]*
  - Inclusienomenclatuur: 289074-289085, 289030-289041, 289052-289063
  - Exclusienomenclatuur: 293436-293440, 279016-279020, 290194-290205, 290253-290264, 290275-290286, 279053-279064, 293451-293462, 279031-279042
  - Andere exclusie : exclusie van verblijven waarbij de hoofdingreep bilateraal werd uitgevoerd
  - Bedrag ZIV tegemoetkoming : 1566,96 €
  - Bedrag remgeld : 59 €
  - Globaal Prospectief Bedrag : 1625,96 € (1566,96 + 59)

De nieuwe gepubliceerde factureringsinstructies toepassen en testzending versturen.

(b) Use cases december 2018 tot januari 2019

(b1) Use case 1 (facturatie van een volledige zending)
Zending met testgegevens van een gefactureerde maand januari (R 10 Z 22-23 = 20xx01) waarop de nieuwe gepubliceerde factureringsinstructies toegepast worden.

Dit kan zijn:

- Een selectie van relevante testverblijven
- Een selectie van testverblijven die zouden aanvaard geweest zijn in de gegevens van de verblijven met betrekking tot de jaren 2017-2018

(b2) Use case 2 (afsluiting)

Zending(en) met testgegevens van gefactureerde maand december 2017/januari 2018 (R 10 Z 22-23 = 20xxxx) waarin de facturatiemethode(s) beschreven in bijlage 24.2 toegepast wordt (worden).

(b3) Use case 3 (creditnota)

Zending met testgegevens van gefactureerde maand februari (R 10 Z 22-23 = 20xx02) waarin:

- 25 facturen van verschillende patiënten getarifeerd als laagvariabele zorg met betrekking tot januari 20xx worden gecrediteerd en normaal geherfactureerd.
- 25 verschillende facturen getarifeerd als laagvariabele zorg met betrekking tot januari 20xx veranderen van patiëntengroep. Er worden dus creditnota's ingediend en het globaal prospectief bedrag + de prestaties aan 0 € (R 50 Z 54b = 1) worden correct geherfactureerd.

(b4) Use case 4 (zending met fouten en correcties)

Zending met testgegevens van een gefactureerde maand januari (R 10 Z 22-23 = 20xx01).
Voor elk deel van het controleschema in bijlage 24.1 ten minste één fout met betrekking tot elke controle indienen, dat wil zeggen:

- een factuur met een fout in de record met het globaal prospectief bedrag (bedrag,...)
- een factuur waarin het globaal prospectief bedrag tegelijkertijd wordt gefactureerd met een record (Z 54b = 1) met exclusienomenclatuur.
- een factuur waarin het globaal prospectief bedrag wordt gefactureerd, maar met een fout in verband met andere exclusiesregels (*opnamedatum gaat minstens 2 kalenderdagen vooraf aan prestatiedatum voor APR-DRG 560, exclusie van verblijven waarbij de hoofdingreep bilateraal werd uitgevoerd voor bv. APR-DRG 026, 301, 302*).
- een factuur waarin het globaal prospectief bedrag wordt gefactureerd, maar één van de inclusienomenclatuurcodes ontbreekt.
- een factuur met een tarificatiefout (*maxima, cumulverbod, betrekkelijk verstrekking,...*) in de record(s) (R 50 Z 54b = 1) met inclusienomenclatuurcode(s).
- een factuur met een tarificatiefout (*maxima, cumulverbod, betrekkelijk verstrekking,...*) in één of meerdere records aan 0 € (R 50 Z 54b = 1) zonder inclusie.

Nieuwe zending met testgegevens van een gefactureerde maand (volgend op de vorige) februari 20xx (R 10 Z 22-23 = 20xx02) waarin de fouten van de vorige zending worden gecorrigeerd en geherfactureerd.

3.4 Resultaten van de testen

De resultaten (zowel van de ziekenhuizen als van de VI's) van de testen worden door elke deelnemer meegedeeld aan de Commissie informatieverwerking 3 weken na de verzending van de testfacturaties aan de VI. Deze resultaten zullen worden besproken in de Commissie Informatieverwerking van december 2018 en januari 2019. Er zal eventueel een specifieke werkgroep georganiseerd worden op basis van het verloop van de testen om deze te onderzoeken en de eventuele technische problemen op te lossen.

Lectuur identiteitsgegevens in ziekenhuismilieu – record 21

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

1. Principes

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

- 1 lectuur per hospitalisatie.
- Deze lectuur vindt plaats binnen de 3 dagen na de datum van opname.
- Eén record 21 per factuur met de gegevens van de lezing.
  Voor de verblijven verdeeld over verschillende facturen (trimester- of jaarafsluiting, mutatie, wijziging verzekerbaarheid, complementaire facturen,…), moet elke factuur een record 21 bevatten.
  In dat geval worden de leesgegevens die bij de opname gecapteerd werden (binnen de 3 dagen) herhaald op elke factuur.
- Lectuur tijdens pre-opname volstaat niet.

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

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

(☞1) - Voor verstrekkingen van art. 8 van de nomenclatuur (verpleegkundige zorg) die gefactureerd worden door een ziekenhuis, moeten de modaliteiten van de verpleegkundigen gevolgd worden (behalve indien de verstrekkingen verricht worden in een praktijkkamer binnen het ziekenhuis).
Concreet betekent dit dat er een record 21 per patiëntencontact nodig is (dus ingeval van meerdere contacten per dag → meerdere records 21).

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

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

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

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

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

2. <u>Uitzonderingen</u>

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

In de volgende gevallen kan de verificatie van de identiteit a posteriori gebeuren door manuele invoering van het INSZ-nummer (R 21 Z 5 = 8 zonder registratie van datum en uur van lectuur) of via a posteriori lectuur (R 21 Z 5 = 4, 5 , 6 met registratie van datum en uur van lectuur) :

- indien de patiënt geen geldig identiteitsdocument kan voorleggen op het moment van de zorgen
- in geval de patiënt binnenkomt via spoed en vervolgens wordt gehospitaliseerd : voor de verstrekkingen verricht op de spoed wordt de identiteit van de patiënt gelezen binnen de 3 dagen die volgen op de dag van opname (hospitalisatie)
- indien de patiënt ‘s avonds laat vóór middernacht aankomt op de spoed : voor de verstrekkingen verricht op de spoed mag de identiteit van de patiënt gelezen worden de volgende dag *(opmerking: mag ook de avond zelf).*
- indien de prestatie wordt verleend buiten de administratieve openingsuren van het ziekenhuis
- in geval van panne van het informaticasysteem

In het volgende geval kan de verificatie van de identiteit a posteriori gebeuren door manuele invoering van het INSZ-nummer (R 21 Z 5 = 8 zonder registratie van datum en uur van lectuur) :

- gebrek aan interconnectiviteit tussen software

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

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

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

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

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

2.3. <u>Hergebruik van de identiteitsgegevens (R 21 Z 5 = 9)</u>

De identiteitsgegevens kunnen hergebruikt worden in de volgende gevallen:

- in geval de verstrekking reeds verleend is en de patiënt overlijdt alvorens a posteriori verificatie kan plaatsvinden
- voor de verstrekkingen verricht tijdens de hospitalisatie, in geval de patiënt binnen gekomen is via spoed (waarbij zijn identiteit wordt geverifieerd) en vervolgens wordt gehospitaliseerd na zijn passage op spoed
- in geval van herfacturatie door het ziekenhuis aan het ziekenfonds van de patiënt indien er eerst als arbeidsongeval werd gefactureerd maar het achteraf niet als een arbeidsongeval erkend wordt

In dit geval moet het vorige uur en datum van lezing van het identiteitsdocument vermeld worden respectievelijk in R 21 Z 3 en R 21 Z 4.

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

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

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

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

2.5. <u>Geen registratie van leesgegevens van het identiteitsdocument (geen record 21)</u>

(☞4) - Voor de rechthebbenden van minder dan 3 maanden oud. (Het is de leeftijd op het moment van opname die telt).

(☞4) - Voor de personen die van de verplichte ziekteverzekering genieten op basis van een Europese ziekteverzekeringskaart of een formulier S2 of van een formulier E111 of E128 of een Australische Medicare-card. Dit omvat ALLE en uitsluitend de patiënten met CT1 = 18X.

(☞1) - Voor de volgende verstrekkingen:

(☞8)
- o prestaties multidisciplinaire consulten zonder aanwezigheid van de patiënt : (pseudo)-codes 350114-350125, 350136-350140, 350151-350162, 350173-350184, 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420, 350475-350486, 350674-350685, 350696-350700, 350711-350722 en 350733-350744.

(☞8)
- o forfaits voor parenterale voeding thuis : (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413 en 751951 en overeenkomsten art.56 (751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936).
- o orale chemotherapie : (pseudo)-codes 767852 en 767863
- o dringend ziekenvervoer naar ziekenhuis B dat wordt uitgevoerd en gefactureerd door ziekenhuis A : (pseudo)-codes 784416, 784431 en 784453 (deze codes gelden enkel nog voor helikoptervervoer, zie voetnoot R 50 Z 4 V 13)

(☞8)
- o dialyse bij de patiënt thuis : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 en 767830-767841 alsook de farmaceutische producten gefactureerd met dienstcode 750.
- o interventie spoedarts in MUG (waarbij patiënt niet naar het ziekenhuis wordt gebracht) : (pseudo)-codes 590472, 590435, 590446 en 590413-590424
- o huisbezoeken door psychiaters in het kader van mobiele teams : (pseudo)-codes 104473 en 104495

(☞6)
- Voor alle verstrekkingen klinische biologie, anatomo-pathologie en genetica (art. 3 § 1 AII, § 1 B (2 prestaties) en § 1 CI, art. 18 § 2, B, e, art. 24, art. 24bis, art. 32, art. 33, art. 33bis en art. 33ter van de nomenclatuur; verstrekkingen van de overeenkomst Genetic Counseling (589750, 589761, 589772, 589783, 589794, 589805); KB tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen (592815, 592911, 592992, 593014, 593110) en Covid-testen).

(☞5)
- Voor de forfaits in het kader van revaidatieovereenkomsten zoals bedoeld in artikel 22, 6° en 23, §3 van de gecoördineerde wet van 14/7/1994, namelijk de forfaits geattesteerd door het ziekenhuis in het kader van een revalidatie-overeenkomst (het betreft de pseudo-codes uit punten 16) en 17) van R 30 Z 4 (+ een beperkt aantal codes uit revalidatie-overeenkomsten die in R 50 gefactureerd worden), die met dienstcode 770 en type factuur 5 of 6 gefactureerd worden). De uitzondering geldt ook voor verstrekkingen die samen met het revalidatieforfait op dezelfde factuur van type 5/6 worden gefactureerd.
- Mobiele teams : waarbij het ziekenhuis louter de pseudocodes IN/OUT (793715, 793730, 793752 en 793774) en de huisbezoeken van de psychiater (104473, 104495) aanrekent

(☞8) - Codes 96xxxx (niet-vergoedbare verstrekkingen, producten en diensten)

3. <u>Specifieke situaties</u>

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

- patiënt wordt gehospitaliseerd in ziekenhuis A en wordt voor een onderzoek getransfereerd naar ziekenhuis B, waarbij hij vervolgens terugkeert naar ziekenhuis A:
  Ziekenhuis B (R 20 Z 10 (type factuur) = 1, R 20 Z 13 (dienstcode) = 002) moet de leesgegevens van het identiteitsdocument niet registreren (geen record 21).

b) Bewoners van een rusthuis:
   - In geval een patiënt die vanuit een rusthuis naar het ziekenhuis wordt gebracht enkel een fotokopie van zijn identiteitskaart bij zich heeft, voert het ziekenhuis het INSZ nummer van de patiënt manueel (R 21 Z 5 = 8) in en geeft als reden in dat er een gebrek aan interconnectiviteit (R 21 Z 8 = 3) is (tussen het rusthuis en het ziekenhuis)
   - Geen registratie van de leesgegevens van het identiteitsdocument van de patiënt voor de geneesmiddelen die door de apotheek van een ziekenhuis worden afgeleverd aan een rustoord en door het ziekenhuis worden gefactureerd via het elektronisch facturatiebestand van het ziekenhuis

c) Ambulante prestatie buiten het ziekenhuis zonder ICT-systeem:
   Indien er geen link is tussen het informaticasysteem van het ziekenhuis waar men de facturatie doet en het informaticasysteem van de extra muros plaats waar de verstrekking plaatsvindt, kan de identiteit van de patiënt worden geverifieerd door het INSZ nummer van de patiënt manueel in te voeren (R 21 Z 5 = 8) met als reden een gebrek aan interconnectiviteit (R 21 Z 8 = 3).

4. Records in blok en principes van controle

a) De records 20, 30/40/50, 80 en de bijhorende records 21 vormen een blok.

b) De record(s) 21 met de leesgegevens moeten steeds volgen op de bijhorende record 20 (records in blok).

c) Indien een fout wordt vastgesteld in een record 21 van het blok, dan wordt de factuur (het blok) verworpen (productiefase, *vanaf het moment waarop de lectuur (R 21) verplicht wordt*)

d) Indien een record 21 ontbreekt terwijl die verplicht is, dan wordt de factuur (het blok) verworpen (productiefase, *vanaf het moment waarop de lectuur (R 21) verplicht wordt)*.

e) De vermelding van een record 21 als het niet vereist is, leidt niet tot verwerpingen (productiefase, *vanaf het moment waarop de lectuur (R 21) verplicht wordt*).

5. Modaliteiten testperiode en monitoringperiode

5.1. Testperiode

(☞5) De testen zullen gerealiseerd worden gedurende de periode september 2021 tot en met februari 2022.

5.1.1. Controles tijdens de testperiode

De eventuele fouten in de records 21 van de testbestanden zullen gecommuniceerd worden door middel van
(☞7) nieuwe foutcodes van type « E » (fouten die niet tot een verwerping leiden en die niet meetellen voor het foutenpercentage, maar die wél (informatief) meegedeeld worden op het afrekenbestand).

5.1.2. Use cases voor de testperiode

De testbestanden zullen moeten opgesteld worden volgens de afgesproken factureringsinstructies en zullen de volgende testcases bevatten.

Opgelet :

- *De negatieve scenario's moeten verstuurd worden in een apart testbestand los van het testbestand met de positieve scenario's.*
- *Er worden reële gegevens gebruikt, behalve voor de gegevens in de records 21.*
- *Om de records 21 in te vullen, worden reële of fictieve gegevens gebruikt.*

Indien de positieve use cases correct ingevuld en gecontroleerd worden, zal er geen enkele E-fout gecommuniceerd worden.
Indien de negatieve use cases correct ingevuld en gecontroleerd worden, zal elke use case de communicatie door de VI van de bijhorende E-fout met zich meebrengen.

5.1.2.1. Positieve scenario's (testbestand 1)

Use cases / type UP1

Vaste gegevens R 21 : R 21 Z 5 (type lezing) = 1 (chip), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id).
Doel: aanwezigheid van leesgegevens testen al naargelang het type contact (klassieke hospitalisatie, daghospitalisatie, ambulante zorgen,…) en het type facturatie (1 enkele factuur, meerdere facturen, …).

UP1.1 : 1 enkele factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1).

UP1.2 : Meerdere facturen met betrekking tot een zelfde klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1).

UP1.3 : 1 enkele factuur met betrekking tot een daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9).

UP1.4 : Meerdere facturen met betrekking tot een zelfde daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9).

UP1.5 : 1 enkele factuur met ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3) die plaatsvinden op 3 verschillende dagen.

UP1.6 : 1 enkele factuur met ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3) die plaatsvinden op dezelfde dag.

UP1.7 : Meerdere facturen met ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3) die plaatsvinden op dezelfde dag.

UP1.8 : 1 factuur met enkel recurrente zorgen.

UP1.9 : 1 factuur met enkel prestaties die geen record 21 vereisen

UP1.10 : 1 factuur met ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3, die een record 21 per dag vereisen) en recurrente zorgen.

UP1.11 : 1 factuur met ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3, die een record 21 per dag vereisen) en prestaties die geen record 21 vereisen.

UP1.12 : 1 enkele factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie van een elders verblijvende patiënt (R 20 Z 10 = 1 en R 20 Z 13 = 002).

Use cases / type UP2

Vaste gegevens: 1 enkele factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1).
Doel : de verschillende waarden van R 21 Z 5 (type lezing) en R 21 Z 6 (type drager) testen.

UP2.1 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 1 (chip), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id).

UP2.2 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 2 (streepjescode), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id).

UP2.3 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 4 (chip a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.4 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 5 (streepjescode a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.5 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 7 (manuele invoering), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id). *R 21 Z 8 (reden) moeten gelijk zijn aan 1, 2 of 3.*

UP2.6 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.7 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 9 (hergebruik van leesgegevens), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id).

UP2.8 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 1 (chip), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument).

UP2.9 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 2 (streepjescode), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument).

UP2.10 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 4 (chip a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.11 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 5 (streepjescode a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.12 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 7 (manuele invoering), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 1, 2 of 3.*

UP2.13 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.14 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 9 (hergebruik van leesgegevens), R 21 Z 6 (type drager) = 2 (elektronische vreemdelingenkaart of elektronisch verblijfsdocument).

UP2.15 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 2 (streepjescode), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart).

UP2.16 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 3 (QR code), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart).

UP2.17 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 5 (streepjescode a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.18 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 6 (QR code a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.19 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 7 (manuele invoering), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 1, 2 of 3.*

UP2.20 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart). *R 21 Z 8 (reden) moet gelijk zijn aan 4, 5 of 6.*

UP2.21: 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 9 (hergebruik van leesgegevens), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart).

UP2.22 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 2 (streepjescode), R 21 Z 6 (type drager) = 4 (vignet met streepjescode). *R 21 Z 7 moet gelijk zijn aan 1 of 2.*

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

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

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

UP2.26 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 9 (hergebruik van leesgegevens), R 21 Z 6 (type drager) = 4 (vignet met streepjescode). *R 21 Z 7 moet gelijk zijn aan 1 of 2*.

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

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

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

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

UP2.31: 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 9 (hergebruik van leesgegevens), R 21 Z 6 (type drager) = 5 (attest sociaal verzekerde).

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

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

UP2.34 : 1 factuur met 21 Z 5 (type lezing) = 9 (hergebruik van leesgegevens), R 21 Z 6 (type drager) = 6 (attest van verlies of diefstal).

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

5.1.2.2. <u>Negatieve scenario's (testbestand 2)</u>

<u>Use cases / type UN1</u>

Vaste gegevens R 21 : R 21 Z 5 (type lezing) = 1 (chip), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id).
Doel: testen van de controles op de records 21 en de informatie die de VI's terugsturen al naargelang het type contact (klassieke hospitalisatie, daghospitalisatie, ambulante zorgen,…) en het type facturatie (1 enkele factuur, meerdere facturen, …) indien R 21 niet correct ingevuld wordt of afwezig is.

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

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

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

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

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

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

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

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

UN1.9 : 1 factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1) met een R 21 zonder serienummer (R 21 Z 9 = 0) en R 21 Z 6 ≠ 4, 5 of 6.

UN1.10 : 1 factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1) met een R 21 die niet volgt op de bijhorende record 20.

Use cases / type UN2

Vaste gegevens: 1 enkel factuur met betrekking tot een klassieke hospitalisatie (R 20 Z 10 = 1).
Doel: testen van de controles op de records 21 en de informatie die door de VI's terug gestuurd wordt indien de waarden in R 21 Z 7 en Z 8 niet correct ingevuld zijn.

UN2.1 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 4 (chip a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id) met waarde 0 (geen reden) in R 21 Z 8.

UN2.2 :1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 5 (streepjescode a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id) met waarde 0 (geen reden) in R 21 Z 8.

UN2.3 :1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 6 (QR code a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 3 (ISI+ kaart) met waarde 0 (geen reden) in R 21 Z 8.

UN2.4 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 7 (manuele invoering), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id) met waarde 0 (geen reden) in R 21 Z 8.

UN2.5 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id) met waarde 0 (geen reden) in R 21 Z 8.

UN2.6 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 2 (streepjescode), R 21 Z 6 (type drager) = 4 (vignet met streepjescode) met waarde 0 (geen reden) in R 21 Z 7.

UN2.7 : 1 factuur met R 21 Z 5 (type lezing) = 8 (manuele invoering a posteriori), R 21 Z 6 (type drager) = 1 (e-id of kids-id) met waarde 1 (identiteitsdocument zonder chip of met defecte chip) in R 21 Z 8.

5.1.3. Reporting testen

(☞5) De resultaten van de testen zullen gecommuniceerd worden voor elk ziekenhuis dat deelgenomen heeft aan de testen en zullen geanalyseerd worden tijdens de Commissie Informatieverwerking van maart 2022.

5.1.3.1. Reporting testen - positieve scenario's

Voor elk ziekenhuis dat testen uitvoert :

RTP1 : % E-fouten op de records 21 van het laatste testbestand (aantal E-fouten op records 21/totaal aantal records 21)

RTP2 : Type fouten in het laatste testbestand

RTP3 : % per type fout in het laatste testbestand

RTP4 : Aantal verworpen testbestanden

RTP5 : Scenario's die getest werden in het laatste testbestand

5.1.3.2. Reporting testen - Negatieve scenario's

Voor elk ziekenhuis dat testen uitvoert :

RTN1 : Type fouten (meegedeelde foutcodes) in het laatste testbestand

RTN2 : Scenario's die getest werden in het laatste testbestand

5.1.4. Evaluatiecriteria testperiode

De evaluatie wordt als positief beschouwd indien :

- 75 % van de ziekenhuizen die testen hebben uitgevoerd :
  - een percentage E-fouten ≤ 1 % hebben op de records 21 van het laatste testbestand met positieve scenario's
  - een foutenpercentage ≤ 5 % hebben op het laatste testbestand met positieve scenario's
  - geen blokkerende fouten hebben op het laatste testbestand met positieve scenario's
- voor elk negatief scenario de bijhorende foutcode E gecommuniceerd werd door de VI's.

5.2. Monitoringperiode

Indien de testen, gerealiseerd van september tot november 2021, goed verlopen zijn (zie evaluatiecriteria), zal de monitoringperiode met facultatieve registratie van leesgegevens van het identiteitsdocument in de facturatie starten vanaf 1 mei 2022 tot aan de start van de verplichte registratie.

5.2.1. Controles monitoringperiode

Tijdens deze periode zullen controles uitgevoerd worden op de records 21, maar deze zullen niet tot verwerpingen leiden. De eventuele fouten zullen informatief meegedeeld worden in het afrekenbestand met
(☞7) behulp van foutcodes type E (fouten die niet tot een verwerping leiden en die niet meetellen voor het foutenpercentage, maar die wél (informatief) meegedeeld worden op het afrekenbestand).

5.2.2. Reporting in het kader van de evaluatie van de monitoringperiode

De resultaten zullen geanalyseerd worden tijdens de Commissie Informatieverwerking van september 2023 alvorens te beslissen over de startdatum van de verplichte registratie van leesgegevens van het identiteitsdocument in de facturatie.
De verplichte registratie van de leesgegevens van het identiteitsdocument in de facturatie zal pas starten als de resultaten van de monitoringperiode positief zijn.

Reporting voor elk ziekenhuis :

RF1 : % E-fouten ten opzichte van het aantal records 21 (aantal E-fouten/totaal aantal records 21) per bestand voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

RF2 : gemiddeld % E-fouten ten opzichte van het aantal records 21 [gemiddelde van (aantal E-fouten/totaal aantal records 21)] voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

RF3 : % E-fouten ten opzichte van het totaal aantal records (aantal E-fouten/totaal aantal records) per bestand voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

RF4 : gemiddeld % E-fouten ten opzichte van het totaal aantal records [gemiddelde van (aantal E-fouten/totaal aantal records)] voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

RF5 : % per type E-fout (aantal E-fouten xxxxxx/totaal aantal E-fouten) per bestand voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

RF6 : de graad van registratie van leesgegevens (aantal geregistreerde records 21 / totaal verwacht aantal records 21) voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

5.2.3. Evaluatiecriteria monitoringperiode

De evaluatie van de monitoringperiode zal plaatsvinden na 12 maanden, op de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023. De evaluatie wordt als positief beschouwd indien:

- 95 % van de ziekenhuizen een graad van registratie van leesgegevens ≥ 90 % hebben voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.
- 95 % van de ziekenhuizen een gemiddeld percentage van E-fouten op de records 21 ≤ 1 % hebben [gemiddelde van (aantal E-fouten/totaal aantal records 21)] voor de gefactureerde maanden februari, maart en april 2023.

5.3. Reporting jaarlijkse monitoring

Deze monitoring wordt uitgevoerd op de gegevens van de periode van gefactureerde maand mei 2022 tot april 2023 op de zendingen van alle ziekenhuizen.

Reporting

RM1 : % a posteriori lezing (R 21 Z 5 = 4, 5, 6) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3, 4 en 6)

RM2 : % a posteriori lezing (R 21 Z 5 = 4, 5, 6) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens een klassieke opname (R 20 Z 10 = 1)

RM3 : % a posteriori lezing (R 21 Z 5 = 4, 5, 6) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens een daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9)

RM4 : % a posteriori lezing (R 21 Z 5 = 4, 5, 6) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens recurrente zorgen (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, dialyse, MBV, nabehandeling revalidatie)

RM5 : % manuele invoering a posteriori van INSZ (R 21 Z 5 = 8) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3, 4 en 6)

RM6 : % manuele invoering a posteriori van INSZ (R 21 Z 5 = 8) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens een klassieke opname (R 20 Z 10 = 1)

RM7 : % manuele invoering a posteriori van INSZ (R 21 Z 5 = 8) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens een daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9)

RM8 : % manuele invoering a posteriori van INSZ (R 21 Z 5 = 8) omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 8 = 4) tijdens recurrente zorgen (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, dialyse, MBV, nabehandeling revalidatie)

RM9 : % manuele invoering van INSZ voorafgaand aan de zorgen (R 21 Z 5 = 7) met gebruik van het vignet (R 21 Z 6 = 4) dat een identiteitsdocument zonder chip is (R 21 Z 8 = 1) en omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 7 = 2) tijdens ambulante zorgen (R 20 Z 10 = 3, 4 en 6)

RM10 : % manuele invoering van INSZ voorafgaand aan de zorgen (R 21 Z 5 = 7) met gebruik van het vignet (R 21 Z 6 = 4) dat een identiteitsdocument zonder chip is (R 21 Z 8 = 1) en omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 7 = 2) tijdens een klassieke opname (R 20 Z 10 = 1)

RM11 : % manuele invoering van INSZ voorafgaand aan de zorgen (R 21 Z 5 = 7) met gebruik van het vignet (R 21 Z 6 = 4) dat een identiteitsdocument zonder chip is (R 21 Z 8 = 1) en omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 7 = 2) tijdens een daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9)

RM12 : % manuele invoering van INSZ voorafgaand aan de zorgen (R 21 Z 5 = 7) met gebruik van het vignet (R 21 Z 6 = 4) dat een identiteitsdocument zonder chip is (R 21 Z 8 = 1) en omdat de patiënt niet in het bezit is van een identiteitsdocument (R 21 Z 7 = 2) tijdens recurrente zorgen (R 30/50 Z 4 = (pseudo-) codes chemotherapie, radiotherapie, immunotherapie, dialyse, MBV, nabehandeling revalidatie)

RM13 : % gebruik van de verschillende identiteitsdocumenten (eID, ISI+, enz.)

RM14 : % gebruik van types lezing (chip, barcode, enz.)

6. Planning

(☞5) - September tot februari 2022 : testperiode
(☞5) - Maart 2022 : resultaten van de testen
- 1 mei 2022 (indien testen ok) : start van de monitoringperiode
- September 2023 : resultaten van de monitoringperiode (evaluatie van de gefactureerde maanden februari, maart, april 2023)
- Januari 2024 (indien monitoringperiode ok) : verplichting

RUBRIEK : RECORDTYPE 10

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Deze code geeft de aard van het record weer.

Deze zone geldt voor alle recordtypes.

Waarde	Betekenis
10	Aanvang zending
20	Begin factuur
21	Lezing elektronisch identiteitsdocument (ziekenhuis)
30	Verpleegdagen
40	Farmaceutische producten
50	Verstrekkingen of leveringen
51	Gegevens tariefverbintenis (e-fac)
52	Lezing elektronisch identiteitsdocument
80	Einde factuur
90	Einde zending

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Met dit volgnummer moet men de records nummeren om de identificatie van elke individuele record te vergemakkelijken.

Deze zone geldt voor alle recordtypes.

Stijgende nummering van de records over alle records heen.

Het volgnummer moet progressief toenemen met 1 (vorige + 1).

RUBRIEK : AANTAL FINANCIELE REKENINGNUMMERS (INDEXCODE)

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

De waarde in deze zone wordt bepaald door het aantal verschillende waarden die in de zone 11 van recordtype 30, 40 en 50 wordt gebruikt, ongeacht of er effectief een bedrag wordt vermeld.

Waarde	Betekenis
0	Er wordt slechts 1 waarde vermeld in R 30, 40, 50 Z 11.
1	De waarden 0 en 1 worden vermeld in R 30, 40, 50 Z 11 (rekening A en rekening B).
2	De waarden 0 en 3 worden vermeld in R 30, 40, 50 Z 11 (rekening A en rekening C)
3	De waarden 0, 1 en 3 worden vermeld in R 30, 40, 50 Z 11 (rekening A, rekening B en rekening C)

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

RUBRIEK : VERSIE BESTAND

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

Deze zone dient tot identificatie van de gebruikte versie en of het gaat om een test of niet.

Indien de magnetische drager werd samengesteld overeenkomstig de "versie 1999" en,

- indien het gaat om een effectieve facturering, moet in deze zone de waarde "0001999" worden ingevuld;

- indien het gaat om een test, moet in deze zone de waarde "9991999" worden ingevuld.

De herpublicaties van de instructies “Uitgave 2006”, “Uitgave 2013” en “Uitgave 2021” wijzigen niks aan de invulling van deze zone. De versie blijft “1999”.

RUBRIEK : FINANCIEEL REKENINGNUMMER A

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 17

Deze zone is gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011.
Vanaf dan wordt enkel nog gebruik gemaakt van IBAN en BIC.

RUBRIEK : ZENDINGSNUMMER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

Nummer toegekend door de facturerende instelling/verstrekker.

Het nummer moet uniek zijn per derdebetalersnummer en verschillend van nul.

De nummering mag herbegonnen worden bij het begin van een nieuw gefactureerd jaar.

Ingeval van facturatie via magnetische drager (met bijhorende papieren facturatie), moet dit nummer overgenomen worden op :

- het borderel voor het verzenden van magnetische dragers naar de landsbonden;
- de verzamelstaat voor het verzenden van de facturen naar de ziekenfondsen.

Ingeval van facturatie via MyCarenet, moet dit nummer overgenomen worden in zone 301 van segment 300 (factuurborderel).

RUBRIEK : FINANCIEEL REKENINGNUMMER B

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 36

Deze zone is gelijk aan nul vanaf gefactureerde maand januari 2011.
Vanaf dan wordt enkel nog gebruik gemaakt van IBAN en BIC.

RUBRIEK : CODE "AFSCHAFFING PAPIEREN FACTUUR"

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

Vanaf de gefactureerde maand januari 2010 is deze zone verplicht gelijk aan nul.

RUBRIEK : CODE AFREKENINGSBESTAND

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

Vanaf de gefactureerde maand januari 2010 is deze zone verplicht gelijk aan nul.

RUBRIEK : INHOUD FACTURATIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

In deze zone wordt verduidelijkt op welke basis wordt afgeweken van het maximum aantal maandelijkse facturatiebestanden.

	Waarde	Betekenis
	000	geen afwijking van voorziene maandelijkse aantal
	010	uitzonderlijke bijkomende facturatie voor de maand of bijkomende facturatie in het kader van de 6de staatshervorming
	020	systematische afwijking van voorziene maandelijkse aantal
	030	bijkomend correctiebestand
(☞5)	040	uitzondering e-fac (enkel voor (groeperingen of wachtposten van) artsen, tandartsen en kinesitherapeuten)
	050	Uitzondering voor (groeperingen van) vroedvrouwen

Het bijkomend correctiebestand kan enkel facturen bevatten met type facturering (R 20 Z 11) = 1, 3 of 4 (herindiening, creditnota of correctiefactuur).

RUBRIEK : NUMMER DERDEBETALENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

Dit is het nummer van de inrichting of de verstrekker die de facturatie verricht.

* indien het gaat om een individuele verstrekker dan is het nummer derdebetaler gelijk aan het R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de verstrekker; de eerste positie links zal steeds nul zijn;

* indien het gaat om een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt (zoals verplegingsinrichtingen, rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, erkende laboratoria voor klinische biologie, medische huizen, enz.) dan is het nummer derdebetaler gelijk aan het R.I.Z.I.V.-identificatienummer, de eerste positie links zal steeds een nul zijn, gevolgd door 8 beduidende cijfers die de instelling identificeren, de 3 laatste posities duiden de kwalificatiecode aan of zijn opgevuld met nullen;

* indien het gaat om een groepering van zorgverstrekkers werkzaam binnen een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt dan is het nummer derdebetaler gelijk aan het R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de instelling, waarbij in de 3 laatste posities de waarde 799 wordt vermeld; de eerste positie links zal steeds nul zijn;

* indien het gaat om een groepering van zorgverstrekkers die niet werkzaam zijn binnen een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt dan gaat het om het nummer derdebetaler toegekend door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging.
  De eerste 4 posities van het nummer zijn steeds "0940, 0941, 0942, 0943, 0944, 0945 of 0946".
  De laatste 3 posities bepalen de kwalificatie van de verstrekkers van de groep.

* indien het gaat om een groepering van zorgverstrekkers die niet werkzaam zijn binnen een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt en de facturatie gebeurt via MyCarenet, dan wordt het RIZIV-nummer van de individuele verstrekker ingevuld in deze zone en moet er een mandaat bestaan tussen de individuele verstrekker (de mandaatgever) en zijn gemandateerde (een persoon of een organisatie, bv. de verantwoordelijke van de groep) die de facturatie in zijn naam verstuurt. De principes en praktische modaliteiten met betrekking tot het gebruik van mandaten zijn beschikbaar op de website van het e-Health platform: https://www.ehealth.fgov.be/nl/%252Fegezondheid/mandaten

* indien het gaat om een groepering van verpleegkundigen, dan gaat het om het nummer derdebetaler toegekend door de Dienst Geneeskundige Verzorging.

Ingeval van wijziging van het RIZIV-nummer van een verpleegkundige (of groepsnummer) in de loop van een maand, moet het RIZIV-nummer (of groepsnummer) op datum van opstelling van het facturatiebestand vermeld worden in deze zone.
De facturatie mag niet opgesplitst worden.
In R 50 Z 15 moet bij elke prestatie, het correcte RIZIV-nummer op datum van prestatie vermeld worden.

RUBRIEK : NUMMER ACCREDITERING NIC

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

In deze zone wordt het accrediteringsnummer vermeld, zoals beschreven in art. 5, §4bis, 4° van de Overeenkomst tussen de ROB/RVT/CDV en de verzekeringsinstellingen.
Dit nummer wordt toegekend door het Nationaal Intermutualistisch College.

Deze zone dient enkel ingevuld te worden door ROB-RVT-CDV.

RUBRIEK : GEFACTUREERD JAAR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0JJJJ - 108

Het nummer van het jaar.

RUBRIEK : GEFACTUREERDE MAAND

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N MM - 113

In deze zone bedoelt men de maand waarin het merendeel der prestaties, die op deze factuur staan, werden verricht. Deze maand kan verschillend zijn van de maand waarin de factuur werd opgemaakt

Dit is duidelijk in zover de periode waarop de factuur betrekking heeft overeenstemt met een kalendermaand : inhoud van zone 23 = kalendermaand waarop de factuur betrekking heeft.

Indien de periode waarop de factuur betrekking heeft niet overeenstemt met een kalendermaand is de einddatum van de periode van facturering bepalend voor de invulling van zone 23 :

* periode van facturering eindigt steeds in eerste helft van kalendermaand :
  inhoud van zone 23 is de maand die voorafgaat aan betreffende kalendermaand;
* periode van facturering eindigt steeds in tweede helft van kalendermaand :
  inhoud van zone 23 is gelijk aan betreffende kalendermaand.

De gefactureerde maand gecombineerd met gefactureerd jaar mag niet groter zijn dan de datum vermeld in recordtype 10 zone 25-26 (opstellingsdatum).

Voor de trimestriële facturaties door psychiatrische inrichtingen en door RVT, ROB, PVT en BW, moet de waarde 03, 06, 09 of 12 worden vermeld in functie van de gefactureerde periode.

Deze waarde blijft ongewijzigd wanneer van een verworpen bestand een nieuwe versie wordt aangemaakt.
Zie ook onderscheid met datum van opstelling.

RUBRIEK : DATUM VAN OPSTELLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 120

In deze zone moet de maand worden vermeld waarin het facturatiebestand werd aangemaakt.

Voorbeeld : Voor prestaties verricht in januari, gefactureerd in februari, wordt in deze zone de waarde JJJJ02DD vermeld.

Deze datum wijzigt wanneer van een verworpen bestand een nieuwe versie wordt aangemaakt.

De opstellingsdatum mag niet groter zijn dan de huidige datum.

RUBRIEK : KBO-NUMMER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128

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

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

Vanaf de gefactureerde maand januari 2015 moet het KBO-nummer verplicht ingevuld worden door de ziekenhuizen, laboratoria, verpleegkundigen en huisartsen.
Vanaf de gefactureerde maand maart 2015 moet het KBO-nummer ook verplicht ingevuld worden door revalidatiecentra die deel uitmaken van een ziekenhuis.
Vanaf de gefactureerde maand juli 2015 moet het KBO-nummer verplicht ingevuld worden door alle facturerende derden.
Overgangsperiode (tot en met gefactureerde maand januari 2021):
de groeperingen van zorgverleners in “feitelijke verenigingen” en
buitenlandse zorgverleners die activiteiten verrichten in België zonder zich in België te vestigen beschikken nog niet over een KBO-nummer en moeten voorlopig het fictief pseudo-KBO-nummer 0999.999.922 invullen in deze zone.
Vanaf de gefactureerde maand februari 2021 mag het pseudo-KBO-nummer 0999.999.922 niet meer gebruikt worden en moet steeds een werkelijk KBO-nummer ingevuld worden.

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

ZNNNNNNNCC met:

Z	=	0 of 1
NNNNNNN	=	7 cijfers van 0 tot 9
CC	=	check-digit (= 97 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 8 cijfers van het KBO-nummer en de deler gelijk is aan 97).

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

De inhoud van deze zone is vrij te bepalen door de facturerende inrichting.

Zie algemene opmerking betreffende de omschrijving van de zones (laatste alinea van punt 2.a. van de bijlage 7).

RUBRIEK : BIC FINANCIELE REKENING A

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 167

Het gaat om de BIC van de financiële rekening van de innende instelling (waarvan het KBO-nummer vermeld is in R 10 Z 27) waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

De BIC (*Bank Identifier Code*) identificeert de bank van de begunstigde.
De BIC bestaat uit een bankcode (4 tekens), een landcode (2 letters), een plaatscode (2 tekens) en kan voor bepaalde banken aangevuld zijn met een kantoorcode (3 tekens).

De BIC moet ingevuld worden zonder spaties. Met andere woorden, er mag geen enkele ruimte zijn tussen de cijfers en letters die de BIC vormen.

De NBB publiceert voor de banken gevestigd in België de codelijst (met ondermeer BIC):
www.nbb.be > Producten en diensten > Betalingssystemen > Secretariaat Overeenkomsten > Bankidentificatiecodes >>.

Vanaf gefactureerde maand januari 2011 is het mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken.

Indien er slechts op 1 financiële rekening moet betaald worden, dan moet de BIC van deze rekening steeds in deze zone worden vermeld.

Indien er op 2 financiële rekeningen moet betaald worden, dan moet in deze zone de BIC van de eerste financiële rekening worden vermeld; de bedragen die erop moeten worden gestort zullen de verwijzing 0 krijgen in zone 11 van het recordtype waarin ze staan vermeld.

RUBRIEK : IBAN FINANCIELE REKENING A

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 179

Het gaat om het IBAN van de financiële rekening van de innende instelling (waarvan het KBO-nummer vermeld is in R 10 Z 27) waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

Het IBAN (*International Bank Account Number*) telt maximum 34 alfanumerieke tekens.
Het bestaat uit een landcode (2 letters), een controlegetal (2 cijfers) en een (voor bepaalde landen aangevuld) nationaal rekeningnummer.

Indien het om een Belgische rekening gaat, dan telt het IBAN slechts 16 posities. De laatste 18 posities worden dan opgevuld met blanco's.
Vanaf gefactureerde maand januari 2011 is het mogelijk om een buitenlands rekeningnummer te gebruiken.

Het rekeningnummerformaat IBAN is gespecifieerd in de standaard ISO 13616-1 die overeenstemt met de ECBS standaard EBS 204.

IBAN check digits controle
1. Als het IBAN in visueel formaat is, schrap dan alle niet-alfanumerieke tekens;
2. Verplaats de eerste 4 tekens naar uiterst rechts;
3. Converteer de letters in cijfers waarbij A=10, B=11,…Z=35;
4. De modulus 97 (rest na deling door 97) moet gelijk zijn aan 1.

Voorbeeld van check digit controle voor IBAN: BE62 5100 0754 7061
1. BE62510007547061
2. 510007547061 BE62
3. 510007547061111462
4. De modulus 97 (rest na deling door 97) van 510007547061111462 door 97 = 1

Het IBAN moet ingevuld worden zonder spaties. Met andere woorden, er mag geen enkele ruimte zijn tussen de cijfers en letters die het IBAN vormen.

Indien er slechts op 1 financiële rekening moet betaald worden, dan moet het IBAN van deze rekening steeds in deze zone worden vermeld.

Indien er op 2 financiële rekeningen moet betaald worden, dan moet in deze zone het IBAN van de eerste financiële rekening worden vermeld; de bedragen die erop moeten worden gestort zullen de verwijzing 0 krijgen in zone 11 van het recordtype waarin ze staan vermeld.

RUBRIEK : BIC FINANCIELE REKENING B

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 219

Het gaat om de BIC van de bijkomende financiële rekening waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

Indien er op twee financiële rekeningen moet betaald worden dan moet in deze zone de BIC van de tweede financiële rekening genoteerd worden; de bedragen die erop moeten worden gestort zullen de verwijzing 1 krijgen in de zone 11 van het recordtype waarin ze staan vermeld.

Deze zone kan enkel gebruikt worden door de ziekenhuizen.
Indien de zone niet ingevuld wordt, dient ze opgevuld te worden met blanco's.

Zie ook R 10 Z 31-32-33-34.

RUBRIEK : IBAN FINANCIELE REKENING C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 235

Deze zone is gereserveerd (staatshervorming).

RUBRIEK : AANDUIDING REGIO

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270

Deze zone is gereserveerd (staatshervorming).

RUBRIEK : IBAN FINANCIELE REKENING B

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 271

Het gaat om het IBAN van de bijkomende financiële rekening waarop de betaling moet verricht worden in het raam van de derdebetalersregeling.

Indien er op twee financiële rekeningen moet betaald worden dan moet in deze zone het IBAN van de tweede financiële rekening genoteerd worden; de bedragen die erop moeten worden gestort zullen de verwijzing 1 krijgen in de zone 11 van het recordtype waarin ze staan vermeld.

Deze zone kan enkel gebruikt worden door de ziekenhuizen.
Indien de zone niet ingevuld wordt, dient ze opgevuld te worden met blanco's.

Zie ook R 10 Z 36-37-38-39-40-41.

RUBRIEK : BIC FINANCIELE REKENING C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 305

Deze zone is gereserveerd (staatshervorming).

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

De inhoud van alle posities 1 tot en met 348 wordt opgeteld. Op het resultaat wordt de 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.

Indien de inhoud van een positie alfanumeriek is worden de volgende numerieke waarden toegekend :

blanco	= 10
a = A	= 11
b = B	= 12
c = C	= 13
.	
.	
.	
z = Z	= 36
alle andere tekens	= 37

De numerieke waarden (ook in alfanumerieke zones) behouden steeds hun cijferwaarde van 0 tot 9.

RUBRIEK : RECORDTYPE 20

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : TOESTEMMING DERDEBETALENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

- Ingeval de uitzondering op het verbod tot derdebetalersregeling verkregen wordt via(My)CareNet (zone 316 van bericht 801900), dan moet deze zone worden ingevuld, ook als het gaat om gevallen van verplichte derdebetaler.

- Indien de inhoud van deze zone gelijk is aan 1,
  * mag in zone 32 van recordtype 50 de waarde nul worden vermeld, behalve ingeval van e-fac huisartsen en tandartsen;
  * moet er geen document ter verantwoording van de uitzondering gevoegd worden bij de papieren factuur.

Waarde	Betekenis
0	Geen uitzondering verkregen via (My)CareNet (zone 316 van bericht 801900).
1	Uitzondering verkregen vanuit (My)CareNet (zone 316 van bericht 801900)**.**

(☞7) Het verbod op derdebetalersregeling is volledig opgeheven voor prestaties verricht vanaf 01/01/2022. Bij wijze van overgangsregeling mag in deze zone tijdelijk nog een waarde ≠ 0 ingevuld worden. Vanaf prestatiedatum 01/05/2022 moet deze zone steeds gelijk zijn aan “0”.

RUBRIEK : UUR VAN OPNAME

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N 000UUMM - 10

'000UUMM' waarde tussen '0000001' en '0002400'.

- Het uur dient vermeld te worden voor alle verblijven waarvoor het uur van opname en ontslag een invloed heeft op de facturering (factuurtype 1, 4 of 5).

- Het vermelden van het uur van opname, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekkingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington.

- Deze zone moet gelijk zijn aan nul in alle andere gevallen.

- In geval van verstrekking verricht voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven mag deze zone gelijk zijn aan nul (factuurtype 1).

RUBRIEK : DATUM VAN OPNAME

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 17

Ingeval van hospitalisatiefacturen staat deze datum op de betalingsverbintenis (721 bis).

Ingeval van interne revalidatie en verblijven in RVT, ROB, PVT of BW gaat het om de datum waarop de rechthebbende in de betreffende inrichting is opgenomen.
Indien het gaat om een wederopname na onderbreking, dan moet de datum van wederopname vermeld worden.

Indien een patiënt een ambulante revalidatiebehandeling volgt en plots opgenomen wordt in het ziekenhuis dat gelinkt is met het revalidatiecentrum, dan worden er, voor de periode dat de patiënt opgenomen is, 2 facturen gemaakt : één met factuurtype 1 en R 20 Z 5 = datum van opname in het ziekenhuis en één met factuurtype 5 en R 20 Z 5 = datum van opname in het ziekenhuis en R 20 Z 20-21 = begindatum van het akkoord van de revalidatiebehandeling.

Deze zone moet vermeld worden wanneer het uitgaven betreft voor een interne patiënt die gehospitaliseerd is of verblijft in revalidatiecentrum, rust- en verzorgingstehuis, rustoord voor bejaarden, psychiatrisch verzorgingstehuis of inrichting voor beschut wonen.
Factuurtype = 1, 4 of 5.

Het vermelden van de opnamedatum, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekkingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington.

Deze zone moet gelijk zijn aan nul wanneer het uitgaven betreft voor ambulante verstrekking, gipskamer, ambulante dagforfait of externe revalidatie.
Factuurtype 3, 6 of 9.

In geval van verstrekkingen verricht voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven (factuurtype 1) moet prioritair de opnamedatum worden vermeld; bij gebrek aan kennis van de opnamedatum (bv. aanvragen klinische biologie of anatomopathologie) mag een willekeurige datum binnen de opnameperiode worden vermeld.

RUBRIEK : DATUM VAN ONTSLAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 25

Deze zone moet worden ingevuld indien het gaat om een factuur die een verblijfsperiode, in een verplegingsinrichting, RVT, ROB, PVT, BW of revalidatieinrichting, afsluit.

Deze zone moet derhalve worden ingevuld als de "norm verpleegdag" (R 30 Z 3) gelijk is aan 2 of 9 ingeval van ziekenhuisopname.

In geval van interne revalidatie mag de datum van ontslag uit centrum niet groter zijn dan de einddatum van de periode waarvoor een akkoord werd toegestaan.

Ingeval van ziekenhuisopname bevindt de datum zich op het document van einde van hospitalisatie (vb. 727).

Deze zone, wanneer ze opgenomen wordt, mag de datum van opneming niet voorafgaan.

Het vermelden van de datum van ontslag, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekkingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington en indien de verblijfsperiode wordt afgesloten.

In geval van verstrekkingen verricht voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven (factuurtype 1) mag deze zone opgevuld worden met nullen.

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

Zie het Repertorium van de landsbonden en ziekenfondsen van België, Brussel, R.I.Z.I.V. of het overzicht op de website van het RIZIV (http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/ziekenfonds/Paginas/contacteer-ziekenfondsen.aspx)

(☞7)

VI100	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten Vanaf prestatiedatum 01/04/2022 behoren de leden van de verschillende CM-ziekenfondsen tot één van deze juridische entiteiten (gefusioneerd op 01/01/2022). De nummers van deze ziekenfondsen zijn: - 134 (leden aangesloten bij een Franstalig ziekenfonds) - 120 (leden aangesloten bij een Nederlandstalig ziekenfonds) Opmerking: er is geen impact op het lidnummer zelf, enkel het ziekenfonds van aansluiting wijzigt. Voor CM-patiënten die gehospitaliseerd zijn op 31/03/2022, verstuurt CM een mutatiebericht 730000 met daarin het nieuwe nummer van het ziekenfonds van aansluiting dat vanaf 01/04/2022 geldt. Deze nieuwe instructies voor Zone 7 worden gedurende 1 jaar (tot 31 maart 2023) soepel toegepast. Nadien activeren we de controles hierop. Wij raden dus aan om altijd een consultatie verzekerbaarheid uit te voeren alvorens te factureren.
VI200	Steeds gelijk aan “000”
VI300	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
VI400	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
VI500	Steeds gelijk aan “000”
VI600	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
VI900	Nummer van het Gewestelijk Geneeskundig Centrum (*)

Maand-, kwartaal- of jaarforfaits revalidatie moeten aangerekend worden aan de mutualiteit waarbij de patiënt aangesloten was op de begindatum van de periode waarop het forfait betrekking heeft.

(*) Het regionale GGC (antwoordbericht CareNet,f kleefbriefje, aansluitingskaart: 921, 922, 931, 941, 942, 951) moet vermeld worden in deze zone. Desondanks zal de factuur niet verworpen worden indien men de boekhoudkundige GGC (910, 920, 930, 940, 950) in de plaats vermeld heeft omdat de facturen toch in een centrale boekhouding worden verwerkt.
Echter, de papieren facturen, zowel van de regionale GGC als van de boekhoud-GGC, worden enkel behandeld op de boekhoud-GGC en moeten dus naar deze adressen gestuurd worden.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A – 36

In deze zone wordt het inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid van de rechthebbende ingevuld (INSZ-nummer).
Het gebruik van dit INSZ-nummer is verplicht vanaf de gefactureerde maand januari 2006.
Met dit nummer kunnen de rechthebbenden in het ziekenfonds geïdentificeerd worden**.**

In uitzonderlijke gevallen kan het aansluitingsnummer bij de VI worden gebruikt:

- voor pasgeborenen waarvoor niet onmiddellijk het inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid gekend is
- voor internationale verdragen

In deze zone moet steeds het identificatienummer van de rechthebbende (= patiënt) vermeld worden.

Indien R 20 Z 32 = 1, dient in deze zone het inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid te worden vermeld.
Indien R 20 Z 32 = 0, dient in deze zone het aansluitingsnummer van de rechthebbende bij de VI te worden vermeld.

Het inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid bestaat uit 11 cijfers en dient voorafgegaan te worden door 2 nullen.
Dit nummer moet rechts gelinieerd worden.
Er zijn geen speciale karakters of blanco's aanwezig.

Voor rechthebbende jonger dan 3 maanden of personen die recht hebben op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van een Europese ziekteverzekeringskaart of S2-formulier, dienen geen records 52 (gegevens verificatie identiteit) vermeld te worden.
Deze rechthebbenden kunnen geïdentificeerd worden op basis van het identificatienummer vermeld in deze zone.

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

In deze zone wordt het geslacht vermeld van diegene die in recordtype 20 zone 8 wordt geïdentificeerd.

Waarde	Betekenis
1	Man
2	Vrouw

RUBRIEK : TYPE FACTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

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

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

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

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

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

Revalidatie
- de forfaits nabehandeling revalidatie moeten gefactureerd worden met factuurtype 9 en dienstcode 760.
- Revalidatieverstrekkingen verricht in een ziekenhuis dienen via een afzonderlijke individuele factuur (waarde 5 of 6) te worden gefactureerd.
- Voor verstrekkingen van individuele revalidatie (zie R 50 Z 4 V 1 en V 2) moet factuurtype 1 of 3 worden gebruikt naargelang het gaat om verstrekkingen verricht aan gehospitaliseerde of ambulante patiënten.

Opgelet: De prestaties R30-R60 (zie R 50 Z 4 V 2), de implanteerbare hartdefibrillatoren (zie R 50 Z 4 V 5 en V 6) kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en moeten bijgevolg onder factuurtype 5 of 6 en met dienstcode 770 gefactureerd worden.
Ook de forfaits in het kader van de (kinder)diabetesovereenkomst (zie R 50 Z 4 V 3) moeten met factuurtype 6 en dienstcode 770 gefactureerd worden.

Verpleegkundigen en medische huizen:
- Voor de verpleegkundigen en de medische huizen zal het factuurtype steeds gelijk zijn aan 3.

R.V.T., R.O.B., P.V.T. of I.B.W:
- Factuurtype 4 moet gebruikt worden voor de facturatie van alle verstrekkingen en afleveringen aan patiënten die verblijven in R.V.T., R.O.B., P.V.T. of I.B.W., dus ook voor de bedragen die in het kader van de Overeenkomsten MS/ALS/Huntington door een ziekenhuis aangerekend worden voor patiënten die in "residentiële structuren" verblijven.

Geneeskundige bijstand tijdens medisch begeleid transport(art. 25 §3) en honoraria urgentiegeneeskunde (art. 25 §3bis).
- Voor de prestaties 590435, 590472 (art. 25 §3) en de prestaties in het art.25 §3bis, bestaan geen gehospitaliseerde codes. Deze prestaties moeten dus steeds gefactureerd worden via een aparte factuur met factuurtype 3. Dit geldt ook voor het geval deze prestaties gevolgd worden door een ziekenhuisopname.

Uitzondering :
Indien de betreffende prestaties gevolgd worden door een ambulante forfaitaire verpleegdag, dan mogen ze gezamenlijk met de forfaitaire verpleegdag onder het factuurtype 9 gefactureerd worden, op voorwaarde dat de dienstcode van de betreffende forfaitaire verpleegdag gebruikt wordt.

RUBRIEK : TYPE FACTURERING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 51

In deze zone wordt een aanduiding gegeven over de aard van de facturering.

Indien deze zone een waarde verschillend van 0 of 6 bevat, dan moeten de zones 29 tot 41 van recordtype 20 vervolledigd worden met de gegevens die verwijzen naar de voorafgaande factuur.

Waarde	Betekenis
0	Originele factuur
1	Herinbreng van verworpen of gedeeltelijk verworpen of gecrediteerde factuur
2	Complementaire factuur
3	Creditnota (- waarden)
4	Correctiefactuur (+ en - waarden) in overleg met het ziekenfonds
5	Correctiefactuur (- en + waarden) voor forfaits verpleegkundige zorgen wegens declassering na bezoek adviserend arts
6	Partiële originele factuur voor verblijf « laagvariabele zorg » met trimester- of jaarafsluiting (1 of meerdere andere partiële facturen met type 6 of de laatste factuur van het verblijf met type 7 zullen volgen)
7	Laatste factuur van verblijf « laagvariabele zorg » met trimester- of jaarafsluiting (het gaat om de laatste factuur die de partiële factuur (facturen) met type 6 volgt (volgen))

Een originele factuur is een factuur die gekoppeld is aan een bepaalde verblijfs- of verzorgingsperiode.

Een verblijfs- of verzorgingsperiode kan gespreid zijn over 2 of meerdere partiële originele facturen.

Een partieel originele of complementaire factuur kan negatieve bedragen bevatten.

Een complementaire factuur is een factuur met verstrekkingen of andere kosten die betrekking hebben op een verblijfs- of verzorgingsperiode die reeds eerder werd gefactureerd.

Een creditnota en een correctiefactuur worden ingediend op initiatief van de facturerende inrichting of verstrekker en annuleren of corrigeren een eerder ingediende factuur.
Zie ook punt c in bijlage 7 vervolg 1 (binnen eenzelfde record moeten de tekens gelijk zijn in alle zones).

Indien het gaat om een patiënt die elders wordt gehospitaliseerd dan moet hier voor een eerste facturering waarde "0" worden gebruikt (niet waarde "2").

Indien het gaat om een herindiening van een verworpen factuur bij een andere VI, dan is het een originele factuur.

Preciseringen bij type facturering “5”:
- Vermits een verzorgingsdag als “blok” beschouwd wordt, moeten alle records van de te regulariseren verzorgingsdagen in negatief en positief geplaatst worden, niet enkel de records met de forfaits en bijhorende statistische records.
- Volgorde van de records binnen de correctiefactuur: bij voorkeur alternerend (d.w.z. negatieve records dag 1, positieve records dag 1, negatieve records dag 2, positieve records dag 2, enz…). In elk geval moet de negatieve record steeds vóór de corresponderende positieve record staan.

- Het is het uitbetaalde bedrag (zoals vermeld in het afrekenbestand 920900) dat in negatief moet geplaatst worden. Dit bedrag is niet noodzakelijk gelijk aan het gevraagde bedrag.
- Dit type facturering wordt enkel gebruikt in het kader van een declassering door de adviserend arts. Voor de eventuele andere correcties op initiatief van de verpleegkundige wordt een creditnota (type facturering 3), gevolgd door een herinbreng (type facturering 1), gebruikt. De creditnota en de herinbreng mogen zich op hetzelfde facturatiebestand bevinden, maar de creditnota moet steeds voorafgaan aan de herinbreng.

Voorbeelden :

- Op een originele factuur R 20 Z 11 = 0 met factuurtype R 20 Z 10 = 1 komen revalidatieverstrekkingen voor die met een aparte factuur moeten ingediend worden met als factuurtype R 20 Z 10 = 5. De mutualiteit verwerpt de revalidatieverstrekkingen bij de manuele verbetering.
  Het type facturering dat bij de herindiening moet aangewend worden is R 20 Z 11 = 1.

- Op een originele factuur R 20 Z 11 = 0 komen verstrekkingen voor die bij manuele verbetering door de mutualiteit verworpen worden (bv. omwille van attest niet bijgevoegd of foutieve prijs).
  Als de verstrekkingen terug aangeboden worden per magnetische drager moet de instelling als type facturering R 20 Z 11 = 1 aanwenden.

- Omwille van gebrek aan informatie factureert een instelling de verstrekkingen van een patiënt die in een andere instelling gehospitaliseerd is met type factuur R 20 Z 10 = 3 en R 20 Z 11 = 0.
  Deze factuur bekomt een verwerping door de mutualiteit.
  Bij herindiening via magnetische drager zal R 20 Z 10 = 1 moeten zijn en type facturering R 20 Z 11 = 1.

- Een heelkundige ingreep wordt vermeld op de factuur en geeft aanleiding tot het profylaxieforfait Z. Op een volgende partiële factuur of op een complementaire factuur wordt dezelfde dag een 2de heelkundige ingreep vermeld, die aanleiding geeft tot het profylaxieforfait A1. Dan mag op deze partiële factuur of op de complementaire factuur het profylaxieforfait Z in min gefactureerd en het nieuwe profylaxieforfait A1 worden aangerekend. Het te gebruiken factuurtype is in dit geval 0 of 2, omdat het hier niet om een correctiefactuur gaat maar om een verbetering op een partiële originele of complementaire factuur.

Indien bij de herinvoering van verworpen prestaties een wijziging van de instructies werd doorgevoerd, tussen het moment van de oorspronkelijke indiening en de herindiening, dan is de formulering van de toepassingsdatum van de wijziging bepalend voor de regels waaraan de herindiening moet voldoen:
Ingeval de toepassingsdatum gekoppeld werd aan een prestatiedatum dan gebeurt de herindiening volgens de regels van de oorspronkelijke indiening;
Ingeval de toepassingsdatum gekoppeld werd aan een facturatiedatum dan moet de herindiening gebeuren overeenkomstig de gewijzigde reglementering.

RUBRIEK : DIENST 721 bis

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

Voor gehospitaliseerde patiënten moet in deze zone de dienstcode worden vermeld die op het document 721 bis (zone 310 van het Carenetbericht 721000) staat (enkel ingeval van factuurtype 1).

Ingeval van prestaties gefactureerd voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven, moet in deze zone de pseudo-dienstcode “002” vermeld worden.

In alle andere gevallen is deze zone gelijk aan nul.

RUBRIEK : NUMMER FACTURERENDE INSTELLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N – 56

Met dit nummer kan men de instelling identificeren die de facturering verricht.

De inhoud van deze zone is per definitie gelijk aan de inhoud van recordtype 10 zone 14.

Zie recordtype 10 zone 14 voor de verschillende mogelijkheden.

RUBRIEK : STAMNUMMER VAN DE (VERPLEGINGS-)INRICHTING (OF REVALIDATIECENTRUM) WAAR DE RECHTHEBBENDE OPGENOMEN IS (VERBLIJFT)

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

In deze zone moet het identificatienummer van de verplegingsinrichting van de opname worden vermeld ingeval het gaat om een factuur betreffende een gehospitaliseerde patiënt.

Indien het gaat om facturen die betrekking hebben op een revalidatieovereenkomst (hetzij intern, hetzij extern) moet het nummer van de overeenkomst worden opgenomen.

Indien het gaat om facturen van RVT, ROB, PVT of BW moet het nummer van de betreffende inrichting worden vermeld.

Zie recordtype 10 zone 14.

Wanneer het een gehospitaliseerde patiënt betreft voor wie een gipskamer, een forfait nierdialyse of een forfaitaire verpleegdag mag gefactureerd worden samen met een werkelijke verpleegdag, dient het nummer van de verplegingsinrichting te worden vermeld waar de patiënt eerst opgenomen werd.

Indien het gaat om een gehospitaliseerde patiënt die gelijktijdig een revalidatieprogramma ondergaat dan moet de factuur verplicht opgesplitst worden in een individuele factuur hospitalisatie en een individuele factuur revalidatie.

Indien recordtype 20 zone 10 = 1 dan moet in deze zone het nummer van het ziekenhuis worden vermeld.

Indien recordtype 20 zone 10 = 5 of 6 dan moet in deze zone het nummer van het revalidatiecentrum worden vermeld.

Indien recordtype 20 zone 10 = 4 dan moet in deze zone het nummer van de betreffende inrichting worden vermeld.

In alle andere gevallen, dus ook voor de verpleegkundigen, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

RUBRIEK : CODE STUITEN VERJARINGSTERMIJN

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 80

Deze zone wordt ingevuld indien het gaat om een laattijdige facturering.

Waarde	Betekenis
1	Verjaringstermijn (facturering na 2 jaar) voor de facturerende derde gestuit door een aangetekend schrijven.
0	Alle andere gevallen.

RUBRIEK : REDEN BEHANDELING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N - 81

Deze zone maakt een eerste boekhoudkundige oriëntatie mogelijk.

Waarde	Betekenis
0050	Ambulante chemotherapeutische behandeling
0060	Beroepsziekten
0070	Arbeidsongevallen
0080	Ongevallen - gemeen recht (aansprakelijkheid van een derde)
0090	Andere ongevallen
0000	Andere of niet meegedeeld

Noot : De verplegingsinrichtingen beschikken over een grotere schifting inzake ongevallen.

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN BESTEMMING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N – 85

<table>
<tr><td></td><td>VI100</td><td>REFAC : Ziekenhuizen 710/720, verpleegkundigen, laboratoria, medische huizen, artsen/tandartsen/specialisten (e-fac), psychiatrische verzorgingstehuizen, revalidatiecentra (buiten ziekenhuis), ROB, RVT en CDV (vanaf 01/01/2022) en gemengde groeperingen beginnend met 094 : nummer UCP
(☞7)
- 134 als het huidig UCP behoort tot Wallonië of Brussel (Franstalig)
- 120 als het huidig UCP behoort tot Vlaanderen of Brussel (Nederlandstalig)

<table><tr><th>Nummer UCP in Z18 voor zendingen met gefactureerde maand tot en met 03/2022</th><th>Nummer UCP in Z18 voor zendingen met gefactureerde maand vanaf 04/2022</th></tr><tr><td>109, 128, 129, 130, 132, 134, 135, 137, 199: UCP’s in Wallonië en Brussel (Franstalig)</td><td>134
UCP in Wallonië en Brussel (Franstalig)</td></tr><tr><td>101, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 120, 121, 126 en 131: UCP’s in Vlaanderen en Brussel (Nederlandstalig)</td><td>120
UCP in Vlaanderen en Brussel (Nederlandstalig)</td></tr></table>
Deze nieuwe instructies voor Z18 worden gedurende 1 jaar (tot 31 maart 2023) soepel toegepast. Nadien activeren we de controles hierop.

Opmerking :Voor meer informatie over contactpunten, zie onze webpagina www.cm.be/facturatie-instructies</td></tr>
<tr><td></td><td>VI200</td><td>Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten</td></tr>
<tr><td>(☞4)</td><td>VI300</td><td>300 voor de leden van de ziekenfondsen 304, 309, 311, 319, 322 en 323.
306 voor de leden van ziekenfonds 306.
Uitzonderingen:
• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300</td></tr>
<tr><td></td><td>VI400</td><td>= 400</td></tr>
<tr><td></td><td>VI500</td><td>Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten</td></tr>
<tr><td></td><td>VI600</td><td>= ziekenfonds van aansluiting (Z7)</td></tr>
<tr><td></td><td>VI900</td><td>= ziekenfonds van aansluiting (Z7)</td></tr>
</table>

RUBRIEK : NUMMER OPNAME

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 88

Voor gehospitaliseerde patiënten (type factuur R 20 Z 10 = 1), gaat het om het geëncrypteerd nummer van opname toegekend door de ziekenhuizen.

Ingeval van daghospitalisatie (R 20 Z 10 = 9) waarbij de factuur wordt uitgesplitst in een gedeelte ziekenhuisbeheer en een gedeelte medische raad kan de linking van beide deelfacturen vergemakkelijkt worden door de vermelding van een uniek nummer in zone 19 van beide delen.
De vermelding van een dergelijk nummer is wenselijk maar voorlopig niet verplicht.

Opmerking : Indien de facturatie wordt uitgesplitst in 2 delen (ziekenhuisbeheerder enerzijds en medische raad anderzijds) dan moet dezelfde patiënt geïdentificeerd worden door éénzelfde nummer op de 2 magnetische dragers.

Ingeval van prestaties gefactureerd voor gehospitaliseerde patiënten die elders verblijven, mag de inhoud van deze zone gelijk zijn aan nul.

Ingeval van chirurgisch dagziekenhuis (met ambulante of gehospitaliseerde code en factuurtype 1 of 9) gaat het om het geëncrypteerd nummer van opname in het chirurgisch dagziekenhuis.

Voor de verpleegkundigen is de inhoud van deze zone nul.

In alle andere gevallen is de zone gelijk aan nul.

RUBRIEK : DATUM AKKOORD REVALIDATIEBEHANDELING OF DATUM INSCHRIJVING FORFAIT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 100

Het betreft de begindatum van de periode waarvoor het akkoord van het College van Artsen-directeurs of van de Adviserend arts toelating geeft tot revalidatiebehandeling.

Ingeval de factuur betrekking heeft op een periode die door 2 afzonderlijke akkoorden wordt gedekt, dan moet de begindatum van dat akkoord worden gegeven, die juist voorafgaat aan of samenvalt met de begindatum van facturering.

Voor de medische huizen moet in deze zone de inschrijvingsdatum aan het forfait worden vermeld.

Deze zone moet worden ingevuld indien de factuur betrekking heeft op interne of externe revalidatieverstrekkingen (type factuur = 5 of 6).
Indien de facturerende instelling (R 20 Z 14) een laboratorium voor klinische biologie is, dan mag deze zone gelijk zijn aan nul.

RUBRIEK : UUR VAN ONTSLAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0UUMM - 108

'0UUMM' waarden tussen '00001' en '02400'.

- Het uur van ontslag moet vermeld worden wanneer zone 6a-6b werd ingevuld.

- Deze zone moet gelijk zijn aan nul in alle andere gevallen.

- Het vermelden van het uur van ontslag, in geval van factuurtype 4 of 5, is enkel verplicht indien de factuur betrekking heeft op het verblijfsforfait of op het forfait voor revalidatieverstrekkingen of op het forfait in het kader van de overeenkomsten MS/ALS/Huntington en indien de verblijfsperiode wordt afgesloten.

RUBRIEK : NUMMER INDIVIDUELE FACTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

Op de magnetische drager moet één recordtype 20 en één recordtype 80 worden aangemaakt per patiënt; de tussenliggende prestatierecords (type 30, 40 en/of 50) hebben allen betrekking op dezelfde patiënt.
In het papieren circuit correspondeert een individuele factuur met

- ofwel de individuele factuur van de verpleegnota;
- ofwel één of meerdere getuigschriften voor verstrekte hulp die allen betrekking hebben op dezelfde patiënt.
- ofwel de individuele kostennota (ingeval van facturering door PVT/IBW/ROB/RVT/CDV).

In deze zone worden de individuele facturen genummerd.

Dit nummer moet eveneens vermeld worden op de

- verzamelfactuur van de verpleegnota;
- ofwel op de verzamelstaat uit bijlage 2 B indien getuigschriften voor verstrekte hulp worden gebruikt.
- ofwel op de verzamelkostennota (ingeval van facturering door PVT/IBW/ROB/RVT/CDV).

Dit wil zeggen dat op de papieren verzamelfactuur (verpleegnota) of verzamelstaat (bijlage 2 B) of verzamelkostennota 1 lijn per patiënt moet worden afgedrukt met vermelding van de identificatiegegevens van de patiënt en de som van de bedragen van de individuele prestaties die ten laste komen van de VI (zie recordtype 80) en in geval van de verpleegnota eveneens de bedragen die ten laste komen van de patiënt.
Voor de correcte invulling moet de lay-out van de verzamelfactuur van de verpleegnota of van de verzamelstaat uit bijlage 2 B of van de verzamelkostennota worden gevolgd.

Het nummer moet enig zijn en verschillend van nul.
Voor de ziekenhuisinstellingen moet het nummer uniek zijn per facturatiejaar en verschillend van nul (met uitzondering van de opmerking). De nummering kan dus herbeginnen bij het begin van een nieuw facturatiejaar.

Het nummer van een getuigschrift voor verstrekte hulp (met weglating van de niet numerieke tekens) mag als factuurnummer gebruikt worden, maar het mag evengoed een eigen gestructureerd nummer zijn; in dit laatste geval moet het eigen nummer evenwel overgenomen worden op het/of de bijhorende getuigschrift(en).
Ingeval van facturatie door (groeperingen of wachtposten van) artsen of tandartsen (e-fac) moet een eigen gestructureerd nummer gebruikt worden (niet het nummer van het getuigschrift voor verstrekte hulp).

Opmerking : Ingeval van facturatie van geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of IBW moet het factuurnummer worden vermeld voor zover een individuele factuur per patiënt wordt opgemaakt, zo niet is deze zone gelijk aan nul.

RUBRIEK : TOEPASSING SOCIALE FRANCHISE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 127

Deze zone wordt voorlopig niet gebruikt, maar gereserveerd voor een mogelijke latere toepassing.

RUBRIEK : CODE GERECHTIGDE 1 + 2

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128

De verzekeringsinstellingen gebruiken een combinatie van twee nummers om het verzekeringsstatuut van de verzekerde te definiëren.
Deze nummers worden de code gerechtigde 1 en code gerechtigde 2 genoemd.
De codes zijn o.a. te vinden op de kleefvignetten, in het lidboekje en op bepaalde administratieve documenten die gebruikt worden in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.
Elk van deze codes bestaat uit 3 numerieke posities.

De C.G. 2 wordt vermeld in de eerste drie posities rechts en voorafgegaan door de C.G. 1 in de drie voorliggende posities.
De eerste vier posities links zijn nullen.

Vanaf 1/1/2008 hebben de zelfstandigen ook recht op de kleine risico's via de verplichte ziekteverzekering.
De betekenis van de CG2, zoals hierboven beschreven, wordt vanaf dan sterk afgezwakt en heeft enkel nog een betekenis in het kader van de internationale verdragen.
De tarificatie dient vanaf 1/1/2008 te gebeuren op basis van het 3de cijfer van de CG1: indien dit cijfer gelijk is aan 0, dan wordt getarifeerd zonder voorkeurregeling; indien dit cijfer gelijk is aan 1, dan wordt getarifeerd met voorkeurregeling.

Code Gerechtigde 1

De code gerechtigde 1 wordt gebruikt voor de volgende toestanden :

- alle risico's van de algemene regeling;
- alleen de grote risico's van de regeling voor de zelfstandigen (vóór 1/1/2008);
- alle risico's van de regeling voor de zelfstandigen (vanaf 1/1/2008) ;
- de internationale verdragen (identificatie van de wijze van terugbetaling waarop de verzekerde recht heeft).

Deze code is o.a. te vinden op de kennisgeving van de ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis (model 721 bis), in het lidboekje en op het kleefvignet.

1ste cijfer	Regeling
1	Algemene regeling
4	Regeling der zelfstandigen
0	Ondefinieerbare toestanden of geen recht

2de cijfer	Categorie
0	Niet beschermde personen
1	Actieven
2	Invaliden en minder-validen
3	Gepensioneerden
4	Weduwen, weduwnaars
5	Wezen
7	Kloostergemeenschappen
8	Internationale verdragen

3de cijfer	Voorkeurregeling of niet
0	Geen voorkeurregeling
1	Wel voorkeurregeling

Code Gerechtigde 2

De code gerechtigde 2 wordt gebruikt voor de volgende toestanden :
- de kleine risico's van de vrije verzekering (vóór 1/1/2008);
- de kleine risico's van de zelfstandigen met recht op vergoeding van kleine risico's via de verplichte verzekering (vóór 1/1/2008);
- de kleine risico's van de gevallen van dubbele aansluiting met de regeling voor de zelfstandigen (vóór 1/1/2008);
- de internationale verdragen : identificatie van het type van overeenkomst.

Deze code is o.a. te vinden op de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis (model 721 bis), in het lidboekje en op het kleefvignet.

a) Voor de vrije verzekering

Waarde	Betekenis
000	Geen vrije verzekering
901	Vrije verzekerde tegen 100 % - voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
900	Vrije verzekerde tegen 75 % - geen voorkeurregeling

Vanaf 1/1/2008 bestaat de vrije verzekering niet meer. De CG2 000, 900 en 901 verliezen hun betekenis.

b) Voor de verplichte verzekering

Voor de algemene regeling : zie C.G. 1.
Voor de regeling der zelfstandigen :

Waarde	Betekenis
460	Zelfstandigen met recht op kleine risico's zonder voorkeurregeling
461	Zelfstandingen met recht op kleine risico's met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)

Voor verstrekkingen vanaf 1/1/2008 is het onderscheid tussen de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen niet meer relevant voor de tarificatie.

c) Internationale verdragen : identificatie van het type van overeenkomst.
Opgelet ! : Nieuwe codificaties vanaf 1 januari 2004.

Ingeval van internationale verdragen kan uit de CG2 afgeleid worden of het al dan niet om een arbeidsongeval gaat (CG2 = 302, 304, 306, 308, 311, 313, 323, 325, 330, 332, 333, 606, 608 of 611).

Mogelijke codificaties Code Gerechtigde 1:

Algemene regeling

101 Niet-beschermde personen met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
100 Niet-beschermde personen zonder voorkeurregeling
111 Primaire uitkeringsgerechtigden met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
110 Primaire uitkeringsgerechtigden zonder voorkeurregeling
121 Invaliden met voorkeurregeling (inclusief minder-validen) (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
120 Invaliden zonder voorkeurregeling (inclusief minder-validen)
131 Gepensioneerden met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
130 Gepensioneerden zonder voorkeurregeling
141 Weduwen, weduwnaars met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
140 Weduwen, weduwnaars zonder voorkeurregeling
151 Wezen met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
150 Wezen zonder voorkeurregeling
181 Internationale verdragen met voorkeurregeling
180 Internationale verdragen zonder voorkeurregeling

Regeling der zelfstandigen

411 Primaire uitkeringsgerechtigden met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
410 Primaire uitkeringsgerechtigden zonder voorkeurregeling
421 Invaliden met voorkeurregeling (inclusief minder-validen) (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
420 Invaliden zonder voorkeurregeling (inclusief minder-validen)
431 Gepensioneerden met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
430 Gepensioneerden zonder voorkeurregeling
441 Weduwen, weduwnaars met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
440 Weduwen, weduwnaars zonder voorkeurregeling
451 Wezen met voorkeurregeling (inclusief personen ten laste met eigen recht op voorkeurregeling)
450 Wezen zonder voorkeurregeling
471 Kloostergemeenschappen met voorkeurregeling
470 Kloostergemeenschappen zonder voorkeurregeling
481 Internationale verdragen met voorkeurregeling
480 Internationale verdragen zonder voorkeurregeling

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

Zie recordtype 10 zone 28.

RUBRIEK : NUMMER VORIGE FACTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 163

Deze zone moet alleen aangevuld worden indien zone 11 van recordtype 20 verschillend is van 0 of 6.

Dit nummer is gelijk aan het nummer van de corresponderende factuur (origineel of niet) van recordtype 20 zone 24-25 van de zending waarvan het nummer vermeld is in zone 34-35-36.

Het nummer van de nieuwe corresponderende factuur kan eventueel gelijk zijn aan het nummer van de vorige factuur.

RUBRIEK : FLAG IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1N – 175

Waarde	Betekenis
0	Aansluitingsnummer bij de VI
1	Inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid

RUBRIEK : NUMMER VORIGE ZENDING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 177

Deze zone moet alleen aangevuld worden indien zone 11 van recordtype 20 verschillend is van 0 of 6.

Dit nummer is gelijk aan het nummer van recordtype 10 zone 7 van de laatste zending waarin deze individuele factuur reeds eerder werd meegestuurd.

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VORIGE FACTURERING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 180

In deze zone komt het nummer van het ziekenfonds dat vermeld werd in R 20 Z 18 (nummer ziekenfonds van bestemming) van de voorafgaande factuur.

Deze zone moet alleen aangevuld worden indien zone 11 van recordtype 20 verschillend is van 0 of 6.

RUBRIEK : REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIEEL REKENINGNUMMER A

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 22 A - 183

Deze referentie zal door de verzekeringsinstelling meegedeeld worden ingeval van verwerping die betrekking heeft op de financiële rekening A.

Voor de inrichtingen die werken met het afrekeningsbestand bevindt de betreffende referentie zich in zone 109 van de recordtypes 20, 30, 40, 50 of 80 van dit afrekeningsbestand.

Indien recordtype 20 zone 11 verschillend is van 1 dan wordt deze zone opgevuld met blanco's.

Vanaf 1/1/2019 is deze zone facultatief.
Indien ze niet ingevuld wordt (en dus opgevuld wordt met blanco's), zal ook zone 109 van het afrekenbestand niet ingevuld worden.

RUBRIEK : VORIG GEFACTUREERD JAAR EN MAAND

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N JJJJMM - 207

In deze zone worden maand en jaar vermeld uit recordtype 10 zones 22 en 23 van de vorige magnetische drager waarop deze factuur eerder werd ingediend.

Deze zone moet alleen aangevuld worden indien zone 11 van recordtype 20 verschillend is van 0 of 6.

RUBRIEK : REFERENTIEGEGEVENS NETWERK

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 48 A = 32 A + 10 N + 2 N + 1 N + 3 N – 213

Deze zone is gereserveerd voor de vermelding van de gegevens van de netwerkconsultatie ((My)Carenet).

Indien geen vervangingsattest werd voorgelegd, noch een netwerk werd geconsulteerd, dan is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

De inhoud van deze zone is als volgt gestructureerd :

RRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRNNNNNNNNNNVVA000

waarbij R = 32 alfanumerieke posities voor het nummer van akkoord betalingsverbintenis (ingeval van netwerkconsultatie).
N = 10 numerieke posities voor het kaartnummer
V = 2 numerieke posities voor het versienummer
A = 1 numerieke positie
A = 1 : vervangingsattest
A = 2 : netwerkconsultatie
0 = 3 numerieke reserveposities, opgevuld met nullen.

Indien positie A = 1, dan worden de posities N en V vanaf het vervangingsattest ingevuld; de posities R zullen in dit geval gelijk zijn aan nul.

(☞2) Indien positie A = 2, dan worden de posities R ingevuld vanuit de zone 333, 344, 355, 366 of 377 van het (My)Carenetbericht 801900 of vanuit *paymentApproval* uit MDA (Member Data). De posities N en V zijn gelijk aan nul.

RUBRIEK : DATUM VAN FACTURERING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD – 262

Deze zone dient enkel ingevuld te worden door de ziekenhuizen en de revalidatiecentrum. In de andere gevallen is de invulling van deze zone facultatief.

Deze zone bevat de datum van opmaak/afwerking van de betreffende factuur (= datum waarop de berekeningen voor de betreffende factuur gebaseerd zijn).

Op basis van deze datum bepaalt de verzekeringsinstelling met welke (My)Carenetberichten 730000 rekening moet gehouden worden bij de controle van de verzekerbaarheid en de MAF-100%-facturatie.

Deze datum wijzigt niet wanneer van een verworpen bestand een nieuwe versie wordt aangemaakt.

Deze datum wijzigt wel wanneer het gaat om een herindiening van een (gedeeltelijk) verworpen of gecrediteerde factuur, maar wel mits in achtneming van de regels opgenomen in bijlage 19 (MAF 100% facturatie) en in Omz. Zh. 2012/6 (Psy 2012/5) (Omz. VI 2012/125) (ambulante betalingsverbintenis).

De datum van facturering mag niet groter zijn dan de huidige datum.

RUBRIEK : REFERENTIE ZIEKENFONDS FINANCIEEL REKENINGNUMMER B

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 22 A - 271

Deze referentie zal door de verzekeringsinstelling meegedeeld worden ingeval van verwerping die betrekking heeft op de financiële rekening B.

Voor de inrichtingen die werken met het afrekeningsbestand bevindt de betreffende referentie zich in zone 110 van de recordtypes 20, 30, 40, 50 of 80 van dit afrekeningsbestand.

Indien recordtype 20 zone 11 verschillend is van 1 dan wordt deze zone opgevuld met blanco's.

Vanaf 1/1/2019 is deze zone facultatief.
Indien ze niet ingevuld wordt (en dus opgevuld wordt met blanco's), zal ook zone 110 van het afrekenbestand niet ingevuld worden.

RUBRIEK : OPNAMENUMMER MOEDER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N – 293

Indien het gaat om een factuur voor een pasgeborene, dan wordt in deze zone het opnamenummer van de moeder ingevuld.
Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien de pasgeborene tijdens zijn verblijf uitsluitend op dienst 170 en/of 180 verblijft.
Indien de pasgeborene tijdens zijn verblijf ook op andere diensten verblijft (190, 270,…), dan is de invulling van deze zone facultatief.

RUBRIEK : BEGINDATUM PERIODE VERZEKERBAARHEID

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJJMMDD - 305

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens via (My)Carenet wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze moet ingevuld worden op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zones 325, 336, 347,
(☞2) 358 of 369 van het (My)Carenetbericht 801900 of in *SubjectConfirmationData NotBefore* in MDA (Member Data).

RUBRIEK : EINDDATUM PERIODE VERZEKERBAARHEID

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJJMMDD - 313

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens via (My)Carenet wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze moet ingevuld worden op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zones 326, 337, 348,
(☞2) 359 of 370 van het (My)Carenetbericht 801900 of in *SubjectConfirmationData NotOnOrAfter* in MDA (Member Data).

RUBRIEK : DATUM MEDEDELING INFORMATIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJJMMDD - 321

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens via (My)Carenet wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze moet ingevuld worden met de datum waarop de VI de (verzekerbaarheids)informatie meegedeeld (☞2) heeft via het (My)Carenetbericht 801900 of via MDA (Member Data). Deze datum is terug te vinden (☞2) in de zones 334, 345, 356, 367 of 378 van het bericht 801900 of in *communicationDate* in MDA.

RUBRIEK : MAF LOPEND JAAR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4N JJJJ - 329

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens via (My)Carenet wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze wordt ingevuld op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zone 321 van het (☞2)(My)Carenetbericht 801900 of in *maxInvoiced* in MDA (Member Data).

RUBRIEK : MAF LOPEND JAAR - 1

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4N JJJJ - 333

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens via (My)Carenet wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze wordt ingevuld op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zone 322 van het (☞2)(My)Carenetbericht 801900 of in *maxInvoiced* in MDA (Member Data).

RUBRIEK : MAF LOPEND JAAR - 2

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4N JJJJ - 337

Deze zone moet ingevuld worden indien men een betalingsverbintenis gekoppeld aan de raadpleging van de verzekerbaarheidsgegevens via (My)Carenet wil laten gelden (positie A van R 20 Z 42-45 gelijk aan 2).

Ze wordt ingevuld op basis van wat door de VI meegedeeld wordt in de zone 323 van het (☞2)(My)Carenetbericht 801900 of in *maxInvoiced* in MDA (Member Data).

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 21

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : UUR VAN LEZING VAN HET ELEKTRONISCH IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N UUMM - 9

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

Het uur van lezing van het identiteitsdocument van de patiënt is vermeld in deze zone.

Deze zone moet steeds ingevuld worden, behalve indien R 21 Z 5 = 8 (a posteriori manuele invoering).
(☞5) De factuur mag niet worden verworpen indien deze zone is ingevuld terwijl het niet verplicht is.

RUBRIEK : DATUM VAN LEZING ELEKTRONISCH IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 13

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

De datum van lezing van het identiteitsdocument van de patiënt is vermeld in deze zone.

Deze zone moet steeds ingevuld worden, behalve indien R 21 Z 5 = 8 (a posteriori manuele invoering).
(☞5) De factuur mag niet worden verworpen indien deze zone is ingevuld terwijl het niet verplicht is.

RUBRIEK : TYPE VAN LEZING IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 21

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

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

Waarde	Betekenis
1	Lezing van de chipkaart
2	Lezing van de streepjescode
3	Lezing QR code
4	A posteriori lezing chip Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
5	A posteriori lezing streepjescode Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
6	A posteriori lezing QR code Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
7	Manuele invoering Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 1 of 2 in R 21 Z 8).
8	A posteriori manuele invoering Indien deze waarde gebruikt wordt, dan moet de reden vermeld worden in R 21 Z 8 (waarde 3, 4, 5 of 6 in R 21 Z 8).
9	Hergebruik van leesgegevens. Toegestaan in de volgende situaties: - patiënt overleden voordat a posteriori lectuur kon gedaan worden - patiënt is gehospitaliseerd en zijn identiteit werd gelezen op de dag van zijn aankomst op spoed - herfacturatie tengevolge van niet erkend arbeidsongeval
(☞1) A	Elektronische invoering (itsme®)
(☞1) B	Inschrijving via applicatie ziekenhuis (enkel voor ambulante patiënten)

RUBRIEK : TYPE VAN DRAGER VAN IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 22

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

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

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

RUBRIEK : REDEN GEBRUIK VIGNET

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 23

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

Deze code geeft aan waarom een vignet gebruikt werd.

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien R 21 Z 6 = 4.
(☞5) De factuur mag niet worden verworpen indien deze zone is ingevuld terwijl het niet verplicht is.

Waarde	Betekenis
0	Geen gebruik van het vignet
1	Rechthebbende niet aanwezig tijdens verstrekking en gelijktijdige aanwezigheid van rechthebbende en zorgverlener niet reglementair vereist
2	Rechthebbende bezit geen identiteitsdocument

RUBRIEK : REDEN MANUELE INVOERING OF A POSTERIORI LECTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 24

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

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien R 21 Z 5 = 4, 5, 6, 7 of 8.
(☞5) De factuur mag niet worden verworpen indien deze zone is ingevuld terwijl het niet verplicht is.

Waarde	Betekenis
0	Geen manuele invoering of a posteriori lectuur
1	Manuele invoering wegens gebruik van identiteitsdocument zonder chip of met defecte chip
2	Manuele invoering wegens onbeschikbaarheid kaartlezer
3	A posteriori manuele invoering wegens gebrek interconnectiviteit tussen software
4	A posteriori manuele invoering of a posteriori lectuur omdat de patiënt geen geldig identiteitsdocument kon voorleggen op het ogenblik van de zorgen
5	A posteriori manuele invoering of a posteriori lectuur omwille van panne van het informaticasysteem
6	A posteriori manuele invoering of a posteriori lectuur omdat: - de patiënt binnen gekomen is via spoed en vervolgens gehospitaliseerd werd: de identiteit van de patiënt werd gelezen binnen de 3 dagen volgend op de dag van opname (hospitalisatie) - de patiënt binnen gekomen is via spoed ‘s avonds laat vóór middernacht: de identiteit van de patiënt werd gelezen de volgende dag. - de prestatie verleend werd buiten de administratieve openingsuren van het ziekenhuis

RUBRIEK : SERIENUMMER DRAGER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 15 A - 25

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

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

Deze zone moet steeds ingevuld worden, ook ingeval van manuele invoering (R 21 Z 5 = 7 of 8),
(☞1) behalve indien R 21 Z 6 = 4, 5, 6, A of B.
(☞5) De factuur mag niet worden verworpen indien deze zone is ingevuld terwijl het niet verplicht is.

(☞8) <u>Structuur van het serienummer van de verschillende types van identiteitsdocumenten</u>

- Belgische elektronische identiteitskaart > 12 jaar:
  - Kaartnummer bestaat uit 12 cijfers en eindigt met een check-digit (twee laatste cijfers) ;
  - Kaartnummer van oude modellen begint met 59;
  - Kaartnummer van nieuwe modellen met digitale vingerafdruk begint met 595 ;
- Kids-ID :
  - Kaartnummer bestaat uit 12 cijfers en eindigt met een check-digit (twee laatste cijfers) ;
  - Kaartnummer van oude modellen begint met 61;
  - Kaartnummer van nieuwe modellen met mogelijkheid van digitale vingerafdruk begint met 615 ;
- « Nieuwe kaarten » voor burgers van de Europese Unie :
  - Bxxxxxxx-zz (B + 9 cijfers)
  - « x » zijn numerische waarden tussen 0 en 9. Ze worden toegewezen door een teller in het NHS systeem.
  - « z » zijn ook numerische waarden tussen 0 en 9. Dit is eigenlijk een check-digit die het resultaat is van modulo 97.
- "Nieuwe kaarten" die worden afgegeven aan onderdanen van derde landen (met inbegrip van familieleden van EU-burgers)::
  - xxxxxxx-zz (bestaat enkel uit 9 cijfers)
  - « x » zijn numerische waarden tussen 0 en 9. Ze worden toegewezen door een teller in het NHS systeem.
  - « z » zijn ook numerische waarden tussen 0 en 9. Dit is eigenlijk een check-digit die het resultaat is van modulo 97.
- ISI + kaart :
  - structuur in 10 cijfers = [5-9][\s][0-9]{3}[/s]][0-9]{3}[/s] [0-9]{3}
    - 1 cijfer tussen 5 en 9
    - Spatie [/s]
    - 3 cijfers tussen 0 en 9
    - Spatie [/s]
    - 3 cijfers tussen 0 en 9
    - Spatie [/s]
    - 3 cijfers tussen 0 en 9
  - Op de kaart is het serienummer van het type : 5 958 403 552

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 30

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : NORM VERPLEEGDAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

Waarde	Betekenis
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.

(☞3) De regels voor de facturatie van het chirurgisch dagziekenhuis zijn identiek aan de regels voor facturatie van miniforfait (*) en maxiforfait en forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6bis 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).

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

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

RUBRIEK : PSEUDO-CODE VERPLEEGDAG EN FORFAIT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

Met deze code kan de boekhouding gebeuren volgens de rubrieken die door het R.I.Z.I.V. voorzien zijn.

Opmerking : Elke record persoonlijk aandeel dient voorafgegaan te worden door een record ligdag en de aantallen van beide registraties moeten gelijk zijn.
De records « bedrag per dag » en « persoonlijk aandeel » moeten steeds samen blijven, ook ingeval van creditnota, correctiefactuur of herindiening.

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving			**Code**	
1) *Indien het gaat om het record waarbij in zone 19 het bedrag voor de volledige verpleegdagprijs wordt ingebracht zonder vermindering van de persoonlijke aandelen van de patiënt bedoeld in het K.B. van 5 maart 1997, wordt volgende code gebruikt :*				
verblijf van een pasgeborene in dienst N* (n) (dienstcode 190) (= ligdag aan 0 €)			0790020	
verblijf van een pasgeborene in dienst 170 of 180 (= ligdag aan 0 €)			0791560	
1 bis)				
Acute ziekenhuizen :				
- bedrag per opneming			0768003	(**)
- gereduceerd bedrag per opneming (heropname zelfde patiënt in zelfde ziekenhuis binnen 10 dagen na vorige opname)			0767421	
- bedrag per dag			0768025	(°)
Chirurgisch dagziekenhuis : - bedrag per opneming		0768036	0768040	
- bedrag per dag		0768051	0768062	
AZ Sp-diensten andere dan palliatieve : bedrag per dag			0768106	(°)
Psychiatrische ziekenhuizen (7,20,***,**) : bedrag per dag			0768121	
Ziekenhuis “Les Marronniers”: geïnterneerden niet-erkende bedden: bedrag per dag			0767163	
AZ Palliatieve Sp-diensten : bedrag per dag			0768143	
Centra voor brandwonden : bedrag per dag			0768165	
Algemeen ziekenhuis: bedrag per dag aan 0 € (dag van ontslag ingeval van opname vóór 12u en ontslag na 14u)			0767443	(°)
Acute ziekenhuizen : dagprijs 100%			0768504	(*) (°)
Chirurgisch dagziekenhuis : dagprijs 100%		0768471	0768482	(*)
AZ Sp-diensten ander dan palliatieve : dagprijs 100%			0768460	(*) (°)
AZ Palliatieve Sp-diensten : dagprijs 100%			0768445	(*)
Psychiatrisch ziekenhuis : dagprijs 100%			0768423	(*)
Ziekenhuis “Les Marronniers”: geïnterneerden niet-erkende bedden: dagprijs 100%			0767185	(*)
Centra voor brandwonden : dagprijs 100%			0768401	(*)

*De vermelding **AZ** betekent dat deze pseudo-codes voorbehouden zijn voor SP-diensten in algemene ZH.*

2) *Indien het gaat om het record waarbij in Z 19 het persoonlijk aandeel in negatief wordt ingebracht;*

A. <u>In geval van ziekenhuisopneming</u>

a) Ziekenhuisverpleging, 1ste dag

PUG - descendenten	0766021 (°)
PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	0766043 (°)
PUG met PTL of alimentatie	0766065 (°)
PUG zonder PTL	0766065 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0766080 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0766102 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0766102 (°)
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0766124 (°)

Deze remgelden worden opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.

b) Vanaf de 2de dag en tot en met de 90ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis

PUG - descendenten	0766220 (°)
PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	0766242 (°)
PUG met PTL of alimentatie	0766264 (°)
PUG zonder PTL	0766264 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0766286 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0766301 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0766301 (°)
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0766323 (°)

Deze remgelden worden opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.

(*) enkel te vermelden in factuur aan derden (andere dan 7 VI)

(**) voor prestaties vanaf 1/7/2005 mag deze code niet meer gebruikt worden door geïsoleerde G-diensten

(☞4) (°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door de 8 geregionaliseerde “revalidatieziekenhuizen” (Sp/G ziekenhuizen) (wel nog door de andere ziekenhuizen) ; vanaf prestatiedatum 1/1/2022 kunnen ze ook niet meer via rekening C gefactureerd worden door deze 8 ziekenhuizen.

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	**Code**

b)*bis* Vanaf de 2de dag tot en met de 90ste dag van verblijf in een psychiatrische instelling

PUG - descendenten	0799422
PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	0799444
PUG met PTL of alimentatie	0799466
PUG zonder PTL	0799481
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0799503
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0799525
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0799540
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0799562

Deze remgelden worden opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.

c) Vanaf de 91ste dag tot en met de 365ste dag van verblijf in een psychiatrische instelling

PUG - descendenten	0799584
PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	0799606
PUG met PTL of alimentatie	0799621
PUG zonder PTL	0799643
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0799665
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0799680
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0799702
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0799724

Deze remgelden worden opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.

d) Vanaf de 91ste dag van verblijf in een algemeen ziekenhuis of vanaf de 366ste dag tot de laatste dag van het 5de jaar van verblijf in een psychiatrische instelling

PUG - descendenten	0799820 (°)
PUG - gelijkgestelde werklozen + PTL	0799842 (°)
PUG met PTL of alimentatie	0799746 (°)
PUG zonder PTL	0799761 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0799886 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0799783 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0799805 (°)
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0799923 (°)

Voor de prestaties vanaf 1/1/2004 moeten de remgelden voor de <u>algemene</u> ziekenhuizen opgenomen worden in de remgeldteller voor de MAF.

e) Vanaf de 1ste dag van het 6de jaar van verblijf in een psychiatrische instelling

PUG - descendenten	0766426
PUG - gelijkgestelde werklozen met PTL of alimentatie + PTL	0766441
PUG - gelijkgestelde werklozen zonder PTL	0766765
PUG met PTL of alimentatie	0766382
PUG zonder PTL	0766404
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0766485
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % met PTL of alimentatie	0766566
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % zonder PTL	0766581
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 % met PTL of alimentatie + PTL	0766522
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 % zonder PTL	0766780

Deze remgelden worden <u>NIET</u> opgenomen in de remgeldteller voor de MAF.

f) Persoonlijk aandeel ligdag aan 0 € (dag van ontslag ingeval van opname vóór 12u en ontslag na 14u) 0767465 (°)

(☞4) (°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door de 8 geregionaliseerde "revalidatieziekenhuizen" (Sp/G ziekenhuizen) (wel nog door de andere ziekenhuizen) ; vanaf prestatiedatum 1/1/2022 kunnen ze ook niet meer via rekening C gefactureerd worden door deze 8 ziekenhuizen.

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	**Code**

B. Ingeval van verblijf in een revalidatie- of vakherscholingscentrum

a) 1ste dag

PUG - descendenten	0766625 (°)
PUG - gelijkgestelde werkloze titularis + PTL	0766640 (°)
PUG - anderen	0766662 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0766684 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - anderen	0766706 (°)
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0766721 (°)

b) Vanaf de 2de dag

PUG - descendenten	0766824 (°)
PUG - gelijkgestelde werkloze titularis + PTL	0766846 (°)
PUG - anderen	0766861 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0766883 (°)
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - anderen	0766905 (°)
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0766920 (°)

C. Ingeval van sommige overeenkomsten met revalidatieinrichtingen zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 29 april 1996.

Persoonlijk aandeel ingeval van gewone facturering	0765973 (°)	0765984 (°)
Persoonlijk aandeel ingeval van overschrijding "normale factureringscapaciteit"	0765995 (°)	0766006 (°)

***Opmerking* : Deze pseudocodes mogen enkel gebruikt worden voor het persoonlijk aandeel voor rechthebbenden zonder voorkeurregeling (CG 1 – CG 2 = XX0).**
Voor rechthebbenden met voorkeurregeling (CG 1 – CG 2 = XX1) mag geen record persoonlijk aandeel vermeld worden.

D. Ingeval van verblijf in psychiatrische verzorgingstehuizen.

Persoonlijke aandelen

- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 a, van het K.B. van 17/12/02	0790731 (°°)	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 b, van het K.B. van 17/12/02	0790753 (°°)	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 c, van het K.B. van 17/12/02	0790775 (°°)	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 a, van het K.B. van 17/12/02	0790790 (°°)	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 b, van het K.B. van 17/12/02	0790812 (°°)	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 c, van het K.B. van 17/12/02	0790834 (°°)	-

***Opmerking* : voor rechthebbenden die zowel in de oude als in de nieuwe regeling in de middelste groep vallen moet de nieuwe pseudo-code 0790812 worden gebruikt.**
De overgangsregeling blijft van kracht zolang het verblijf zonder onderbreking wordt verdergezet.

Persoonlijke aandelen ingeval van individueel betaald verlof (verminderd met € 6,20)

- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 a, van het K.B. van 17/12/02	0790856 (°°)	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 b, van het K.B. van 17/12/02	0790871 (°°)	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 c, van het K.B. van 17/12/02	0790893 (°°)	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 a, van het K.B. van 17/12/02	0790915 (°°)	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 b, van het K.B. van 17/12/02	0790930 (°°)	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 c, van het K.B. van 17/12/02	0790952 (°°)	-

***Opmerking* : voor rechthebbenden die zowel in de oude als in de nieuwe regeling in de middelste groep vallen moet de nieuwe pseudo-code 0790930 worden gebruikt.**
De overgangsregeling blijft van kracht zolang het verblijf zonder onderbreking wordt verdergezet.

(°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door geregionaliseerde revalidatie-inrichtingen (wel nog door federale revalidatie-inrichtingen)
(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

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

(*) Bedragzones gelijk aan nul.

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	**Ambulant**	**Gehosp.**

8) Dialyse thuis of in een centrum
Vanaf 1/8/2016 zijn nieuwe pseudo-codes van toepassing (zie hiervoor punt B van bijlage 1 bij de Overeenkomst betreffende de financiering van dialyse).

9) Nabehandeling revalidatie

Bedrag per effectief gepresteerd, ondeelbaar uur (art. 3, § 1 van de Nationale Overeenkomst psychiatrische inrichtingen – V.I. vanaf 1/1/2014)	0762974	-

10) *ROB-RVT-CDV*

Gebruikte afkortingen: *VT: volledige tegemoetkoming*
PT: partiële tegemoetkoming
KVB: kortverblijf

A. Rust- en verzorgingstehuizen

- forfait categorie B in RVT (VT)	0763033 (°°)	-
- forfait categorie C in RVT (VT)	0763055 (°°)	-
- forfait categorie Cdem in RVT (VT)	0763070 (°°)	-
- forfait categorie B in RVT (PT)	0763114 (°°)	-
- forfait categorie C in RVT (PT)	0763136 (°°)	-
- forfait categorie Cdem in RVT (PT)	0763151 (°°)	-

B. Rustoorden voor bejaarden

- geregistreerde niet-erkende inrichtingen	0764411 (°°)	-
- forfait categorie O in ROB (VT)	0763195 (°°)	-
- forfait categorie A in ROB (VT)	0763210 (°°)	-
- forfait categorie B in ROB (VT)	0763232 (°°)	-
- forfait categorie C in ROB (VT)	0763254 (°°)	-
- forfait categorie Cdem in ROB (VT)	0763276 (°°)	-
- forfait categorie D in ROB (VT)	0763696 (°°)	-
- forfait categorie O in ROB (PT)	0763291 (°°)	-
- forfait categorie A in ROB (PT)	0763313 (°°)	-
- forfait categorie B in ROB (PT)	0763335 (°°)	-
- forfait categorie C in ROB (PT)	0763350 (°°)	-
- forfait categorie Cdem in ROB (PT)	0763372 (°°)	-
- forfait categorie D in ROB (PT)	0763711 (°°)	-

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

- forfait categorie O in ROB (VT) - KVB	0763394 (°°)	-
- forfait categorie A in ROB (VT) - KVB	0763416 (°°)	-
- forfait categorie B in ROB (VT) - KVB	0763431 (°°)	-
- forfait categorie C in ROB (VT) - KVB	0763453 (°°)	-
- forfait categorie Cdem in ROB (VT) - KVB	0763475 (°°)	-
- forfait categorie D in ROB (VT) - KVB	0763733 (°°)	-
- forfait categorie O in ROB (PT) - KVB	0763490 (°°)	-
- forfait categorie A in ROB (PT) - KVB	0763512 (°°)	-
- forfait categorie B in ROB (PT) - KVB	0763534 (°°)	-
- forfait categorie C in ROB (PT) - KVB	0763556 (°°)	-
- forfait categorie Cdem in ROB (PT) - KVB	0763571 (°°)	-
- forfait categorie D in ROB (PT) - KVB	0763755 (°°)	-

C. Dagverzorgingscentra

Forfait F	0764514 (°°)	-
Forfait Fp	0764912 (°°)	-
Forfait D	0764934 (°°)	-
Forfait Fd	0764956 (°°)	-

D. ROB-RVT: Korting op de gesolidariseerde kost van het incontinentiemateriaal

Coma-patiënten	0763976 (*)	-
MS/ALS/Huntington-patiënten	0763991 (*)	-
Andere patiënten	0763593 (°°)	-

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

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	**Ambulant**	**Gehosp.**
11) *Initiatieven van beschut wonen*	0762576 (°°)	-
12) Psychiatrische verzorgingstehuizen		
a) Totale opnemingsprijs per dag voor		
- psychiatrische patiënt, zonder nabehandeling revalidatie	0762510 (°°)	-
- psychiatrische patiënt, met nabehandeling revalidatie	0762532 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, zonder nabehandeling revalidatie	0762554 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, met nabehandeling revalidatie	0762591 (°°)	-
b) Dagen onbetaald verlof	0791512 (°°)	-
c) Dagen individueel betaald verlof		
- psychiatrische patiënt, zonder nabehandeling revalidatie	0791814 (°°)	-
- psychiatrische patiënt, met nabehandeling revalidatie	0791836 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, zonder nabehandeling revalidatie	0791851 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, met nabehandeling revalidatie	0791873 (°°)	-
d) Dagen verblijf in collectieve vakantiekampen		
- psychiatrische patiënt, zonder nabehandeling revalidatie	0791711 (°°)	-
- psychiatrische patiënt, met nabehandeling revalidatie	0791733 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, zonder nabehandeling revalidatie	0791755 (°°)	-
- mentaal gehandicapte, met nabehandeling revalidatie	0791770 (°°)	-
e) Bijkomende forfaitaire tegemoetkoming door de ziekteverzekering ter verbetering van de betaalbaarheid in PVT (art. 4, §2 overeenkomst PVT-VI)		
- rechthebbende uit categorie a)	0763770 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie b)	0763792 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie c)	0763814 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie d)	0763836 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie e)	0763851 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie f)	0763873 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie g)	0763895 (°°)	-
- rechthebbende uit categorie h)	0763910 (°°)	-
Het bedrag van deze tegemoetkoming moet in positief vermeld worden in R 30 Z 19 en in negatief in R 30 Z 27.		

13) *Psychiatrische ziekenhuizen en diensten*

Diensten A2 en T2 : gedeeltelijke ziekenhuisopneming 's nachts

in algemeen ziekenhuis :		
- bedrag per opname	-	0793203
- gereduceerd bedrag per opname (heropname zelfde patiënt in zelfde ziekenhuis binnen 10 dagen na vorige opname)	-	0767480
in algemeen ziekenhuis en in psychiatrisch ziekenhuis : bedrag per dag		
a) Onbezoldigde activiteit of geen activiteit: zonder persoonlijk aandeel	-	0793225
b) Bezoldigde activiteit in een beschutte werkplaats : pers. aandeel voor de eerste 180 dagen eveneens van toepassing vanaf de 181ste en 366ste dag	-	0793240
c) Anders bezoldigde activiteit : pers. aandeel gewone patiënten	-	0793262
in algemeen ziekenhuis en in psychiatrisch ziekenhuis : dagprijs 100%	-	0793505(**)

(**) enkel te vermelden in factuur aan derden (andere dan 7 V.I.)
(°°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	**Ambulant**	**Gehosp.**
Hospitalisatie in geval van gezinsverpleging alleen in psychiatrisch ziekenhuis		
Dienst Tp : prijs in geval van gezinsverpleging in een gezin		0793306
Afwezigheid voor therapeutische doeleinden uit ziekenhuis (onbetaald) (in algemeen en psychiatrisch ziekenhuis). Een afzonderlijk recordtype 30 vormen met vermelding van de periode van afwezigheid met begin- en einddatum. (art. 7, § 7 van de Verordening van 28/07/2003).		0791604
Onbetaald verlof	0791490(*)(°)	0791501(°)
Onbetaald verlof binnen een revalidatieperiode		0792503 (°)
Verpleegdagprijs voor verblijven in collectieve vakantiekampen (art. 5 van de Nationale Overeenkomst psychiatrische inrichtingen – verzekeringsinstelling)		
• Voor patiënten die in volledig verblijf psychiatrie (dag en nacht) zijn opgenomen		
- alle diensten met uitzondering van dienst Tp (gezinsverpleging thuis)		0793321
- dienst Tp		0793343
• Voor patiënten die in deeltijds verblijf psychiatrie (dag of nacht) zijn opgenomen		
- alle diensten in psychiatrie		0793365
15) Supplement voor één persoonskamer	0761633(°)	0761644(°)

Indien er geen kamersupplement aangerekend wordt, dan wordt er geen record “supplement kamer” aangemaakt.
In de zone betrekkelijke verstrekking van de record “bedrag per dag” (en in sommige gevallen ook in de record “bedrag per opname”) moet wel het type kamer aangeduid worden waar de patiënt werkelijk verblijft. Zie hiervoor lijst betrekkelijke verstrekking.

(*) deze pseudo-code wordt gebruikt voor afwezigheden in ROB-RVT

(☞4) (°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door geregionaliseerde inrichtingen (wel nog door federale inrichtingen) ; vanaf prestatiedatum 1/1/2022 kunnen ze ook niet meer via rekening C gefactureerd worden door deze 8 ziekenhuizen.

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	**Ambulant**	**Gehosp.**
16) *Revalidatie en herscholing - Type overeenkomsten*		
- Langdurige zuurstoftherapie thuis (*)		
met een vaste zuurstofconcentrator	0797252	
met een vaste zuurstofconcentrator met vulcompressor	0797274	
met een vaste en een draagbare zuurstofconcentrator	0797296	
met vloeibare zuurstof (**)	0797311	
met een vaste zuurstofconcentrator en kleine zuurstofflesjes	0797333	
met uitsluitend draagbare zuurstofconcentrator	0797370	
- Cardiorespiratoire monitoring thuis bij pasgeborenen en zuigelingen.		
- Categorie 1 (art. 3)	0779133	
- Categorie 2 (art. 3)	0779155	
- Categorie 3 (art. 3)	0779170	
- ALTE (art. 4)	0779192	
- Follow-up van ernstig prematuur geboren kinderen:		
- Volledige prestatie		
Bilanverstrekking A (groep 1)	0784674	0784685
Bilanverstrekking A (groep 2)	0784696	0784700
Bilanverstrekking B (groep 1)	0784711	
Bilanverstrekking B (groep 2)	0784733	
Bilanverstrekking C (groep 1)	0784755	
Bilanverstrekking C (groep 2)	0784770	
Bilanverstrekking D (groep 1)	0784792	
Bilanverstrekking D (groep 2)	0784814	
- Halve prestatie		
Bilanverstrekking A (groep 1)	0784836	0784840
Bilanverstrekking A (groep 2)	0784851	0784862
Bilanverstrekking B (groep 1)	0784873	
Bilanverstrekking B (groep 2)	0784895	
Bilanverstrekking C (groep 1)	0784910	
Bilanverstrekking C (groep 2)	0784932	
Bilanverstrekking D (groep 1)	0784954	
Bilanverstrekking D (groep 2)	0784976	
- Opvolging van onverwacht en medisch onverklaard overlijden van een kind van minder dan 18 maanden		
- Transport van overleden kind met oog op autopsie	0775316	0775320
- Autopsie door patholoog-anatoom volgens standaardprocedure	0775294	0775305
- Psychologische ondersteuning van ouders en familieleden	0775331	0775342

(*) Indien de forfaits aangerekend worden voor een elders gehospitaliseerde (zie art.14 van de overeenkomst), dan wordt er gefactureerd met de ambulante pseudo-codes op een externe revalidatiefactuur (factuurtype 6) met de pseudo-dienstcode 770.

(**) De farmaceutische specialiteit "vloeibare zuurstof" wordt gefactureerd in recordtype 40 onder de pseudo-code 751052 en een CNK-code uit de lijst bij het KB van 21/12/2001. Ze mag opgenomen worden op dezelfde factuur als het forfait (factuurtype 6) of op een aparte ambulante factuur (factuurtype 3).

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
- Continue insuline- infusie-therapie thuis met behulp van een draagbare insulinepomp	0772450	0772461
- Zelfregulatie van diabetes-mellituspatiënten (*) (**)		
- Verwijzing naar derdelijns curatieve diabetische voetkliniek	0770070	
- Ambulante educatie van een zorgtrajectpatiënt		
a) gewoon jaarforfait	0786015	
b) verhoogd jaarforfait voor patiënten die starten met zelfregulatie	0786030	
- Zelfregulatieprogramma voor een gehospitaliseerde patiënt die start met zelfregulatie en die de intentie heeft om een zorgtrajectcontract te sluiten na de hospitalisatie:		
a) materiaalforfait (materiaal voor periode van 6 maanden)(eenmalig)		0786100
- Dag van verstrekking groep A – vingerpriktest	0788756	
- Dag van verstrekking groep B – vingerpriktest	0788793	
- Dag van verstrekking groep C – vingerpriktest	0788830	
- Dag van verstrekking groep 1A van de vorige overeenkomst voor rechthebbenden met een lopend akkoord	0788874	
- Dag van verstrekking groep 1B van de vorige overeenkomst voor rechthebbenden met een lopend akkoord	0788896	
- Dag van verstrekking groep 2 van de vorige overeenkomst voor rechthebbenden met een lopend akkoord	0788911	
- Dag van verstrekking groep 3A van de vorige overeenkomst voor rechthebbenden met een lopend akkoord	0788933	
- Dag van verstrekking groep 3B van de vorige overeenkomst voor rechthebbenden met een lopend akkoord	0788955	
(☞4) - Continue glucosemonitoring bij diabetespatiënten		
- verstrekking tijdens de proefperiode	0784630***	0784641***
- verstrekking tijdens de latere fasen	0784652***	0784663***
(☞8) - GDT-diabetesovereenkomst		
- Tandem t:slim X2 en Dexcom G6	0784991	0785002
- GDT Accu-chek Insight en Dexcom G6 en DBLG1	0786133	0786144
- Kinderdiabetesovereenkomst (*) (**)		
- Verplaatsingskosten voor het geven van informatie en begeleiding in de leefomgeving van de rechthebbende		0775493

Dag van verstrekking voor een rechthebbende <18 jaar met diabetes type 1 – met draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785573
Dag van verstrekking voor een rechthebbende <18 jaar met diabetes type 1 – zonder draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785610
Dag van verstrekking voor een rechthebbende <18 jaar zonder diabetes type 1 – met draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785654
Dag van verstrekking voor een rechthebbende <18 jaar zonder diabetes type 1 – zonder draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785691
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep A volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785735
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep A volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785772
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep B volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785816
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep B volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785853
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep C volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785890
Dag van verstrekking voor een rechthebbende ≥18 jaar – groep C volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode vingerpriktest	0785934

(*) Indien de forfaits aangerekend worden voor een gehospitaliseerde patiënt, dan wordt er gefactureerd met de ambulante pseudo-codes op een externe revalidatiefactuur (factuurtype 6) met pseudo-dienstcode 770.
(**) Zie ook pseudo-codes in verband met sensor-meting in R 50 Z 4 V 3
(***) Vanaf 1/10/21 worden deze pseudo-codes geschrapt.

Dag van verstrekking van het insulinepompprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende <18 jaar met een lopend akkoord – met draagbare insulinepomp	0789751
Dag van verstrekking van het zelfregulatieprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende <18 jaar met een lopend akkoord – zonder draagbare insulinepomp	0789773
Dag van verstrekking van het zelfregulatieprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 1A volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp	0789795
Dag van verstrekking van het zelfregulatieprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 1B volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp	0789810
Dag van verstrekking van het zelfregulatieprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 2 volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp	0789832
Dag van verstrekking van het zelfregulatieprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 3 volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp	0789854
Dag van verstrekking van het insulinepompprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 1A volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp	0789876
Dag van verstrekking van het insulinepompprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 1B volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp	0789891
Dag van verstrekking van het insulinepompprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 2 volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp	0789913
Dag van verstrekking van het insulinepompprogramma van de vorige overeenkomst voor een rechthebbende ≥18 jaar met een lopend akkoord – groep 3 volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp	0789935

- Overeenkomst diabetische voetklinieken
  - Interdisciplinaire raadpleging 0773393
  - Ondersteuningszitting 0773496

- Mucoviscidose:
  - Uitvoering revalidatieprogramma 0775913 0775924
  - Vergadering met huisarts of huispediater 0775935 0775946
  - Uitvoering revalidatieprogramma – neuromusculaire ziekten 0775950 0775961

- Ernstige chronische ademhalingsstoornissen:
  - Verstrekking uitgevoerd door een kinesitherapeut(e), een ergotherapeut(e) en/of een sociaal assistent(e) of sociaal verpleger (verpleegster), in de woonplaats van de rechthebbende met het oog op een aanpassing van de woning aan zijn fysieke mogelijkheden. (Art. 11 §1, 2de lid) 0777512 0777523
  - Individuele revalidatieverstrekking van minimum twee uur door 2 hulpverleners van verschillende discipline, die over een volledige dag kan worden gespreid. (Art. 12, §1) 0777534 0777545
  - Elke revalidatieverstrekking van minimum 2 uur waarbij tijdens de volledige duur, het aantal rechthebbenden gelijk is aan het aantal hulpverleners die effectief tussenkomen. (Art. 12, §2) 0777556 0777560
  - Verstrekkingen van minimum 2 uur, uitsluitend bestemd voor de opleiding van rechthebbenden en hun familie, gelijktijdig verricht voor een groep van meer dan 5 rechthebbenden. (Art. 12, §3) 0777571 0777582
  - Honorarium voor de medewerking van de algemeen geneeskundige of van de specialist die de onderhoudsbehandeling verzekert. (Art. 13, §4) 0777593 0777604

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	**Ambulant**	**Gehosp.**
- Refractaire epilepsie:		
- Module met preheelkundige evaluatie met niet invasieve video-EEG-studie	0777711	0777722
- Module met complementaire preheelkundige evaluatie met invasieve video-EEG-studie	0777733	0777744
- Revalidatiemodule na epilipsie-heelkunde of na implantatie van een nervus vagus stumulator	0777755	0777766
- WADA-test	0777770	0777781
- Inter-multidisciplinaire teams besprekingen	0777792	0777803
- Opstellen van multidisciplinaire functioneringsrapporten in het raam van de nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen :		
- Functioneringsrapport voor gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen het revalidatiecentrum een revalidatieprogramma volgen, voor de overeenkomsten 790.1	0770276(°°)	0770280(°°)
- Functioneringsrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen voor de overeenkomsten 790.1	0770291(°°)	0770302(°°)
- Functioneringsrapport voor gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen het revalidatiecentrum een revalidatieprogramma volgen, voor de overeenkomsten 790.0	0770313(°°)	0770324(°°)
- Functioneringsrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen, voor de overeenkomsten 790.0	0770335(°°)	0770346(°°)
- Functioneringsrapport voor gehospitaliseerde rechthebbenden of rechthebbenden die binnen het revalidatiecentrum een revalidatieprogramma volgen, voor de overeenkomsten 790.2	0770350(°°)	0770361(°°)
- Functioneringsrapport voor de rechthebbenden die geen revalidatieprogramma in de instelling of een andere instelling volgen, voor de overeenkomsten 790.2	0770372(°°)	0770383(°°)

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

RUBRIEK : Code verpleegdagen

OHS-OVEREENKOMST

OHS-overeenkomst				Pseudocodes	
				Ambulant	Gehosp
Normaal vergoedbare verstrekking in het kader van de OHS-overeenkomst : ademhalingsondersteuning's nachts via continue positieve druk op twee niveaus voor SOH-patiënten				**788012**	**788023**
Andere AOT-behandelingen, uitsluitend vergoedbaar voor patiënten die reeds vóór 1/1/2008 door dezelfde inrichting op die manier werden behandeld (in het kader van de toenmalige overeenkomst)(overgangsmaatregel met uitdovend karakter)					
continue beademing	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788034	788045
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788056	788060
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788071	788082
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788093	788104
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788115	788126
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788130	788141
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788152	788163
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788174	788185
discontinue beademing	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788196	788200
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788211	788222
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788233	788244
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788255	788266
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788270	788281
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788292	788303
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788314	788325
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788336	788340
	continue positieve druk op twee niveaus (kind < 5 jaar)	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788351	788362
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788373	788384
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788395	788406
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788410	788421
beademing 's nachts	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788432	788443
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788454	788465
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788476	788480
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788491	788502
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788513	788524
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788535	788546
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788550	788561
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788572	788583
	continue positieve druk op twee niveaus	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788594	788605
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788616	788620
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788631	788642
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788653	788664
	negatieve perithoracale druk	geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788675	788686
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788690	788701
intrapulmonale percussie			hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788712	788723
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	788734	788745

RUBRIEK : Code verpleegdagen

AOT-OVEREENKOMST

AOT-overeenkomst				Pseudocodes	
				Ambulant	Gehosp
continue beademing	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789014	789025
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789036	789040
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789051	789062
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789073	789084
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789095	789106
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789110	789121
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789132	789143
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789154	789165
discontinue beademing	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789176	789180
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789191	789202
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789213	789224
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789235	789246
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789250	789261
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789272	789283
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789294	789305
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789316	789320
	continue positieve druk op twee niveaus (kind < 5 jaar)	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789331	789342
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789353	789364
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789375	789386
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789390	789401
beademing 's nachts	tracheotomie	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789412	789423
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789434	789445
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789456	789460
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789471	789482
	niet invasieve methode	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789493	789504
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789515	789526
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789530	789541
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789552	789563
	continue positieve druk op twee niveaus	intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789574	789585
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789596	789600
		geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789611	789622
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789633	789644
	negatieve perithoracale druk	geen intrapulmonale percussie	hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789655	789666
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789670	789681
intrapulmonale percussie			hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789692	789703
			geen hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie	789714	789725
Hoestaugmentatie of niet invasieve tracheale aspiratie				789736	789740

RUBRIEK : Code verpleegdagen

	Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
	- Medisch-psycho-sociale revalidatieovereenkomsten met aids/HIV-referentiecentra:		
	- jaarlijks basisforfait	0787754	0787765
	- verhoogd jaarforfait	0787776	0787780
	- Specifiek forfait ingeval van zwangerschap	0787975	0787986
	- PrEP-jaarforfait	0787990	0788001
	- Metabole ziekte		
	- eerste revalidatiezitting	0775832	0775843
	- tweede revalidatiezitting	0775854	-
	- aanwezigheid huisarts/pediater	0775876	0775880
(☞6)	- Medisch-psycho-sociale begeleiding		
(☞6)	- eerste forfait begeleiding	0755132	-
(☞6)	- tweede forfait begeleiding	0775154	-
	- Functionele revalidatie van rechthebbenden die aan een gezichtsstoornis lijden (969)		
	- Initieel bilan	0771234(°°)	0771245(°°)
	- Tussentijds bilan	0771256(°°)	0771260(°°)
	- Zitting in	0771271(°°)	0771282(°°)
	- Zitting out	0771293(°°)	0771304(°°)
	- Groepszitting	0771315(°°)	0771326(°°)
	- Cerebral Palsy - referentiecentra		
	- Verstrekking art. 7, 1)	0783510	0783521
	- Verstrekking art.7, 2)	0783532	0783543
	- Verstrekking art.7, 3)	0783554	0783565
	- Verstrekking art.13, §4, 1ste lid	0783576	0783580
	- Verstrekking art.13, §4, 2de lid	0783591	0783602
	- Spina Bifida - referentiecentra		
	- Verstrekking art.12bis, §2, 1): jaarforfait rechthebbende < 3j	0783650	0783661
	- Verstrekking art.12bis, §2, 2): jaarforfait rechthebbende 3 tem 18j	0783672	0783683
	- Verstrekking art.12bis, §2, 3): jaarforfait rechthebbende 19j of ouder	0783694	0783705
	- Verstrekking art.13, §4, 1ste lid: deelname van behandelend arts aan multidisciplinaire teamvergadering	0783716	0783720
	- Verstrekking art.13, §4, 2de lid: deelname van behandelend kinesitherapeut aan multidisciplinaire teamvergadering	0783731	0783742
	- Referentiecentra voor autismespectrumstoornissen (774-6)		
	- diagnostische zitting (1 uur)	0784571(°°)	0784582(°°)
	- coördinatiezitting	0783635(°°)	0783646(°°)
	- Referentiecentra voor kindernefrologie		
	- jaarlijkse verstrekking	0787511	0787522
	- Geheugenkliniek		
	- Zitting in de kliniek	0784512	0784523
	- Zitting thuis (1ste zitting)	0784534	-
	- Zitting thuis (2de zitting dezelfde dag)	0784556	-
	- Medische en psychosociale begeleiding bij behandeling gevolgen vrouwelijke genitale verminkingen		
	- Zitting	0784593	0784604
	- Reconstructieve operatie (met inbegrip van de algemene anesthesie)	0784615	0784626
	- Transgenderzorg		
	- Zitting	0787916	0787920
	- Gesprek	0787931	0787942
	- Geneesmiddelenforfait	0787953	0787964
	- Familiale zitting	0791571	0791582
	- Groepszitting (prijs per rechthebbende die aan de zitting deelneemt)	0791792	0791803
	- Coördinatiecentrum voor hemofilie	0787813	0787824
	- Referentiecentrum voor hemofilie	0787791	0787802
	- Centra lymfoedeem: behandelingsdag	0779973	0779984

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

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	**Ambulant**	**Gehosp.**
- Multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS		
- Multidisciplinair bilan	0787835	0787846
- Behandelingsopvolging	0787850	0787861
17) Revalidatie en herscholing – Specifieke overeenkomsten		
Gewone facturering		
Omscholing (770)	0772015(°°)	0772026(°°)
Motorische revalidatie (771)	0772030 (°)	0772041 (°)
Psychosociale revalidatie (772)	0772052(°°)	0772063(°°)
Revalidatie voor alcoholici en druggebruik (773)	0772074(°°)	0772085(°°)
Revalidatie voor psychotici (774)	0772096(°°)	0772100(°°)
Revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders/kind (774-5)	0773371(°°)	0773382(°°)
Revalidatie voor epileptici (776-5)	0772133(°°)	0772144(°°)
Revalidatie voor slechthorenden (779)	0772192(°°)	0772203(°°)
Revalidatie kinderen/adolescenten neurologische stoornissen	0775213	0775224
Revalidatie voor hersenverlamden (784)	0772295(°°)	0772306(°°)
Revalidatie voor mishandelde kinderen	-	0772402
Revalidatie voor mucoviscidose patiënten (776-5)	0772413(°°)	0772424(°°)
Herfacturering revalidatie	0774012	0774023
Respijteenheden (776-7)	-	0776705(°°)
Pediatrische revalidatie (776-6)	0777291	0777302
VZW “La Porte Ouverte” – Blicquy – Revalidatiedag	-	0777685
Chronisch vermoeidheidssyndroom		
- volledig bilanrevalidatieprogramma	0777836	0777840
- onvolledig bilanrevalidatieprogramma	0777851	0777862
- maandelijks forfait specifiek interdisciplinair revalidatieprogramma	0777873	0777884
- vergoeding huisarts	0777954	0777965
- vergoeding teamleden	0777976	0777980
Overschrijding van de “normale factureringscapaciteit” (facturering aan een verminderde prijs)		
Omscholing (770)	0775596(°°)	0775600(°°)
Motorische revalidatie (771)	0775611(°)	0775622 (°)
Psychosociale revalidatie (772)	0775633(°°)	0775644(°°)
Revalidatieprogramma voor alcoholici en druggebruikers (773)	0775515(°°)	0775526(°°)
Revalidatieprogramma voor psychotici (774)	0775530(°°)	0775541(°°)
Revalidatieprogramma voor vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders/kind (774-5)	0776451(°°)	0776462(°°)
Revalidatieprogramma voor epileptici (776-5)	0775552(°°)	0775563(°°)
Revalidatieprogramma voor slechthorenden (779)	0775670(°°)	0775681(°°)
Revalidatieprogramma hersenverlamden (784)	0775574(°°)	0775585(°°)
Revalidatieprogramma voor mishandelde kinderen	-	0775740
Revalidatieprogramma voor mucoviscoïdosis (776-5)	0775751(°°)	0775762(°°)
Respijteenheden (776-7)	-	0776801(°°)
Pediatrische revalidatie (776-6)	0777313	0777324
VZW “La Porte Ouverte” – Blicquy – Revalidatiedag	-	0777700
Chronisch vermoeidheidssyndroom		
- volledig bilanrevalidatieprogramma	0777895	0777906
- onvolledig bilanrevalidatieprogramma	0777910	0777921
- maandelijks forfait specifiek interdisciplinair revalidatieprogramma	0777932	0777943

Opmerking: De dagen boven de maximale capaciteit moeten niet op de factuur vermeld worden.

(°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door de geregionaliseerde 771-instellingen (wel nog door de 4 federaal gebleven 771-instellingen)

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

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Omschrijving	**Ambulant**	**Gehosp.**
Algemene centra (950)	0773614 0773673 0773732 0773754 0773776 0773791 0773813 0773872	0773625 0773684 0773743 0773765 0773780 0773802 0773824 0773883
Palliatieve verzorging		
- eenmalig forfaitair bedrag	0774056 (°°)	-
- verminderd forfaitair bedrag	0774071 (°°)	-
Dagen betaald verlof binnen een revalidatieperiode	-	0772004(°°)
Dagen betaald verlof binnen een revalidatieperiode ingeval van overschrijding van de normale facturatiecapaciteit	-	0771002(°°)

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

RUBRIEK : Code verpleegdagen

C.A.R. – overeenkomst NOK-PSY-sector (°°)			
Doelgroepen (cf. artikel 3)	***Zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan (cf. artikel 15)***	***Gewone revalidatiezittingen (cf. artikel 19)***	***Groepszittingen voor leerkrachten (cf. artikel 20)***
Groep 1	**796014-796025**	**796412-796423**	**796795-796806**
Groep 2	**796036-796040**	**796434-796445**	**796810-796821**
Groep 3	**796051-796062**	**796456-796460**	**796832-796843**
Groep 4	**796073-796084**	**796471-796482**	**796854-796865**
Groep 5	**796095-796106**	**796493-796504**	**796876-796880**
Groep 6	**796110-796121**	**796515-796526**	**796891-796902**
Groep 7	**796132-796143**	**796530-796541**	**796913-796924**
Groep 8	**796154-796165**	**796552-796563**	**796935-796946**
Groep 9	**796176-796180**	**796574-796585**	**796950-796961**
Groep 10	**796191-796202**	**796596-796600**	**796972-796983**
Groep 11	**796213-796224**	**796611-796622**	**796994-797005**
Groep 12	**796235-796246**	**796633-796644**	**797016-797020**
Groep 13	**796250-796261**	**796655-796666**	**797031-797042**
Groep 14	**796272-796283**	**796670-796681**	**797053-797064**
Groep 15	**796294-796305**	**796692-796703**	**797075-797086**
Groep 16	**796316-796320**	**796714-796725**	**797090-797101**
Groep 17	**796331-796342**	**796736-796740**	**797112-797123**
Groep 18	**796353-796364**	**796751-796762**	**797134-797145**
Groep 19	**796375-796386**	**796773-796784**	**797156-797160**
Groep 20	**797193-797204**	**797215-797226**	**797230-797241**
Logopedie-nomenclatuur (onverminderd artikel 8 § 2 van deze vereenkomst)	**796390-796401**	-	-
Groep 1*bis*	**797171-797182**		

(°°) al deze pseudo-codes kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

	Pseudo-nomenclatuur-codenummer	
	Ambulant	**Gehosp.**
Inhaalforfaits revalidatie-overeenkomsten		
Revalidatiecentrum van hersenverlamden Arthur Regnier (770)	0784114(°°)	0784125(°°)
Inrichtingen voor motorische revalidatie (771)	0784136 (°)	0784140 (°)
Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten (772)	0783893(°°)	0783904(°°)
Inrichtingen voor verslaafden (773)	0783915(°°)	0783926(°°)
Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen (774)	0784151(°°)	0784162(°°)
Inrichtingen voor revalidatie van vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind (774-5)	0784173(°°)	0784184(°°)
Inrichtingen voor revalidatie van kinderen met respiratoire aandoeningen (776-5)	-	0777280(°°)
Inrichtingen voor pediatrische revalidatie (776-6)	0777335	0777346
Geheugenklinieken (778-1)	0785551	0785562
Inrichtingen voor revalidatie van gehoorgestoorden (779)	0784210(°°)	0784221(°°)
Inrichtingen voor revalidatie van hersenverlamden (784)	0784232(°°)	0784243(°°)
Revalidatie-inrichtingen voor kinderneuropsychiatrie (784-5)	0784254	0784265
Referentiecentra voor CVS (789-4)	0784276	0784280
Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging	0784092(°°)	-
Referentiecentra voor patiënten die lijden aan mucoviscidose (789-1)	0784033	0784044
Referentiecentra voor patiënten die lijden aan neuromusculaire ziekten (789-2)	0784055	0784066
Gespecialiseerde medico-psycho-sociale revalidatie-overeenkomsten	0784011	0784022
Spina Bifida-revalidatiecentra	0784070	0784081
Centra voor autismespectrumstoornissen (774-6)	0785514(°°)	-
Inrichting “Centre neurologique de réadaption fonctionnelle” te Fraiture	0785536(°°)	0785540(°°)
C.A.R-overeenkomst (953/965)	0784490(°°)	0784501(°°)

18) *Overeenkomsten Verzekeringscomité*

MS/ALS/Huntington (facturatie door ziekenhuis)		
Art.12 in ziekenhuis MS		0764562
Art. 12 in ziekenhuis ALS		0764584
Art. 12 in ziekenhuis Huntington		0764606
Art.12 ambulant MS	0770136	-
Art. 12 ambulant ALS	0770151	-
Art. 12 ambulant Huntington	0770173	-
Art.13 ambulant MS	0764853	-
Art.13 ambulant ALS	0764816	-
Art.13 ambulant Huntington	0764831	-
Coma (facturatie door RVT)		
Tegemoetkoming voor coma-patiënten	0770092	

(°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door de geregionaliseerde 771-instellingen (wel nog door de 4 federaal gebleven 771-instellingen)

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

RUBRIEK : DATUM EERSTE GEFACTUREERDE DAG (DIE MAG GEFACTUREERD WORDEN)

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 17

Het is de datum van de eerste dag die in deze record gefactureerd is.
(1ste dag van de periode in geval van forfait gekoppeld aan een bepaalde periode).

Maand-, kwartaal- of jaarforfaits revalidatie moeten aangerekend worden aan de mutualiteit waarbij de patiënt aangesloten was op de datum vermeld in deze zone.

Medisch-psychosociale revalidatieovereenkomst met de HIV/aids-referentiecentra.

- Vanaf 1/8/2014 wordt de datum van het eerste origineel contact (= dag x) vermeld in deze zone. Voor de jaarlijkse periodes die volgen wordt de dag x van het 1ste origineel contact (dag x van elke jaarlijkse periode) vermeld in deze zone.

De prestatiecode 0762974 (revalidatie nabehandeling) dient dag per dag te worden geregistreerd.

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

Ingeval meerdere records met verblijfskosten (dus enkel in geval van facturatie van ligdagen of forfaitaire dagvergoeding) elkaar opvolgen, bijvoorbeeld in geval van verandering van terugbetalingstarief, van kamer of van dienst, dan moet de begindatum van de 2de periode gelijk zijn aan de datum die volgt op de einddatum van de eerste periode.
Van deze regel kan worden afgeweken ingeval van verpleegdagen voor pasgeborene met verblijf in dienst NIC (N) 270 of in dienst N* (n) 190.

Voorbeeld : pasgeborene	dag 1	:	geboorte
	dag 2 en 3	:	naar dienst 270 NIC opmaak 721 facturatie verpleegdag 0768025
	dag 4 en 5 en 6	:	terug bij moeder geen verpleegdagen
	dag 7	:	moeder naar huis, kind in 190 N* facturatie verpleegdagen 0790020

(☞7) Vanaf 01/01/2023 is deze afwijking voor pasgeborenen niet meer van toepassing. Er is namelijk een aparte facturatie op naam van de pasgeborene en er wordt telkens een verpleegdag geregistreerd (hetzij een verpleegdag 768025, hetzij een verpleegdag 790020 of 791560 aan 0 €).

Ingeval van verandering van dienst, vermeldt men in deze zone de datum van de verandering, indien de transfert plaats heeft vóór 12 uur of de datum die volgt op de datum van verandering van dienst indien de transfert plaats heeft vanaf 12 uur.

RUBRIEK : DATUM LAATSTE GEFACTUREERDE DAG (DIE MAG GEFACTUREERD WORDEN)

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 25

Het is de datum van de laatste dag die in deze record gefactureerd is.
(laatste dag van de periode in geval van forfait gekoppeld aan een bepaalde periode).

Medisch-psychosociale revalidatieovereenkomst met de HIV/aids-referentiecentra :
- Dag (x-1) van het 1ste contact vermeld in zone 5 + 12 maanden wordt in deze zone vermeld.

Cardiosrespiratoire monitoring thuis bij pasgeborenen en zuigelingen : indien het forfait gefactureerd wordt vóór het einde van de periode van monitoring, dan wordt in deze zone de datum van facturering (= R 20 Z 47) vermeld in plaats van de einddatum van de monitoring.

Opmerking : Tijdens een afgerekende periode (1 recordtype 30) mag slechts 1 ligdagprijs of persoonlijk aandeel geldig zijn. Zoniet dient die periode in 2 of meerdere periodes uitgesplitst te worden.

Indien het gaat om een forfait per opname dan moet de opname datum vermeld worden in deze zone.

De datum van ontslag moet worden meegedeeld indien er effectief een onderbreking van het verblijf is geweest.
In geval van verlenging van het akkoord moet geen datum van ontslag worden gemeld.

Ingeval meerdere records met verblijfskosten elkaar opvolgen, bijvoorbeeld ingeval van verandering van het terugbetalingstarief, van kamer of van dienst, dan moet de einddatum van de eerste periode gelijk zijn aan de datum die voorafgaat aan de begindatum van de 2de periode.

Ingeval van verandering van dienst, vermeldt men in deze zone de datum van verandering indien de transfert plaats heeft vanaf 12 uur of de datum die voorafgaat aan de datum van de transfert indien de transfert plaats heeft voor 12 uur.

Deze datum is steeds kleiner dan of gelijk aan de huidige datum en de gefactureerde maand, behalve voor de volgende revalidatie-forfaits die mogen gefactureerd worden vóór het einde van de periode waarop ze betrekking hebben:
- de revalidatie-inrichtingen voor medico-psycho-sociale revalidatie (7.76.0xx.xx)
- de referentiecentra voor metabole ziekten (7.89.0xx.xx)
- de referentiecentra voor mucoviscidose (7.89.1xx.xx)
- de referentiecentra voor neuromusculaire ziekten (7.89.2xx.xx)
- de referentiecentra voor spina bifidapatiënten (7.89.55x.xx)
- de referentiecentra voor kindernefrologie (7.89.7xx.xx)
- zelfregulatie diabetes-mellitus-patiënten: pseudo-codes 786015, 786030, 786052 en 786100
- nationaal coördinatiecentrum en referentiecentra hemofilie (7.89.8xx.xx)

Bijzondere regels met betrekking tot de maandforfaits in het kader van de diabetesovereenkomst
De einddatum is altijd gelijk aan “dag x-1 van de daaropvolgende maand”, behalve:
als begindatum = 30/1/yyyy, dan is einddatum 28/2/yyyy (in een schrikkeljaar 29/2/yyyy)
als begindatum = 31/1/yyyy, dan is einddatum 28/2/yyyy (in een schrikkeljaar 29/2/yyyy)
als begindatum = 1/mm/yyyy, dan is de einddatum de laatste dag van de maand

Voorbeeld van facturatie van een gewoon ziekenhuisverblijf.

Opname	26/03/2003 om 11.00 uur in dienst 210
Ontslag	10/04/2003 om 10.00 uur in dienst 210
Transfert	28/03/2003 om 02.19 uur naar dienst 490
Transfert	30/03/2003 om 10.57 uur naar dienst 210
Verlof	01/04/2003 om 00.01 uur tot 03/04/2003 08.00 uur
Terug	03/04/2003 om 08.00 uur in dienst 210
Ontslag	10/04/2003 om 10.00 uur uit dienst 210

Verblijf in dienst 210 = 2 persoonskamer
Verblijf in dienst 490 = gemeenschappelijke kamer

Opname forfait	=	77,85 EUR
Dagforfait	=	9,58 EUR
Prijs 100%	=	199,68 EUR
PA 1ste dag	=	39,34 EUR
PA volgende dagen	=	12,07 EUR
Supplement kamer	=	18,95 EUR
Forfait klinische bio	=	15,07 EUR
Forfait geneesmiddelen	=	0,62 EUR

recordtype			20	30	30	30	30	30	30	30
zone	**lengte**	**posities**	**aanvang factuur**	**bedrag per opname**	**bedrag per dag**	**persoonlijk aandeel**	**bedrag per dag**	**persoonlijk aandeel**	**bedrag per dag**	**persoonlijk aandeel**
1	2 n	1-2	20	30	30	30	30	30	30	30
2	6 n	3-8	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
3	1 n	9-9	waarde	0	1	0	0	0	0	0
4	7 n	10-16	0001100	768003	768025	766102	768025	766301	768025	766301
5	8 n	17-24	20030326	20030326	20030326	20030326	20030327	20030327	20030328	20030328
6 a	4 n	25-28	20030410	20030326	20030326	20030326	20030327	20030327	20030329	20030329
6 b	4 n	29-32								
7	3 n	33-35	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
8 a	12 n	36-47	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
8 b	1 n	48-48								
9	1 n	49-49	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
10	1 n	50-50	1	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
11	1 n	51-51	waarde	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing
12	1 n	52-52	0	0	0	0	0	0	0	0
13	3 n	53-55	210	210	210	210	210	210	490	490
14	12 n	56-67	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
15	12 n	68-79	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
16	1 n	80-80	waarde	0	0	0	0	0	0	0
17	4 n	81-84	waarde	0	0761622	0	0761622	0	0761600	0
18	3 n	85-87	nummer							
19	12 n	88-99	nummer	+77,85	+9,58	-39,34	+9,58	-12,07	+19,16	-24,14
20	7 n	100-106	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1 n	107-107		0	0	0	0	0	0	0
22	5 n	108-112	01000	+1	+1	+1	+1	+1	+2	+2
23	2 n	113-114	0	0	0	0	0	0	0	0
24	5 n	115-119	nummer	+0	+199,68	+0	+199,68	+0	+399,36	+0
25	7 n	120-126								
26	1 n	127-127	0	0	0	0	0	0	0	0
27	10 n	128-137	code	+0	+0	+39,34	+0	+12,07	+0	+24,14
28	25 a	138-162	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling
29	2 n	163-164	0	0	0	0	0	0	0	0
30	2 n	165-166		+0	+0	+0	+0	+0	+0	+0
31	8 n	167-174								
32	1 n	175-175	0	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
33	1 n	176-176	0	0	0	waarde	0	waarde	0	waarde
34	1 n	177-177	0	0	0	0	0	0	0	0
35	1 n	178-178		0	0	0	0	0	0	0
36	1 n	179-179		0	0	0	0	0	0	0
37	3 n	180-182	0	0	0	0	0	0	0	0
38	12 n	183-194		0	0	0	0	0	0	0
39	10 n	195-204		0	0	0	0	0	0	0
40	2 n	205-206	0	0	0	0	0	0	0	0
41	6 n	207-212	0	0	0	0	0	0	0	0
42	6 n	213-218	referentie gegevens netwerk	0	0	0	0	0	0	0
43	12 n	219-230		0	0	0	0	0	0	0
44	4 n	231-234		0	0	0	0	0	0	0
45	26 n	235-260		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	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
49	12 n	271-282	0	0	0	0	0	0	0	0
50	4 n	283-286		0	0	0	0	0	0	0
51	6 n	287-292		0	0	0	0	0	0	0
52	54 n	293-346	0	0	0	0	0	0	0	0
98	2 n	347-348	0	0	0	0	0	0	0	0
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

recordtype			30	30	30	30	30	30	30	30
zone	**lengte**	**posities**	**bedrag per dag**	**persoonlijk aandeel**	**onbetaald verlof**	**bedrag per dag**	**persoonlijk aandeel**	**supplement kamer**	**supplement kamer**	**supplement kamer**
1	2 n	1-2	30	30	30	30	30	30	30	30
2	6 n	3-8	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
3	1 n	9-9	0	0	0	9	0	0	0	0
4	7 n	10-16	768025	766301	791501	768025	766301	761622	761622	761622
5	8 n	17-24	20030330	20030330	20030401	20030403	20030403	20030326	20030330	20030403
6 a	4 n	25-28	20030331	20030331	20030402	20030409	20030409	20030327	20030331	20030409
6 b	4 n	29-32								
7	3 n	33-35	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
8 a	12 n	36-47	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
8 b	1 n	48-48								
9	1 n	49-49	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
10	1 n	50-50	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
11	1 n	51-51	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing
12	1 n	52-52	0	0	0	0	0	0	0	0
13	3 n	53-55	210	210	0	210	210	0	0	0
14	12 n	56-67	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
15	12 n	68-79	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
16	1 n	80-80	0	0	0	0	0	0	0	0
17	4 n	81-84	0761622	0	0	0761622	0	0	0	0
18	3 n	85-87								
19	12 n	88-99	+19,16	-24,14	+0	+67,06	-84,49	+0	+0	+0
20	7 n	100-106	0	0	0	0	0	0	0	0
21	1 n	107-107	0	0	0	0	0	0	0	0
22	5 n	108-112	+2	+2	+2	+7	+7	+2	+2	+7
23	2 n	113-114	0	0	0	0	0	0	0	0
24	5 n	115-119	+399,36	+0	+0	+1397,76	+0	+0	+0	+0
25	7 n	120-126								
26	1 n	127-127	0	0	0	0	0	0	0	0
27	10 n	128-137	+0	+24,14	+0	+0	+84,49	+0	+0	+0
28	25 a	138-162	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling
29	2 n	163-164	0	0	0	0	0	0	0	0
30	2 n	165-166	+0	+0	+0	+0	+0	+37,90	+37,90	+132,65
31	8 n	167-174								
32	1 n	175-175	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
33	1 n	176-176	0	waarde	0	0	waarde	0	0	0
34	1 n	177-177	0	0	0	0	0	0	0	0
35	1 n	178-178	0	0	0	0	0	0	0	0
36	1 n	179-179	0	0	0	0	0	0	0	0
37	3 n	180-182	0	0	0	0	0	0	0	0
38	12 n	183-194	0	0	0	0	0	0	0	0
39	10 n	195-204	0	0	0	0	0	0	0	0
40	2 n	205-206	0	0	0	0	0	0	0	0
41	6 n	207-212	0	0	0	0	0	0	0	0
42	6 n	213-218	0	0	0	0	0	0	0	0
43	12 n	219-230	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	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
49	12 n	271-282	0	0	0	0	0	0	0	0
50	4 n	283-286	0	0	0	0	0	0	0	0
51	6 n	287-292	0	0	0	0	0	0	0	0
52	54 n	293-346	0	0	0	0	0	0	0	0
98	2 n	347-348	0	0	0	0	0	0	0	0
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

recordtype			**30**	**30**	**30**	**30**	**30**	**30**
zone	**lengte**	**posities**	**forfait klinische bio**	**forfait klinische bio**	**forfait klinische bio**	**forfait klinische bio**	**forfait geneesmiddelen**	**forfait geneesmiddelen**
1	2 n	1-2	30	30	30	30	30	30
2	6 n	3-8	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
3	1 n	9-9	0	0	0	0	0	0
4	7 n	10-16	592001	592001	592001	592001	750002	750002
5	8 n	17-24	20030326	20030328	20030330	20030403	20030326	20030403
6 a	4 n	25-28	20030327	20030329	20030331	20030409	20030331	20030409
6 b	4 n	29-32						
7	3 n	33-35	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
8 a	12 n	36-47	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
8 b	1 n	48-48						
9	1 n	49-49	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
10	1 n	50-50	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
11	1 n	51-51	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing	verwijzing
12	1 n	52-52	0	0	0	0	0	0
13	3 n	53-55	210	490	210	210	0	0
14	12 n	56-67	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
15	12 n	68-79	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer	nummer
16	1 n	80-80	0	0	0	0	0	0
17	4 n	81-84	0	0	0	0	0	0
18	3 n	85-87						
19	12 n	88-99	+30,14	+30,14	+30,14	+105,49	+0	+0
20	7 n	100-106	0	0	0	0	0	0
21	1 n	107-107	0	0	0	0	0	0
22	5 n	108-112	+2	+2	+2	+7	+6	+7
23	2 n	113-114	0	0	0	0	0	0
24	5 n	115-119	+0	+0	+0	+0	+0	+0
25	7 n	120-126						
26	1 n	127-127	0	0	0	0	0	0
27	10 n	128-137	+0	+0	+0	+0	+3,72	+4,34
28	25 a	138-162	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling	referentie instelling
29	2 n	163-164	0	0	0	0	0	0
30	2 n	165-166	+0	+0	+0	+0	+0	+0
31	8 n	167-174						
32	1 n	175-175	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
33	1 n	176-176	0	0	0	0	0	0
34	1 n	177-177	0	0	0	0	0	0
35	1 n	178-178	0	0	0	0	0	0
36	1 n	179-179	0	0	0	0	0	0
37	3 n	180-182	0	0	0	0	0	0
38	12 n	183-194	0	0	0	0	0	0
39	10 n	195-204	0	0	0	0	0	0
40	2 n	205-206	0	0	0	0	0	0
41	6 n	207-212	0	0	0	0	0	0
42	6 n	213-218	0	0	0	0	0	0
43	12 n	219-230	0	0	0	0	0	0
44	4 n	231-234	0	0	0	0	0	0
45	26 n	235-260	0	0	0	0	0	0
46	1 n	261-261	0	0	0	0	0	0
47	8 n	262-269	0	0	0	0	0	0
48	1 n	270-270	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde	waarde
49	12 n	271-282	0	0	0	0	0	0
50	4 n	283-286	0	0	0	0	0	0
51	6 n	287-292	0	0	0	0	0	0
52	54 n	293-346	0	0	0	0	0	0
98	2 n	347-348	0	0	0	0	0	0
99	2 n	349-350	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record	c.c. record

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

Zie recordtype 20 zone 7.

Het nummer van het ziekenfonds dient te worden ingevuld in deze zone ongeacht het type van factuur zoals dat is gecodeerd in recordtype 20 zone 10.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

Zie recordtype 20 zone 9.

RUBRIEK : BEVALLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

Waarde	Betekenis
0	Er is geen bevalling geweest.
1	Er is een bevalling geweest.

Ingeval dienstcode 190 wordt vermeld in zone 13 dan moet de waarde "0" worden vermeld.

(☞7) Vanaf 01/01/2023 is deze zone enkel nog noodzakelijk in de uitzonderlijke gevallen waarin er geen aparte factuur op naam van de pasgeborene kan opgemaakt worden (bv. doodgeboren baby).
Ingeval van aparte facturatie voor moeder en baby mag de zone facultatief ingevuld worden.

RUBRIEK : VERWIJZING FINANCIEEL REKENINGNUMMER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 51

Door middel van een code dient te worden aangeduid op welke financiële rekening het bedrag uit zone 19 moet gestort worden.

Waarde	Betekenis
0	Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op de financiële rekening A (zie R 10 Z 31-32-33-34, Z 36-37-38-39-40-41).
1	Het verschuldigde bedrag moet worden gestort op de financiële rekening B (zie R 10 Z 43a, Z 49-50-51-52).
3	Gereserveerde waarde (staatshervorming).

Waarde 1 mag alleen gebruikt worden door de ziekenhuizen.

RUBRIEK : DIENSTCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

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

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

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

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

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

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

Farmaceutische forfaits 750175 en 751811: dienstcode 990.

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

Reiskosten prematuren : dienstcode 270.

Eenheden voor zware brandwonden : dienstcode 290.

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

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

Chirurgisch dagziekenhuis met ambulante codes : dienstcode 320.

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

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

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

Voorbeelden van facturatie van verpleegdagen (bedrag per opname en bedrag per dag)
(geldig voor opnames tot en met 31/12/2013)

Voorbeeld 1

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 2

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 22/9 om 11u

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 3

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 22/9 om 15u

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 4

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 16u; transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025) (1ste factureerbare dag = 23/9)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 5

Opname in Sp-dienst (610) op 22/9 om 16u, transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025) (1ste factureerbare dag = 23/9)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 6

Opname in Sp-dienst (610) op 22/9 om 8u, transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u

Facturatie bedrag per dag (0768106):
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 610

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeelden van facturatie van verpleegdagen (bedrag per opname en bedrag per dag)
(geldig voor opnames vanaf 1/1/2014)

Voorbeeld 7

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u; ontslag op 24/9 om 15u

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0767443) (aan 0 €)
Z 5 (datum) = 24/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 8

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 22/9 om 11u; ontslag op 24/9 om 10u

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 9

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 22/9 om 15u; ontslag op 24/9 om 11u

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 10

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 16u; transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u; ontslag op 24/9 om 12u

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025) (1ste factureerbare dag = 23/9)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 24/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 11

Opname in Sp-dienst (610) op 22/9 om 16u, transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u; ontslag op 24/9 om 15u

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025) (1ste factureerbare dag = 23/9)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (768025)
Z 5 (datum) = 24/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 12

Opname in Sp-dienst (610) op 22/9 om 8u, transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u; ontslag op 24/9 om 15u

Facturatie bedrag per dag (0768106):
Z 5 (datum) = 22/9
Z 13 (dienstcode) = 610

Facturatie bedrag per opname (0768003):
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025)
Z 5 (datum) = 23/9
Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0767443) (aan 0 €)
Z 5 (datum) = 24/9
Z 13 (dienstcode) = 210

RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

Overeenkomst betreffende de financiering van dialyse

Vanaf 1/7/2018: Nummer ziekenhuis + 560 voor alle forfaitaire tegemoetkomingen uit de overeenkomst dialyse

De vermelding van het nummer dialysecentrum is prioritair op de andere identificatienummers.

Ingeval van forfaitaire verpleegdagen in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf moet hier het identificatienummer van het ziekenhuis van prestatie worden vermeld, met uitzondering van de forfaitaire verpleegdag nierdialyse waarvoor het nummer van het dialysecentrum moet worden vermeld.

Ingeval een revalidatieverstrekking (factuur type 5 of 6) gefactureerd wordt door het ziekenhuis dat de overeenkomst heeft afgesloten komt in deze zone het nummer van het ziekenhuis.
Wordt de factuur opgemaakt onder het identificatienummer van de overeenkomst dan komt in deze zone het nummer van de overeenkomst.

Voor de facturen opgemaakt door RVT, ROB, PVT en BW wordt het identificatienummer van deze instellingen hier opgenomen.

Voor facturen opgemaakt door een ziekenhuis voor patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW komt hier het nummer van het ziekenhuis.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE OVEREENKOMST / INRICHTING VAN VERBLIJF

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

In geval van verstrekkingen verricht in het kader van een revalidatieovereenkomst (type factuur = 5 of 6), dient het identificatienummer van de overeenkomst opgenomen te worden.

In geval van behandeling RVT, ROB, PVT of BW (type factuur = 4) moet in deze zone het nummer van de betreffende inrichting worden vermeld.

In geval van prestaties (pseudo-codes 764562 ,764584 of 764606) van een overeenkomst MS/ALS/ Huntington (type factuur 1), moet in deze zone het nummer van het ziekenhuis worden vermeld.

In de andere gevallen dient deze zone op nul te worden gezet.

RUBRIEK : BETREKKELIJKE VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 81

WIJZE VAN OPSTELLING of **CODIFICATIETABEL :**

Op de website van het RIZIV (op de pagina “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een betrekkelijke verstrekking moet vermeld worden.
Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.

Voor prestaties die niet op de lijst staan, mag er geen betrekkelijke verstrekking ingevuld worden en moet deze zone dus verplicht met nullen opgevuld worden.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 88

Het betreft het door de verzekeringsinstelling terugbetaald bedrag.

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 3de cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling.
Indien het 3de cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.

Revalidatieforfaits

Indien het gaat om een forfaitaire vergoeding die aan een bepaalde periode gekoppeld is (weekforfait, maandforfait, kwartaalforfait, jaarforfait), moet het vermelde tarief in overeenstemming zijn met een datum vermeld in de periode die gedefinieerd wordt in R 30 Z 5 en Z 6.
De instelling mag dus het meest gunstige tarief toepassen.

Uitzonderingen:
- Overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (9.68.0xx.xx) (tarief = tarief dat van toepassing is op de datum van de 1ste tussenkomst van de equipe)
- Diabeteszelfregulatieovereenkomst (7.86.0xx.xx of 7.86.1xx.xx) en overeenkomst kindernefrologie (7.89.7xx.xx) en overeenkomst hemofilie (7.89.8xx.xx) (tarief = tarief dat van toepassing is op de einddatum van de periode waarop het forfait betrekking heeft of op de datum van facturering vermeld in R 20 Z 47 indien vóór de einddatum gefactureerd wordt)
- Medisch-psychosociale overeenkomst met de HIV/aids-referentiecentra (7.76 vanaf 1/8/2014): tarief = tarief dat van toepassing is op de begindatum (= dag x van elke jaarlijkse periode = dag 1ste origineel contact).
- Cardiorespiratoire monitoring thuis bij pasgeborenen en zuigelingen (7.83.5 vanaf 1/4/2015): tarief = tarief dat van toepassing is op de begindatum

Het bedrag van het eventuele persoonlijk aandeel dat in mindering gebracht wordt, moet op dezelfde datum bepaald worden als het tarief van het revalidatieforfait zelf.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.1.

RUBRIEK : TEKEN + AANTAL GEFACTUREERDE DAGEN, VERLOFDAGEN OF FORFAITS

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 4 N - 108

Het betreft het aantal gefactureerde dagen, verlofdagen of het aantal gefactureerde forfaits (ingeval van forfait revalidatie) dat in deze record wordt opgenomen.

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.
Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.
Deze zone mag geen decimalen bevatten.

Ingeval van creditnota bevat deze zone steeds een negatieve waarde (cf. punt c in bijlage 7 vervolg 1).

Revalidatie nabehandeling:
code 0762974 : aantal uren

Ingeval van reiskosten voor prematuren (0773581) of vervoerskosten voor dialyse en chemotherapie vanuit een psychiatrisch ziekenhuis (0761946) of vanuit een gespecialiseerd algemeen ziekenhuis (0761961) moet hier het aantal kilometer vermeld worden.

RUBRIEK : TEKEN + INDICATIEF BEDRAG GROOTTE ORDE VERBLIJFSKOSTEN

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 115

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.

Deze zone wordt enkel ingevuld indien zone 4 = 0767163, 0768025, 0768051, 0768062, 0768106, 0768121, 0768143, 0768165, 0793041, 0793063, 0793100, 0793122, 0793166, 0793181, 0793225, 0793240, 0793262 of 0793284.

Deze zone bevat een indicatief gegeven, nl. een bedrag dat de grootte orde van de verblijfskosten aanduidt.
Dit bedrag is gelijk aan de dagprijs aan 100% (bedoeld in art. 104 ter van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987) vermenigvuldigd met het aantal dagen vermeld in zone 22.

Gezinsverpleging thuis en collectieve vakantiekampen vallen buiten de financiering via begrotingstwaalfden.
Er is derhalve geen informatieve vermelding van een dagprijs aan 100 % noodzakelijk.

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.

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.

Ingeval in zone 19 het wettelijk persoonlijk aandeel op de verpleegdagprijs in negatief wordt vermeld moet in deze zone de positieve waarde worden opgenomen, voor zover het persoonlijk aandeel effectief werd aangerekend aan de patiënt.

Indien het gaat om persoonlijke aandelen in geval van opneming in een ziekenhuis in toepassing van het K.B. van 5 maart 1997 en art. 37bis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 moet de record met de persoonlijke aandelen onmiddellijk voorafgegaan worden door een record met het corresponderend bedrag per ligdag (pseudocodes 0768025, 0768106, 0768121, 0768143 of 0768165). De records met de persoonlijke aandelen volgen dezelfde opsplitsing als de records met bedragen per ligdag.
Voor het chirurgisch dagziekenhuis worden geen persoonlijke aandelen aangerekend voor het verblijf.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.1.

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

Zie recordtype 10 zone 28.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT

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

In deze zone worden de supplementen vermeld, die bovenop het reglementair persoonlijk aandeel (zie zone 27), aan de patiënt worden aangerekend of rechtstreeks ten laste worden genomen door een OCMW of privé-verzekeringsmaatschappij.

De terug te betalen bedragen aan de patiënt in het kader van thuisdialyse moeten in negatief in deze zone worden vermeld.

Ingeval in zone 4 de pseudo-code 0761633 - 0761644 wordt vermeld, moet in deze zone het supplement betreffende het type kamer worden opgenomen.

Het eventuele supplement dat in het kader van de (kinder)diabetesovereenkomst aan de patiënt aangerekend wordt (omdat deze toch het materiaal voor sensor-meting wenst te gebruiken) moet in deze zone vermeld worden.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.1.

RUBRIEK : UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 175

Vanaf gefactureerde maand januari 2015 is deze zone steeds gelijk aan nul.

RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPPLEMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176

In deze zone kan worden aangeduid of het persoonlijk aandeel, dat normaal moet vermeld worden in zone 27, of het supplement, dat normaal vermeld wordt in zone 30-31, geheel of gedeeltelijk ten laste werd gelegd van een andere derde (verstrekker/instelling zelf of wetgeving buiten ZIV).

Waarde	Betekenis
1	Persoonlijk aandeel en/of supplement werd geheel of gedeeltelijk ten laste gelegd van de verstrekker/instelling zelf of van een wetgeving buiten de ZIV (inhoud zone 27 en/of zone 30-31 kleiner dan verwacht bedrag of gelijk aan nul).
2	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
3	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering MAF (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19) Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
4	Mededeling MAF-recht ontvangen maar 100% facturatie niet toegepast omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
6	Geplaatste geïnterneerde (facturatie zoals voor een gewone verzekerde, maar patiëntenfactuur wordt aan de FOD Justitie geadresseerd)
7	Geplaatste geïnterneerde waarvoor remgelden gedragen worden in het kader van de reglementering MAF (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19) Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
8	Geplaatste geïnterneerde waarvoor mededeling MAF-recht ontvangen werd maar 100% facturatie niet toegepast werd omdat de patiëntenfactuur en/of de factuur aan de VI reeds opgemaakt was op het ogenblik van de mededeling of omdat het gaat om een correctie, herfacturatie of herindiening van een gewone (niet 100%) factuur. Deze waarde kan enkel gebruikt worden door ziekenhuizen voor gehospitaliseerde patiënten. (*)
0	In alle andere gevallen, ook als persoonlijk aandeel en/of supplement (rechtstreeks) ten laste genomen wordt van het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij (persoonlijk aandeel moet vermeld worden in zone 27; supplement moet vermeld worden in zone 30-31)

Reglementaire persoonlijke aandelen die niet worden aangerekend door de verstrekker krijgen waarde 0 in zone 27 en waarde 1 in zone 33.
Opgelet: waarden 3 en 4 en 6, 7 en 8 primeren op waarde 1.

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

Ingeval van pseudo-code 767465 (persoonlijk aandeel ligdag aan 0 €), is deze zone steeds gelijk aan 0.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

(*) De waarde 3,4, 7 of 8 moet ook gebruikt worden voor prestaties zonder persoonlijk aandeel. De waarde 3, 4, 7 of 8 mag evenwel niet gebruikt worden ingeval van facturatie van het persoonlijk aandeel in de ligdagprijs vanaf de 366ste dag opneming in een psychiatrisch ziekenhuis (zie pseudo-codes in R 30 Z 4 V 2, punt d) en e)) en ingeval van facturatie van kamersupplementen (pseudo-codes 0761622, 0761644)

Voorbeeld

Gewone facturering

Z 4	Z19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	**ZIV-tegemoetkoming**	**Aantal**	**Bedrag 100%**	**PA**	**Supplement**	**Code facturering PA of supplement**	
768003	+77,85	+1	+0	+0	+0	0 of 4	Bedrag/opname
768025	+9,58	+1	+199,68	+0	+0	0 of 4	Bedrag/dag
766102	-40,08	+1	+0	+40,08	+0	0 of 4	Persoonlijk aandeel
750002	+0	+1	+0	+0,62	+0	0 of 4	Forfaitair remgeld geneesmiddelen
761622	+0	+1	+0	+0	+18,95	0	Kamersupplement
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	0 of 4	Bedrag/dag Psy
766780	-312,57	+ 23	+0	+312,57	+0	0	PA (na 366e dag)
750002	+0	+ 23	+0	+18,40	+0	0 of 4	Forfaitair remgeld geneesmiddelen

Facturering aan 100% (remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen of in het kader van de reglementering MAF)

Z 4	Z19	Z 22	Z 24-25	Z 27	Z 30-31	Z 33	
pseudo-code	**ZIV-tegemoetkoming**	**Aantal**	**Bedrag 100%**	**PA**	**Supplement**	**Code facturering PA of supplement**	
768003	+77,85	+1	+0	+0	+0	2 of 3	Bedrag/opname
768025	+9,58	+1	+199,68	+0	+0	2 of 3	Bedrag/dag
766102	+0	+1	+0	+0	+0	2 of 3	Persoonlijk aandeel
750002	+0,62	+1	+0	+0	+0	2 of 3	Forfaitair remgeld geneesmiddelen
761622	+0	+1	+0	+0	+18,95	0	Kamersupplement
768121	+613,87	+ 23	+4442,22	+0	+0	2 of 3	Bedrag/dag Psy
766780	-312,57	+ 23	+0	+312,57	+0	0	PA (na 366e dag)
750002	+18,40	+ 23	+0	+0	+0	2 of 3	Forfaitair remgeld geneesmiddelen

RUBRIEK : DATUM AKKOORD VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 262

In deze zone wordt de begindatum vermeld van de periode waarvoor het akkoord van de adviserend arts of college van artsen-directeurs met betrekking tot de verstrekking (of product) vermeld in deze recordtype, van toepassing is.

Deze zone moet enkel worden ingevuld wanneer de uitvoering en/of facturering van de betreffende verstrekking (of product) afhankelijk is van een voorafgaandelijk akkoord van de adviserend arts of college van artsen-directeurs.

Ingeval van revalidatieverstrekkingen (factuurtype 5 of 6) is deze zone gelijk aan R 20 Z 20-21.

RUBRIEK : TRANSPLANTATIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270

Deze zone moet worden ingevuld in het kader van de orgaan- of beenmergtransplantaties.

Waarde	Betekenis
0	Er is geen orgaan- of beenmergtransplantatie verricht.
1	Er werd een orgaan- of beenmergtransplantatie verricht en de prestaties hebben betrekking op de ontvanger.
2	Er werd een orgaan- of beenmergtransplantatie verricht (of voorbereid) en de prestaties hebben betrekking op de (potentiële) donor.

RUBRIEK : ZIEKENHUISSITE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287

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

Deze zone moet enkel ingevuld worden voor prestaties verricht in het kader van een associatie "zorggebied".
In alle andere gevallen is deze zone gelijk aan nul.

Een ziekenhuis dat prestaties verricht in het kader van een associatie "zorggebied" op een site zonder bedden (dus zonder sitenummer) (bv. polikliniek), kan voor deze site een nummer aanvragen bij de FOD Volksgezondheid.

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

RUBRIEK : IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 293

In deze zone wordt het identificatienummer van de associatie “zorggebied” vermeld.
Dit nummer moet vermeld worden voor alle prestaties die in het kader van een dergelijke associatie verricht werden.

Het identificatienummer van een associatie “zorggebied” bestaat uit 11 posities en wordt voorafgegaan door nul.
De eerste 3 posities zijn “716”, de volgende 3 posities vormen een volgnummer, de volgende 2 posities een check-digit en de laatste 3 posities een kwalificatiecode.

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 40

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : NORM VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N – 9

Waarde	Betekenis
0	In alle andere gevallen die niet bedoeld zijn onder waarde 1**,** 2 of 9.
1	In geval van facturering van geneesmiddelen van categorie B, Bgc, Br of Fb, afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden buiten het toepassingsgebied van de forfaitarisering, waarbij het theoretisch persoonlijk aandeel reeds eerder werd in mindering gebracht voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst (theoretisch persoonlijk aandeel = 0)
2	In geval van facturering van geneesmiddelen van categorie B, Bgc, Br of Fb, afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden buiten het toepassingsgebied van de forfaitarisering, waarbij het theoretisch persoonlijk aandeel reeds eerder gedeeltelijk in mindering gebracht werd voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst en dus groter is dan nul maar kleiner dan het verwachte bedrag.
9	In geval van facturering van de specialiteit Inomax worden de eenheden boven de 96 (uren) in een aparte record vermeld met norm 9. Zone 19, zone 27, zone 30-31 en Z 39 zijn dan steeds gelijk aan nul.

Zie uitgewerkte voorbeelden in bijlage 14.

RUBRIEK : PSEUDO-CODE CATEGORIE GENEESMIDDEL

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

Met deze code wordt de vergoedingscategorie van het betrokken geneesmiddel of de aard van het forfait aangeduid.

- De verschillende records van het type 40 met eenzelfde code in zone 4 dienen gegroepeerd te worden;

- de verschillende codes die in recordtype 40 zone 4 kunnen voorkomen, worden meegedeeld in vervolg 1, 2, 3, 4 en 5;

- ingeval een geneesmiddel tot meerdere vergoedingscategorieën kan behoren dan moet in deze zone die categorie worden vermeld die weerhouden werd voor de tarificatie.

Bijvoorbeeld :

° ingeval van perfusievloeistoffen en oplossingen voor blaasspoelingen die worden toegediend aan ter verpleging opgenomen patiënten moet categorie A worden vermeld;

° ingeval van perfusievloeistoffen van vergoedingscategorie B-181 tot B-186 verwerkt in parenterale voeding (terugbetaald aan 100% van de vergoedingsbasis) moet categorie A worden gebruikt.

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

Omschrijving	Code Ambulant	Gehosp.
3. Magistrale bereidingen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbende		
categorie 1	0750035	-
categorie 2	0750050	-
categorie 3	0750072	-
categorie 4	0750094	-
categorie van alle niet terugbetaalbare magistrale bereidingen	0750116	-
detailrecord betreffende magistrale bereiding	0750212	-
4.1. Parafarmaceutische producten voor mobiliteits-/ immobilisatiehulpmiddelen	0960374	0960385
Andere parafarmaceutische producten	0960396	0960400
4.2. Arbeidsongevallen Internationale verdragen : Niet vergoedbare geneesmiddelen en producten	0961015	0961026

Het gaat om oorspronkelijk niet-vergoedbare geneesmiddelen en producten die ten laste genomen worden van het buitenland. Het bedrag wordt vermeld in Z 19.

Omschrijving	Code Ambulant	Gehosp.
5. Dieetvoeding voor medisch verbruik afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden :		
categorie DA	-	0755521
categorie DB	-	0755543
categorie DC	-	0755565
categorie DCs	-	0755580
categorie DCx	-	0755602
6. Dieetvoeding voor medisch verbruik afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden :		
categorie DA	0755613	-
categorie DB	0755635	-
categorie DC	0755650	-
categorie DCs	0755672	-
categorie DCx	0755694	-
7. Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden :		
categorie MA	-	0755720
categorie MB	-	0755742
categorie MC	-	0755764
categorie MCs	-	0755786
categorie MCx	-	0755801
Hypertonische natriumchloride Inhalatieoplossing	-	0753465
(☞8) niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming	-	0795045
8. Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden :		
categorie MA	0755812	-
categorie MB	0755834	-
categorie MC	0755856	-
categorie MCs	0755871	-
categorie MCx	0755893	-
actieve verbandmiddelen (KB 23/3/2019, BS 15/4/2019)	0795071	-
draagbare diffusors/cassettes (afdeling 7)	0754390	-
Hypertonische natriumchloride Inhalatieoplossing	0753454	-
(☞8) vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming	0753631	-
(☞8) niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming	0753653	-
voorgevulde draagbare diffusors (muco) (afdeling 11)	0759496	-
voorgevulde cassettes (muco) (afdeling 11)	0759511	-
lege draagbare diffusors (muco) (afdeling 11)	0759533	-
lege cassettes (muco) (afdeling 11)	0759555	-
medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging (muco) (afdeling 11)	0759570	-
vullingshonoraria (muco) (afdeling 11)	0759592	-
9a. <u>Honoraria en forfaits</u>		
Installatie en levering van medische gasvormige zuurstof en toebehoren (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 10)	0755952	-
Honorarium voor coördinatie en begeleiding van medische gasvormige zuurstofbehandeling (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 10)	0757455	-
Zuurstofconcentrator (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 6)	0757470	-
Honorarium zuurstofconcentrator (KB 24/10/2002, deel I, hfdst. 2, afd. 6)	0757831	-
Honoraria en forfaits methadon	0755974	-

Omschrijving	Code Ambulant	Gehosp.
9b.Zorgtrajecten		
Zorgtraject diabetes – strips en lancetten	0757352	
Zorgtraject diabetes – bloedglucosemeter	0757374	
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – strips en lancetten	0757396	
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – bloedglucosemeter	0757411	
Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie - bloeddrukmeter	0757433	

Opmerking: Elke aflevering van een pakket strips/lancetten of een bloedglucosemeter of een bloeddrukmeter wordt gefactureerd via 2 afzonderlijke records: een record met de materiaalkost en een record met het honorarium van de apotheker. Deze 2 records hebben dezelfde pseudo-categoriecode (Z4) maar een verschillende (pseudo-) CNK-code (Z40-41).

Omschrijving	**Ambulant**	**Gehosp.**
10. Specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden in acute ziekenhuizen (*):		
10.1 Forfait per opname	-	0756000
Gereduceerd forfait per opname (heropname zelfde patiënt in zelfde ziekenhuis binnen 10 dagen na vorige opname)	-	0767502
10.2 Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in eigen ziekenhuis gehospitaliseerd zijn (x):		
categorie SA	-	0756022
categorie SAgc	-	0756044
categorie SAr	-	0756066
categorie SB	-	0756081
categorie SBgc	-	0756103
categorie SBr	-	0756125
categorie SC	-	0756140
categorie SCgc	-	0756162
categorie SCr	-	0756184
categorie SCs	-	0756206
categorie SCsgc	-	0756221
categorie SCsr	-	0756243
categorie SCx	-	0756265
categorie SCxgc	-	0756280
categorie SCxr	-	0756302
categorie SFa	-	0757680
categorie SFb	-	0757702
contrastmiddelen cat. B, Bgc, Br aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) (ATC-klasse V08)	-	0757864
categorie A, A_{gc}, A_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759183
categorie B, B_{gc}, B_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759205
categorie C, C_{gc}, C_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759743
categorie Cs, Cs_{gc}, Cs_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759765
categorie Cx, Cx_{gc}, Cx_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759780
categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759220
categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759242
10.3 Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen:		
categorie SA	-	0756324
categorie SAgc	-	0756346
categorie SAr	-	0756361
categorie SB	-	0756383
categorie SBgc	-	0756405
categorie SBr	-	0756420
categorie SC	-	0756442
categorie SCgc	-	0756464
categorie SCr	-	0756486
categorie SCs	-	0756501
categorie SCsgc	-	0756523
categorie SCsr	-	0756545

(*) De forfaitarisering heeft enkel betrekking op :
- Acute ziekenhuizen (inclusief psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen); dus geen chronische ziekenhuizen (geïsoleerde Sp- of G-diensten) of psychiatrische ziekenhuizen
- Gehospitaliseerde patiënten, enkel klassieke hospitalisaties, geen "daghospitalisaties" (chirurgisch dagziekenhuis of forfaitaire verpleegdagen)
- Geneesmiddelen specialiteiten (geen medische voeding of hulpmiddelen) van terugbetalingscategorie A, B, C, Cs, Cx, Fa, Fb, met uitzondering van bepaalde geneesmiddelen die op een lijst voorkomen.

(x) Deze pseudo-codes worden ook gebruikt in het uitzonderlijk geval, beschreven in bijlage 17.2.

	Omschrijving	Ambulant	Gehosp.
	categorie SCx	-	0756560
	categorie SCxgc	-	0756582
	categorie SCxr	-	0756604
	categorie D	-	0756626
	Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en met informatie aan adviserend arts (**)	-	0757245
	Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en zonder informatie aan adviserend arts (***)	-	0757260
	categorie SFa	-	0757724
	categorie SFb	-	0757746
	categorie A, A_{gc}, A_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759264
	categorie B, B_{gc}, B_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759286
	categorie C, C_{gc}, C_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759802
	categorie Cs, Cs_{gc}, Cs_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759824
	categorie Cx, Cx_{gc}, Cx_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759846
	categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759301
	categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759323
(☞8)	niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming	-	0795060

(**) Deze geneesmiddelen mogen aangerekend worden aan de patiënt. In Z 40-41 moet de CNK-code ingevuld worden. Het bedrag wordt vermeld in Z 30-31. De zones 19 en 27 zijn gelijk aan nul.

(***) Deze geneesmiddelen mogen niet aan de patiënt aangerekend worden. In Z 40-41 moet de CNK-code ingevuld worden. Alle bedragzones zijn gelijk aan nul. Dit betekent dat het om “gratis geneesmiddelen” gaat. Zone 16 moet dus gelijk zijn aan 1.

Omschrijving	Code Ambulant	Code Gehosp.
10.4 Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in een ander acuut ziekenhuis gehospitaliseerd zijn:		
categorie SA	-	0756641
categorie SAgc	-	0756663
categorie SAr	-	0756685
categorie SB	-	0756700
categorie SBgc	-	0756722
categorie SBr	-	0756744
categorie SC	-	0756766
categorie SCgc	-	0756781
categorie SCr	-	0756803
categorie SCs	-	0756825
categorie SCsgc	-	0756840
categorie SCsr	-	0756862
categorie SCx	-	0756884
categorie SCxgc	-	0756906
categorie SCxr	-	0756921
categorie SFa	-	0757761
categorie SFb	-	0757783
contrastmiddelen cat. B, Bgc, Br aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) (ATC-klasse V08)	-	0757886
categorie A, A_{gc}, A_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759345
categorie B, B_{gc}, B_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759360
categorie C, C_{gc}, C_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759861
categorie Cs, Cs_{gc}, Cs_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759883
categorie Cx, Cx_{gc}, Cx_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759905
categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759382
categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759404
10.5 Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in een ander psychiatrisch of chronisch ziekenhuis gehospitaliseerd zijn:		
categorie SA	-	0756943
categorie SAgc	-	0756965
categorie SAr	-	0756980
categorie SB	-	0757002
categorie SBgc	-	0757024
categorie SBr	-	0757046
categorie SC	-	0757061
categorie SCgc	-	0757083
categorie SCr	-	0757105
categorie SCs	-	0757120
categorie SCsgc	-	0757142
categorie SCsr	-	0757164
categorie SCx	-	0757186
categorie SCxgc	-	0757201
categorie SCxr	-	0757223
categorie SFa	-	0757805
categorie SFb	-	0757820
contrastmiddelen cat. B, Bgc, Br aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) (ATC-klasse V08)	-	0757901
categorie A, A_{gc}, A_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759426
categorie B, B_{gc}, B_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759441
categorie C, C_{gc}, C_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759920
categorie Cs, Cs_{gc}, Cs_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759942
categorie Cx, Cx_{gc}, Cx_r aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759964
categorie Fa aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759463
categorie Fb aan 90% (85% vanaf 1/4/2019)	-	0759485

11. Forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen.

MBV1	0757293
MBV2	0757315
MBV3	0757330

Mededeling CNK-codes voor de magistrale bereidingen.

Indien de inhoud van zone 4 gelijk is aan 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 of 0750116 dan moet in zone 19 het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming worden vermeld, in zone 22 het aantal modules en in zone 27 het persoonlijk aandeel; de eenheid in zone 23 en de productcode in zone 40-41 is dan gelijk aan nul.
Indien de inhoud van zone 4 gelijk is aan 0750035, 0750050, 0750072 of 0750094, dan moet de galenische vorm in de zone 37 worden vermeld.

Indien de inhoud van deze zone gelijk is aan 0750212 en bijgevolg verwijst naar het detail van een magistrale bereiding dan is de inhoud van zone 19, zone 27 en zone 37 gelijk aan nul, zone 22 vermeldt de totale hoeveelheid van het product vermeld in zone 40-41, zone 23 duidt de eenheid aan waarin de hoeveelheid (vermeld in zone 22) wordt uitgedrukt, in zone 40-41 komt de CNK-code van het betreffende product.

In de overige zones, met uitzondering van de zone 2 (volgnummer record) en zone 99 (controle cijfer record), worden de waarden uit de voorafgaande record met de categoriecode van het magistraal product overgenomen.

Bij elke facturatie van een vergoedbare magistrale bereiding, moet minstens één detailrecord volgen.
Per magistrale bereiding worden de werkzame bestanddelen meegedeeld in records met zone 4 = 0750212 (zie Hoofdstuk I tot IV van de bijlage bij het KB van 12/10/2004 + referentiebestand op de website van het RIZIV)
(http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/ magistrale/Paginas/default.aspx#Detailregistratie_–_Referentiebestand).
Het aantal detailrecords dat volgt op een basisrecord van een magistrale bereiding is niet vooraf te bepalen.

Ingeval van specialiteiten verwerkt in een magistrale bereiding, dan moeten in de detailrecords van de magistrale bereiding de CNK-codes van de betreffende specialiteiten vermeld worden.

Indien het gaat om een magistrale bereiding zonder werkzame bestanddelen, dan moet in de detailrecord de “generieke” CNK-code voor een zalfbasis (0586784) vermeld worden.

Indien het om de één of andere reden absoluut onmogelijk is om een detailrecord op te maken, dan kan een zogenaamde “pseudo-detailrecord” meegegeven worden. In deze record wordt in Z 40-41 de pseudo-CNK-code 0589002 vermeld. In de zone 23 wordt een willekeurige eenheid gekozen. De hoeveelheid in zone 22 wordt op 1 gezet.

De vermelding van de detailrecords (0750212) is verplicht vanaf 1/1/2009.

Er wordt geen tariefcontrole gedaan op basis van de elementen in de detailrecords.

Ingeval van verwerping van één record uit het blok « facturatierecord + detailrecords », moet het volledige blok verworpen worden.

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;

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°;

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.

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.

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 x P0,01 = 1,82 euro
Tarifering 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

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 x P0,01 = 1,82 euro
Tarifering 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.

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.	Hoeveel-heid	Eenheid	Bedrag pat.	Galen. vorm	Code pro-duct
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	4000	02	0	0	0521427
80		38,64			4,80		

RUBRIEK : DATUM EERSTE GEFACTUREERDE DAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 17

- *in geval van forfait per opname voor geneesmiddelen die geforfaitariseerd zijn (pseudo-code 0756000 of 0767502) :* datum van opname.
  Het gaat om de datum van opname in het ziekenhuis.
  Het forfait voor geneesmiddelen (0756000 of 0767502) mag slechts 1 maal per verblijf aangerekend worden, namelijk op de datum van opname in het ziekenhuis.

- *voor de andere producten :* begindatum van afleveringsperiode of datum van aflevering.

- *in geval van verandering van dienst tijdens periode van aflevering :* datum van verandering van dienst indien de dienstwijziging plaatsvindt vóór 12u of de datum volgend op de datum van verandering van dienst wanneer de dienstwijziging plaatsvindt na 12u (dit betekent dat de facturatie gesplitst moet worden in verschillende records).

Ingeval van 0757293 of 0757315 is deze zone gelijk aan de datum van de realisatie van de laboactiviteit (zie bijlage A2 van het KB van 06/10/2008).
Ingeval van 0757330 is deze zone gelijk aan de datum van inductie van ovulatie (zie bijlage B2 van het KB van 06/10/2008).

RUBRIEK : DATUM LAATSTE GEFACTUREERDE DAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 25

- *in geval van forfait per opname voor geneesmiddelen die geforfaitariseerd zijn (pseudo-code 0756000 of 0767502) :* datum van opname;

- *voor de andere producten :* einddatum van afleveringsperiode of datum van aflevering.

- *in geval van verandering van dienst tijdens periode van aflevering :* datum van verandering van dienst indien de dienstwijziging plaatsvond na 12u of de datum voorafgaand op de datum van verandering van dienst wanneer de dienstwijziging plaatsvond voor 12u (dit betekent dat de facturatie gesplitst moet worden in verschillende records).

Ingeval van 0757293 of 0757315 is deze zone gelijk aan de datum van de realisatie van de laboactiviteit (zie bijlage A2 van het KB van 06/10/2008).
Ingeval van 0757330 is deze zone gelijk aan de datum van inductie van ovulatie (zie bijlage B2 van het KB van 06/10/2008).

Opmerking : Er moet altijd een einddatum worden vermeld, ook als deze gelijk is aan de begindatum.

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

Zie recordtype 20 zone 7.

Het nummer van het ziekenfonds dient te worden vermeld in deze zone ongeacht het type van factuur zoals dat is gecodeerd in recordtype 20 zone 10.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

Zie recordtype 20 zone 9.

RUBRIEK : BEVALLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

Zie recordtype 30 zone 10.

Waarde	Betekenis
0	Er is geen bevalling geweest.
1	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de moeder.
2	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene, terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft.
3	Er is een bevalling geweest van meerlingen en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene(n), terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft.
4	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene en de moeder is ambulant bevallen (factuurtype 3 of 9).
5	Er is een bevalling geweest van meerlingen en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene(n) en de moeder is ambulant bevallen (factuurtype 3 of 9).
6	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de moeder die ambulant bevallen is (factuurtype 3 of 9).

(☞7) Vanaf 01/01/2023 is deze zone enkel nog noodzakelijk in de uitzonderlijke gevallen waarin er geen aparte factuur op naam van de pasgeborene kan opgemaakt worden (bv. doodgeboren baby).
Ingeval van aparte facturatie voor moeder en baby mag de zone facultatief ingevuld worden.

RUBRIEK : VERWIJZING FINANCIEEL REKENINGNUMMER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 51

Zie recordtype 30 zone 11.

RUBRIEK : DIENSTCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

Zie recordtype 30 en 50 zone 13.

In geval van niet-vergoedbare parafarmaceutische producten (0960374-0960385 of 0960396-0960400) moet deze zone op nul worden gezet.

In geval van het forfait per opname voor geneesmiddelen (0756000 of 0767502), moet in deze zone de opnamedienst vermeld worden.

RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

Ingeval van geneesmiddelen afgeleverd in het kader van de dialyse-conventie (zowel ambulante als gehospitaliseerde code) moet hier het identificatienummer van het dialysecentrum worden vermeld.

Ingeval van forfaitaire verpleegdagen in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf moet hier het identificatienummer van het ziekenhuis van prestatie worden vermeld.

Ingeval geneesmiddelen worden afgeleverd aan patiënten die een revalidatiebehandeling volgen, kunnen deze alleen worden gefactureerd door de erkende tariferingsdienst van het ziekenhuis van aflevering en wordt hier het nummer van het ziekenhuis vermeld.

Voor facturen opgemaakt door een ziekenhuis voor patiënten die verblijven in RVT, ROB of BW komt hier het nummer van het ziekenhuis.

Voor facturen opgemaakt met als nummer derdebetalende het identificatienummer van een erkende tariferingsdienst van een ziekenhuis komt hier het nummer van het ziekenhuis of het nummer van de erkende tariferingsdienst bij ontstentenis ervan.

Ingeval de forfaits 0757293 of 0757315 worden aangerekend, dan moet in deze zone het erkenningsnummer van het zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A of B worden vermeld (nummer ziekenhuis + 140 of 141).

RUBRIEK : IDENTIFICATIE OVEREENKOMST / INRICHTING VAN VERBLIJF

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

In geval van behandeling in een revalidatiecentrum (type factuur = 5 of 6), dient het identificatienummer van de overeenkomst opgenomen te worden.

In geval van aflevering van geneesmiddelen door ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW (type factuur = 4) moet in deze zone het nummer van de betreffende inrichting waar de patiënt verblijft worden vermeld.

In de andere gevallen dient deze zone op nul te worden gezet.

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

Waarde	Betekenis
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.

(*) 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 : BETREKKELIJKE VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 81

Op de website van het RIZIV (op de pagina “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een betrekkelijke verstrekking moet vermeld worden.
Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.

Voor prestaties die niet op de lijst staan, mag er geen betrekkelijke verstrekking ingevuld worden en moet deze zone dus verplicht met nullen opgevuld worden.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 88

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.

Het betreft het bedrag dat door de verzekeringsinstelling terugbetaald wordt.

Algemeen : zie artikel 95 § 1 en § 3 van het K.B. van 21 december 2001 voor de ter verpleging opgenomen rechthebbenden, § 2 a) voor de afleveringen aan niet ter verpleging opgenomen personen en § 2 b) voor rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen.

De tarificatie moet gebaseerd worden op de Code Gerechtigde 1.
Indien het 3de cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling.
Indien het 3de cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.

- Indien Z 4 = 0756000 (of 0767502), dan is deze zone gelijk aan het (gereduceerd) bedrag van het forfait.
  Indien Z 4 = 0756022, 0756044, 0756066, 0756081, 0756103, 0756125, 0756140, 0756162, 0756184, 0756206, 0756221, 0756243, 0756265, 0756280, 0756302, 0757680 of 0757702, dan is deze zone gelijk aan 25% van de vergoedingsbasis van het betreffende product (zie art. 95 § 3 van het K.B. van 21/12/2001).

- Indien Z 4 = 0757293, 0757315 of 0757330, dan is deze zone gelijk aan de prijs van het forfait zoals vermeld in art. 2, 3 of 4 van het KB van 6/10/2008 (BS 14/10/2008), verminderd met het persoonlijk aandeel voorzien in art. 6, 7 of 8 van hetzelfde KB.

- Voor de geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten uit het chirurgisch dagziekenhuis en patiënten waarvoor een forfaitaire verpleegdag mag worden aangerekend, wordt het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming berekend volgens de regels die gelden voor ambulante patiënten.

- Voor de niet vergoedbare geneesmiddelen is de verzekeringstegemoetkoming 0.

- Voor de geneesmiddelen, afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten, binnen het kader van een forfaitaire verpleegdag, in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf (= forfaits met gehospitaliseerde code), dienen de regels i.v.m. verzekeringstegemoetkoming en remgelden van de ter verpleging opgenomen rechthebbenden te worden toegepast.

- Indien het een detailrecord van een magistrale bereiding betreft (zone 4 = 0750212) dan is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

- Voor de contrastmiddelen (ATC-klasse V08) en andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019) wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd met 10% (15% vanaf 1/4/2019).

- Indien Z 4 =0753631 of 0757956, dan is deze zone gelijk aan de tegemoetkoming voorzien in het KB van 21/12/2001 vermeerderd met de specifieke tegemoetkoming voorzien in het KB van 16/9/2013 (BS 20/9/2013).
  Indien Z 4 = 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060 dan is deze zone gelijk aan de specifieke tegemoetkoming voorzien in het KB van 16/9/2013 (BS 20/9/2013).

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

RUBRIEK : DATUM VOORSCHRIFT GERESERVEERDE ZONE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 100

Deze zone wordt gereserveerd maar voorlopig niet gebruikt.

RUBRIEK : TEKEN + AANTAL EENHEDEN

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 4 N – 108

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.
Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.
Deze zone mag geen decimalen bevatten.

In deze zone moet het aantal afgeleverde eenheden worden vermeld; dit komt overeen met het aantal keer dat het eenheidstarief werd aangerekend.
Indien het aantal eenheden in een tube, flacon, ampule,… gedeeld door de eenheid waarin de prijs uitgedrukt is geen geheel getal is, dan moet het aantal eenheden naar beneden afgerond worden.

Voorbeeld 1: *Replagal 797-381*
Prijs * en ** geldt per 0,2 ml
1 ampule bevat 3,5 ml, dus 17,5 eenheden (3,5/0,2)
Bij aflevering van 1 ampule, kunnen 17 eenheden aangerekend worden.
Bij aflevering van 3 ampulen, kunnen 51 (= 3*17) eenheden aangerekend worden.

Voorbeeld 2: *Gyno-daktarin 0708-164*
Prijs * en ** geldt per 5 g
1 tube bevat 78 g, dus 15,6 eenheden (78/5)
Bij aflevering van 1 tube, kunnen 15 eenheden aangerekend worden.

- In geval van een forfait is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan 1.

- Voor geneesmiddelen afgeleverd door ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in R.V.T., R.O.B., P.V.T. of I.B.W. zie eenheid naast de codes aangeduid met "*" in het K.B. 21/12/2001.

- Indien het gaat om de specialiteit Inomax, dan is het aantal eenheden vermeld in deze zone uitgedrukt in uren.

- Indien het gaat om magistrale bereidingen (zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 of 0750116) dan wordt hier het aantal modules vermeld.
  Indien het gaat om een bestanddeel van een magistrale bereiding (zone 4 = 0750212) dan komt hier de *totale hoeveelheid* van het product vermeld in zone 40-41, uitgedrukt in de *meest passende eenheid* volgens de code vermeld in zone 23, met een maximum van 4 significante cijfers.
  Indien de hoeveelheid, uitgedrukt in de kleinst mogelijke eenheid, toch nog kleiner is dan 1, dan wordt naar boven afgerond (dus hoeveelheid = 1).
  Totale hoeveelheid = totale hoeveelheid aanwezig in de volledige bereiding zoals gefactureerd in de hoofdrecord 40.
  Meest passende eenheid = de eenheid die toelaat om de grootse precisie te hebben in de overgemaakte gegevens door maximum 4 significante cijfers te gebruiken (zonder decimalen).

- Ingeval zone 4 = 0755952 of 0757455, dan is deze zone gelijk aan 1.

- Ingeval zone 4 = 0755974, dan komt hier het aantal behandelingsdagen.

- Ingeval zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 of 0757433, dan is deze zone gelijk aan 1.

Ingeval van creditnota bevat deze zone steeds een negatieve waarde (cf. punt c in bijlage 7 vervolg 1).

RUBRIEK : EENHEID

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 113

In deze zone wordt door middel van een code de eenheid aangeduid waarin de hoeveelheid vermeld in zone 22 wordt uitgedrukt.

Deze zone moet enkel worden ingevuld indien zone 4 = 0750212.
In alle andere gevallen is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

Waarde	Betekenis
02	mg
03	microgram
05	1000 eenheden
08	stukken
10	gram
11	10.000 eenheden
12	100.000 eenheden
14	eenheden

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

Deze zone moet worden ingevuld indien het gaat om geneesmiddelen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden.

Deze zone is gelijk aan nul indien het gaat om geneesmiddelen of producten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden (R 40 Z 4 = pseudo-code uit punt 1, punt 8, punt 10 of punt 13 of pseudo-code 0960385 of 0960400).
Indien een identificatienummer voorschrijver wordt vermeld, mag alleszins geen fout aangerekend worden.

Deze zone is eveneens gelijk aan nul indien het gaat om niet-vergoedbare geneesmiddelen, magistrale bereidingen of producten afgeleverd zonder voorschrift, aan ambulante patiënten (R 40 Z 4 = 0751015, 0750116, 0961015, 0960374 of 0960396).

Voor de 3 pseudocodes 0757293, 0757315 en 0757330 moet de voorschrijver (arts-specialist in gynaecologie-verloskunde) vermeld worden.

RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIËNT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128

In deze zone wordt het werkelijk aangerekend reëel en reglementair persoonlijk aandeel vermeld.

Zie art. 2. 1° en 2° a) van het K.B. van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de, in het raam van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.

Deze zone wordt enkel gebruikt voor niet ter verpleging opgenomen patiënten, patiënten uit het chirurgisch dagziekenhuis, patiënten waarvoor een forfaitaire verpleegdag wordt aangerekend en patiënten die verblijven in RVT, ROB of IBW.

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.

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.

Indien zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072 of 0750094 dan komt hier het persoonlijk aandeel van de magistrale bereiding.
Indien zone 4 = 0750212 dan is deze zone = 0.

Indien zone 4 = 0755974 dan is deze zone = 0.

Voor ambulant afgeleverde geneesmiddelen aan patiënten die in PVT verblijven en voor farmaceutische specialiteiten die verwerkt worden in een oplossing van parenterale voeding is deze zone = 0. In zone 39 wordt het theoretisch persoonlijk aandeel vermeld.

Indien zone 4 = 0757352, 0757374, 0757396, 0757411 of 0757433 dan is deze zone = 0.

Indien Z 4 = 0753631 of 0757956, dan is deze zone gelijk aan het persoonlijk aandeel voorzien in het KB van 7 mei 1991 verminderd met de specifieke tegemoetkoming voorzien in het KB van 16/09/2013 (BS 20/09/2013).
Indien Z 4 = 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060 dan is deze zone gelijk aan nul.

Indien Z 4 = 0795071, dan is deze zone gelijk aan het persoonlijk aandeel voorzien in het KB van 23 maart 2019 (actieve verbandmiddelen).

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

Zie recordtype 10 zone 28.

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

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

In deze zone worden de bedragen vermeld die buiten het kader van de verplichte ziekteverzekering worden aangerekend aan de patiënt of rechtstreeks ten laste worden genomen door een OCMW of privé-verzekeringsmaatschappij. Het gaat dus niet over de niet vergoedbare geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (zie R 40 Z 39).

Het betreft
- niet terugbetaalbare specialiteiten afgeleverd aan patiënten die verblijven in een algemeen ziekenhuis : 0750820;
- niet terugbetaalbare niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die verblijven in een acuut ziekenhuis: 0756626;
- niet terugbetaalbare specialiteiten afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen patiënten : 0751015;
- niet terugbetaalbare magistrale bereidingen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen patiënten : 0750116;
- niet-terugbetaalbare parafarmaceutische producten: 0960374-0960385, 0960396-0960400;
- niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en met informatie aan adviserend arts: 0757245;
  Opmerking: Indien er geen informatie wordt gegeven aan de adviserend arts (0757260) ten laatste op het moment van facturatie (zie KB van 7 mei 1991), dan mogen de geneesmiddelen niet aangerekend worden aan de patiënt en is deze zone gelijk aan nul.
- eventueel supplement ingeval van aflevering van een bloeddrukmeter in het kader van het zorgtraject “chronische nierinsufficiëntie”: 0757433.
- eventueel supplement ingeval van aflevering van toebehoren voor medische gasvormige zuurstof door de leverancier-niet apotheker: 0755952.

(☞8)
- verschil tussen de prijs en de specifieke tegemoetkoming voorzien in het KB van 16/9/2013 (BS 20/9/2013) ingeval van niet-vergoedbare contraceptiva afgeleverd aan rechthebbenden < 25 jaar of met recht op verhoogde tegemoetkoming: 0753653, 0757971, 0795023, 0795045, 0795060.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

RUBRIEK : UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 175

Zie recordtype 30 zone 32.

RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPPLEMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176

Zie recordtype 30 zone 33.

Waarde	Betekenis
1	Persoonlijk aandeel en/of supplement werd geheel of gedeeltelijk ten laste gelegd van de verstrekker/instelling zelf of van een wetgeving buiten de ZIV (inhoud zone 27 en/of zone 30-31 kleiner dan verwacht bedrag of gelijk aan nul).
2	Remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen (inhoud zone 27 gelijk aan nul, remgeld wordt vermeld in zone 19)
6	Geplaatste geïnterneerde (facturatie zoals voor een gewone verzekerde, maar patiëntenfactuur wordt aan de FOD Justitie geadresseerd)
0	In alle andere gevallen, ook als persoonlijk aandeel en/of supplement (rechtstreeks) ten laste genomen wordt van het OCMW of een privé-verzekeringsmaatschappij (persoonlijk aandeel moet vermeld worden in zone 27; supplement moet vermeld worden in zone 30-31)

Reglementaire persoonlijke aandelen die niet worden aangerekend door de verstrekker krijgen waarde 0 in zone 27 en waarde 1 in zone 33.

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

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

RUBRIEK : CODE UITZONDERING PROFYLAXIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 177

Deze zone is steeds gelijk aan nul.

RUBRIEK : FLAG INN

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1N – 179

In deze zone wordt meegedeeld of het geneesmiddel voorgeschreven is onder zijn merknaam of onder zijn INN (international non proprietary name) (= algemene benaming).

Waarde	Betekenis
0	geneesmiddel voorgeschreven onder zijn merknaam
1	geneesmiddel voorgeschreven onder zijn INN

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.

Waarde	Betekenis
01	gelulen
08	suppo volwassenen
09	suppo kinderen
10	ovulen
11	rectiolen
13	ampullen
15	te verdelen poeders
20	oplossingen inwendig gebruik
21	oplossingen uitwendig gebruik
27	oogdruppels
28	ooglotion
30	zalven
31	oogzalven
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”.
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”).

RUBRIEK : NUMMER TARIFERINGSDIENST

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE: 12 N - 183

In deze zone komt het identificatienummer van de erkende tariferingsdienst van de ziekenhuisofficina die de geneesmiddelen heeft afgeleverd (zie K.B. 23 november 1995, B.S. 11 januari 1996).

RUBRIEK : TEKEN + THEORETISCH PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 195

Deze zone wordt gebruikt voor gehospitaliseerde patiënten, de ambulante afgeleverde geneesmiddelen aan patiënten die in PVT verblijven en de farmaceutische specialiteiten die verwerkt worden in een oplossing voor parenterale voeding.

Vermits het persoonlijk aandeel in deze gevallen een forfaitair bedrag is, gaat het hier om een theoretisch bedrag, dat niet aan de patiënt wordt gefactureerd.

Vergoedbare geneesmiddelen

a) Aflevering aan gehospitaliseerde patiënten
Voor geneesmiddelen die buiten de forfaitarisering vallen, is dit bedrag het verschil tussen de "vergoedingsbasis" (waarvan sprake in art. 95, § 1 van het K.B. van 21 december 2001) en het bedrag dat door de ziekteverzekering wordt vergoed (R 40 Z 19) (*).
Ingeval van referentiespecialiteiten mag het verschil tussen de prijs en de vergoedingsbasis dus niet opgenomen worden in deze zone.
Voor geneesmiddelen die binnen de forfaitarisering vallen, is deze zone gelijk aan nul.

b) (Ambulante) aflevering aan patiënten die in PVT verblijven
Het theoretisch persoonlijk aandeel is gelijk aan het verschil tussen de “prijs” (tarief *) en het bedrag dat door de ziekteverzekering wordt vergoed (R 40 Z 19).
Ingeval van referentiespecialiteiten moet het verschil tussen de prijs en de vergoedingsbasis dus ook opgenomen worden in deze zone.
Uitzondering: voor specialiteiten van categorie Fa of Fb mag het eventuele verschil tussen prijs en vergoedingsbasis niet in deze zone opgenomen worden.

Niet vergoedbare geneesmiddelen

In een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrisch verzorgingstehuis dekt het forfaitaire remgeld eveneens de niet vergoedbare geneesmiddelen. De volledige kostprijs van deze producten dient derhalve vermeld te worden als theoretisch persoonlijk aandeel.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

(*) Deze definitie is niet geldig voor contrastmiddelen en andere geneesmiddelen aan 90% (85% vanaf 1/4/2019), waarvoor de tegemoetkoming verminderd wordt met 10% (15% vanaf 1/4/2019).

RUBRIEK : NUMMER PRODUCT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N – 205

Hier komt de individuele code van het farmaceutisch product.

Deze zone moet steeds worden ingevuld, behalve indien het gaat om magistrale bereidingen afgeleverd aan ambulante patiënten, het forfait per opname voor geneesmiddelen (0756000 of 0767502) en de forfaitaire tegemoetkomingen 0757293, 0757315 en 0757330**.** In dit geval dient de zone op nul te worden gezet.

1. Terugbetaalbare geneesmiddelen van categorie A, B, C, Cs en Cx.
   Zie bijlage bij het K.B. van 1 februari 2018 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen.

   Men gebruikt dezelfde codes voor de geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten (eenheden die voorafgegaan worden door een dubbele asterisk (**)) als voor de geneesmiddelen afgeleverd aan ambulante patiënten, patiënten die verblijven in R.V.T., R.O.B. en I.B.W. en patiënten waarvoor een forfaitaire verpleegdag mag worden aangerekend (eenheden die voorafgegaan worden door één asterisk (*)).

2. Niet terugbetaalbare geneesmiddelen en niet terugbetaalbare andere afleveringen.
   De individuele code van het product (publieke CNK-code) wordt vermeld; indien er echter een individuele code terugbetaalbaar product (CNK-code 07xxxxxx/7xxxxxx) bestaat, dan moet deze worden vermeld.

   De niet-terugbetaalbare geneesmiddelen die afkomstig zijn uit het buitenland en waarvoor geen CNK-code bestaat dienen vermeld te worden onder de pseudo-CNK-code 07799984.

   De binnenlandse niet-terugbetaalbare geneesmiddelen waarvoor geen CNK-code bestaat moeten vermeld worden onder pseudo-CNK-code 07799992.

   De niet terugbetaalbare afleveringen, andere dan geneesmiddelen specialiteiten, waarvoor geen CNK-code bestaat, moeten vermeld worden onder pseudo-CNK-code 07799976.

   De chemotherapeutische medicatie die valt onder de ATC-code L01, waarvoor een maxi-forfait mag aangerekend worden en waarvoor geen CNK-code bestaat, moet vermeld worden onder de pseudo-CNK-code 07799984 of 07799992 naargelang het gaat om een binnenlands of buitenlands product.

   Bij gebruik van de pseudo-CNK-codes 07799984, 07799992 en 07799976 dient de omschrijving van het betreffende product vermeld te worden in zone 42 tot 45.

   Opmerking : Het gebruik van de pseudo-CNK-codes 07799984, 07799992 en 07799976 moet beperkt blijven tot maximum 1 % van de jaarlijkse omzet.

3. Magistrale bereidingen.
   Indien zone 4 = 0750035, 0750050, 0750072, 0750094 of 0750116 is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.
   Indien zone 4 = 0750212 dan wordt in deze zone een CNK-code vermeld.

4. Materialen en verzorgingsproducten voor de verzorging ten huize van rechthebbenden die lijden aan mucoviscidose.

   CNK-codes uit de lijst (afdeling 7 KB 24/10/2002).

   - forfait voor de medische hulpmiddelen voor toediening en verzorging 07100068
   - vullingshonoraria 07100076

5. Honoraria voor de levering en installatie van zuurstof bij de rechthebbende thuis.

   Toebehoren en installatie

   Door apotheker:
   07107949 eerste installatie
   07107006 huursom voor flessen en ontspanner
   07105752 zuurstofmaskers en/of zuurstofbrillen
   07106545 zuurstofslangen
   07106784 luchtbevochtigers voor éénmalig gebruik

   Door leverancier-niet apotheker:
   07109218 eerste installatie
   07109226 huursom voor flessen en ontspanner
   07109234 zuurstofmaskers en/of zuurstofbrillen
   07109242 zuurstofslangen
   07109259 luchtbevochtigers voor éénmalig gebruik

   In R 40 Z 4 worden deze pseudo-CNK-codes gegroepeerd onder de pseudo-categoriecode 0755952.

   Honorarium voor coördinatie en begeleiding
   - coördinatie en begeleiding van gasvormige zuurstoftherapie 07105745

   In R 40 Z 4 wordt bij deze pseudo-CNK-code de pseudo-categoriecode 0757455 gebruikt.

6. Zorgtrajecten

Zorgtraject diabetes – strips en lancetten - materiaalkost	07104656
Zorgtraject diabetes – strips en lancetten - honorarium	07104664
Zorgtraject diabetes – bloedglucosemeter - materiaalkost	07104672
Zorgtraject diabetes – bloedglucosemeter - honorarium	07104680
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – strips en lancetten - materiaalkost	07104698
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – strips en lancetten – honorarium	07105372
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – bloedglucosemeter - materiaalkost	07105380
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – bloedglucosemeter - honorarium	07105398
Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie – bloeddrukmeter - honorarium	07105406

Op de website van het RIZIV zal een lijst gepubliceerd worden met bloeddrukmeters die in aanmerking komen voor terugbetaling in het kader van dit zorgtraject.
De materiaalkost dient gefactureerd te worden onder de specifieke CNK-code uit bovenvermelde lijst

RUBRIEK : OMSCHRIJVING PRODUCT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 48 A - 213

Indien in deze recordtype 40 zone 40-41, de code 07799976, 07799984 of 07799992 wordt vermeld, moet in deze zone de omschrijving van het betreffende product worden gegeven.

Indien in deze recordtype 40 zone 4 de pseudocode 0960374-0960385 of 0960396-0960400 wordt vermeld, moet in deze zone de omschrijving van het betreffende product worden gegeven.

RUBRIEK : DATUM AKKOORD VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 262

Zie recordtype 30 zone 47.

Voor geneesmiddelen die binnen de forfaitarisering vallen, is er geen akkoord van de adviserend arts nodig en is deze zone gelijk aan nul.

Bij de pseudocodes 0757293, 0757315, 0757330 moet de datum van het akkoord van de adviserend arts ingevuld worden.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

RUBRIEK : TRANSPLANTATIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270

Zie recordtype 30 zone 48.

RUBRIEK : NUMMER APOTHEKER TITULARIS

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 271

In deze zone wordt de apotheker titularis geïdentificeerd aan de hand van zijn R.I.Z.I.V.-identificatienummer.
Het betreft het identificatienummer van de apotheker-titularis die de verzamelfactuur (betreffende de gefactureerde maand vermeld in R 10 Z 22-23), ondertekend heeft.

A	B	C					D		E		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	2										

A : De eerste positie is steeds 0.

B : De tweede positie is steeds 2.

C : Volgnummer, toegekend door het R.I.Z.I.V. (positie 3 tot en met 9).

D : Controlecijfer

E : De drie laatste posities hebben de volgende betekenis :

001 titularis

RUBRIEK : GEBOORTEJAAR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N - 283

Het gebruik van deze zone is voorlopig facultatief.

In deze zone wordt het geboortejaar vermeld van de rechthebbende in zone 8.

RUBRIEK : ZIEKENHUISSITE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287

Zie Recordtype 30 Zone 51

RUBRIEK : IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 293

Zie Recordtype 30 Zone 52

RUBRIEK : FLAG BTW

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347

In deze zone wordt aangegeven of het al dan niet gaat om een verstrekking/levering waarop BTW verschuldigd is.

	Waarde	Betekenis
(☞7)	01	verstrekkingen/leveringen die volledig aan de patiënt aangerekend worden en waarop BTW verschuldigd is
	02	verstrekkingen/leveringen die volledig aan de patiënt aangerekend worden met vrijstelling van BTW
	00	Alle andere gevallen

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 50

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : NORM VERSTREKKING (PERCENTAGE)

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

De code geeft informatie die nodig is voor de tarifering.

Waarde	Betekenis
1	Operatieve hulp bij eerste heelkundige ingreep
2	Operatieve hulp bij tweede of volgende heelkundige ingreep.
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.
6	Materialen uit art. 28 of uit “De Lijst” (KB 25/6/2014) waarvoor de aankoopprijs onder de RIZIV-prijs ligt en derhalve slechts getarifeerd worden ten belope van het factuurbedrag.
7	Prestaties die buiten de derdebetalersregeling vallen, maar pro memorie op het elektronisch facturatiebestand staan en er volgt een factuur VI via contante betaling.
8	Voor de chirurgische ingre(e)p(en) uitgevoerd tijdens eenzelfde operatiezitting in dezelfde opereerstreek als de hoofdingreep en die niet geattesteerd kan (kunnen) worden omdat het niet om de hoofdingreep gaat.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

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 de record van de laatste prestatiecode (met normcode 0, of 5 in geval van herhaling); voor alle andere prestatiecodes wordt normcode 9 gebruikt en wordt zone 19 (bedrag VI) op nul gezet.

Voor de tandprothesen moet de record met de prestatiecode voorafgegaan worden door records met pseudo-codes die de fases van vervaardiging aanduiden. In deze records moet de datum van elke fase ingevuld worden (Z 5 = Z 6). De normcode is gelijk aan 9. De bedragzones zijn gelijk aan nul.

De records met normcode 9 moeten in een aaneensluitende reeks worden vermeld en onmiddellijk gevolgd worden door de laatste prestatierecord 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 verzekerbaarheid 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 verzekerbaarheidstoestand 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.
  Voor de *verstrekkingen 427534, 427556, 427571* en 429251worden, 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 supplementair honorarium PN of de nomenclatuurcode 427534, 427556, 427571of 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.

- Voor de coronaire stents (158992-159003), coronaire of drug eluting stents (159036-159040) of drug eluting stents (159014-159025) en voor de verstrekkingen betreffende endoprothesen (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 4 en Z 4 V 18

- 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;

  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 (op
  de pagina "Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager") (bijgewerkt tot en met 30/6/2014 en blijft geldig voor pseudo-codes in het kader van akkoordverklaringen en in het kader van de overeenkomst "implanteerbare hartdefibrillatoren) 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;

  De verstrekkingen die op die manier moeten gefactureerd worden, zijn aangeduid met
  waarde "1" in het tabblad "Z 55-56" van de lijst implantaten (bijgewerkt tot en met 30/6/2014 en blijft geldig voor pseudo-codes in het kader van de overeenkomst "implanteerbare hartdefibrillatoren") 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 21 en 22.

- Voor de verstrekkingen 180235-180246 en 180250-180261 gebeurt de facturatie als volgt:
  * het aantal opeenvolgende records is gelijk aan het aantal gebruikte elementen + 1;
  * de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal drug-gecoate ballonnen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul, de zone 43 bevat de identificatiecode van het gebruikte element;
  * de volgende record(s) (aantal gelijk aan aantal stents) 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; de zones 43 en 55-56 zijn 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;

  Deze verstrekkingen worden in het referentiebestand "LIST" met waarde "2" aangeduid, zowel in de zone *"identificationZone43"* als in de zone "*notificationZone55*".

0 Alle andere toestanden…

Plaatsing van stents op verschillende dagen

Vanaf 1/7/2014:
Vergoedingsvoorwaarde F-§05, punt 5.1 voorziet dat slechts één van de verstrekkingen 158992-159003, 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981 en 170656-170660 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.

Opmerking:
Deze werkwijze geldt niet voor de verstrekking 158970-158981: voor deze verstrekking moet noch een identificatiecode, noch een notificatiecode vermeld worden; er zijn dus geen statistische records met norm 9.

RUBRIEK : NOMENCLATUURCODE OF PSEUDO-NOMENCLATUURCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

Het is de code van de verrichte verstrekking.

In het algemeen zijn die codes opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en worden ze voorafgegaan door een nul.

Er werden pseudocodenummers ingevoerd :

- voor uitgaven die in de nomenclatuur zijn omschreven maar niet zijn gecodeerd;
- voor uitgaven die niet in de nomenclatuur maar in akkoorden of overeenkomsten zijn omschreven;
- enz...

Deze worden hierna meegedeeld.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode Ambulant	Gehosp.
1. Reiskosten van de artsen		
a) Gewone vergoeding voor specialisten in kinder-geneeskunde	0109911	-
b) Bijkomende vergoeding voor algemeen geneeskundigen in de plattelandsstreken	0109955	-
c) Kilometervergoeding voor specialisten	0109970	-
2. Reiskosten van verpleegkundigen en vroedvrouwen		
a) verpleegkundigen	0418913	-
b) vroedvrouwen	0422973	-
3. Art. 20, § 1, a) : Tegemoetkoming in de kosten van typering van potentiële donors in het buitenland met het oog op het vinden van een compatibele donor, evenals de kosten met betrekking tot de afname van deze hematopoïetische bloedstamcellen en de verzekering van de donor	0269872	0269883
Art. 20, § 1, a) : tegemoetkoming in de kosten voor het vervoer van een buitenlandse donor van hematopoïetische bloedstamcellen	0269894	0269905
Art. 14, m) 3de alinea : vervoer van in het buitenland afgenomen orgaan	0269916	0269920
4. Medische huizen :		
- forfait artsen	0109616	-
- forfait kinesitherapeuten	0509611	-
- forfait verpleegkundigen	0409614	-
- opvolging diabetes patiënt type 2 in medisch huis	0109594	-
5. Omscholing - Individuele revalidatie		
A) Omscholing		
- Onderzoek ter beroepskeuze - voorlichting	0771013	-
- Inschrijving voor de lessen en examens	0771035	-
- Kosten van verblijf	0771050	-
- Reiskosten	0771072	-
- Verzekering	0771094	-
- Materiaal en toerusting	0771116	-
B) Bijzonder solidariteitsfonds	0773194	0773205
C) Individuele revalidatie		
a) - Orthoptische behandeling	0771536	0771540
- Individuele revalidatiezitting door orthoptist (minstens 60 minuten)	0771551	0771562
b) Toerusting (artikel 151 + nomenclatuur)		
- Spreektoestellen - elektronisch type	0771632	0771643
- Uitwendige orbito-oculaire prothese	0771654	0771665
- Optisch hulpmiddel voor slechtzienden	0771713	0771724
- Infusiepomp	0771735	
- Toebehoren voor het geheel	0771750	
- Door het College van Artsen-directeurs aangenomen revalidatieverstrekkingen, bepaald in de artikelen 27, 29 en 31 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, met uitzondering van artikel 29, § 12	0771772	0771783

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode Ambulant	Gehosp.
c) Verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten		
- Individuele pluridisciplinaire revalidatiezitting (minimum 30 minuten)	-	0771201
- Collectieve pluridisciplinaire revalidatiezitting (minimum 60 minuten)	0771212	0771223
d) Diëtetiek- en podologieverstrekkingen		
- individuele diëtistische evaluatie en/of interventie	0771131	-
- individueel podologisch onderzoek of behandeling	0771153	-
- individuele diëtistische indicatiestelling voor kind met overgewicht of obesitas (minimum 60 minuten)	0794916	-
- individuele diëtistische evaluatie en/of interventie voor kind met overgewicht of obesitas (minimum 30 minuten)	0794931	-
e) Revalidatieverstrekkingen naar aanleiding van de inwerkingtreding van de zorgtrajecten		
- diëtetiek	0794010	-
- podologie	0794032	-
- educatieverstrekkingen die verband houden met de verstrekking "opvolging"		
- individuele zitting door diabeteseducator	0794253	-
- individuele zitting door diëtist	0794275	-
- individuele zitting door verpleegkundige	0794312	-
- groepszitting door diabeteseducator	0794334	-
- groepszitting door diëtist	0794356	-
- groepszitting door kinesitherapeut	0794393	-
- educatieverstrekkingen die kaderen in het zorgtraject diabetes		
- individuele zitting door diabeteseducator in praktijkkamer	0794415	-
- individuele zitting door diabeteseducator bij rechthebbende thuis	0794430	-
- groepszitting door diabeteseducator	0794452	-
f) Ergotherapieverstrekkingen		
- Observatiebilan	0784291	0784302
- Oefensessie	0784313	-
- Informatie-, advies- en opleidingssessie	0784335	
- Functioneel eindbilan	0784350	-
D) Reiskosten		
- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan de handicap, naar een geconventioneerd revalidatiecentrum, georganiseerd door het revalidatiecentrum	0771971(°)	0771982(°)
- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan de handicap, naar een geconventioneerd revalidatiecentrum, aangepast persoonlijk voertuig	0773150(°)	0773161(°)
- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan handicap (overeenkomst mobiliteitshulpmiddelen (7.90))		
- Voertuig van de inrichting of privé transporteur	0770394(°°)	0770405(°°)
- Aangepast voertuig van de rechthebbende	0770416(°°)	0770420(°°)
5bis. Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomst 9.50		
- multidisciplinaire revalidatie 60 minuten	0776156	0776160
- multidisciplinaire revalidatie 120 minuten	0776171	0776182
(☞7) - bijkomend honorarium bij sommige forfaits 776171-776182 (groep A2)	0776193	0776204
Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomst 9.51		
- multidisciplinaire revalidatie 60 minuten	0776473	0776484
- multidisciplinaire revalidatie 120 minuten	0776495	0776506
(☞7) - bijkomend honorarium bij sommige forfaits 776495-776506 (groep A2)	0776230	0776241

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.

5ter. Participatiehonoraria in kader van overeenkomst met multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS		
- participatiehonorarium huisarts	0787894	0787905

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

(°) kunnen vanaf prestatiedatum 1/1/2019 niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) door geregionaliseerde instellingen (wel nog door federaal gebleven instellingen)

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

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode Ambulant	Gehosp.
5quater. (Kinder)diabetesovereenkomst (methode sensor-meting):		
Dag van verstrekking groep C – sensor-meting	0788852	
Dag van verstrekking groep B – sensor-meting	0788815	
Dag van verstrekking groep A – sensor-meting	0788771	
Dag van verstrekking rechthebbende ≥18 jaar – groep A volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785750	
Dag van verstrekking rechthebbende ≥18 jaar – groep A volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785794	
Dag van verstrekking rechthebbende ≥18 jaar – groep B volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785831	
Dag van verstrekking rechthebbende ≥18 jaar – groep B volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785875	
Dag van verstrekking rechthebbende ≥18 jaar – groep C volwassenenovereenkomst – met draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785912	
Dag van verstrekking rechthebbende ≥18 jaar – groep C volwassenenovereenkomst – zonder draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785956	
Dag van verstrekking rechthebbende <18 jaar zonder diabetes type 1 – zonder draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785713	
Dag van verstrekking rechthebbende <18 jaar zonder diabetes type 1 – met draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785676	
Dag van verstrekking rechthebbende <18 jaar met diabetes type 1 – zonder draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785632	
Dag van verstrekking rechthebbende <18 jaar met diabetes type 1 – met draagbare insulinepomp – methode sensor-meting	0785595	

Deze prestaties kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en dienen derhalve onder het factuurtype 6 en met dienstcode 770 gefactureerd te worden.

5quinquies. OSAS-overeenkomst		
MRA-startforfait voor rechthebbende die voor het eerst een MRA gebruikt	0779870	
MRA-startforfait voor rechthebbende van wie het MRA vernieuwd moet worden	0779892	
MRA-basisforfait	0779914	
nCPAP-startforfait	0779936	
nCPAP-basisforfait	0779951	
Persoonlijk aandeel nCPAP (KB 29/4/1996)	0765951	
Persoonlijk aandeel MRA-startforfait (KB 29/4/1996)	0765811	

Deze prestaties kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en dienen derhalve onder het factuurtype 6 en met dienstcode 770 gefactureerd te worden. Ook ingeval van tijdelijke hospitalisatie worden de ambulante pseudo-codes gebruikt (onder factuurtype 6 en met dienstcode 770).
Het persoonlijk aandeel is enkel van toepassing voor rechthebbenden zonder voorkeurregeling. Voor rechthebbenden met voorkeurregeling mag geen record persoonlijk aandeel vermeld worden.

6. a) Desinfecterende baden bij brandwonden :		
- Globaal	-	0754526
- Geïnsoleerde brandwonde op één der 4 ledematen	-	0754541
b) Parenterale voeding ten huize van de patiënt		
Zakken “op maat” voor volwassenen	0751354	-
Zakken “op maat” voor kinderen	0751376	-
Industriële pre-mengsels	0751391	-
Zakken “perdialyse”	0751413	-
Forfait per dag voor toediening van elektrolyten	0751951	-
c) Steriele insulinespuiten	0754736	-
d) Enterale voeding die ten huize van de patiënt via sonde wordt toegediend		
- Toediening van een polymeer product	0751251	-
- Toediening van een semi-elementair product	0751273	-
- Toediening van materiaal zonder pomp	0751295	-
- Toediening van materiaal met pomp	0751310	-
- Toediening pomp	0751332	-
e) Haarprothese in geval van kaalhoofdigheid door		
- radiotherapie en/of antimitotische chemotherapie	0755414	0755425
- alopecia areata	0755436	0755440
- cicatriciële alopecia van fysisch-chemische, traumatische of inflammatoire oorsprong	0755451	0755462
- cicatriciële alopecia van radiotherapeutische oorsprong	0754154	0754165

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode Ambulant	Gehosp.
f) Overeenkomsten art. 56		
- behandeling kinderen met ernstige afkeer van orale voeding		-
- tijdens de eerste 3 maanden	0751914	-
- vanaf de vierde maand en tijdens de volgende maanden	0751936	-
- opleiding en opvolging parenterale voeding thuis		
- opleiding (eerste 3 maanden) kinderen van 0 tot en met 17 jaar	0751833	-
- opleiding (eerste 3 maanden) andere rechthebbenden	0751870	-
- opvolging (vanaf 4de maand) kinderen van 0 tot en met 17 jaar	0751855	-
- opvolging (vanaf 4de maand) andere rechthebbenden	0751892	-
7. Forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties	-	0700000
8. a) Afleveringsmarge van implantaten (deze marge moet gefactureerd worden op het zelfde moment van de corresponderende verstrekkingen)		
• Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen vanaf 1/7/2014		
- implantaten en invasieve medische hulpmiddelen uit "de lijst"	0619673	0619684
- voor spraakprothesen	0785352 (*)	0785363 (*)
- in geval van begrenzing per kalenderjaar	0619710	0619721
• Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes (vanaf 1/1/2014)		
- implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator binnen de enveloppe	0680374	0680385
- elektrode voor implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator	0680190	0680201
- implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe of bij de enveloppeschijf ter waarde van het restbedrag van de enveloppe of onder garantie	0704933	0704944
- elektrode implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe of bij de enveloppe-schijf ter waarde van het restbedrag van de enveloppe	0704955	0704966

Het bedrag van de afleveringsmarge wordt geplafonneerd.
Ingeval het grensbedrag van toepassing is op de som van de afleveringsmarges berekend op meerdere codes dan moet door middel van de normwaarde 8 of 7 in recordtype 50 zone 46 worden meegedeeld of het bedrag in zone 27 het resultaat is van de exacte berekening op de verkoopprijs (zone 19 + zone 27 van de bijhorende record 50), ofwel het verschil is tussen de plafondwaarde en de som van de afleveringsmarges in de voorafgaande recordtypes 50 met vermelding van norm 8.
Het record waarmee het plafondbedrag wordt bereikt en het bedrag in zone 27 derhalve kleiner is dan de normale afleveringsmarge wordt aangeduid met norm 7.
Indien het grensbedrag bereikt is en er geen afleveringsmarge meer kan aangerekend worden, dan wordt een record "afleveringsmarge" aangemaakt met het bedrag in zone 27 gelijk aan nul en met norm 7.

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

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode Ambulant	Gehosp.
b) Implanteerbare hartdefibrillatoren		
Enveloppeschijf voor implanteerbare hartdefibrillator	0704815	0704826
Enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator	0704830	0704841
Enveloppeschijf voor electrode voor implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator	0704896	0704900
Enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator, in geval van voortijdige vervanging om patiëntgebonden redenen	0705095	0705106
Enveloppeschijf voor implanteerbare hartdefibrillator ter waarde van restbedrag van de enveloppe	0704970	0704981
Enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator ter waarde van restbedrag van de enveloppe	0704992	0705003
Enveloppeschijf voor elektrode voor implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator ter waarde van restbedrag van de enveloppe	0705036	0705040
Enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator in geval van voortijdige vervanging om patiëntgebonden redenen ter waarde van restbedrag van de enveloppe	0705154	0705165
Implanteerbare hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704852	0704863
Implanteerbare vervangingshartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704874	0704885
Elektrode implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe	0704911	0704922
Implanteerbare vervangingshartdefibrillator in geval van voortijdige vervanging om patiëntgebonden redenen na volledige vereffening van de enveloppe	0705110	0705121
Implanteerbare vervangingshartdefibrillator in geval van voortijdige vervanging omwille van end-of-life	0694993	0695004
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare hartdefibrillator	0705176	0705180
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator	0705191	0705202
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor elektrode voor implanteerbare (vervangings)hartdefibrillator	0705213	0705224
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator, in geval van voortijdige vervanging om patiëntgebonden redenen	0705235	0705246
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare hartdefibrillator verminderd met de waarde van het restbedrag van de enveloppe	0705250	0705261
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator verminderd met de waarde van het restbedrag van de enveloppe	0705272	0705283
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor elektrode voor implanteerbare (vervangings-) hartdefibrillator verminderd met de waarde van het restbedrag van de enveloppe	0705294	0705305
Inhaalbedrag voor de enveloppeschijf voor implanteerbare vervangingshartdefibrillator in geval van voortijdige vervanging om patiëntgebonden redenen verminderd met de waarde van het restbedrag van de enveloppe	0705316	0705320

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 facturatiedocumenten 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.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode Ambulant	Gehosp.
c) Veiligheidsgrens van implantaten (vanaf 1/7/2014)(*). De veiligheidsgrens moet via een afzonderlijke record gefactureerd worden. Het bedrag wordt in Z 27 vermeld. De (pseudo-)code van het implantaat wordt meegedeeld als betrekkelijke verstrekking. Indien er geen veiligheidsgrens is, dan wordt er geen record "veiligheidsgrens" aangemaakt.	0619695	0619706

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

10. Globaal prospectief bedrag (zie pseudo-codes in bijlage bij het KB tot uitvoering van de wet betreffende de gebundelde financiering van ziekenhuisactiviteiten).

(*) Supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals gedefinieerd in het KB van 24/6/2014.

Codificatie van gipsbanden en ander gipsmateriaal, van bloed en bloedplasma voor transfusie en van moedermelk.

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode Ambulant	Gehospitaliseerd
GIPS- OF ORTHOPEDISCH TOESTEL		
a) Hoofd :		
Schedelhelm	0690012	0690023
b) Hals :		
- Halsband van Schanz	0690034	0690045
- Minerve-halsband	0690056	0690060
- Minerve met thoraxkorselet	0690071	0690082
c) Romp :		
- Korset tot onder de schouderbladen	0690093	0690104
- Korset voor gans de romp zonder de schouders tot onder de schouderbladen met sternumsteun hyperextensie brace	0690115	0690126
- Harnaskorset met gevormd schouderstuk met drukkussentje of/en regelbaar deel (Stagnara-Hessin)	0690130	0690141
- Lumbostaat	0690152	0690163
- Milwaukee en volledig korset met minerve	0690174	0690185
- Gipsbed dat halsgewrichten tot de heupgewrichten omvat	0690196	0690200
- Gipsschaal	0690211	0690222
- Gipsschaal tot aan de bilplooi met schouderstuk	0690233	0690244
d) Bovenste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :		
- Vinger afzonderlijk	0690255	0690266
- Hand	0690270	0690281
- Hand en vingers	0690292	0690303
- Pols en onderarm	0690314	0690325
- Arm	0690336	0690340
- Arm en schouder	0690351	0690362
- Aeroplane	0690373	0690384
- Thorax	0690395	0690406
- Thoracobrachiaal	0690410	0690421

e) Onderste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :		
- Voet	0690432	0690443
- Voet en been tot de helft van het been	0690454	0690465
- Voet en been tot en met de tibiaplateaus	0690476	0690480
- Been en dij	0690491	0690502
- Dij en heupbeen tot en met de voet	0690513	0690524
- Bekken tot en met voet, enkelvoudig	0690535	0690546
- Bekken tot en met voet, dubbel	0690550	0690561
- Thorax tot en met voet, enkelvoudig	0690572	0690583
- Thorax tot en met voet, dubbel	0690594	0690605
- Bekken, één dij (broek)	0690616	0690620
- Bekken, beide dijen (broek)	0690631	0690642
Prothese :		
- Materiaal voor laars van una voor extensie	0690653	0690664

AFGIETSEL

a) Hoofd :		
- Schedelhelm	0690675	0690686
- Schedelplaat	0690690	0690701
b) Hals :		
- Halsband van Schanz	0690712	0690723
- Minerve-halsband	0690734	0690745
- Minerve met thoraxcorselet	0690756	0690760
c) Romp :		
- Korset tot onder de schouderbladen	0690771	0690782
- Korset voor gans de romp zonder de schouders tot onder de schouderbladen met sternumsteun hyperextensie brace	0690793	0690804
- Harnaskorset met gevormd schouderstuk met drukkussentje of/en regelbaar deel (Stagnara-Hessin)	0690815	0690826
- Lumbostaat	0690830	0690841
- Milwaukee en volledig korset met minerve	0690852	0690863
- Gipsbed dat halsgewrichten tot de heupgewrichten omvat	0690874	0690885
- Gipsschaal	0690896	0690900
- Gipsschaal tot aan de bilplooi met schouderstuk	0690911	0690922

d) Bovenste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :		
- Vinger afzonderlijk	0690933	0690944
- Hand	0690955	0690966
- Hand en vingers	0690970	0690981
- Pols en onderarm	0690992	0691003
- Arm	0691014	0691025
- Arm en schouder	0691036	0691040
- Aeroplane	0691051	0691062
- Thorax	0691073	0691084
- Thoracobrachiaal	0691095	0691106
Prothesen :		
- Volledige of gedeeltelijke amputatie van de hand	0691110	0691121
- Polsexarticulatie	0691132	0691143
- Amputatie van de onderarm	0691154	0691165
- Elleboogexarticulatie	0691176	0691180
- Amputatie van arm	0691191	0691202
- Schouderexarticulatie	0691213	0691224
e) Onderste ledematen (de segmenten worden samengeteld) :		
- Voet	0691235	0691246
- Voet en been tot de helft van het been	0691250	0691261
- Voet en been tot en met de tibiaplateaus	0691272	0691283
- Been en dij	0691294	0691305
- Dij en heupbeen tot en met de voet	0691316	0691320
- Bekken tot en met voet, enkelvoudig	0691331	0691342
- Bekken tot en met voet, dubbel	0691353	0691364
- Thorax tot en met voet, enkelvoudig	0691375	0691386
- Thorax tot en met voet, dubbel	0691390	0691401
- Bekken, één dij (broek)	0691412	0691423
- Bekken, beide dijen (broek)	0691434	0691445
Prothesen :		
- Gedeeltelijke amputatie van voet	0691456	0691460
- Amputatie Chopart, Ricard, Pyrogoff, Syme	0691471	0691482
- Klassieke amputatie van tibia en P.T.B.	0691493	0691504
- Knieëxarticulatie	0691515	0691526
- Amputatie van het been onder de gebogen knie	0691530	0691541
- Amputatie van de dij	0691552	0691563
- Heupexarticulatie	0691574	0691585
- Orthopedische schoeisels, per voet	0691596	0691600
- Orthopedische zolen, per voet	0691611	0691622

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode Ambulant	Gehosp.
Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en sommige labiele bloedproducten (K.B. 20/04/2010) Ingeval van toediening in een verplegingsinrichting, gebeurt de facturatie door deze verplegingsinrichting.		
Menselijk vol bloed		
per eenheid menselijk vol bloed	0752113	0752124
Gedeleucocyteerd erythrocytenconcentraat		
a) eenheid "volwassene" : per eenheid "volwassene" gedeleucocyteerd erythrocytenconcentraat, filter inbegrepen	0752452	0752463
b) eenheid "zuigeling" : per eenheid "zuigeling" gedeleucocyteerd erythrocytenconcentraat, filter inbegrepen	0752474	0752485
c) autologe eenheid: per afgenomen eenheid	0752555	0752566
Gedeleukocyteerd erytrocyten-concentraat bestraald		
a) eenheid « volwassene »: per eenheid	0752570	0752581
b) eenheid « zuigeling »: per eenheid	0752592	0752603
Gedeleucocyteerd bloedplaatjesconcentraat		
a) per geheel veelvoud van de eenheid die minstens $0{,}5.10^{11}$ bloedplaatjes bevat en waarvan het aantal leucocyten niet hoger ligt dan 1.10^{6} in het eindproduct, filter inbegrepen	0752496	0752500
b) per eenheid van minimaal 4 x 10^{11} bloedplaatjes	0752614	0752625
Gedeleukocyteerd bloedplaatjes-concentraat bestraald		
a) per eenheid van 0,5 x 10^{11} bloedplaatjes	0752636	0752640
b) per eenheid van minimaal 4 x 10^{11} bloedplaatjes	0752651	0752662
Gedeleukocyteerd bloedplaatjes-concentraat pathogeengereduceerd		
a) per eenheid van 0,5 x 10^{11} bloedplaatjes	0752673	0752684
b) per eenheid van minimaal 4 x 10^{11} bloedplaatjes	0752695	0752706
Leucocytenconcentraat		
per eenheid leucocytenconcentraat	0752393	0752404
Vers ingevroren menselijk plasma bestemd om te worden gebruikt voor geprogrammeerde autologe transfusies		
per eenheid vers ingevroren menselijk plasma	0752415	0752426
Vers ingevroren menselijk plasma virus geïnactiveerd		
per eenheid vers ingevroren menselijk plasma virus geïnactiveerd	0752430	0752441
Moedermelk (in ml.)	0695052	0695063

Codificatie van de therapeutisch aangewende radiofarmaceutische producten (zie KB 22/5/2014, BS 28/5/2014)

Deze pseudo-codes zijn gepubliceerd via een Excel-bestand op de website van het RIZIV (http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/radiopharma/Paginas/default.aspx)

Codificatie van de diagnostisch aangewende radiofarmaceutische producten (zie KB 22/5/2014, BS 28/5/2014).

Deze pseudo-codes zijn gepubliceerd worden via een Excel-bestand op de website van het RIZIV (http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/radiopharma/Paginas/default.aspx)

Voor de diagnostisch aangewende radio-isotopen zijn de afrondingsregels voor geneesmiddelen van categorie B uit bijlage 14 van toepassing. Het persoonlijk aandeel wordt dus afgerond naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar onder afgerond.
Er dient ook rekening gehouden te worden met de plafondbedragen, zoals voorzien in hoofdstuk VI, §3 van het KB van 21/12/2001 (t.e.m. 31/5/2015) of zoals voorzien in art. 27 van het KB van 22/5/2014 (BS 28/5/2014) (vanaf 1/6/2015).

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

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

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

KB van 20 september 2012 tot wijziging van art. 20, §1, f) van de nomenclatuur
De waarde van de verstrekkingen 477116-477120, 477131-477142 en 478096-478100 wordt verhoogd met 50% wanneer ze uitgevoerd worden op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg. In dit geval moeten onderstaande pseudo-codes gebruikt worden voor de facturering:
478166 : verstrekking 477120 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg
478181: verstrekking 477142 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg
478203 : verstrekking 478100 uitgevoerd op een opgenomen patiënt in een erkende functie voor intensieve zorg

KB van 27/2/2019 (BS 13/3/2019) tot wijziging van art. 17bis en 17quater van de nomenclatuur
De waarde van sommige zwangerschapsechografieën uit art.17bis en art.17quater wordt verhoogd met 50% in geval van meerlingenzwangerschappen. In dat geval moeten de volgende pseudo-codes gebruikt worden:
461856 - 461860: verstrekking 461731 - 461742 ingeval van meerlingenzwangerschap
461871 - 461882: verstrekking 461753 - 461764 ingeval van meerlingenzwangerschap
461893 - 461904: verstrekking 461775 - 461786 ingeval van meerlingenzwangerschap
461915 - 461926: verstrekking 461790 - 461801 ingeval van meerlingenzwangerschap
461930 - 461941: verstrekking 461812 - 461823 ingeval van meerlingenzwangerschap
461952 - 461963: verstrekking 461834 - 461845 ingeval van meerlingenzwangerschap
468856 - 468860: verstrekking 468731 - 468742 ingeval van meerlingenzwangerschap
468871 - 468882: verstrekking 468753 - 468764 ingeval van meerlingenzwangerschap
468893 - 468904: verstrekking 468775 - 468786 ingeval van meerlingenzwangerschap
468915 - 468926: verstrekking 468790 - 468801 ingeval van meerlingenzwangerschap
468930 - 468941: verstrekking 468812 - 468823 ingeval van meerlingenzwangerschap
468952 - 468963: verstrekking 468834 - 468845 ingeval van meerlingenzwangerschap
Alle nomenclatuurregels die van toepassing zijn op de betreffende nomenclatuurcodes zijn eveneens van toepassing op de bijhorende pseudo-codes.

Overeenkomst “genetic counseling”
589750-589761: forfait voor de standaard “genetic counseling”
589772-589783: forfait voor de complexe “genetic counseling”
589794-589805: tijdelijk negatief inhaalforfait

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

Overeenkomst oncofreezing
De pseudo-codes (en bijhorende tarieven) van de vergoedbare verstrekkingen zijn opgenomen in de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en de erkende verplegingsinrichting.
De pseudo-codes 96xxxx voor de bedragen ten laste van de rechthebbende zijn opgenomen in R 50 Z 4 V 15.

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

Kinesitherapie : toeslag “dossieropstart”

639855-639866	Toeslag voor de verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313 en 560501.
639892	Toeslag voor de verstrekkingen 560416, 564395 en 560571
639870 – 639881	Toeslag voor de verstrekking 560534-560545

	Ambulant	**Gehosp.**
Kinesitherapie		
De kinesitherapieverstrekkingen verricht in geconventioneerde revalidatiecentra, verleend bij rechthebbenden lijdend aan één van de aandoeningen, bedoeld in artikel 7, 3° alinea, c), van het koninklijk besluit van 23 maart 1982, moeten worden geattesteerd vanaf 1/5/1999 onder de codes voorzien in artikel 7, § 1, 2°, V van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen,		
met uitzondering van de gevallen waar de rechthebbenden zich in een van de volgende situaties bevinden: in		
artikel 7, § 12 → gebruik van de codes voorzien in artikel 7, § 1, 3°		
in artikel 7, § 13 → gebruik van de codes voorzien in artikel 7, § 1, 4°		
In vitro fertilisatie		
Vanaf 1 juli 2003 wordt het geheel aan laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen geregistreerd onder volgende pseudo-nomenclatuurcodes :		
1° cyclus	0559812	0559823
2° cyclus	0559834	0559845
3° cyclus en volgende	0559856	0559860
Het betreft enkel een vermelding van het aantal gevallen, alle bedragzones zijn gelijk aan nul.		
Het KB van 6/10/2008 (BS 14/10/2008) (geneesmiddelenforfaits MBV1, MBV2 en MBV3) heeft geen invloed op de teller van het aantal cycli. De teller loopt gewoon verder (en wordt dus niet op nul gezet op 1/1/2009).		
(☞1) Project "bevallen met verkort ziekenhuisverblijf"		
Begin van de tenlasteneming in het project	0793590(**)	0793601(**)
Einde van de tenlasteneming in het project	0793612(**)	0793623(**)
(☞1) Project "thuishospitalisatie"		
Begin tenlasteneming in project antibiotherapie	0793634(***)	0793645(***)
Einde tenlasteneming in project antibiotherapie	0793656	0793660
Begin tenlasteneming in project oncologische behandeling	0793671(***)	0793682(***)
Einde tenlasteneming in project oncologische behandeling	0793693	0793704
Overeenkomst "mobiele teams"		
Begin tenlasteneming in mobiel team 2a	0793715	
Einde tenlasteneming in mobiel team 2a	0793730	
Begin tenlasteneming in mobiel team 2b	0793752	
Einde tenlasteneming in mobiel team 2b	0793774	
Forfaitair bedrag per half uur voor de tussenkomst van een Belgische MUG op Frans grondgebied in het kader van de Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer	0793553	
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 (van toepassing vanaf 1/10/2013)	0793575	
Dringend ziekenvervoer		
Forfait voor de eerste 10 km	0784416 (*)	0784420 (*)
Tegemoetkoming vanaf 11de t.e.m. 20ste km	0784431 (*)	0784442 (*)
Tegemoetkoming vanaf de 21ste km	0784453 (*)	0784464 (*)
Tegemoetkoming per paar elektroden	0784475 (*)	0784486 (*)
Conventie leverdialyse		
Detoxificatie-dialyse: eliminatie van wateroplosbare en eiwitgebonden toxines	0761972	0761983
Hulp bij tabaksontwenning (KB 31/8/2009, BS 15/9/2009) (°°)		
Eerste zitting	0740434	0740445
Volgende zittingen	0740456	0740460
Zittingen zwangere vrouwen	0740471	0740482

(°°) vanaf prestatiedatum 1/1/2019 mogen deze codes niet meer gefactureerd worden aan het federale niveau (rekening A/B) (vanaf prestatiedatum 1/1/2017 mochten ze al niet meer aangerekend worden voor patiënten gedomicilieerd in het Vlaamse gewest)

(*) vanaf prestatiedatum 1/1/2019 mogen deze codes enkel nog gefactureerd worden voor rechthebbenden die met de helikopter van CHU Sart Tilman of AZ St. Jan Brugge getransporteerd worden in het kader van dringende geneeskundige hulpverlening.

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

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

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

Medische en paramedische honoraria

0960035	0960046	Niet vergoedbare laboratoriumverstrekkingen
0960050	0960061	Niet vergoedbare diagnostische geneeskundige verstrekkingen
0960072	0960083	Niet vergoedbare therapeutische geneeskundige verstrekkingen
(☞7) 0961251	0961262	Niet vergoedbare ingrepen zonder therapeutisch doel

Overeenkomst oncofreezing

0961376	0961380	Jaarlijkse bijdrage voor oncofreezing (maximum 50 EUR) ten laste van de rechthebbende, zoals voorzien in artikel 12 van de overeenkomst (rechthebbende had reeds een contract op het ogenblik van in voege treden van de overeenkomst)
0961391	0961402	Jaarlijkse bijdrage voor oncofreezing (maximum 50 EUR) ten laste van de rechthebbende, zoals voorzien in artikel 13 van de overeenkomst (verlenging van de bewaring na de periode van 10 jaar).

Implantaten en andere producten

0960234	0960245	Niet vergoedbare notificatieplichtige implantaten
0960536	0960540	Niet vergoedbare niet-notificatieplichtige implantaten
0961236	0961240	Niet vergoedbare radiofarmaceutische producten
0961295	0961306	Materiaal vingerpriktest ten laste van de patiënt in het kader van de diabetesovereenkomst
0961310	0961321	Materiaal vingerpriktest ten laste van de patiënt in het kader van de kinderdiabetesovereenkomst
0961332	0961343	Materiaal sensor-meting ten laste van de patiënt in het kader van de diabetesovereenkomst
0961354	0961365	Materiaal sensor-meting ten laste van de patiënt in het kader van de kinderdiabetesovereenkomst

0961273	0961284	Totaal bedrag BTW

Diverse kosten in ziekenhuizen of PVT

0960492	0960503	Kamercomfort
0960190	0960201	Kosten voor begeleidende persoon
0960411	0960422	Eten en drinken
0960433	0960444	Hygiëneproducten zonder APB-code
0960455	0960466	Andere producten/diensten die op verzoek van de patiënt worden geleverd
0960470	0960481	Ambulancekosten (*)

Diverse kosten in initiatieven voor Beschut Wonen

0960315	verblijfsvergoeding zoals vermeld in de verblijfsovereenkomst
0960330	eventuele kosten bovenop verblijfsvergoeding voorzien in verblijfsovereenkomst
0960352	bijkomende ‘andere’ kosten niet voorzien in de verblijfsovereenkomst

(*) Het forfaitair bedrag (60 €) dat vanaf 1/1/2019 aan de patiënt kan aangerekend worden voor dringend ambulancevervoer tengevolge van een oproep 100/112 wordt eveneens onder deze pseudo-code vermeld.

Supplementen in ROB-RVT-CDV

0960551	Huisvestingskosten: éénpersoonskamer
0960573	Huisvestingskosten: tweepersoonskamer
0960595	Huisvestingskosten: gemeenschappelijke kamer
0960610	Huisvestingskosten in CDV
0960632	Huisvestingskosten: abonnement televisie
0960654	Huisvestingskosten: abonnement internet
0960676	Huisvestingskosten: kosten telefoon
0960691	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: verzorgingsmateriaal niet inbegrepen in forfait
0960713	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: incontinentiemateriaal
0960735	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: (para)farmaceutische producten
0960750	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: voedingssupplementen
0960772	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: kortingen (*bedrag in negatief*)
0960794	Andere supplementen: was
0960816	Andere supplementen: pedicure
0960831	Andere supplementen: manicure
0960853	Andere supplementen: drank
0960875	Andere supplementen niet behorend tot vorige categorieën
0960890	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: taxi
0960912	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: ambulance
0960934	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: vervoer woonplaats/CDV
0960956	Kosten dokter *(facultatieve vermelding)*
0960971	Kosten kine *(facultatieve vermelding)*
0960993	Kosten labo *(facultatieve vermelding)*
0960094	Kosten polikliniek *(facultatieve vermelding)*
0961111	Korting art. 10bis overeenkomst MS (*bedrag in negatief*)
0961133	Korting art. 10bis overeenkomst ALS (*bedrag in negatief*)
0961155	Korting art. 10bis overeenkomst Huntington (*bedrag in negatief*)

Arbeidsongevallen Internationale Verdragen

0961030	0961041	Niet vergoedbare klinische biologie
0961052	0961063	Niet vergoedbare diagnostische verstrekkingen
0961074	0961085	Niet vergoedbare therapeutische verstrekkingen
0961096	0961100	Niet vergoedbare verplaatsingen
0961214	0961225	Andere niet vergoedbare producten of diensten

Het gaat om oorspronkelijk niet-vergoedbare verstrekkingen die ten laste worden genomen door het buitenland. Het bedrag wordt vermeld in Z 19.

Voorbeeld in EUR over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op de implantaten.

Intra-oculaire lens : 682754/765 U 97
Prijs € 152,40 - afleveringsmarge € 15,24

Terugbetaling € 100,18 – aandeel patiënt € 67,46
Geconventioneerde verstrekker.

	R 50	R 50	R 50	R 50
Zone		implantaat	veiligheidsgrens	afleveringsmarge
1	RECORDTYPE	50	50	50
4	(PSEUDO-) NOMENCLATUURNUMMER	0682765	0618741	0685823
5	BEGINDATUM	20080301	20080301	20080301
6	EINDDATUM	20080301	20080301	20080301
15	VERSTREKKER	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORM VERSTREKKER	1	1	1
17	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0	0682765	0682765
18				
19	BEDRAG V.I.	+00000010018	+00000000000	+00000000000
20	DATUM VOORSCHRIFT	20080110	00000000	00000000
22	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001
23				
24	IDENTIFICATIE VOORSCHRIJVER	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000	000000000000
25				
27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000005222	+000001524
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYZZZZZC	000000000000	000000000000

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

Voorbeeld in EUR over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op de coronaire stents.

coronaire stent : 0687875-0687886 U1985
Terugbetaling (forfait) : € 2050,16
Afleveringsmarge : € 148,74

Geconventioneerde verstrekker
a) 2 stents worden ingeplant :

- 1 stent van het type : 0XXXYYYAAAAAC
- 1 stent van het type : 0XXXYYYBBBBBC

R	50	50	50	50	50
ZONE	VERSTREKKINGEN				
1	RECORDTYPE	50	50	50	50
3	NORM VERSTREKKING	9	9	0	0
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0687886	0687886	0687886	0685823
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20040405	20040405	20040405	20040405
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20040405	20040405	20040405	20040405
15	VERSTREKKER	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORM VERSTREKKER	1	1	1	1
17	BETREKKELIJKE	0589024	0589024	0589024	0687886
18	VERSTREKKING				
19	BEDRAG V.I.	+00000000000	+00000000000	+00000205016	+00000000000
20	DATUM VOORSCHRIFT	20040331	20040331	20040331	00000000
21					
22	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATIE VAN DE	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
25	VOORSCHRIJVER				
27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	0XXXYYYBBBBBC	0000000000000	000000000000

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

b) 4 stents worden ingeplant :

- 1 stent van het type : 0XXXYYYAAAAAC, op 5/4/2004
- 3 stents van het type : 0XXXYYYBBBBBC, op 12/4/2004

R	50	50	50	50	50 (X 3)
ZONE	VERSTREKKINGEN				
1	RECORDTYPE	50	50	50	50
3	NORM VERSTREKKING	9	0	0	9
4	PSEUDO-NOMENCLATUURNUMMER	0687886	0687886	0685823	0687886
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20040405	20040405	20040405	20040412
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20040405	20040405	20040405	20040412
15	VERSTREKKER	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORM VERSTREKKER	1	1	1	1
17	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0589024	0589024	0687886	0589024
18					
19	BEDRAG V.I.	+00000000000	+00000205016	+00000000000	+00000000000
20	DATUM VOORSCHRIFT	20040331	20040331	00000000	20040331
21					
22	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001	+0001
23					
24	IDENTIFICATIE VAN DE VOORSCHRIJVER	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000	01/XXXXX/CC/KKK
25					
27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000000000	+000014874	+000000000
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	0000000000000	000000000000	0XXXYYYBBBBBC

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

Onderstaand voorbeeld is geldig voor prestaties verricht vanaf 1/04/2011.

Voorbeeld over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op de drug eluting stents (DES)

Drug eluting stents : 0680315-0680326 U2047
Tegemoetkoming (forfait) : € 2114,19
Afleveringsmarge : € 148,74

Geconventioneerde verstrekker
2 drug eluting stents worden ingeplant:
- 1 DES van het type: 0XXXYYYAAAAAC
- 1 DES van het type: 0XXXYYYBBBBBC

R	50	50	50	50	50
ZONE	VERSTREKKINGEN				
1	RECORDTYPE	50	50	50	50
3	NORM VERSTREKKING	9	9	0	0
4	PSEUDO- NOMENCLATUURNUMMER	0680326	0680326	0680326	0685823
5	BEGINDATUM VERSTREKKING	20110701	20110701	20110701	20110701
6	EINDDATUM VERSTREKKING	20110701	20110701	20110701	20110701
15	VERSTREKKER	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300	06/XXXXX/CC/300
16	NORM VERSTREKKER	1	1	1	1
17 18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	0589024	0589024	0589024	0680326
19	BEDRAG V.I.	+000000000000	+00000000000	+00000211419	+00000000000
20 21	DATUM VOORSCHRIFT	20110630	20110630	20110630	00000000
22 23	AANTAL VERSTREKKINGEN	+0001	+0001	+0001	+0001
24 25	IDENTIFICATIE VAN DE VOORSCHRIJVER	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	01/XXXXX/CC/KKK	000000000000
27	PERSOONLIJK AANDEEL	+000000000	+000000000	+000000000	+000014874
30-31	BEDRAG SUPPLEMENT	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	CODE IMPLANT	0XXXYYYAAAAAC	0XXXYYYBBBBBC	000000000000	000000000000
46	NORM PLAFOND	0	0	0	7

De overige zones dienen te worden vervolledigd conform de R.I.Z.I.V.-richtlijnen.

Voorbeeld van opeenvolging van de records die betrekking hebben op de implantaten, ingeval het plafond op de afleveringsmarge van toepassing is op som van de afleveringsmarges die elk individueel op de bijhorende nomenclatuurwaarden worden berekend.

688634 - 688645**:** Steel voor revisie en voor plaatsing met cement en gebruikt tijdens de verstrekking 293436-293440 inclusief de eventuele centralizer - U 1238
Code implant 115007000017 :
Honorarium: € 1278,64
Het ziekenhuis rekent aan: € 1470,31
Veiligheidsgrens 15%, max. prijs 115% = € 1470,44 → Concrete veiligheidsgrens: (1470,31-1278,64) = 191,67
Afleveringsmarge : € 147,03
Terugbetaling V.I. = € 1278,64
688774 - 688800**:** Kop voor heupsteel en bestemd om te worden gebruikt zonder acetabulaire cupula - U 185
Code implant 115014000017
Honorarium: 191,07
Het ziekenhuis rekent aan : € 206,54
Veiligheidsgrens = 10%, max.prijs 110% = € 210,18 → Concrete veiligheidsgrens: (206,54-191,07) = 15,47
Afleveringsmarge = 10% = € 20,65
Tussenkomst V.I. : € 191,07
-> De afleveringsmarge is geplafonneerd op € 148,74

Zone		Implantaat	Veiligheidsgrens	Afleveringsmarge	Implantaat	Veiligheidsgrens	Afleveringsmarge
1	Recordtype	50	50	50	50	50	50
3	Norm verstrekking	0	0	0	0	0	0
4	Nomenclatuurnummer	0688645 (steel)	0618741	0685823	0688800 (kop)	0618741	0685823
5	Begindatum	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801
6	Einddatum	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801	20080801
15	Verstrekker	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300
16	Norm verstrekker	1	1	1	1	1	1
17-18	Betrekkelijke verstrekking	0293440	0688645	0688645	0	0688800	0688800
19	Bedrag VI	+00000127864	+000000000000	+00000000000	+00000019107	+000000000000	+00000000000
20	Datum voorschrift	20080730	00000000	00000000	20080730	00000000	00000000
22	Aantal	+00001	+0001	+00001	+00001	+0001	+00001
24-25	Identificatie voorschrijver	01/xxxxx/cc/kkk	0	0	01/xxxxx/cc/kkk	0	0
27	Persoonlijk aandeel	+000000000	+000019167	+000014703	+000000000000	+00000001547	+00000000171
30-31	Supplement	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000
43	Code implant	115007000017	0	0	115014000017	0	0
46	Norm plafond	0	0	8	0	0	7

Norm 8 moet worden gebruikt ingeval de afleveringsmarge berekend op de voorafgaande record 50 met de nomenclatuurprestatie en eventueel gesommeerd met de afleveringsmarges van de voorafgaande records met normwaarde 8 kleiner is dan het grensbedrag.

Norm 7 moet worden gebruikt ingeval het bedrag vermeld in zone 27 van het record met de afleveringsmarge het resultaat is van het verschil tussen het grensbedrag en de som van de voorafgaande afleveringsmarges die werden aangeduid met norm 8.

Voorbeeld van opeenvolging van de records die betrekking hebben op de implantaten, ingeval het plafond op de afleveringsmarge van toepassing is op som van de afleveringsmarges die elk individueel op de bijhorende nomenclatuurwaarden worden berekend.
Bijzonder geval waarbij voor één van de verstrekkingen statistische records moeten meegegeven worden.

2x

637910 – 637921 : Schacht met glad oppervlak. (Elektrolytisch polijsten. Het snijden van schroefdraad of inkepen wordt niet beschouwd als een behandeling van het oppervlak) - Y 63
Notificatiecode implant: 000006527407:
Prijs: € 285,06
Het ziekenhuis rekent aan: € 285,06
Patiënt betaalt supplement: 285,06 – 65,07= € 219,99
Afleveringsmarge : 10 % van prijs = € 28,50
Tussenkomst VI = € 65,07

4x

638234 – 638245 : Samengesteld implantaat (éénverankeringsimplantaat (gesteelde of corporeale schroef, stift met schroefdraad, gesteelde of lamaire haak, agrafe,...) met alle stukken voor vasthechten, aanpassing, repositie en blokkering van dit éénverankeringsimplantaat aan het hoofdimplantaat) – Y 300
Notificatiecode implant: 000006524635:
Prijs: € 260,53
Het ziekenhuis rekent aan: € 260,53
Notificatiecode implant: 000006521071:
Prijs: € 272,38
Het ziekenhuis rekent aan: € 272,38
Notificatiecode implant: 000006718734:
Prijs: € 68,16
Het ziekenhuis rekent aan: € 68,16

Patiënt betaalt supplement: (260,53 + 272,38 + 68,16) – 309,85 = € 291,22
Afleveringsmarge : 10 % van prijs = 10% van (260,53 +272,38 + 68,16) = € 60,10
Tussenkomst VI = € 309.85

Totale afleveringsmarge: (2 x 28,50) + (4 x 60,10) = 297,40 → wordt geplafonneerd op € 148,74
→ Afleveringsmarge bij samengesteld implantaat wordt beperkt tot € 91,74

Zone		Implantaat 1 (2 stuks)	Afleveringsmarge	Implantaat 2 (4 stuks) (stat. record)	Implantaat 2 (4 stuks) (stat. record)	Implantaat 2 (4 stuks) (stat. record)	Implantaat 2 (4 stuks) (fact. record)	Afleveringsmarge
1	Recordtype	50	50	50	50	50	50	50
3	Norm verstrekking	0	0	9	9	9	0	0
4	Nomenclatuurnummer	0637921	0618726	0638245	0638245	0638245	0638245	0618726
5	Begindatum	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
6	Einddatum	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801	20100801
15	Verstrekker	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300	06/xxxxx/cc/300
16	Norm verstrekker	1	1	1	1	1	1	1
17-18	Betrekkelijke verstrekking	0000000	0637921	0000000	0000000	0000000	0000000	0638245
19	Bedrag VI	+00000013014	+00000000000	+000000000000	+000000000000	+000000000000	+00000123940	+000000000000
20	Datum voorschrift	20100730	00000000	20100730	20100730	20100730	20100730	00000000
22	Aantal	+0002	+0002	+0004	+0004	+0004	+0004	+0004
24-25	Identificatie voorschrijver	01/xxxxx/cc/kkk	0	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	01/xxxxx/cc/kkk	0
27	Persoonlijk aandeel	+000000000	+000005700	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000009174
30-31	Supplement	+000043998	+000000000	+000000000	+000000000	+000000000	+000116488	+00000000
43	Code implant	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000	000000000000
46	Norm plafond	0	8	0	0	0	0	7
55-56	Notificatiecode	000006527407	000000000000	000006524635	000006521071	000006718734	000000000000	000000000000

A. Voorbeeld over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op verpleegkundige zorgen, ingeval van forfait (1) in verpleging.

				Kolom 1	Kolom 2	Kolom 3	Kolom 4	Kolom 5	Kolom 6	Kolom 7	Kolom 8	Kolom 9	Kolom 10	Kolom 11
Record 50		Record 52		50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
Z	Omschrijving	Z	Omschrijving	(5) (10)	(5) (10)	(5)	(5)		(9)	(11)	(11)		(11)	(11)
1	RECORDTYPE	1	RECORDTYPE	50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
3	NORM	3	REDEN MAN. INVOER..	9	0, 1, 2 of 3	9	9	0	9	0	0, 1, 2 of 3	0	0	0, 1, 2 of 3
4	(PSEUDO-) CODE	4	(PSEUDO)-CODE	0426635	0426635	pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art 8, § 5bis, 5°,d)	forfait (1)	pseudo-code art 8, § 9	specifieke technische zorgen + eventueel 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0429015, 0428035, 0428050, 0428072, 0429273	0429015, 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424896	rurale reis	Diabetes-nomenclatuur of zorgtraject diabetes of diabeteseducatie Hfdst. V van KB van 10/1/1991	Diabetes-nomenclatuur of zorgtraject diabetes of diabeteseducatie Hfdst. V van KB van 10/1/1991
5	BEGIN DATUM	5	DATUM VERSTR.	dag 1	dag 1	dag 1	dag 1	dag 1	Indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	Indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	Indien uitgevoerd dag 1
15	VERSTREKKER	6a-6b	DATUM LEZING	04XXXXXCC4XX	dag 1	04XXXXXCC4XX	04XXXXXCC4XX	04XXXXXCC4XX (3)	04XXXXXCC4XX	04XXXXXCC4XX	Indien uitgevoerd dag 1	04XXXXXCC4XX	04XXXXXCC4XX	Indien uitgevoerd dag 1
17-18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	9	TYPE VAN LEZING	forfait (1)	1, 2, 3 of 4	forfait (1)	forfait (1')	0426613 (2) of pseudo-code bijlage 85 Verordening (2')	0427534, 0427556, 0427571 of 0429251	0 of pseudo-code bijlage 87 Verordening (2')	2 of 4	0	0	2 of 4
19	BEDRAG V.I.	10	TYPE DRAGER	0	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 of 9	0	0	bedrag	0	bedrag	7	bedrag	bedrag	7
20-21	DATUM VOORSCHRIFT	11	REDEN VIGNET	0	0, 1 of 2	indien vereist	0	datum (6)	vereist	vereist (7)	1	0	vereist (8)	1
22-23	AANTAL	12-13	UUR LEZING	1	Uur bezoek	1	1	1	1	1	Uur dag 1	1	1	Uur dag 1
24-25	VOORSCHRIJVER	15	VERSTREKKER	0	04XXXXXCC4XX	indien vereist	0	indien vereist	vereist	vereist (7)	04XXXXXCC4XX	0	vereist (8)	04XXXXXCC4XX
27	PERSOONLIJK AANDEEL	16	SERIENUMMER	0	indien vereist	0	0	bedrag	0	bedrag	0	bedrag	Bedrag (indien nomenclatuur) of 0 (indien zorgtraject)	0
		17	N. BEWIJSSTUK		vereist						vereist			vereist

(1) onder forfait wordt verstaan : de forfaitaire honoraria A, B, C, PA, PB, PC of PP.
(1') onder forfait wordt verstaan : de forfaitaire honoraria PA, PB, PC of PP.
(2) mogelijk, niet noodzakelijk.
(2') enkel voor verstrekkingen uit art. 8 , §1, 3°
(3) identiek aan (statistische) record 1ste basisverstrekking, behalve indien verstrekker 1ste basisverstrekking niet gekwalificeerd is om forfait te attesteren.
(4) de volgorde van de verstrekkingen binnen de dag moet worden gerespecteerd.
(5) deze blok van records herhaalt zich zo veel maal als er basisverstrekkingen worden verricht gedurende de betreffende verzorgingsdag. Iedere record met basisverstrekking moet telkens worden gevolgd door een aantal records met technische verstrekkingen/palliatieve zorgen die tijdens de betreffende basisverstrekking werden verricht. Er kunnen derhalve meerdere blokken na elkaar volgen [basis, technische zorgen, palliatieve zorgen (enkel indien PA, PB, PC of PP)]; [basis, technische zorgen, palliatieve zorgen (enkel indien PA, PB, PC of PP)]; …
(6) voor forfait A, B, C, PA, PB en PC : datum aanvraag forfait; voor forfait PP : datum model 90 (kennisgeving palliatieve zorgen)
(7) behalve voor 0424395, 0424690, 0424852, 0427991 en 0429015 en 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 waar geen doktersvoorschrift vereist is.
(8) behalve voor 0423135 (dossier) en 0423172 (aanwezigheid vaste verpleegkundige) waar geen doktersvoorschrift vereist is.
(9) deze statistische records moeten, in voorkomend geval, vermeld worden indien er een facturatierecord met de prestatie 0427534, 0427556, 0427571 of 0429251 volgt.
(10) Vanaf 1/10/2017 geeft elk bezoek aanleiding tot de lectuur van het identiteitsdocument en tot de vermelding van een record 52. De record 50 met een basisverstrekking moet steeds gevolgd worden door een record 52. Dit blok van records herhaalt zich evenveel keer als het aantal bezoeken gedurende de betreffende verzorgingsdag.
(11) Vanaf 1/10/2017 moet voor de verstrekkingen die geen bezoek met zich meebrengen (bv.: consultatie,…) waarde 7 vermeld worden in R 52 Z 10 en waarde 1 in R 52 Z 11. De R 52 volgt de betreffende R 50 en vormt er een blok mee.

B. Voorbeeld over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op verpleegkundige zorgen, in geval van geen forfait in de verpleging.

Volgorde voor 1 patiënt.

Record	**dag**	**nomenclatuur**	**opmerking**
50	1	palliatieve pseudo-code voorafgegaan met normcode "9" in zone 3 meerdere palliatieve pseudo-codes mogelijk	indien PN aangerekend en prestatie van art 8, §5bis,5°,d)
50	1	supplementair honorarium PN	indien palliatieve patiënt 1 per dag
50	1	basisverstrekking	verplicht
52 (*)	1	basisverstrekking	verplicht vanaf 1/10/2017
50	1	zorgen	verplicht, indien geen specifieke technische verzorging
50	1	zorgen	indien uitgevoerd
50	1	zorgen	indien uitgevoerd
... ...		max 6 zorgen-records	
... ...		meerdere blokken basis + zorgen toelaten	
50	1	pseudo-code(s) met normcode "9" in zone 3	indien 427534, 427556, 427571 of 0429251 aangerekend en prestatie van art. 8, §9
50	1	specifieke technische zorgen + eventueel 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424874, 0424896, 0429015	indien uitgevoerd
52 (**)	1	0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0424896, 0429015	indien uitgevoerd
50	1	rurale reis meerdere records rurale reis mogelijk	indien uitgevoerd
50	1	diabetesnomenclatuur of zorgtraject diabetes of diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991	indien uitgevoerd
52 (**)	1	diabetesnomenclatuur of zorgtraject diabetes of diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991	indien uitgevoerd

OPGELET : onderstaande verstrekkingen kunnen volledig autonoom voorkomen, d.w.z. zonder voorafgaande of volgende records 50 :

- alle diabetesnomenclatuur behalve de 0423231/334 (opvolgingshonorarium diabetes), die altijd gepaard gaat met minstens een insuline-injectie
- verstrekkingen in het kader van het zorgtraject "diabetes" (423813, 423835, 423850) (tot 31/12/2018).
- vanaf 1/5/2018: diabeteseducatie hoofdstuk V van KB van 10/1/1991.
- de codes 0424395/690/852, 0427991 (bezoek referentie verpleegkundige specifieke wondzorg).
- vanaf 1 februari 2009: code 0429015 (verpleegkundig consult).
- vanaf 1 juni 2012: code 0424896 (verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen).

50	2	palliatieve pseudo-code voorafgegaan	…

enz...

(*) Vanaf 1/10/2017 geeft elk bezoek aanleiding tot de lectuur van het identiteitsdocument en tot de vermelding van een record 52. De record 50 met een basisverstrekking moet steeds gevolgd worden door een record 52. Dit blok van records herhaalt zich evenveel keer als het aantal bezoeken gedurende de betreffende verzorgingsdag.

(**) Vanaf 1/10/2017 moet voor de verstrekkingen die geen bezoek met zich meebrengen (bv.: advies en overleg voorbereiding geneesmiddelen,…) waarde 7 vermeld worden in R 52 Z 10 en waarde 1 in R 52 Z 11. Als de verstrekking autonoom voorkomt, dan volgt een R 52 de betreffende R 50.

Toelichting bij de facturering van verpleegkundige zorgen.

1ste mogelijkheid : Behandeling forfaitairen.

Basisverstrekking (kolom 1 op schema in R 50 Z 4 V 27).

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

Invulling

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

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

Technische prestatie (kolom 3).

Er zijn 3 gevallen mogelijk:

* prestatie behoort tot groep 1 (hygiënische zorg).

Invulling

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

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

Invulling

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

* prestatie behoort tot groep 7 (bijkomende zorg K.B. 18.06.90)

Invulling

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

Prestatie behoort tot groep palliatieve pseudo-codes (kolom 4).

Invulling

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

opmerking :

- *de kolommen 2 en 3 worden zoveel maal herhaald als dat er technische prestaties/palliatieve zorgen worden verricht tijdens de voorafgaande basisverstrekking*
- *het blok "kolom 1, kolom 2, kolom 2, kolom 3,..." wordt zoveel maal herhaald als dat er basisverstrekkingen binnen het forfait vallen*
- *de kolom 1 (basisverstrekking) kan uitzonderlijk niet worden gevolgd door 1 of meerdere kolommen met technische prestaties indien er een specifiek technische verstrekking (kolom 5) volgt op het forfaitair honorarium (kolom 4).*

Forfaitair honorarium (kolom 5).

Het forfait wordt steeds door een verpleegkundige aangevraagd via het MyCareNetbericht 410000 .

Invulling

verstrekker	:	• verpleegkundige van de eerste basisverstrekking. Indien niet gekwalificeerd voor aanrekening van het forfait dan gaat het om de 1ste verpleegkundige die de nodige kwalificatie bezit.
norm verstrekker	:	waarde 1, 2 of 9(*)
datum voorschrift	:	datum MyCareNetbericht 410000 (forfait-aanvraag)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	• indien er enkel basisverstrekkingen en technische prestaties uit groep 1 of groep 7 werden verricht dan 0 (norm voorschrijver = 0) • indien er technische prestaties uit groep 2 tot en met groep 6 worden verricht dan moet 1 van de voorschrijvers van deze prestaties worden vermeld (norm voorschrijver = 1 of 9).
norm voorschrijver	:	waarde 0, 1 of 9

(*) *De norm 9 moet gebruikt worden indien er in de voorafgaande statistische records verschillende verstrekkers voorkomen.*

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

Invulling

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

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

Specifieke technische prestatie (kolom 7).

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

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

Invulling

	verstrekker	: verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
(☞3)	norm verstrekker	: waarde 1, 2(**) of 9 (*)
	datum voorschrift	: datum voorschrift
	aantal verstrekkingen	: steeds 1
(☞1)	voorschrijver	: arts/tandarts
	norm voorschrijver	: steeds 1

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

(☞3) (**) *Alleen voor prestaties 428035, 428050, 428072 en 429273.*

Rurale reisvergoeding (kolom 9).

Is gebonden aan huisbezoek (wordt niet voorgeschreven).

Invulling

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

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

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

Invulling

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

2de mogelijkheid : Behandeling niet - forfaitairen.

Prestatie behoort tot groep palliatieve pseudo-codes.

Invulling

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

Palliatieve zorgen – supplementair honorarium PN.

Invulling

verstrekker	:	1ste verpleegkundige die de nodige kwalificatie bezit voor aanrekening van het honorarium
verscheidene verstrekkers	:	waarde 1 of 9(*)
betrekkelijke verstrekking	:	steeds 0
datum voorschrift	:	datum model 90 of MyCareNetbericht 420000 (kennisgeving palliatieve zorgen)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

(*) *De norm 9 moet gebruikt worden indien er in de voorafgaande statistische records verschillende verstrekkers voorkomen.*

Basisverstrekking (1ste, 2de of 3de enz.).

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

Invulling

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

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

Technische prestatie.

Er zijn 2 gevallen mogelijk :

* prestatie behoort tot groep 1 (hygiënische zorg).

Invulling

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

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

Invulling

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

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

Invulling

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

Specifieke technische prestatie.

Steeds doktersvoorschrift, behalve voor de codes 0424395/690/852, 0427991 (bezoek referentie-verpleegkundige specifieke wondzorg), 0429015 (verpleegkundig consult), 0424874 en 0424896 (wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen) waar geen doktersvoorschrift vereist is.
De codes 0424395/690/852, 0427991, 0424874, 0424896 en 0429015 worden ook in deze rubriek opgenomen gezien ze (analoog aan een STZ) bovenop het dagplafond betaald worden.

Invulling

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

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

Rurale reisvergoeding.

Is gebonden aan een huisbezoek (wordt niet voorgeschreven).

Invulling

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

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

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

Invulling

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

opmerking : de volgorde van de records stemt overeen met de opeenvolging van de verstrekkingen in de dag (d.w.z. 1ste basisverstrekking, gevolgd door bijhorende technische prestaties, 2de basisverstrekking, gevolgd door bijhorende technische prestaties enz.).
Uitzondering hierop moet worden gemaakt voor de specifieke technische prestaties (en aanverwante), de rurale reisvergoeding, de diabetesnomenclatuur, het zorgtraject diabetes en diabeteseducatie (hoofdstuk V van het KB van 10/1/1991) die, indien verricht, als laatste records van de betreffende verzorgingsdag moeten worden vermeld en de palliatieve zorgen die als eerste records van de betreffende verzorgingsdag moeten worden vermeld, indien verricht.

Verpleegkundige zorgen : prestaties verricht tijdens het week-end.

1. enkel om organisatorische redenen

   basisverstrekking week
   nomenclatuur week - tarief week
   plafond week

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

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

   b) gemengd tijdens 1 zitting verantwoord en om organisatorische redenen

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

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

Addendum: **Vragen en antwoorden in verband met nomenclatuur 1/7/2003.**

DIABETES

1. In de conventie staat er niet dat de DIABETES-nomenclatuur niet meespeelt bij de bepaling dagplafond of bovenop de gewone forfaits komt. Mogen we aannemen dat de DIABETES-nomenclatuur volledig los staat van de rest?

   De diabetes-nomenclatuur speelt niet mee bij de bepaling van het dagplafond. Verder mogen de verstrekkingen 423135, 423150, 423172 en 423194 niet geattesteerd worden in hoofde van patiënten bij wie de forfaitaire of supplementaire honoraria, bedoeld in rubrieken IV en V (PALLIATIEVEN), aangerekend worden.

   Bij de diabetes nomenclatuur zal meestal een technische verpleegkundige verstrekking worden aangerekend (namelijk de injectie van insuline). Bij deze technische verpleegkundige verstrekkingen kan dan een basisverstekking worden aangerekend en deze basisverstrekking omvat de verplaatsingskosten. Het kan voorkomen dat een diabetesverstrekking alleen wordt aangerekend, dit zou evenwel heel uitzonderlijk zijn.

2. De FORF-DIABETES komen niet voor in 2° verstrekkingen weekend. Mogen ze niet op weekend gecodeerd worden?

   De FORF-DIABETES mogen in het weekend gecodeerd worden met de W-waarden en nomenclatuur van 1° (weektarief).

3. De DIABETES-nomenclatuur komt niet voor in verstrekkingen 3° kabinet en 4° dagverzorgingscentra?

   De diabetes-nomenclatuur komt inderdaad niet voor in de verstrekkingen 3° kabinet en 4° dagverzorgingscentra.

4. De 423135 (dossier) en de 423172 (aanwezigheid vaste verpleegkundige) vereisen geen doktersvoorschrift?

   De verstrekkingen 423135 (dossier) en 423172 (aanwezigheid vaste verpleegkundige) vereisen geen doktersvoorschrift. De verstrekking 423135 kan echter enkel geattesteerd worden op voorwaarde dat er voorafgaandelijk overleg plaatsvond met de behandelend arts (huisarts of arts-specialist) waarbij de doelstellingen van de verpleegkundige zorg inzake diabeteseducatie en opvolging worden besproken, en de arts beslist of hij al dan niet educatie tot zelfzorg of educatie tot inzicht voorschrijft.

WONDZORG & STZ

5. Geen voorschrift nodig voor 424255/410/550/712 en 427836 (bio-toezicht) maar wel voor de bio-wondzorg als dusdanig. Dus geen voorschrift op de magneetdrager?

   De verstrekkingen 424255, 424410, 424550, 424712 en 427836 (toezicht op wonde met bioactief verband) moeten inderdaad niet worden voorgeschreven, maar mogen enkel worden aangerekend tijdens de periode waarvoor het verzorgen van een wonde met bioactief verband werd voorgeschreven.

   Par. 8 "nadere bepalingen inzake wondzorg" punt 2 stelt dat het toezicht op bio-wonden (424255/410/550/712 en 427836) iedere andere zorgverlening tijdens die dag uitsluit. Is dit juist? Die zorgen kunnen dus nooit voorkomen bij een forfaitaire patiënt gezien het toilet een verplichting is bij forfait. Welk nut heeft de pseudo-code 427210 dan?

   De bedoeling van de verstrekkingen 424255/410/550/712 en 427836 was de mogelijkheid te bieden om iets te kunnen aanrekenen indien de verpleegkundige op een bepaalde dag de patiënt enkel bezocht om de staat van het bioactiefverband te evalueren. Vandaar dat iedere andere zorgverlening tijdens dezelfde dag wordt uitgesloten.
   Indien het toezicht van een bioactief verband gebeurt in het kader van een forfait, mag die verstrekking uiteraard niet worden aangerekend, maar door de pseudo-codes is het mogelijk om na te gaan of dat toezicht is gebeurd. Op die manier krijgen we een beeld van welke zorgen men verleent bij een forfait.

6. Geeft de 424395/690/852 en 427991 (bezoek referentie verpleegkundige bij specifieke wondzorg) aanleiding tot een basis?

   De 424395/690/852 en 427991 (bezoek referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg) geeft geen aanleiding tot een basisverstrekking bij de niet-forfaitaire patiënten en geeft bijgevolg ook geen recht op rurale reisvergoeding.

7. De 424395 (bezoek referentieverpleegkundige bij specifieke wondzorg) komt niet voor in verstrekkingen 2° weekend. Mogen ze niet op weekend gecodeerd worden?

   Ze mogen in het weekend gecodeerd worden met de W-waarden en nomenclatuur van 1° (weektarief).

8. Mogen de 2 soorten **S**pecifieke **T**echnische **Z**orgen gecumuleerd worden?

   De twee soorten specifieke technische verstrekkingen mogen gecumuleerd worden.

9. De STZ-heparine-slot mag op 1 dag niet samen met gewone injectie aangerekend worden. Hebben de niet-vergoedbare injecties dan recht op een basis of niet?

   De niet-vergoedbare injecties hebben geen recht op een basisverstrekking.
   Ze worden niet vermeld op de magnetische drager.

Vragen en antwoorden in verband met het verpleegkundig consult in het kader van de thuisverpleging.

1. De prestatie 429015 *(verpleegkundig consult in de thuisverpleging)* komt niet voor in verstrekkingen 2° weekend. Mogen ze niet tijdens het weekend aangerekend worden?

   Ze mogen in het weekend aangerekend worden met de W-waarden en nomenclatuur van 1° (weektarief).

Vragen en antwoorden in verband met de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os.

1. De prestaties 424874 *(wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os)* en 424896 *(verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os)* komen niet voor in verstrekkingen 2° weekend. Mogen ze niet tijdens het weekend aangerekend worden?

   Ze mogen in het weekend aangerekend worden met de W-waarden en nomenclatuur van 1° (weektarief).

RUBRIEK : DATUM EERSTE VERRICHTE VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 17

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

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

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

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

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

Voor de forfaits "oncofreezing" moet de datum van afname vermeld worden.

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

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen

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

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

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

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

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : prestatiedatum.

Globaal prospectief bedrag: opnamedatum.

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (K.B. van 02/06/2010).
Datum van gebruik als greffe (= datum van inplanting)

Tegemoetkoming in de kosten voor typering en vervoer van hematopoëtische bloedstamcellen (pseudo-codes 269872-269883, 269894-269905 (art. 20, §1))
Factuurdatum (*invoice date*) van factuur van organisme dat typering en/of vervoer verricht heeft.
Uitzondering: datum van overlijden indien de patiënt overleden is op *invoice date.*

Projecten "bevallen met verkort ziekenhuisverblijf" en "thuishospitalisatie" en overeenkomst "psychiatrische functie binnen mobiele teams"
793590-793601(*), 793634-793645(**), 793671-793682(**), 793715, 793752: Begindatum van tenlasteneming
793612-793623(*), 793656-793660, 793693-793704, 793730, 793774: Einddatum van tenlasteneming

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

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

RUBRIEK : DATUM LAATSTE VERRICHTE VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 25

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

Reeksen van eenzelfde behandeling moeten steeds lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie en begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1).
De facturatie van eenzelfde behandeling via één recordtype 50 is enkel toegestaan voor toezichtshonoraria (art. 25, §1). Indien in dat geval de eenheidsprijs van tegemoetkoming wijzigt gedurende de periode (begindatum – einddatum), dan dient die behandeling in twee of meer records opgesplitst te worden nl. per eenheidsprijs.

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

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

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

Voor de forfaits "oncofreezing" moet de datum van afname vermeld worden.

Voor de medische huizen moet in deze zone, voor de codes 0109616, 0509611 en 0409614, de laatste dag van de gefactureerde maand (JJJJMMDD) worden vermeld.
Voor de pseudo-code 0109594, einddatum = begindatum.

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

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (K.B. van 02/06/2010).
Datum van ondertekening van het attest betreffende het gebruik van het materiaal als greffe.

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

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

Projecten "bevallen met verkort ziekenhuisverblijf" en "thuishospitalisatie" en overeenkomst "psychiatrische functie binnen mobiele teams"
793590-793601(*), 793634-793645(**), 793671-793682(**), 793715, 793752: Begindatum van tenlasteneming
793612-793623(*), 793656-793660, 793693-793704, 793730, 793774: Einddatum van tenlasteneming

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

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

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

Zie recordtype 20 zone 7.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

Zie recordtype 20 zone 9.

RUBRIEK : BEVALLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

Zie recordtype 30 zone 10.

Waarde	Betekenis
0	Er is geen bevalling geweest.
1	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de moeder.
2	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene, terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft.
3	Er is een bevalling geweest van meerlingen en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene(n), terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft..
4	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene en de moeder is ambulant bevallen (factuurtype 3 of 9).
5	Er is een bevalling geweest van meerlingen en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de pasgeborene(n) en de moeder is ambulant bevallen (factuurtype 3 of 9).
6	Er is een bevalling geweest en deze prestatie(s) werd(en) verricht voor de moeder die ambulant bevallen is (factuurtype 3 of 9).

Voor de verpleegkundigen is deze zone steeds gelijk aan nul.

(☞7) Vanaf 01/01/2023 is deze zone enkel nog noodzakelijk in de uitzonderlijke gevallen waarin er geen aparte factuur op naam van de pasgeborene kan opgemaakt worden (bv. doodgeboren baby).
Ingeval van aparte facturatie voor moeder en baby mag de zone facultatief ingevuld worden.

RUBRIEK : VERWIJZING FINANCIEEL REKENINGNUMMER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 51

Zie recordtype 30 zone 11.

RUBRIEK : NACHT, WEEKEINDE, FEESTDAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 52

Waarde	Betekenis
0	Andere
1	Nacht
2	Weekeinde
3	Feestdag Ingeval van facturatie door tandartsen (e-fac) wordt deze waarde ook gebruikt voor een brugdag.
4	Prestaties verricht tussen 0 u en 8 u die in aanmerking komen voor het aanrekenen van de bijkomende honoraria voor dringende technische verstrekkingen
5	Verstrekking verricht door een verpleegkundige, om persoonlijke redenen, tijdens het weekeinde of op een feestdag. Deze verstrekkingen moeten worden geattesteerd aan het tarief van de week. Het plafond van de tegemoetkoming is het "week" plafond in zoverre alle prestaties door een verpleegkundige tijdens het weekeinde of op een feestdag werden verricht om persoonlijke redenen. In het andere geval moet het plafond van het weekeinde of feestdag worden toegepast.

In geval van verstrekkingen klinische biologie is het vermelden facultatief.

Opmerking : Ingeval van forfaitaire honoraria per opname is de waarde altijd nul.

RUBRIEK : DIENSTCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

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

Indien het gaat om prestaties die op voorschrift werden verricht, dan moet in deze zone de dienstcode of pseudo-dienstcode worden vermeld van de (pseudo-)dienst waar de patiënt verbleef op het ogenblik van het voorschrift. Deze regel is geldig voor prestaties verricht tot en met 31/1/2014.
Indien het gaat om klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde in vitro en genetische onderzoeken (zowel forfaitaire honoraria per datum van staalafname als technische prestaties) moet in deze zone de dienstcode worden vermeld van de (pseudo-)dienst waar de patiënt verbleef op de datum vermeld in zone 5 en 6.

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

* In geval van supplementen voor niet door ZIV-vergoede verstrekkingen aangerekend aan gehospitaliseerde of ambulante patiënten dient deze zone op nul te worden gezet.
* In geval van afleveringsmarge of veiligheidsgrens van implantaten dient deze zone op nul te worden gezet.
* <u>Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen</u> :
  0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591076, 0591091, 0591113, 0591135, forfaitaire honoraria per datum van staalafname voor ambulante klinische biologie (KB 24/9/1992): code 990 ofwel pseudo-dienstcode ingeval deze forfaitaire honoraria gekoppeld worden aan prestaties verricht tijdens een forfaitaire verpleegdag.
  0590310 en 0590332 : pseudo-dienstcode forfaitaire verpleegdag of dienstcode 320 of pseudo-dienstcode 002 (elders gehospitaliseerden)
  0590181, 0590203, 0591080, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0460703, 0460821, 0460784, 0700000 : opnamedienst of indien de opnamedienst niet in aanmerking komt voor de aanrekening van het forfait de eerste acute dienst na transfert die wel in aanmerking komt.
* <u>Globaal prospectief bedrag</u>: opnamedienst
* Prestaties verricht voor elders gehospitaliseerden (gehospitaliseerde code) = pseudo-dienstcode 002 (behalve voor niet door ZIV-vergoede verstrekkingen waarvoor dienstcode = 000)
* Voor verpleegkundige zorgen en de medische huizen dient evenals voor alle andere ambulante verstrekkingen steeds dienstcode 990 te worden gebruikt.
* Voor prestaties klinische biologie verricht voor patiënten opgenomen in een revalidatiecentrum, moet steeds de dienstcode 770 worden gebruikt.
(☞3) * Voor de prestaties R30-R60, in het kader van revalidatie-overeenkomsten 9.50 en 9.51, de implanteerbare hartdefibrillatoren en de forfaits sensor-meting in het kader van de (kinder)diabetesovereenkomst moet steeds de dienstcode 770 worden gebruikt.
* Voor beschikbaarheidshonoraria tijdens afwezigheden met therapeutische doeleinden (0597704): in deze zone moet de dienstcode vermeld worden van de dienst waar de patiënt verbleef voor vertrek op therapeutisch verlof.
* In geval van dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486) is deze zone gelijk aan nul
* Voor de ambulante code 599970 moet de dienstcode 190 of 180 vermeld worden. In de nomenclatuur is het expliciet voorzien dat de prestatie moet worden uitgevoerd in de dienst N*.
* Voor de pseudo-codes 793590-793601(**), 793612-793623(**), 793634-793645(***), 793656-793660, 793671-793682(***) en 793693-793704 (Projecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” en “thuishospitalisatie”) en 793715, 793730, 793752, 793774 (overeenkomst mobiele teams), is deze zone gelijk aan nul.

(*) Indien het gaat om een verblijf van een pasgeborene kan het ook gaan om een <u>pseudo</u>-dienstcode (170 of 180).
(☞1) (**) geschrapt vanaf prestatiedatum 1/7/2019
(☞1) (***)geschrapt vanaf prestatiedatum 1/1/2021.

CODIFICATIETABEL VAN DE ZIEKENHUISDIENSTEN

Lijst van de diensten voor gehospitaliseerde patiënten in de ziekenhuizen			
R.I.Z.I.V. Codes	Index Volksge-zondheid	Type van ziekenhuis	Omschrijving
190 (*)	N* (n)	Gen.	Afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
200	B	Gen.	Dienst voor behandeling van TBC
210	C	Gen.	Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
220	D	Gen.	Dienst voor diagnose en medische behandeling
230	E	Gen.	Dienst voor kindergeneeskunde
240	H	Gen.	Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
250	L	Gen.	Dienst voor besmettelijke ziekten
260	M	Gen.	Kraamdienst
270	NIC (N)	Gen.	Dienst voor vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen
290	-	Gen.	Eenheid voor behandeling van zware brandwonden (gecreëerd op 01/01/94)
300	G (R)	Gen.	Dienst voor geriatrie en revalidatie
320			Chirurgisch dagziekenhuis
340	K	Gen./ Psy.	Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
350	K1	Gen./ Psy.	Dagverpleging in een K-dienst
360	K2	Gen./ Psy.	Nachtverpleging in een K-dienst
370	A	Gen./ Psy.	Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
380	A1	Gen./ Psy.	Dagverpleging in een A-dienst
390	A2	Gen./ Psy.	Nachtverpleging in een A-dienst
410	T	Gen./ Psy.	Psychiatrische dienst (dag en nacht)
420	T1	Gen./ Psy.	Dagverpleging in een T-dienst
430	T2	Gen./ Psy.	Nachtverpleging in een T-dienst
440	Tf	Psy.	Gezinsverpleging Tf in ziekenhuis vanaf 01/04/2000
450	Tp	Psy.	Gezinsverpleging Tp in gezin vanaf 01/04/2000
480	IB	Psy.	Dienst intensieve behandeling van psychiatrische patiënten
490	(i) of I	Gen.	Functie of dienst intensieve verzorging

(☞7) (*) Vanaf 01/01/2023 wordt dienstcode 190 enkel nog gebruikt voor het verblijf van een pasgeborene op N* indien de moeder het ziekenhuis verlaten heeft. Indien de moeder nog in het ziekenhuis verblijft, wordt de pseudo-dienstcode 180 gebruikt.

CODIFICATIETABEL VAN DE PSEUDO-DIENSTENCODES

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

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

CODIFICATIE VOOR DE DIENST Sp

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

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

RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

* Identificatienummer erkend laboratorium voor klinische biologie :
  - indien het gaat om prestaties klinische biologie, nucleaire geneeskunde in vitro;
  - indien het gaat om bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen in deze sector;
  - in geval van forfaitaire honoraria voor ambulante klinische biologieprestaties;
  - indien het gaat om prestaties klinische biologie waarvoor de terugbetaling niet afhankelijk is van de voorwaarden opgesomd in artikel 63 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (zie KB van 31 januari 1977, BS 4 februari 1977) moet het identificatienummer van een erkend laboratorium voor klinische biologie worden vermeld, in zoverre deze prestaties worden verricht in een erkend laboratorium;
    zo niet:
    - moet het identificatienummer van het ziekenhuis worden vermeld indien deze prestaties worden verricht in een verplegingsinrichting;
    - moet het identificatienummer van de inrichting van verblijf worden vermeld indien het gaat om een patiënt die verblijft in R.V.T., R.O.B., P.V.T. of I.B.W.;
    - moet het nummer van het revalidatiecentrum worden vermeld indien het gaat om patiënten die een revalidatie behandeling ondergaan (intern of extern) in een erkend centrum;
    - moet de zone op nul worden gezet in alle andere gevallen.
  - Indien het gaat om niet vergoedbare prestaties klinische biologie (960035-960046), moet het labonummer vermeld worden ingeval van facturatie door een laboratorium, anders moet het identificatienummer van het ziekenhuis vermeld worden.

* Identificatienummer van het laboratorium voor pathologische anatomie indien het gaat om verstrekkingen van art. 32 van de nomenclatuur.

* Identificatienummer van het laboratorium van een erkend centrum voor antropogenetica indien het gaat om forfaits “genetic counseling” (589750-589761, 589772-589783, 589794-589805)
  of verstrekkingen van art. 33.

* Identificatienummer van het revalidatiecentrum
  - indien het gaat om verstrekkingen verricht aan patiënten die een revalidatie behandeling ondergaan (intern of extern) in een erkend centrum;
  - indien het gaat om bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen in deze sector;
  - indien het gaat om logopedieverstrekkingen verstrekt in het kader van een revalidatie-overeenkomst (711373, 712375, enz…)

* Identificatienummer van de bank voor menselijk lichaamsmateriaal die het materiaal afgeleverd heeft indien het gaat om een tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (enkel ingeval van Belgisch lichaamsmateriaal of buitenlands materiaal ingevoerd van buiten de EU)

  Voor menselijk lichaamsmateriaal dat ingevoerd werd vanuit een EU-land is geen erkenningsnummer van een bank voor menselijk lichaamsmateriaal nodig. In dit geval moet in deze zone steeds “nummer ziekenhuis + 200” ingevuld worden.
  Voor de transportkosten tussen de buitenlandse bank voor menselijk lichaamsmateriaal en de erkende Belgische bank (pseudo-code 272650-272661) moet hetzelfde erkenningsnummer vermeld worden als voor het ingevoerde materiaal zelf.

Hieronder vindt u een tabel met de relatie tussen de verschillende pseudo-codes uit het KB van 02/06/2010 en het erkenningsnummer dat nodig is om dit menselijk lichaamsmateriaal te factureren.

Pseudo-codes voor niet ingevoerd materiaal		Pseudo-codes voor ingevoerd materiaal		Verwijzing naar lijst in bijlage 1 van het KB	Erkennings-nummer
VAN	TOT	VAN	TOT		
269290	269301	271471	271482	A 53°	210
269393	269404	271493	271504	A 2°	211
269415	269426	272694	272705	A 3°	211
269496	269625	272392	272521	A 4° t.e.m. 10°	215
270351	270362	271515	271526	A 11°	212
270373	270465	272532	272602	A 54° t.e.m. 57°	216
270550	270561	271530	271541	A 12°	212 of 219
270572	270583	272635	272646	A 13°	220
270616	271062	271552	272005	A 14° t.e.m. 36°	213
271073	271084	272016	272020	A 37°	213 of 215
271095	271342	272031	272285	A 38° t.e.m. 50°	213
271353	271364	272296	272300	A 51°	213 of 215
271375	271423	272311	272366	B 1°, 2°	213
271434	271445	272370	272381	A 52°	213
272672	272683	272716	272720	A 1°	218
272731	272742	272753	272764	A 58°	220
272775	272786	272790	272801	A 59°	213

Opgelet: Voor alle prestaties onder de titel “hematologische transplantaties” in art. 20, §1, a) van de nomenclatuur wordt geen erkenningsnummer van een bank voor menselijk lichaamsmateriaal vermeld. Voor deze prestaties is de plaats van verstrekking gelijk aan het nummer van het ziekenhuis (eindigend op "000").

* Identificatienummer van de RVT, ROB, PVT of BW centrum indien het gaat om verstrekkingen verricht in RVT, ROB, PVT of BW.

* Identificatienummer van de verplegingsinrichting waar de prestatie werd verricht
- indien het gaat om verstrekkingen verricht op de campus van een verplegingsinrichting (zowel voor opgenomen als voor niet opgenomen patiënten, evenals voor patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW);
- indien het gaat om forfaitaire honoraria voor klinische biologie per opname of per maxiforfait;
- indien het gaat om bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen in deze sector;
- indien het gaat om forfaitaire honoraria voor radiologie in de gehospitaliseerde sector;
- 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 niet door ZIV vergoede producten, verstrekkingen of diensten (codes 096XXXX), behalve voor de codes 0961376-0961380 en 0961391-0961402 waarvoor het erkenningsnummer “nummer ziekenhuis + 191 of + 192” moet vermeld worden;
- indien het gaat om parenterale voeding thuis.
- indien het gaat om overeenkomsten art. 56 (0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936)
- indien het gaat om detoxificatie-dialyse (conventie leverdialyse) (0761972-0761983)
- indien het gaat om een globaal prospectief bedrag.

* 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.

* Indien het gaat om vervoer van patiënten, dan moet in deze zone het identificatienummer van het ziekenhuis dat factureert worden vermeld (bijvoorbeeld ingeval van pseudo-code 793553).
* Indien het gaat om projecten "bevallen met verkort ziekenhuisverblijf" of "thuishospitalisatie" (793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**) en 793693-793704), dan moet in deze zone het identificatienummer van het ziekenhuis worden vermeld.
* Overeenkomst "mobiele teams":
  Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): nummer netwerk geestelijke gezondheidszorg
  Pseudo-codes huisbezoek (104473, 104495): nummer mobiel team
* Overeenkomst "eerstelijns psychologische zorg": nummer netwerk geestelijke gezondheidszorg
* Indien het gaat om het forfaitair bedrag per half uur voor de tussenkomst van een Belgische ambulance/MUG in Nederland in het kader van de Benelux beschikking m.b.t. het grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer (pseudo-code 793575), dan moet in deze zone het identificatienummer van de erkende ambulancedienst vermeld worden of, indien het een interventie van de MUG betreft, het nummer van het ziekenhuis dat factureert.
* Indien het gaat om dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486), dan moet in deze zone het identificatienummer van de erkende ambulancedienst worden vermeld.
* Ingeval van reiskosten artsen (0109911, 0109955, 0109970), is deze zone gelijk aan nul.
* Het erkenningsnummer van de erkende bloedinstelling die het menselijk volbloed of de labiele bloedproducten heeft afgeleverd indien het gaat om een tegemoetkoming in de kosten voor menselijk volbloed of labiele bloedproducten
* Indien het gaat om prestaties uit artikel 9 van de nomenclatuur (bevallingen) die werden uitgevoerd in het ziekenhuismilieu dan moet het identificatienummer van de ziekenhuisinstelling waar dat de prestatie werd verricht in deze zone worden vermeld.
* Nummer ziekenhuis + 000 indien het gaat om een SPECT-onderzoek uitgevoerd intra-muros met een hybride toestel SPECT-CT
* Indien het gaat om een SPECT-onderzoek uitgevoerd extra-muros met een hybride toestel SPECT-CT, wordt deze zone op nul gezet.

<u>Radiofarmaceutische producten</u>

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

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

* Identificatienummer van het laboratorium van een erkend centrum voor antropogenetica indien het gaat om verstrekkingen van art. 33 van de nomenclatuur (565014 t.e.m. 565600, 588674-588685, 588711-588722)

(☞6) * Nummer ziekenhuis + 110 (transversale axiale tomograaf) indien het gaat om verstrekkingen 457855 t.e.m. 457903, 457973-457984, 458452-458463, 458570 t.e.m. 458603, 458673-458684, 458732-458743, 458813 t.e.m. 458905, 458953-458964, 458990-459001,459351-459362, 459373-459384, 459550 t.e.m. 459642, 459675-459701

* Nummer ziekenhuis + 110 (transversale axiale tomograaf) of + 112 (PET scan) indien het gaat om verstrekkingen 459874 t.e.m. 459922

(☞2) * Nummer ziekenhuis + 111 (nucleaire magnetische resonantietomograaf) indien het gaat om verstrekkingen 457914 t.e.m. 457962, 459395 t.e.m. 459546, 459830-459841, 458975-458986.

* Nummer ziekenhuis + 112 (PETscan) indien het gaat om verstrekkingen 442676 t.e.m. 442761, 442971-442982

* Nummer ziekenhuis + 113 (dienst radiotherapie) indien het gaat om verstrekkingen 444113 t.e.m. 444242, 444290 t.e.m. 444323, 444356 t.e.m. 444603

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

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

* Nummer ziekenhuis + 120 (globaal zorgprogramma "cardiale pathologie" B) of nummer ziekenhuis + 127 (deelprogramma's B1 en B2) indien het gaat om verstrekkingen 453552 t.e.m. 453600, 464155 t.e.m. 464203, 589013 t.e.m. 589046, 589153 t.e.m. 589164, 589735 t.e.m. 589746

(☞8) * Nummer ziekenhuis + 122 (erkenning cardiale pathologie T) indien het gaat om verstrekkingen 181473-181484, 181554-181565, 183610, 183632 en 476652-476663

* Nummer ziekenhuis + 124 (erkenning cardiale pathologie E + B3) indien het gaat om verstrekkingen 589551 – 589562

* Nummer ziekenhuis + 124 (erkenning cardiale pathologie E + B3) of nummer ziekenhuis + 125 (erkenning cardiale pathologie E zonder B3) indien het gaat om verstrekkingen 475952-475963, 476276-476280, 476630-476641, 589492 t.e.m. 589540, 589573-589584

* Nummer ziekenhuis + 131 (gespecialiseerde spoedgevallenzorg) indien het gaat om verstrekkingen 590181, 590310, 590516 t.e.m. 590995

* Nummer ziekenhuis + 131 (gespecialiseerde spoedgevallenzorg) of nummer ziekenhuis + 130 (eerste opvang van spoedgevallen) indien het gaat om verstrekkingen 212015 en 214012

* Nummer ziekenhuis + 131 (gespecialiseerde spoedgevallenzorg) of nummer ziekenhuis + 130 (eerste opvang van spoedgevallen) indien het gaat om verstrekking 211013 indien deze werd uitgevoerd in een erkende functie spoedgevallen.

* Nummer ziekenhuis + 132 (functie mobiele urgentiegroep) indien het gaat om verstrekkingen 590413-590424, 590435, 590446 of 590472.

* Nummer ziekenhuis + 134 (zorgprogramma oncologie) indien het gaat om verstrekking 350291-350302.

* Nummer ziekenhuis + 141(centrum voor reproductieve geneeskunde B) indien het gaat om verstrekkingen 432714 t.e.m. 432725, 559812 t.e.m. 559860

* Nummer ziekenhuis + 155 (expertisecentrum voor comapatiënten) indien het gaat om verstrekking 477606

* Identificatienummer van het nierdialysecentrum indien het gaat om verstrekkingen 470374-470385, 470400, 470422, 470433-470444, 470470-470481, 474714-474725 (geschrapt vanaf 1/2/2020) of honoraria uit de overeenkomst dialyse.

<u>Overeenkomst betreffende de financiering van dialyse</u>

Nummer ziekenhuis + 560 voor alle verstrekkingen uit de overeenkomst dialyse

<u>Implantaten</u>

(☞3) * Nummer ziekenhuis + 120 (globaal zorgprogramma cardiale pathologie B) indien het gaat om verstrekkingen 172594-172605, 158815 t.e.m. 158863, 180810 t.e.m.180843, 181915 t.e.m. 181941

* Nummer ziekenhuis + 122 (cardiale pathologie T) indien het gaat om verstrekkingen 159574- 159585, 172793 t.e.m. 172933, 180331 t.e.m. 180471, 684714 t.e.m. 684725, 701035 t.e.m. 701050

* Nummer ziekenhuis + 123 (cardiale pathologie C) indien het gaat om verstrekkingen 159471-159482, 172955 t.e.m. 173003

* Nummer ziekenhuis + 124 (cardiale pathologie E + B3) indien het gaat om verstrekkingen 158933-158944

* Nummer ziekenhuis + 124 (cardiale pathologie E +B3) of nummer ziekenhuis + 125 (erkenning cardiale pathologie E zonder B3) indien het gaat om verstrekkingen 158550 t.e.m. 158642, 158734 t.e.m. 158760, 158874 t.e.m. 158922, 158955 t.e.m. 158966, 170590 t.e.m. 170623, 172572-172583

* Nummer ziekenhuis + 126 (cardiale pathologie P) indien het gaat om verstrekkingen 158653 t.e.m. 158723, 172395 t.e.m. 172465

* Nummer ziekenhuis + 150 (centrum voor robotchirurgie) indien het gaat om verstrekkingen 777114-777125 (tot en met 29/2/2016)

* Nummer ziekenhuis + 151 (centrum voor endoprothesen zonder erkenning cardiale pathologie B3) of + 152 (centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B3) indien het gaat om verstrekkingen 161114 t.e.m. 161206, 161210-161221, 161350 t.e.m. 161405, 161453-161464, 180493-180504, 180515-180526, 180854 t.e.m.180880

* Nummer ziekenhuis + 152 (centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B) indien het gaat om verstrekkingen 161232 t.e.m. 161346, 161416 t.e.m. 161442, 172690 t.e.m. 172723

* Nummer ziekenhuis + 156 (centrum “coronaire en drug eluting stent”) indien het gaat om verstrekkingen 158970 t.e.m. 158981, 158992 t.e.m. 159040, 159552 t.e.m. 159563, 170656 t.e.m. 170660

* Nummer ziekenhuis + 161 (centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van Parkinson en essentiële tremor”) indien het gaat om verstrekkingen 151454 t.e.m. 151981

* Nummer ziekenhuis + 163 (centrum “percutane herstelling van mitralisklepbladen”) indien het gaat om verstrekkingen 172491-172502 en 172513-172524

* Nummer ziekenhuis + 164 (centrum “radiofrequentie ablatie slokdarm”) indien het gaat om verstrekkingen 172616-172620, 172631-172642 en 172653-172664

* Nummer ziekenhuis + 165 (centrum “neurostimulatoren obsessieve-compulsieve stoornis”) indien het gaat om verstrekkingen 173014 t.e.m. 173541.

* Nummer ziekenhuis + 166 (centrum “neurostimulatoren bewegingsstoornissen”) indien het gaat om verstrekkingen 173552 t.e.m. 173902.

* Nummer ziekenhuis + 167 (centrum “percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie”) indien het gaat om verstrekking 172734-172745.
  Nummer ziekenhuis + 167 of + 120 indien het gaat om verstrekkingen 172756-172760, 172771-172782.

* Nummer ziekenhuis + 168 (centrum “verankeringsimplantaat voor externe prothese” (Opra)) indien het gaat om verstrekkingen 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 en 181252-181263.

* Nummer ziekenhuis + 169 (centrum “percutane sluiting van het linker hartoortje in geval van niet-valvulaire voorkamerfibrillatie”) indien het gaat om verstrekkingen 180272-180283 en 180294-180305.

* Nummer ziekenhuis + 170 (centrum “magnetisch verlengbare staven” (Magec)) indien het gaat om verstrekkingen 182210-182221, 182232-182243,182254-182265, 182276-182280, 182291-182302 en 182313-182324.

* Nummer ziekenhuis + 171 (centrum “implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau”) indien het gaat om verstrekkingen 174370 t.e.m. 174521.

* Nummer ziekenhuis + 172 (centrum "neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion en toebehoren in geval van CRPS") indien het gaat om verstrekkingen 174532 t.e.m. 174661.

* Nummer ziekenhuis + 173 (centrum "endobronchiale éénrichtingskleppen") indien het gaat om de verstrekkingen 180773–180784 en 180795-180806.

(☞2) * Nummer ziekenhuis + 174 (centrum "implantaten voor de behandeling van fecale incontinentie") indien het gaat om de verstrekkingen 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 157511-157522, 181672-181683 en 181694-181705.

(☞7) * Nummer ziekenhuis + 175 (centrum "neurostimulatoren voor dysfuncties van de lage urinewegen") indien het gaat om de verstrekkingen 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 en 182615-182626.

* Het erkenningsnummer van het referentiecentrum voor refractaire epilepsie indien het gaat om verstrekkingen 170892 t.e.m. 171080, 152773 t.e.m. 152924, 171496 t.e.m. 171824

* Het identificatienummer van het erkend centrum voor de implantatie van hartdefibrillatoren indien het gaat om implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes.

Overeenkomst borstreconstructie: nummer ziekenhuis + 190

Overeenkomst complexe chirurgie pancreas: nummer ziekenhuis + 193
Overeenkomst complexe chirurgie slokdarm: nummer ziekenhuis + 194
Deze erkenningsnummers moeten vermeld worden voor alle pseudo-codes uit de overeenkomsten, ook voor de codes "*Deelname aan het multidisciplinair consult door de verwijzende arts-specialist die niet behoort tot de staf van het centrum*" en "*Deelname aan het multidisciplinair consult door de behandelende huisarts*", die eventueel door de betreffende arts-specialist of huisarts zelf gefactureerd worden en niet door het ziekenhuis.

Overeenkomst oncofreezing (ook voor de 96-codes):
- rechthebbende vanaf 16 jaar: nummer ziekenhuis + 191 of + 192
- rechthebbende jonger dan 16 jaar (ongeacht de verstrekking): nummer ziekenhuis + 192

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

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

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

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

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

Het gaat om het identificatienummer van de verzorgingsverstrekker die de verstrekking werkelijk heeft verleend. Dat nummer moet op het getuigschrift van verzorging voorkomen. Wanneer de verstrekking collegiaal door verscheidene verstrekkers is verricht, moet het nummer van elke verstrekker op het getuigschrift worden vermeld, maar één enkele lukraak gekozen verstrekker wordt in die zone vermeld. In zone 16 wordt vermeld dat er "verscheidene verstrekkers" zijn geweest.
Deze regels zijn niet van toepassing voor de verpleegkundigen.
De specifieke regels voor verpleegkundigen zijn opgenomen in R 50 Z 4 V 27 en volgende.

Uitzonderlijk moeten de medische huizen, in geval van facturatie van de (pseudo-)code 0109594, hun identificatienummer in deze zone vermelden.
Deze zone is gelijk aan nul voor de forfaits 0109616, 0509611 en 0409614.

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

<u>Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen</u>

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

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

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

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

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : nummer van de bandagist

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

Supplementen uit art. 14 m) van de nomenclatuur in verband met transplantaties
Bij vermelding van codes 0269872 tot 0269964 in zone 4, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

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

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

Niet door Z.I.V.-vergoede producten, verstrekkingen of diensten
Voor niet door Z.I.V.-vergoede producten, verstrekkingen of diensten is deze zone gelijk aan nul.
Uitzondering: voor pseudo-code 960035-960046 (niet-vergoedbare laboratoriumonderzoeken) moet de verstrekker verplicht vermeld worden.

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

Parenterale voeding (en aanverwante tegemoetkomingen in het kader van art. 56)
Bij vermelding van de code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936 of 751951 in zone 4, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomsten
Voor de prestaties 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776473, 0776484, 0776495 en 0776506 dient deze zone op nul gezet te worden.

Verstrekkingen sensor-meting in het kader van (kinder)diabetesovereenkomst
Voor de prestaties uit punt 5quater in R 50 Z 4 V 3 dient deze zone op nul gezet te worden.

OSAS-overeenkomst (vanaf 1/1/2018)
Voor de forfaits uit punt 5quinquies in R 50 Z 4 V 3, moet deze zone steeds ingevuld worden.
Voor de pseudo-codes 779936, 779951 en 765951 (nCPAP) gaat het om de "diagnosticerende arts", voor de pseudo-codes 779870, 779892 en 779914 (MRA) gaat het om de MRA-specialist (zie art.17 §1 van de overeenkomst).
Krachtens art. 3, §6 van de overeenkomst blijven de door de adviserend arts toegestane verstrekkingen verder vergoedbaar gedurende de periode van tenlasteneming die de adviserend arts reeds heeft toegestaan, ook als het centrum tijdelijk niet over een diagnosticerende arts of MRA-specialist beschikt. In dat geval wordt in deze zone het pseudo-verstrekkersnummer 01.00001.06.999 vermeld.

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

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

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

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten
Identificatienummer van de verantwoordelijke arts van de bloedinstelling.
Opmerking : Voor Rode Kruis Vlaanderen is dit de "lokale" verantwoordelijke arts.

Hulp bij tabaksontwenning : Identificatienummer van de betreffende zorgverstrekker.
Indien de verstrekking verricht werd door een tabacoloog zonder RIZIV-nummer, dan moet de pseudo-identificatiecode 2.99999.22.999 in deze zone vermeld worden.

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

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

Overeenkomsten complexe chirurgie: identificatienummer arts-specialist in de heelkunde

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

Projecten "bevallen met verkort ziekenhuisverblijf" en "thuishospitalisatie" (pseudo-codes 793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**) en 793693-793704): identificatienummer van de arts die de patiënt opvolgt.

Overeenkomst "mobiele teams":
Pseudo-codes in/out (793715, 793730, 793752, 793774): nummer mobiel team
Pseudo-codes huisbezoek (104473, 104495): identificatienummer psychiater

Overeenkomst "eerstelijns psychologische zorg": identificatienummer klinisch psycholoog of orthopedagoog

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

RUBRIEK : NORM VERSTREKKER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 80

Waarde	Betekenis
0	Er wordt geen verstrekker meegedeeld in zone 15.
1	Verstrekking of reeks van verstrekkingen die kan toegeschreven worden aan één enkele verstrekker die ze heeft verricht.
2	Verstrekking of reeks van verstrekkingen geattesteerd door verpleegkundige maar verricht door zorgkundige
(☞8)	Verstrekking geattesteerd door tandheelkundige of stomatoloog maar verricht door mondhygiënist
3	Verstrekking fysiotherapie (art. 22) die (gedeeltelijk) verricht werd door een (of meerdere) kinesitherapeut(en) onder toezicht van een arts-specialist die de verstrekking heeft geattesteerd.
4 **	Letter "G" op getuigschrift voor verstrekte hulp (arts heeft toegang tot de gegevens van het GMD, maar is niet de beheerder ervan).
(☞2) 5	Verstrekking geattesteerd door de stagemeester maar verricht door een stagedoende arts (enkel in het kader van e-fac huisartsen, niet voor artsen-specialisten of tandartsen)
9	Verstrekking of reeks van verstrekkingen die niet kan toegeschreven worden aan één enkele verstrekker, want ze werd door verscheidene verstrekkers gezamenlijk verricht.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen :
0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0592815 tot 0592874, 0592911 tot 0592970, 0593014 tot 0593073, 0593110 tot 0593176 : moeten steeds vermeld worden met waarde 1 of 9, naargelang al de prestaties van het voorschrift door 1 of meerdere verstrekkers werden verricht;
(☞8) 0590181, 0590203, 0590310 en 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465(***), 0641480(***), 0641502(***), 0641524, 0656165, 0656180: moeten steeds worden vermeld met waarde 9;
0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000 en pseudo-codes oncofreezing: moeten steeds vermeld worden met waarde 1.

(☞3) Verpleegkundige prestaties waarvoor statistische records met pseudocodes nodig zijn (*) :

- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 verpleegkundige uitgevoerd werden:
  Prestatie + alle pseudo-codes: norm 1
- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 zorgkundige uitgevoerd werden:
  Prestatie + alle pseudo-codes: norm 2
- Indien de zorgen door meerdere verpleegkundigen en/of zorgkundigen uitgevoerd werden:
  Prestatie: norm 9
  Pseudo-codes: norm 1 bij de verstrekkingen die door een verpleegkundige werden uitgevoerd; norm 2 bij de verstrekkingen die door een zorgkundige werden uitgevoerd

Overeenkomsten complexe chirurgie
Steeds norm 9 (want de verstrekkingen moeten verricht worden door twee artsen-specialisten in de heelkunde).

(☞3) (*) Forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, prestaties 427534, 427556, 427571 of 429251 en supplementair honorarium PN.
(**) Norm 4 mag enkel gebruikt worden in de gevallen waar in het papieren facturatiecircuit de letter "G" gebruikt wordt (dus enkel voor prestaties met remgeldvermindering omwille van GMD).
(☞8) (***)Geschrapt vanaf 01/04/2022.

RUBRIEK : BETREKKELIJKE VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 81

Deze zone moet steeds worden ingevuld wanneer de vergoeding van de prestatie vermeld in zone 4, overeenkomstig de bepalingen van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, afhankelijk wordt gesteld van de verrichting van een andere prestatie.
Het is dan die andere prestatie, die aan de basis ligt van de vergoeding, die als betrekkelijke verstrekking moet worden meegegeven.

Op de website van het RIZIV (op de pagina “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een betrekkelijke verstrekking moet vermeld worden.
Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.

Voor prestaties die niet op de lijst staan, mag er geen betrekkelijke verstrekking ingevuld worden en moet deze zone dus verplicht met nullen opgevuld worden.

Bijzonder geval: facultatieve invulling van de zone

In geval van verpleegkundige zorgen, verricht voor rechthebbenden die op éénzelfde dag de hoedanigheid van gehospitaliseerde en ambulante patiënt cumuleren, en voor zover de code PN of een pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening nog niet vermeld is in de zone, mag de zorgverstrekker de code 0426613 vermelden bij wijze van inlichting voor de verzekeringsinstellingen.

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

(*) Vanaf prestatiedatum 1/1/2019 is er enkel nog een tegemoetkoming voor rechthebbenden die met de helikopter van CHU Sart Tilman of AZ St. Jan Brugge getransporteerd worden in het kader van dringende geneeskundige hulpverlening.

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

Categorie I = implantaten, Categorie II = invasieve medische hulpmiddelen

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

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

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

Projecten "bevallen met verkort ziekenhuisverblijf" en "thuishospitalisatie" en overeenkomst "mobiele teams": ingeval van pseudo-codes 793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**), 793693-793704, 793715, 793730, 793752, 793774 in R 50 Z 4 is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan nul.

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

Moedermelk (pseudo-code 695052-695063).

Wettelijke basis (art. 3 van het KB van 21 mei 1987 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van gipsbanden en ander gipsmateriaal, en van moedermelk):
De tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in de kosten van moedermelk is als volgt vastgesteld:
a) voor een hoeveelheid van 200 ml of minder, vergoedt de ziekteverzekering het verschil tussen de basisprijs, die 0,32 EUR/10 ml bedraagt, en het forfaitair aandeel van 0,30 EUR ten laste van de rechthebbende;
b) per bijkomende schijf van 20 ml, is de tegemoetkoming van de verzekering vastgesteld op 0,62 EUR.

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

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

Voorbeeld 1

Er wordt 556 ml gefactureerd ➔ zone 22 = 556

556 ml ➔ 20 * 10 ml + 17 * 20 ml = 540 ml (16 ml is onvoldoende voor de volgende schijf van 20 ml)
Terugbetaling (Z 19) = (20 * 0,32 €) - 0,30 € + (17 * 0,62 €) = 16,64 €
Persoonlijk aandeel (Z 27) = 0,30 € + (17 * 0,02 €) = 0,64 €

Voorbeeld 2

Er wordt 173 ml gefactureerd ➔ zone 22 = 173

173 ml ➔ 17 * 10 ml = 170 ml (3 ml is onvoldoende voor de volgende schijf van 10 ml)
Terugbetaling (Z 19) = (17 * 0,32 €) - 0,30 € = 5,14 €
Persoonlijk aandeel (Z 27) = 0,30 €

Voorbeeld 3

Er wordt 10 173 ml gefactureerd

1ste record ➔ zone 22 = 9 980
9 980 ml ➔ 20 * 10 ml + 489 * 20 ml
Terugbetaling (Z 19) = (20 * 0,32 €) – 0,30 € + (489 * 0,62 €) = 309,28 €
Persoonlijk aandeel (Z 27) = 0,30 € + (489 * 0,02 €) = 10,08 €

2de record ➔ zone 22 = 193
193 ml ➔ 19 * 10 ml
Terugbetaling (Z 19) = (19 * 0,32 €) – 0,30 € = 5,78 €
Persoonlijk aandeel (Z 27) = 0,30 €

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

RUBRIEK : DATUM VOORSCHRIFT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 100

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

Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen + bijhorende statistische records :

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

Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes :

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

Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal
Deze zone is gelijk aan nul.

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten
De datum van het voorschrift moet in deze zone vermeld worden.

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

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

RUBRIEK : TEKEN + AANTAL EENHEDEN

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 4 N - 108

Deze zone bevat:
Het aantal keren dat een verstrekking is verleend op de opgegeven datum of gedurende het opgegeven tijdvak (begindatum - einddatum)
OF
Het aantal leveringen (bv. bloed, isotopen,…) op de opgegeven datum of gedurende het opgegeven tijdvak (begindatum – einddatum).

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.
Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.
Deze zone mag geen decimalen bevatten.

Reeksen van eenzelfde behandeling moeten lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie met begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1), behalve de toezichtshonoraria (art. 25, §1), die wel in reeks mogen gefactureerd worden.

Opmerkingen:
- Voor verpleegkundige zorgen en de medische huizen is het aantal verstrekkingen steeds gelijk aan 1;
- voor verbanden en andere gipsstoffen dient het aantal eenheden vermeld te worden;
- voor de isotopen dient het aantal keer te worden vermeld dat het tarief in rekening werd gebracht;
- bloed en bloedplasma dient te worden uitgedrukt in eenheid van aflevering;
- voor het menselijk lichaamsmateriaal (KB 2/6/2010) moet het aantal keer vermeld worden dat het eenheidstarief in rekening werd gebracht; ingeval van vergoeding per cm (57° ader-allogreffe), per cm^2 (11° in vloeibare stikstof dan wel in glycerol bewaarde huid, 12° keratinocyten, 58° amnionmembraan voor dermatologisch gebruik) of per cm^3 (59° corticaal beenpoeder met osteoinductiecapaciteit) moet dus het aantal cm, cm^2 of cm^3 vermeld worden;
- moedermelk dient te worden uitgedrukt in ml (zie ook rekenregels in Z 19 V 1);
- forfaitaire honoraria of globaal prospectief bedrag: aantal is steeds 1;
- voor de reiskosten in geval van revalidatieverstrekkingen en voor de reiskosten van de vroedvrouwen (422973) moet het aantal kilometers heen en terug worden vermeld.
- voor de reiskosten van artsen in plattelandsstreken (109955) is deze zone gelijk aan (afstand in km x 2).
- voor de diverse kosten in ziekenhuizen (zie R 50 Z 4 V 14) mag het aantal eenheden groter zijn dan 1.
- Voor de tussenkomst van een Belgische MUG op Frans grondgebied in het kader van de Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer (pseudo-code 793553) en voor de tussenkomst van een Belgische ambulance/MUG in Nederland in het kader van de Benelux beschikking m.b.t. grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer (pseudo-code 793575) (forfaitair bedrag per half uur) dient in deze zone het aantal begonnen halve uren vermeld te worden.
- dringend ziekenvervoer: aantal kilometer (ingeval van pseudo-codes 784416 t.e.m. 784464) of aantal paar gebruikte elektroden (ingeval van pseudo-code 784475-784486).

Ingeval van creditnota bevat deze zone steeds een negatieve waarde (cf. punt c in bijlage 7 vervolg 1).

Implantaten

- het aantal identieke implantaten die tijdens 1 ingreep werden gebruikt mogen via 1 recordtype worden gefactureerd;
  Opgelet: het aantal eenheden in de records "veiligheidsgrens" en "afleveringsmarge" moet identiek zijn aan het aantal eenheden in de record waarin de implantaten zelf gefactureerd worden.
- implantaten met een vergoeding per cm^2 (of per contactpunt):
  - Voor implantaten met nominatieve lijsten en zonder forfait is het aantal eenheden gelijk aan het aantal keren dat het product, zoals het op de lijst beschreven is, gebruikt wordt (dus niet het aantal cm^2 of het aantal contactpunten).
    Het aantal eenheden in de records "veiligheidsgrens" en "afleveringsmarge" moet identiek zijn aan het aantal eenheden in de record waarin de implantaten zelf gefactureerd worden.
  - Voor implantaten zonder nominatieve lijsten (met of zonder forfait) is het aantal eenheden gelijk aan het aantal cm^2, afgerond naar het dichtstbijzijnde geheel getal (de helft van een eenheid wordt naar boven afgerond).
    Meerdere identieke implantaten kunnen niet via één record worden gefactureerd. Er moet een aparte record per implantaat worden gemaakt.
    De veiligheidsgrens en afleveringsmarge worden berekend per implantaat (en dus niet per cm^2).
    Het aantal eenheden in de records "veiligheidsgrens" en "afleveringsmarge" is steeds gelijk aan 1 (en dus niet gelijk aan het aantal cm^2 en dus ook niet gelijk aan het aantal eenheden in de record waarin het implantaat zelf gefactureerd wordt).

Voorbeelden netjes (gebaseerd op prijzen 1/12/2016)

Voorbeeld 1: 157931 - 157942 (met nominatieve lijst en zonder forfait)

Aflevering van 1 netje met identificatiecode 320010000826 (oppervlakte = 176,63 cm^2):
Record netje: Z 22 = 1; Z 19 = 529,89 EUR; Z 27 = 0
Record veiligheidsgrens: Z 22 = 1; Z 27 = 158,96 EUR
Record afleveringsmarge: Z 22 = 1; Z 27 = 68,88 EUR
Aflevering van 2 netjes met identificatiecode 320010000826:
Record netje: Z 22 = 2; Z 19 = 1059,78 EUR; Z 27 = 0
Record veiligheidsgrens: Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 158,96 = 317,92 EUR
Record afleveringsmarge: Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 68,88 = 137,76 EUR

Voorbeeld 2: 158012 - 158023 (met nominatieve lijst en met forfait per netje)

Aflevering van 2 netjes met identificatiecode 321010002530
Record netje: Z 22 = 2; Z 19 = 2 * 146,40 = 292,80 EUR; Z 27 = 2 * 48,80 EUR = 97,60 EUR
Record afleveringsmarge: Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 19,52 = 39,04 EUR

Voorbeeld 3: 157894 - 157905 (zonder nominatieve lijst en zonder forfait)

Aflevering van 1 netje met notificatiecode 0000011665-72 (Vicryl Mesh 13,5 x 11 CM).
De oppervlakte is 148,50 cm^2. Dit wordt afgerond naar 149 cm^2.
Record netje: Z 22 = 149; Z 19 = 149 * 0,50 = 74,50 EUR; Z 27 = 0
Record veiligheidsgrens: Z 22 = 1; Z 27 = prijs – terugbetalingsbedrag (74,50 EUR)
indien prijs <= 74,50 + 50% van 74,50
Record afleveringsmarge: Z 22 = 1; Z 27 = 10% van prijs netje geplafonneerd op 148,74 EUR

Aflevering van 1 netje met notificatiecode 0000204480-93 (Vicryl Mesh 8,5 x 10,5 CM).
De oppervlakte is 89,25 cm^2. Dit wordt afgerond naar 89 cm^2.
Record netje: Z 22 = 89; Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50 EUR; Z 27 = 0
Record veiligheidsgrens: Z 22 = 1; Z 27 = prijs – terugbetalingsbedrag (44,50 EUR)
indien prijs <= 44,50 + 50% van 44,50
Record afleveringsmarge: Z 22 = 1; Z 27 = 10% van prijs netje geplafonneerd op 148,74 EUR

Aflevering van 2 netjes met notificatiecode 0000204480-93 (Vicryl Mesh 8,5 x 10,5 CM).
De oppervlakte is 89,25 cm^2 per netje. Dit wordt afgerond naar 89 cm^2.
Record 1^{ste} netje: Z 22 = 89; Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50 EUR; Z 27 = 0
Record veiligheidsgrens 1^{ste} netje: Z 22 = 1; Z 27 = prijs – terugbetalingsbedrag (44,50)
indien prijs <= 44,50 + 50% van 44,50
Record afleveringsmarge 1^{ste} netje: Z 22 = 1; Z 27 = 10% van prijs netje geplafonneerd op 148,74 EUR
Record 2^{de} netje: Z 22 = 89; Z 19 = 89 * 0,50 = 44,50 EUR; Z 27 = 0
Record veiligheidsgrens 2^{de} netje: Z 22 = 1; Z 27 = prijs – terugbetalingsbedrag (44,50)
indien prijs <= 44 ,50 + 50% van 44,50
Record afleveringsmarge 2^{de} netje: Z 22 = 1; Z 27 = 10% van prijs netje geplafonneerd op 148,74 EUR

Voorbeeld 4: 160495 – 160506 (zonder nominatieve lijst en met forfait per netje)

Aflevering van 2 netjes met notificatiecode 0000027597-48 (PFTE felt 2,5 x 10,2cm)
Record netje: Z 22 = 2; Z 19 = 2 * 75,08 = 150,16 EUR; Z 27 = 0
Record afleveringsmarge: Z 22 = 2; Z 27 = 2 * 7,5 = 15 EUR

RUBRIEK : AFWIJKING MAXIMAAL AANTAL OF IDENTIEKE PRESTATIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 113

Voor bepaalde verstrekkingen voorzien de toepassingsregels in de nomenclatuur een maximaal aantal verstrekkingen in een bepaalde periode.
In sommige gevallen voorziet de nomenclatuur ook afwijkingen op dit maximaal aantal.
Dergelijke afwijkingen kunnen in deze zone gecommuniceerd worden via de waarden "01" en "02".
De 'bewijsstukken' voor de afwijking worden ter beschikking gehouden van de verzekeringsinstellingen voor a posteriori controles.

Deze zone wordt ook gebruikt om aan te duiden dat het wel degelijk gaat om een tweede (of derde of volgende) identieke consultatie/bezoek dezelfde dag door dezelfde verstrekker voor prestaties zonder maximumregels (waarde "03" of "04").
Waarden "03" en "04" worden vooral gebruikt voor consultaties/bezoeken gefactureerd via e-fact of e-attest, maar kunnen uitzonderlijk ook gebruikt worden voor consultaties/bezoeken gefactureerd door andere verstrekkers/instellingen (bv. ziekenhuizen).

Op de website van het RIZIV (op de pagina "Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager") is een lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor waarde 1 moet vermeld worden indien een uitzondering op het maximaal aantal (zoals voorzien in de nomenclatuur) van toepassing is.
Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.

Bij gebruik van waarde "02" (andere zitting/voorschrift), volstaat het om deze waarde te vermelden bij één van de verstrekkingen.

Indien een specifieke waarde in deze zone vermeld moet worden, dan volstaat het om deze waarde te vermelden bij de hoofdprestatie, ze hoeft niet overgenomen te worden bij bv. operatieve hulp, anesthesie, bijkomend honorarium dringendheid,…

Waarde	Betekenis
01	Afwijking op maximaal aantal. (Er is een wettelijke beperking, maar een bepaalde afwijking is toegelaten)
02	Andere zitting/voorschrift. (Als een bepaling in de reglementering voorziet dat ze wordt toegepast per zitting of per voorschrift, kan door deze waarde aangegeven worden dat het gaat over een andere zitting/voorschrift)
03	2e identieke consultatie/bezoek van de dag. (Er is geen wettelijke beperking; deze waarde geeft aan dat het NIET gaat om een onterechte dubbele facturatie van dezelfde consultatie/bezoek)
04	3e of volgende identieke consultatie/bezoek van de dag. (Idem als waarde 03, maar voor meerdere prestaties.)
00	Alle andere gevallen.

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).

- Het nummer moet vermeld worden als recordtype 50 zone 26 = 1, 2, 4, 5, 6 of 9.

- Het nummer = 0 als recordtype 50 zone 26 = 0 of 3.

- Indien het gaat om een buitenlandse voorschrijver, moet volgende pseudo-identificatiecode worden gebruikt : 01.00000.07.999

Op de website van het RIZIV (op de pagina "Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager") is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een voorschrijver moet vermeld worden. Deze lijst wordt regelmatig geactualiseerd.
Voor prestaties die niet op de lijst staan, mag er geen voorschrijver ingevuld worden en moet deze zone dus verplicht met nullen opgevuld worden.

Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen + bijhorende statistische records.
In de statistische records moeten de gegevens betreffende de voorschrijver worden meegedeeld in zoverre ze door de bepalingen van de nomenclatuur worden vereist.
In het record van de forfaitaire honoraria wordt één van de voorschrijvers vermeld uit de bijhorende statistische records; indien in de bijhorende statistische records geen voorschrijver wordt vermeld is deze zone eveneens gelijk aan nul.

Mammografie in het kader van een door een overheid georganiseerd bevolkingsonderzoek (0450192 - 0450203 en 0450214 – 0450225):
- Indien de prestatie werd voorgeschreven: voorschrijver moet vermeld worden.
- Indien de uitnodiging van de overheid als voorschrift geldt: pseudo-voorschrijver 01.00001.06.999 moet vermeld worden.

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

Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten
Identificatienummer van de arts van de verplegingsinrichting die het product aangevraagd (voorgeschreven) heeft.

Echelonnering (KB 26 november 2006)
Voor raadplegingen bij artsen-specialisten die worden gefactureerd met verminderd persoonlijk aandeel (omdat de patiënt doorverwezen werd door een huisarts), moet het identificatienummer van de verwijzende huisarts in deze zone vermeld worden. In zone 26 moet in dat geval de normcode 2 vermeld worden.

RUBRIEK : NORM VOORSCHRIJVER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 127

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

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

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake radiologie art. 5 (verstrekkingen 307090 tot 307145, 307230 tot 307285, 377090 tot 377145, 377230 tot 377241 en 377274 tot 377285)

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie-nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatie-nummer van de voorschrijver
De verstrekker is een specialist voor röntgendiagnose en - de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
De verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder röntgendiagnose en - de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
(☞4) De verstrekker heeft een bekwaming zoals vermeld in art. 4, § 1 van de nomenclatuur - de verstrekking is voorgeschreven - de verstrekking is verricht voor eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A A	1 of 9 3	B 12 nullen

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake radiologie art. 17

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie-nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatie-nummer van de voorschrijver
De verstrekker is een specialist voor röntgendiagnose en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B
De verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder röntgendiagnose en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

Verstrekkingen, opgenomen in art. 17 bis - echografieën.

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie-nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatie-nummer van de voorschrijver
De verstrekker is een specialist voor röntgendiagnose en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B
De verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder röntgendiagnose en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen
- de verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B

Verstrekkingen, opgenomen in art. 17 quater - echografieën.

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie-nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatie-nummer van de voorschrijver
De verstrekker is arts-specialist met een andere bekwaming dan röntgendiagnose en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

Geldige combinaties voor de verstrekking inzake radiologie art. 17 ter.

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie-nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatie-nummer van de voorschrijver
De verstrekker is arts-specialist met een andere bekwaming dan röntgendiagnose en - de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	0	12 nullen

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake klinische biologie (art. 3, 24 en 24bis) en pathologische anatomie (art. 32).

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatienummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatienummer van de voorschrijver
De verstrekker is een arts, specialist voor klinische biologie (in geval van verstrekkingen uit art. 3, art. 24 en art. 24bis)			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd (uitgevoerd door hem/haar zelf)	A	4	A
- de verstrekking is bijgevoegd (uitgevoerd door een andere arts-specialist in de klinische biologie)	B	4	A
- de verstrekking is voorgeschreven door de arts-specialist voor klinische biologie zelf (voor zichzelf of voor andere patiënten die hij in behandeling heeft)	A	3	12 nullen
De verstrekker is een arts, specialist voor pathologische anatomie, (in geval van verstrekkingen uit art. 32)			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is voorgeschreven door de arts-specialist voor pathologische anatomie zelf (in geval van prestatie 588954-588965 of 588932-588943**)**	A	3	12 nullen
De verstrekker is een arts-specialist in nucleaire geneeskunde (in geval van 22 verstrekkingen uit art. 24, die analoog zijn aan de 22 verstrekkingen uit art. 18, §2 B,e) of de verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder klinische biologie (in geval van verstrekkingen uit art. 3, art. 24 en art. 24bis) of pathologische anatomie (in geval van verstrekkingen uit art. 32), en :			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen
De artsen, specialist voor een andere discipline dan klinische biologie of pathologische anatomie, en voor de zieken die zij verzorgen in het raam van hun specialisme (enkel voor verstrekkingen uit art. 3, art. 24 en art.32, niet voor art. 24bis)	A	3	12 nullen

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake klinische biologie (art. 3, 24 en 24bis) en pathologische anatomie (art. 32) (vervolg).

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatienummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatienummer van de voorschrijver
De algemeen geneeskundigen voor de verstrekkingen van art. 3	A	3	12 nullen
De verstrekker is een apotheker of een erkende licentiaat in de wetenschappen voor de verstrekkingen van art. 3, art. 24 en art. 24bis of een apotheker erkend vóór 1/1/1980 voor de verstrekkingen van art. 32			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 ou 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd (uitgevoerd door hem/haar zelf)	A	4	A
- de verstrekking is bijgevoegd door een arts-specialist in klinische biologie (uitgevoerd door een apotheker of erkende licentiaat)	A	4	B (arts-specialist in klinische biologie)
- de verstrekking is bijgevoegd door de apotheker of erkende licentiaat (uitgevoerd door een andere apotheker of erkende licentiaat) (**)	A	4	B (apotheker of erkende licentiaat)

(*) Bovendien herinneren wij eraan dat de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van de meeste verstrekkingen inzake klinische biologie krachtens het K.B. van 16 december 1982 afhankelijk is van de voorwaarde dat die verstrekkingen worden uitgevoerd in een erkend laboratorium.

(**) De apotheker-bioloog of de licentiaat in de wetenschappen moet de voorafgaande toestemming van de behandelend arts verkrijgen in de gevallen waarin hij zich voorneemt de lijst van de voorgeschreven analyses te wijzigen in functie van de geschiktheid van de gebruikte techniek voor de behandeling of voor de toestand van de patiënt (zie art 24, §9, 3 van de nomenclatuur)

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde in vitro (art. 18, § 2, B, e).

De verstrekker moet de toestemming hebben om radioactieve stoffen te bewaren en te gebruiken voor geneeskundige doeleinden.

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie-nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver voorschrijver	Identificatie-nummer van de
De verstrekker is een specialist voor radio- en radiumtherapie en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen
De verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder radio- en radiumtherapie, en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen
De verstrekker is arts-specialist in de nucleaire geneeskunde en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde in vitro (art. 18, § 2, B, e) (vervolg).

De verstrekker moet de toestemming hebben om radioactieve stoffen te bewaren en te gebruiken voor geneeskundige doeleinden.

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie-nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatie-nummer van de voorschrijver
De verstrekker is apotheker of licentiaat in de wetenschappen (onder de voorwaarden in art. 19, §5bis) en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
De verstrekker is arts-specialist in de klinische biologie (onder de voorwaarden in art. 19, §5ter) en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is bijgevoegd	A	4	A
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen
De verstrekker is een gemachtigd arts (onder de voorwaarden in art. 19, §5 quater) en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is verricht voor zijn eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen

Bovendien herinneren wij eraan dat de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskundige in vitro krachtens het K.B. van 16 december 1982 afhankelijk is van de voorwaarde dat die verstrekkingen worden uitgevoerd in een erkend laboratorium.

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde in vivo
(art. 18, § 2, B, a) tot en met d)quater)

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie-nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatie-nummer van de voorschrijver
De verstrekker is een specialist voor nucleaire geneeskunde en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B
- de verstrekking is voorgeschreven door de specialist zelf voor eigen patiënten (niet mogelijk voor verstrekking 442735-442746)	A	3	12 nullen
De verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder nucleaire geneeskunde en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B
- de verstrekking is voorgeschreven door de specialist zelf voor eigen patiënten (niet mogelijk voor verstrekking 442735-442746, tenzij de specialist tevens neuroloog, psychiater, geriater of neuropsychiater is)	A	3	12 nullen

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.

Implantaten :

- Vanaf 1/7/2014: voor de verstrekkingen uit "de lijst" (bijlage bij KB van 25/06/2014) 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 "de lijst" (KB 25/06/2014), moet in deze zone vermeld worden.

Voor implantaten met nominatieve lijsten, wordt het exacte bedrag van de afleveringsmarge en de veiligheidsgrens door het RIZIV gepubliceerd in de betreffende lijsten.
Voor implantaten zonder nominatieve lijsten dient de afleveringsmarge en de veiligheidsgrens zelf berekend te worden en afgerond te worden naar beneden.
Indien meerdere identieke implantaten via één record gefactureerd worden (niet mogelijk voor bepaalde implantaten, zie R 50 Z 22 V 1), dan moet de afleveringsmarge en de veiligheidsgrens per eenheid berekend en afgerond worden en daarna vermenigvuldigd worden met het aantal eenheden.

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

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

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

Projecten "bevallen met verkort ziekenhuisverblijf" en "thuishospitalisatie" en overeenkomst "mobiele teams": ingeval van pseudo-codes 793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**), 793693-793704, 793715, 793730, 793752, 793774 in R 50 Z 4 is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan nul.

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

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

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

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

Zie recordtype 10 zone 28.

RUBRIEK : BEHANDELDE TAND

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 163

De code van de behandelde tand (zie art. 6, § 15 van de Verordening van 28/07/2003) (rechts gealinieerd) moet in deze zone vermeld worden.
Deze verplichting geldt:

- voor de prestaties van art. 5 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, die door de Technisch Tandheelkundige Raad worden aangeduid.
  De prestaties waarvoor een tandnummer vermeld moet worden, worden aangeduid in de lijst van de tarieven van de tandheelkundige verstrekkingen die gepubliceerd wordt op de website van het RIZIV
  (http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/tandheelkundige.aspx).
- voor de prestatie 317236-317240 (art 14,l van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen), indien uitgevoerd door een tandheelkundige. Voor stomatologen is het invullen van deze zone facultatief.

Indien in het kader van bepaalde forfaits (bv. 375575/586) meerdere tanden behandeld worden, dan moet het tandnummer vermeld worden van de tand waar het meeste werk aan geweest is.

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

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

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

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.
Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.
De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

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

Dringend ziekenvervoer vanaf 1/1/2019

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

Implantaten :

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

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

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

Projecten "bevallen met verkort ziekenhuisverblijf" en "thuishospitalisatie" en overeenkomst "mobiele teams": ingeval van pseudo-codes 793590-793601(*), 793612-793623(*), 793634-793645(**), 793656-793660, 793671-793682(**), 793693-793704, 793715, 793730, 793752, 793774 in R 50 Z 4 is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan nul.

Tandartsen:
De bedragen die (aan de patiënt) aangerekend worden voor mechanische verankering, bij gebruik van bioactief dentinesubstituut of bij een vergoedbare endodontische behandeling in geval van een in het dossier gedocumenteerde detiscore klasse B worden in deze zone vermeld.
De "toeslagen" die (aan de patiënt) aangerekend worden in het kader van de maximumtarieven (punt 6.2 van het Nationaal Akkoord Tandheelkundigen-Ziekenfondsen 2020-2021) worden in deze zone vermeld.

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

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

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

RUBRIEK : UITZONDERING DERDEBETALERSREGELING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 175

In deze zone moet door middel van een code worden aangeduid welke de oorzaak is van de uitzondering op het verbod om de derdebetalersregeling toe te passen (zie K.B. van 18/9/2015).

Indien de waarde in deze zone verschillend is van nul moet de uitzondering worden gewettigd volgens de modaliteiten vastgelegd in de omzendbrief V.I. 2017/305 van 23 oktober 2017.

Waarde	Betekenis
1	K.B. 18/9/2015, art. 9/2, 4° (overlijden, coma)
2	K.B. 18/9/2015, art. 9/2, 5° (financiële noodsituatie)
3	K.B. 18/9/2015, art. 9/2, 6° (WIGW voorkeurtarief), 7° (bruto belastbaar inkomen < leefloon), 8° (langdurig werklozen), 9° (recht op verhoogde kinderbijslag)
4	K.B. 18/9/2015, art. 9/2, 1° (prestaties verricht in het kader van een akkoord dat voorziet in de forfaitaire betaling van bepaalde prestaties)
5	K.B. 18/9/2015, art. 9/2, 2° (prestaties verricht in centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor gezinsplanning en sexuele voorlichting en centra voor opvang van toxicomanen)
6	K.B. 18/9/2015, art. 9/2, 3° (prestaties verricht in inrichtingen gespecialiseerd in het verzorgen van kinderen, bejaarden of mindervaliden)
7	K.B. 18/9/2015, art. 9/2, laatste lid (prestaties verricht in het kader van een georganiseerde huisartsenwachtdienst)
8	K.B. 18/9/2015, art. 9/2, 10° (statuut chronische aandoening)
P	K.B. 18/9/2015, art. 9/2, 11° (palliatieve patiënten)
0	Alle andere gevallen

Indien de uitzondering werd verkregen via MyCareNet (R20 Z3=1), dan mag deze zone gelijk zijn aan nul, behalve ingeval van e-fac huisartsen of tandartsen (waarbij de rechtvaardiging derdebetaler, die meegegeven wordt in het antwoord op de consultatie van het tarief, moet vermeld worden in deze zone).

De inhoud van deze zone is steeds gelijk aan nul voor alle prestaties die niet onder het verbod op derdebetalersregeling vallen.

(☞7) Het verbod op derdebetalersregeling is volledig opgeheven voor prestaties verricht vanaf 01/01/2022. Bij wijze van overgangsregeling mag in deze zone tijdelijk nog een waarde ≠ 0 ingevuld worden. Vanaf prestatiedatum 01/05/2022 moet deze zone steeds gelijk zijn aan “0”.

RUBRIEK : CODE FACTURERING PERSOONLIJK AANDEEL OF SUPLEMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 176

In deze zone kan worden aangeduid of het persoonlijk aandeel, dat normaal moet vermeld worden in zone 27, of het supplement dat normaal vermeld wordt in zone 30-31, geheel of gedeeltelijk ten laste werd gelegd van een andere derde (verstrekker/instelling zelf of wetgeving buiten ZIV).

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

Reglementaire persoonlijke aandelen die niet worden aangerekend door de verstrekker krijgen waarde 0 in zone 27 en waarde 1 in zone 33.
Opgelet : waarden 3 en 4 en 6, 7 en 8 primeren op waarde 1

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

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

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

Voorbeeld

Gewone facturering

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) nom.code	**ZIV-tegemoetkoming**	**Aantal**	**PA**	**Supplement**	**Code facturering PA of supplement**	
149026	+16,69	+1	+5,56	+0	0 of 4	technische geneesk. verstr.
682765	+100,18	+1	+0	+0	0 of 4	implantaat
618741	+0	+1	+52,22	+0	0 of 4	veiligheidsgrens
685823	+0	+1	+15,24	+0	0 of 4	afleveringsmarge
700000	- 16,40	+1	+16,40	+0	0 of 4	P.A.medisch-technische prestaties
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	diverse kosten
699123	+ 36,81	+1	+0	+0	0 of 4	radio-isotoop

Facturering aan 100% (remgelden gedragen in het kader van de reglementering arbeidsongevallen internationale verdragen of in het kader van de reglementering MAF)

Z 4	Z19	Z 22	Z 27	Z 30-31	Z 33	
(pseudo) nom.code	**ZIV-tegemoetkoming**	**Aantal**	**PA**	**Supplement**	**Code facturering PA of supplement**	
149026	+22,25	+1	+0	+0	2 of 3	technische geneesk. verstr.
682765	+100,18	+1	+0	+0	2 of 3	implantaat
618741	+52,22	+1	+0	+0	2 of 3	veiligheidsgrens
685823	+15,24	+1	+0	+0	2 of 3	afleveringsmarge
700000	+0	+1	+0	+0	2 of 3	P.A.medisch-technische prestaties
960503	+0	+1	+0	+50,00	0	diverse kosten
699123	+ 36,81	+1	+0	+0	2 of 3	radio-isotoop

RUBRIEK : BEHANDELD LID

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 177

In deze zone moet door middel van een code worden aangeduid of de behandeling werd verricht op een linker of een rechter lidmaat.

Waarde	Betekenis
0	Alle andere gevallen
1	Links
2	Rechts

Deze zone mag ook facultatief ingevuld worden voor andere verstrekkingen dan deze die hierboven opgesomd zijn

A. <u>Prestaties verricht voor 01/04/2022 :</u>

1. Art. 14 :
   - oftalmologische prestatie 245151-245162 uit art. 14 h), §1, I, 1° van de nomenclatuur;
   - oftalmologische prestaties uit art. 14, h), §1, I, 6° van de nomenclatuur; oftalmologische prestaties voor de behandeling met lazer (art. 14, h), § 1, II, 3° van de nomenclatuur); oftalmologische prestaties 248334-248345 en 248415-248426 uit art. 14, h), §1, II, 1° van de nomenclatuur;
   - de prestaties inzake bloedvatenheelkunde uit art. 14, f), 4° van de nomenclatuur, met uitzondering van 238011-238022, 238276-238280 en 238335-238346.
   - de prestaties 251576-251580, 251613-251624 en 251591-251602 uit art. 14 c)

2. Overeenkomst borstreconstructie: de prestaties 252652-252663 en 252696-252700

3. Art. 17 et 17ter:
   de radiografieën van het osteoarticulair systeem (prestaties uit art. 17, § 1, 7° (codes 0455011 tot 0455265 en 0455814 tot 0455862) en uit art. 17ter, A, 7° (codes 0466012 tot 0466266 en 0466292 tot 0466340) van de nomenclatuur) te weten, de verstrekkingen waarvan, volgens de regels van de nomenclatuur, cumulregels bestaan, namelijk per zijde.

4. « De Lijst » (implantaten) :
   - de prestaties 181031-181042, 181053-181064, 181075-181086, 181090-181101, 181112-181123, 181134-181145, 181156-181160, 181171-181182, 181193-181204, 181215-181226, 181230-181241 et 181252-181263 (verankeringsimplantaat voor externe prothese).
   - de prestaties 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 170811-170822, 170833-170844, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622, 180633-180644, 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703, 180714-180725 (cochhleaire implantatent)

(☞3) - de prestaties 181974-181985 voor behandeling voor glaucoom.

B. <u>Prestaties verricht vanaf 01/04/2022 :</u>

(☞7) Lateraliteit (links of rechts) moet vermeld worden voor elke lidmaat en elk paar orgaan (KB 06/09/21, BS 27/09/21). Dit heeft geen impact op de geldende toepassingsregels in de nomenclatuur. De betreffende nomenclatuurcodes worden in de Excel-lijst “Behandeld lid” opgenomen, die integraal deel uit maakt van de instructies en die, indien nodig, bijgewerkt wordt bij toekomstige nomenclatuurwijzigingen. Deze lijst bevat ook de andere verstrekkingen waarvoor de zone al moest worden ingevuld (zie punten 2, 3 en 4 hierboven).

RUBRIEK : GECONVENTIONEERDE VERSTREKKER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 178

In deze zone wordt door middel van een code aangeduid of de verstrekker vermeld in zone 15 al dan niet geconventioneerd is.

Het gebruik van deze zone is van toepassing voor alle zorgverstrekkers.

Waarde	Betekenis
0	Geen conventie
1	Verstrekker geconventioneerd
2	Verstrekker deeltijds geconventioneerd
9	Verstrekker niet geconventioneerd

Indien in zone 15 een pseudo-identificatienummer (02-99999-22-999 of 01-00001-06-999) vermeld wordt, dan is deze zone gelijk aan nul.

RUBRIEK : UUR VAN PRESTATIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N UUMM - 179

Deze zone wordt voorlopig niet gebruikt, maar gereserveerd voor een mogelijk latere toepassing.

Het is de bedoeling om op termijn, in deze zone, het beginuur te laten vermelden van een prestatie (of een afname ingeval van prestaties klinische biologie).

Het gebruik van deze zone is enkel gewettigd indien meerdere verstrekkingen op eenzelfde dag zijn verricht, of indien er zich een mogelijk probleem stelt met betrekking tot de cumulregels.

Voorbeelden waarbij het vermelden van het uur van prestatie nuttig zou kunnen zijn :

- ambulante verstrekking verricht de dag van opname of ontslag uit een verplegingsinrichting;
- verstrekkingen van meerdere zittingen per dag, 2 of meerdere malen verricht per dag;
- verstrekkingen die niet mogen gecumuleerd worden tijdens eenzelfde zitting, en die tijdens meerdere zittingen op dezelfde dag worden gepresteerd;
- verstrekkingen klinische biologie afkomstig van meerdere afnames op dezelfde dag;
- verstrekkingen die aanleiding geven tot honoraria supplementen voor dringende technische prestaties (art. 26), wanneer ze op verschillende tijdstippen gedurende de nacht worden verricht.
- ...

RUBRIEK : IDENTIFICATIE TOEDIENAAR BLOED

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 183

Ingeval van facturatie van bloed of labiele bloedproducten, dan moet in deze zone het identificatienummer vermeld worden van de arts van de verplegingsinrichting die het attest betreffende het gebruik ondertekend heeft en het bloed of de labiele bloedproducten toegediend heeft.

RUBRIEK : NUMMER ATTEST VAN TOEDIENING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 195

Ingeval van facturatie van bloed of labiele bloedproducten, moet in deze zone het nummer van het attest van toediening worden vermeld; m.a.w. het nummer van het attest waaruit blijkt dat het bloed of de labiele bloedproducten werkelijk werden toegediend.

RUBRIEK : NUMMER AFLEVERINGSBON OF ZAK

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 A - 207

Ingeval van facturatie van bloed of labiele bloedproducten, moet in deze zone het nummer van de afleveringsbon of zak worden vermeld.

Bepaalde bloedtransfusiecentra gebruiken een nummer van 21 posities.
Voorbeeld : B0370 02 330609.16-53

B 0370	= Bloedtransfusiecentrum Brugge;
02	= het jaar 2002;
330609.16-53	= uniek nummer van een bloedzak.

Alleen de 12 laatste posities (= uniek nummer van een bloedzak) worden vermeld in deze zone.

Andere bloedtransfusiecentra gebruiken een unitnummer met de volgende structuur:
BXXXXYYNNNNNN00

met
BXXXX: nummer bloedtransfusiecentrum
YY: jaartal
NNNNNN: volgnummer

In dat geval moeten de posities XXXXYYNNNNNN van dit nummer in deze zone vermeld worden.

RUBRIEK : CODE IMPLANT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 219

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

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

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

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

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

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

Verstrekkingen waarvoor de identificatiecode moet ingevuld worden, zijn in het referentiebestand *"LIST"* aangeduid met waarde "1" of "2" in de zone "*identificationZone43*".
Daarnaast moet de code implant ook ingevuld worden voor de pseudo-codes uit de overeenkomst implanteerbare hartdefibrillatoren, behalve voor de elektroden (waarvoor een notificatiecode moet vermeld worden in R 50 Z 55-56).

Vanaf prestatiedatum 1/2/2017, wordt deze zone ook gebruikt voor de identificatiecode van de sensoren die gebruikt worden in het kader van de (kinder)diabetesovereenkomst.
De identificatiecode moet verplicht vermeld worden voor de pseudo-codes uit punt 5quater in R 50 Z 4 V 3 en voor de pseudo-codes 961332-961343 en 961354-961365 uit R 50 Z 4 V 15.

Indien ambulante prestaties van art. 27 (bandagisten) of art. 31 (audiciens) via het elektronisch facturatiebestand van het ziekenhuis gefactureerd worden en het vermelden van de identificatiecode van het product een vergoedingsvoorwaarde is, dan moet de identificatiecode in deze zone vermeld worden.
Opgelet: het papieren getuigschrift van aflevering blijft verplicht.
(☞1) Vanaf 1/4/2021 is een volledig nieuw systeem van toepassing voor stomamateriaal en kan dit materiaal niet meer op het elektronisch facturatiebestand van een ziekenhuis vermeld worden.

RUBRIEK : OMSCHRIJVING PRODUCT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 30 A - 231

Indien in zone 4 een code 0960XXX wordt gebruikt voor de vermelding van supplementen voor niet door ZIV vergoede producten, verstrekkingen of diensten moet in deze zone de omschrijving van het product, de verstrekking of de dienst worden gegeven.
Ingeval van supplementen in ROB-RVT-CDV moet enkel voor de pseudo-codes 0960691 en 0960713 een omschrijving vermeld worden.

Voor de code 0961273-0961284 en de codes 961332-961343 en 961354-961365 moet deze zone niet ingevuld worden.

RUBRIEK : NORM PLAFOND

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 261

Deze code geeft informatie die nodig is voor de tarifering.

Waarde	Betekenis
7 of 8	De behandelingen (groepen van prestatiecodes) waarvan de gezamenlijke tussenkomst een plafond bereikt, worden aangeduid met norm 7 of 8. De prestatierecords die samen het plafond van tussenkomst bereiken, moeten op de magneetband direct op elkaar volgen en aangeduid zijn met norm 8 voor zover de som van de bedragen van de verzekeringstegemoetkoming kleiner of gelijk blijft aan het plafondbedrag. De verstrekking waarmee het plafondbedrag wordt overschreden en waarvoor het bedrag aan verzekeringstegemoetkoming beperkt wordt tot het verschil tussen het plafondbedrag en de som van de bedragen in de records met norm 8, wordt aangeduid met norm 7. De prestatierecords die eventueel nog kunnen volgen met bedrag V.I. gelijk aan nul, krijgen eveneens norm 7. Ingeval het grensbedrag van de afleveringsmarge, die wordt voorzien in de overeenkomst met de verstrekkers van de implantaten, van toepassing is op de som van de afleveringsmarges van meerdere nomenclatuurprestaties, dan moet eveneens gebruik worden gemaakt van de normwaarden 7 en 8. De normcodes 7 en 8 moeten ook gebruikt worden in het kader van het dagplafond voor de prestaties 478052-478063, 478074-478085, 478096-478100 en 478111-478122 (art. 20, §1, f) van de nomenclatuur).
0	Alle andere gevallen.

RUBRIEK : BASISWAARDE VERSTREKKING

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

Tot en met gefactureerde maand juni 2019 is dit een numerieke zone (8N) met een datumstructuur (JJJJMMDD). De zone kan facultatief nog verder ingevuld worden met een datum (datum akkoord). Zo niet, wordt ze opgevuld met "00000000".

Vanaf gefactureerde maand juli 2019 moet de structuur van deze zone door alle verstrekkers/instellingen aangepast worden naar een bedragzone (1 A + 7 N):

- Indien zone 54b = 1 ("nulrecord" in het kader van een verblijf laagvariabele zorg in een ziekenhuis), dan moet voor opnames vanaf 1/7/2019 in deze zone de basiswaarde van de verstrekking vermeld worden. Het betreft de rekenbasis voor het eventuele supplement dat in zone 30-31 vermeld wordt.
- In alle andere gevallen moet deze zone opgevuld worden met "+0000000" (of eventueel "-0000000").

  Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.
  Het algebraïsch teken (+ of -) moet altijd worden vermeld in de eerste positie links.
  De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

RUBRIEK : TRANSPLANTATIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 270

Deze zone moet worden ingevuld in het kader van de orgaan- of beenmergtransplantaties.

Waarde	Betekenis
0	Er is geen orgaan- of beenmergtransplantatie verricht.
1	Er werd een orgaan- of beenmergtransplantatie verricht en de prestaties hebben betrekking op de ontvanger.
2	Er werd een orgaan- of beenmergtransplantatie verricht of voorbereid en de prestaties hebben betrekking op de (potentiële) donor.

Indien de (potentiële) donor ambulant is en de ontvanger gehospitaliseerd, dan mogen de prestaties verricht op de (potentiële) donor (waarde 2) op de hospitalisatiefactuur van de ontvanger gefactureerd worden onder gehospitaliseerde of ambulante codes.

Ingeval van de facturatie van transplantaties met levende donor moeten er 2 facturen opgesteld worden op naam van de acceptor :

- 1 factuur met ligdagen/prestaties van de donor, identificatiegegevens en de verzekerbaarheid van de acceptor (Records 20 Zones 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 22, 27) en zone 48 = 2
- 1 factuur met ligdagen/prestaties van de acceptor identificatiegegevens en de verzekerbaarheid van de acceptor en zone 48 = 1

RUBRIEK : BIJKOMENDE VERSTREKKER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 271

Indien het gaat om een verstrekking geattesteerd door een verpleegkundige maar verricht door een zorgkundige in het kader van art. 8 § 12 van de nomenclatuur *(Nadere bepalingen over de verstrekkingen waarbij een zorgkundige verpleegkundige activiteiten, toevertrouwd door een verpleegkundige, uitvoert)*, dan wordt in deze zone het identificatienummer vermeld van de zorgkundige die de verstrekking verricht heeft.

(☞3) Verpleegkundige prestaties waarvoor statistische records met pseudocodes nodig zijn (*) :

- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 verpleegkundige uitgevoerd werden:
  Prestatie + alle pseudo-codes: RIZIV-nummer verpleegkundige
- Indien alle zorgen in het kader van een van deze prestaties door 1 zorgkundige uitgevoerd werden:
  Prestatie + alle pseudo-codes: RIZIV-nummer zorgkundige
- Indien de zorgen door meerdere verpleegkundigen en/of zorgkundigen uitgevoerd werden:
  Prestatie : RIZIV-nummer van de verpleegkundige of zorgkundige die het 1ste bezoek afgelegd heeft
  Pseudo-codes: RIZIV-nummer van de verpleegkundige of zorgkundige die de betreffende verstrekking werkelijk uitgevoerd heeft

Indien het gaat om een verstrekking geattesteerd door een arts maar verricht door een stagedoende arts, dan wordt deze zone aangevuld met het identificatienummer van de stagedoende arts die de verstrekking verricht heeft.

Indien in R 50 Z 16 norm 4 ingevuld wordt (letter "G" op getuigschrift voor verstrekte hulp: arts heeft toegang tot de gegevens van het GMD, maar is niet de beheerder ervan), dan moet in deze zone het RIZIV-nummer van de beheerder van het GMD vermeld worden.

(☞8) Indien het gaat om een verstrekking geattesteerd door een tandheelkundige / stomatoloog maar verricht door een mondhygiënist in het kader van de delegatie voorzien in het artikel van de nomenclatuur *(Gedetailleerde aanpassingen betreffende de verstrekkingen waarbij een mondhygiënist tandheelkundige werkzaamheden verricht, toevertrouwd door een tandheelkundige)*, dan wordt in deze zone het identificatienummer vermeld van de mondhygiënist die de verstrekking verricht heeft.

Het identificatienummer bestaat uit 11 posities en wordt altijd voorafgegaan door een nul.

Deze zone moet enkel ingevuld worden indien R 50 Z 16 = 2, 4 of 5.

Uitzondering:

(☞3) Voor verpleegkundige prestaties waarvoor statistische records met pseudocodes nodig zijn (*), (ook in de bijhorende records met pseudo-codes) moet de zone steeds ingevuld worden (dus ook in records met norm 1 of 9).

(☞3) (*) Forfait A, B, C, PA, PB, PC, PP, prestaties 427534, 427556, 427571 of 429251 en supplementair honorarium PN.

RUBRIEK : AANDEEL IN FORFAIT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 283

Indien de zorgen in het kader van een forfait verpleegkundige zorgen door meerdere verpleegkundigen en/of zorgkundigen uitgevoerd werden (dus indien norm verstrekker gelijk is aan 9 in de record van het forfait), dan moet in de records van de basisverstrekkingen (pseudo-codes) het aandeel vermeld worden van de verschillende verpleegkundigen/zorgkundigen in het forfait.

(☞6) Enkele voorbeelden van invulling van deze zone:
60 % → 060
10 % → 010
33 % → 033
100 % → 100 (enkel mogelijk in het geval van 1 basisverstrekking)

RUBRIEK : ZIEKENHUISSITE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 287

Zie Recordtype 30 Zone 51

RUBRIEK : IDENTIFICATIE ASSOCIATIE ZORGGEBIED

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 293

Zie Recordtype 30 Zone 52

RUBRIEK : RITNUMMER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11A - 305

Ingeval van facturatie van dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 0784416-0784420, 0784431-0784442, 0784453-0784464, 0784475-0784486) moet het ritnummer, dat toegekend werd door de oproepcentrale, in deze zone verplicht ingevuld worden.
Opgelet : Het « ritnummer » is het « nummer van de interventie » dat meegedeeld wordt door de oproepcentrale.
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 bijlage 7 vervolg 1).

Momenteel worden door de oproepcentrales 2 verschillende informaticaplatformen (CityGis en CAD Astrid) en 2 verschillende structuren van « ritnummer » gebruikt.

Het platform CityGis gebruikt een « ritnummer » met de volgende structuur :
PPJJDDDMMMM
PP = provinciecode van de oproepcentrale

10 = Antwerpen	22 = Waver	50 = Bergen	80 = Aarlen
20 = Brussel	30 = Brugge	60 = Luik	90 = Namen
21 = Leuven	40 = Gent	70 = Hasselt	

JJ = jaar
DDD = dag binnen het jaar
MMMM = nummer van de missie binnen de dag *(opgelet: indien de oproepcentrale een nummer van 5 cijfers toekent, dan moet men enkel de 4 laatste cijfers van dit nummer als MMMM beschouwen)*

Voorbeelden :
- Missie 124 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer 10090030124
- Missie 12345 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer 10090032345

Het platform CAD Astrid gebruikt een « ritnummer » met de volgende structuur :
DSJJDDDNNNN
D = discipline (bv. momenteel M = medisch)
S = site

A (NT) = Antwerpen	G (LIE) = Luik	N (AM) = Namen	W (VL) = West-Vlaanderen
B (XL) = Brussel	H (AI) = Henegouwen	O (V) = Oost-Vlaanderen	X (LUX)= Luxemburg
F (BRW) = Waals-Brabant	L (IM) = Limburg	V (BR) = Vlaams-Brabant	

JJ = jaar
DDD = dag binnen het jaar
NNNN = nummer van de missie binnen de dag *(opgelet: indien de oproepcentrale een nummer van 5 cijfers toekent, dan moet men enkel de 4 laatste cijfers van dit nummer als NNNN beschouwen)*

Voorbeelden :
- Missie 124 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer MA090030124
- Missie 12345 van 3 januari 2009 voor de provincie Antwerpen heeft als ritnummer MA090032345

RUBRIEK : FLAG GPS

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N – 316

In deze zone wordt aangegeven of het al dan niet gaat om een “nulrecord” in het kader van een globaal prospectief bedrag (KB tot uitvoering van de wet betreffende de gebundelde financiering van ziekenhuisactiviteiten).

Waarde	Betekenis
1	Het betreft een “nulrecord” in het kader van een globaal prospectief bedrag
0	Alle andere gevallen

Indien deze zone gelijk is aan 1, dan moeten de zones 19 en 27 gelijk zijn aan nul.

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

Verstrekkingen waarvoor de notificatiecode moet ingevuld worden zijn in het referentiebestand "*LIST*" aangeduid met waarde "1" of "2" in de zone "*notificationZone55*".
Daarnaast moet ook voor de pseudo-codes betreffende elektroden uit de overeenkomst "implanteerbare hartdefibrillatoren" de notificatiecode vermeld worden.

Indien voor verstrekkingen uit categorie I.D Hoofdstuk I (Pneumologie en ademhalingsstelsel) of uit categorie II.D (alle hoofdstukken) waarvoor het vermelden van een notificatiecode verplicht is (*m.a.w. verstrekkingen met waarde "1" of "2" in de zone "notificationZone55" in referentiebestand "LIST")* een hulpmiddel op maat wordt gebruikt, dan moet de pseudo-notificatiecode 999999999850 ingevuld worden in deze zone.

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 : XXXXXXXXXX-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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 14 N - 333

Voor bepaalde medische hulpmiddelen en bepaalde medische aktes is de tussenkomst van de ziekteverzekering ondergeschikt aan de registratie van gegevens. Om te bewijzen dat er gegevens zijn geregistreerd, moet in deze zone een registratiecode worden vermeld die is gegenereerd na registratie van de gegevens.
Deze registratiecode heeft de volgende structuur:

0XXXAAZZZZZZCC
XXX = producttype of verstrekking (zie hieronder)
AA = jaar
ZZZZZZ = serienummer
CC = check-digit (= restant van de verdeling waarin het dividend de eerste 11 cijfers van de registratiecode omvat en de deler gelijk is aan 97)

De onderstaande tabellen tonen, voor elke registratie van gegevens, de code XXX alsook de begin- en einddatum van de verplichting om de registratiecode in deze zone te vermelden.

Implantaten en medische hulpmiddelen

In het geval van facturatie van medische hulpmiddelen waarvoor de zone "Qermid" van het referentiebestand "LIST" gelijk is aan 2, moet de registratiecode in dit veld vermeld worden, behalve in statistische records (norm 9). Dit veld is gelijk aan nul voor de afleveringsmarge en de veiligheidsgrens bij materiaal met Qermid-code = 2.
In het geval van facturatie van inhaalbedragen voor de hartdefibrillatoren moet de registratiecode in deze zone worden vermeld.

Implantaat – naam van het register	**XXX**	**Prestatie-datum vanaf**	**Prestatie-datum t.e.m.**	**Opmerking**
Hartdefibrillatoren en elektroden	101	01/01/2017		Enkel voor de facturatie van inhaalbedragen
Hartstimulatoren en elektroden	102	01/09/2015	30/11/2018	Primo-implantaties en vervangingen
		01/04/2017	30/11/2018	Voortijdige vervangingen
	105	01/12/2018		
Endoprothesen	103	01/02/2018	30/11/2019	
Coronaire dilatatie	104	01/09/2015	31/5/2019	Geldig voor ziekenhuizen die geen gebruik maakten van de S2S van Smals. Voor de ziekenhuizen die de S2S Smals gebruiken, is een voorlopige procedure opgezet (zie hieronder)
Hospitalisatie met FFR - coronaire angioplastiek	107	01/06/2019		
Hospitalisatie met PCI - coronaire angioplastiek	108	01/06/2019		
Hospitalisatie met PCI en FFR - coronaire angioplastiek	109	01/06/2019		
Pulmonale klepstent	110	01/08/2016	31/3/2019	
Kniegewrichtsprothesen - orthopride	201	01/09/2015		
Heupgewrichtsprothesen - orthopride	202	01/09/2015		
Implantaten die de verankering van een externe prothese toelaten - amputatie	203	01/02/2017		
Implanteerbare netjes voor herstel van prolaps, voor plaatsing langs vaginale weg - prolaps	302	01/06/2017	31/12/2019	
Implanteerbare netjes voor herstel van prolaps, voor plaatsing langs vaginale weg – vaginale netjes	305	01/01/2020		
Neurostimulatoren in geval van chronische pijn (FBSS en FNSS) - Neuro-Pain	401	01/01/2018		
Neurostimulatoren DRG in geval van CRPS van de onderste ledematen - Neuro-Pain	401	01/12/2019		
Implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau – eerste implantatie	501	01/10/2019		
Implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau – vervanging	502	01/10/2019		

Voorlopige oplossing voor de ziekenhuizen die de S2S van Smals gebruiken voor de registratie van de coronaire dilatataties totdat Healthdata zijn eigen S2S heeft:

- Facturatie van coronaire dilatataties met of zonder FFR: de ziekenhuizen vermelden de code met XXX = 104 die ze ontvangen na het verzenden van de gegevens via S2S;
- Facturatie van FFR's zonder coronaire dilatatie: aangezien deze niet worden geregistreerd in het Smals-register, moeten de ziekenhuizen de registratiecode 1041999999939 vermelden.

Lijst van de betrokken ziekenhuizen:

ERKENNINGS-NUMMER	CENTRUM	CAMPUS	ADRES	PC	GEMEENTE
71005780-156	Jan Yperman Ziekenhuis	Ieper	Briekestraat 12	8900	IEPER
71007760-156	CHU / UVC Brugmann	Victor Horta	Place Arthur Van Gehuchten / Arthur Van Gehuchtenplein 4	1020	BRUXELLES / BRUSSEL
71011720-156	AZ Delta	Wilgenstraat	Wilgenstraat 2	8800	ROESELARE
71012611-156	Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis	Aalst	Moorselbaan 164	9300	AALST
71014391-156	UZ Brussel		Avenue du Laerbeek / Laarbeeklaan 101	1090	BRUXELLES / BRUSSEL
71032209-156	UZ Leuven	Gasthuisberg	Herestraat 49	3000	LEUVEN
71041018-156	Centre Hopsitalier EpiCURA	Hornu	Route de Mons 63	7301	HORNU
71059527-156	AZ Nikolaas	Sint-Niklaas	Moerlandstraat 1	9100	SINT-NIKLAAS
71071801-156	CHU de Charleroi	Hôpital Civil Marie Curie	Chaussée de Bruxelles 140	6042	LODELINSART

Medische aktes

Medische akte	**XXX**	**Prestatie-datum vanaf**	**Prestatie-datum t.e.m.**	**Opmerking**
Implantatie van endoprothesen – nomenclatuur, artikel 34 § 1er	103	01/02/2018	30/11/2019	

Pathologische anatomie en genetische onderzoeken

Onderzoek	**XXX**	**Prestatie-datum vanaf**	**Prestatie-datum t.e.m.**	**Opmerking**
Companion Diagnostics (PITTER) – nomenclatuur, artikel 33ter	050	01/07/2019		In plaats van de werkelijke registratiecode mag ook de pseudo-registratiecode 0509999999956 vermeld worden (*)

(*) De registratie in PITTER blijft uiteraard wel verplicht. Als de Dienst vermoedens heeft dat de labo's niet of te weinig registreren in PITTER, dan zullen de controlediensten ter plaatse komen om dit te verifiëren. Bij vaststellen van niet-naleven van de verplichting om te registreren, kan de verplichte vermelding van de registratiecode in de facturatie alsnog terug ingevoerd worden.
Vanaf 2021 zullen de verzekeringsinstellingen zelf informatie uit de registers ontvangen om de nodige controles op de facturatie te kunnen doen. De uitwerking van deze gegevensstroom zal gefaseerd gebeuren voor de verschillende registers, maar het PITTER-register krijgt prioriteit.

RUBRIEK : FLAG BTW

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347

In deze zone wordt aangegeven of het al dan niet gaat om een verstrekking/levering waarop BTW verschuldigd is.

	Waarde	Betekenis
(☞7)	01	verstrekkingen/leveringen die volledig aan de patiënt aangerekend worden en waarop BTW verschuldigd is
	02	verstrekkingen/leveringen die volledig aan de patiënt aangerekend worden met vrijstelling van BTW
	00	Alle andere gevallen

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 51

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Zie recordtype 10 zone 1.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Zie recordtype 10 zone 2.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : NOMENCLATUURCODE OF PSEUDO-NOMENCLATUURCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

Zie recordtype 50 zone 4.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : DATUM VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 17

Zie recordtype 50 zone 5.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

Zie recordtype 50 zone 15.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : BETREKKELIJKE VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 81

Zie recordtype 50 zone 17-18.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 88

Zie recordtype 50 zone 19.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : CODE GERECHTIGDE 1 + 2

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128

Zie recordtype 20 zone 27.

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK: NUMMER AKKOORD TARIEFVERBINTENIS

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 48 A– 213

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

Deze zone is gereserveerd voor de vermelding van het nummer van het akkoord van de tariefverbintenis. De consultatie van tariefgegevens via het netwerk is enkel mogelijk voor de sectoren die hiervoor toelating hebben via MyCareNet.

Indien geen gebruik gemaakt wordt van de dienst "consultatie tarief", zal R 51 niet aanwezig zijn.

De inhoud van deze zone is als volgt gestructureerd :

RRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRRNNNNNNNNNNVVA000

met :

- R = 32 alfanumerieke posities voor het nummer van het akkoord van de tariefverbintenis bekomen via de dienst "consultatie tarief".
- N = 10 numeriek posities, opgevuld met nullen.
- V = 2 numerieke posities, opgevuld met nullen.
- A = 2 : consultatie tarief (1 numerieke positie)
- 0 = 3 numerieke reserveposities, opgevuld met nullen.

De zone wordt opgevuld met de inhoud van de zone 'financialcontract' ('nummer akkoord tariefverbintenis') van het antwoordbericht op de consultatie van het tarief.

RUBRIEK : DATUM MEDEDELING INFORMATIE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8N JJJJMMDD - 321

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

In deze zone wordt de datum vermeld waarop de VI de tariefgegevens meegedeeld heeft via het antwoordbericht op de consultatie van het tarief.
Deze datum bevindt zich in de zone ‘kmehrmessage/transaction/date’.

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen/wachtposten van) huisartsen of tandartsen (e-fac).

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 52

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : REDEN MANUELE INVOERING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.
Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien R 52 Z 9 = 4.

Waarde	Betekenis
1	Gebruik identiteitsdocument zonder chip
2	Onbeschikbaarheid kaartlezer
3	Panne informaticasysteem (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
4	Uitgestelde verificatie zonder panne, omdat de patiënt geen geldig identiteitsdocument kon voorleggen (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
5	Uitgestelde verificatie zonder panne, omdat vergeten werd om het identiteitsdocument in te lezen (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)
6	gebrek aan interconnectiviteit tussen software (in dit geval gebeurt de invoering van de gegevens achteraf en moet datum en uur van lezing (zones 6a-6b en 12-13) niet ingevuld worden)

RUBRIEK : NOMENCLATUURCODE OF PSEUDO-NOMENCLATUURCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

Zie recordtype 50 zone 4.

RUBRIEK : DATUM VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 17

Zie recordtype 50 zone 5.

RUBRIEK : DATUM VAN LEZING ELEKTRONISCH IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 25

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.
Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

De datum van lezing van het identiteitsdocument van de patiënt is vermeld in deze zone.

Deze zone moet steeds ingevuld worden, behalve indien R 52 Z 9 = 4 en R 52 Z 3 = 3, 4, 5 of 6.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

RUBRIEK : TYPE VAN LEZING IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 49

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.
Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

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

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

RUBRIEK : TYPE VAN DRAGER VAN IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 50

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.
Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

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

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

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

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

RUBRIEK : REDEN GEBRUIK VIGNET

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 51

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.
Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Deze code geeft aan waarom een vignet gebruikt werd.

Deze zone moet verplicht ingevuld worden indien R 52 Z 10 = 7.

Waarde	Betekenis
1	Rechthebbende niet aanwezig tijdens verstrekking en gelijktijdige aanwezigheid van rechthebbende en zorgverlener niet reglementair vereist
2	Rechthebbende bezit geen identiteitsdocument

RUBRIEK : UUR VAN LEZING VAN HET ELEKTRONISCH IDENTITEITSDOCUMENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N UUMM - 52

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.
Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Het uur van lezing van het identiteitsdocument van de patiënt is vermeld in deze zone.

Deze zone moet steeds ingevuld worden, behalve indien R 52 Z 9 = 4 en R 52 Z 3 = 3, 4, 5 of 6.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

Zie recordtype 50 zone 15.

RUBRIEK : SERIENUMMER DRAGER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 15 A - 80

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.
Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

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

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

(☞8) Structuur van het serienummer van de verschillende types van identiteitsdocumenten

- Belgische elektronische identiteitskaart > 12 jaar:
  - Kaartnummer bestaat uit 12 cijfers en eindigt met een check-digit (twee laatste cijfers) ;
  - Kaartnummer van oude modellen begint met 59;
  - Kaartnummer van nieuwe modellen met digitale vingerafdruk begint met 595 ;
- Kids-ID :
  - Kaartnummer bestaat uit 12 cijfers en eindigt met een check-digit (twee laatste cijfers) ;
  - Kaartnummer van oude modellen begint met 61;
  - Kaartnummer van nieuwe modellen met mogelijkheid van digitale vingerafdruk begint met 615 ;
- « Nieuwe kaarten » voor burgers van de Europese Unie :
  - Bxxxxxxx-zz (B + 9 cijfers)
  - « x » zijn numerische waarden tussen 0 en 9. Ze worden toegewezen door een teller in het NHS systeem.
  - « z » zijn ook numerische waarden tussen 0 en 9. Dit is eigenlijk een check-digit die het resultaat is van modulo 97.
- "Nieuwe kaarten" die worden afgegeven aan onderdanen van derde landen (met inbegrip van familieleden van EU-burgers)::
  - xxxxxxx-zz (bestaat enkel uit 9 cijfers)
  - « x » zijn numerische waarden tussen 0 en 9. Ze worden toegewezen door een teller in het NHS systeem.
  - « z » zijn ook numerische waarden tussen 0 en 9. Dit is eigenlijk een check-digit die het resultaat is van modulo 97.
- ISI + kaart :
  - structuur in 10 cijfers = [5-9][\s][0-9]{3}[/s]][0-9]{3}[/s] [0-9]{3}
    - 1 cijfer tussen 5 en 9
    - Spatie [/s]
    - 3 cijfers tussen 0 en 9
    - Spatie [/s]
    - 3 cijfers tussen 0 en 9
    - Spatie [/s]
    - 3 cijfers tussen 0 en 9
  - Op de kaart is het serienummer van het type : 5 958 403 552

RUBRIEK : NUMMER BEWIJSSTUK

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 N - 95

Zone facultatief tot wanneer de verificatie van de identiteit van de patiënt door de lezing van het identiteitsdocument verplicht wordt.
Voor de verpleegkundigen is de verplichting ingegaan op 1/10/2017.

Het nummer van het bewijsstuk afgeleverd aan de patiënt moet in deze zone vermeld worden.
Dit nummer moet uniek zijn en verschillend van nul.

Deze zone moet steeds ingevuld worden.

RUBRIEK : UNIEK NUMMER TOESTEL MEDISCHE BEELDVORMING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 120

In deze zone moet het nummer van het toestel medische beeldvorming worden ingevuld voor de prestaties vermeld in het KB van 26/5/2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (BS 31/5/2016).
Het toestelnummer moet eveneens vermeld worden voor het RIZIV-forfait PET 747913-747924 (Art. 27/1 van het KB van 22/5/2014).

Het betreft een nummer van 12 posities met structuur 0YYYYYYCD000

waarbij YYYYYYCD = RIZIV-facturatienummer

YYYYYY = een betekenisloos volgnummer
CD = 2 numerieke posities (check-digit) (= 83 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 6 cijfers YYYYYY en de deler gelijk is aan 83).

Het statuut « defect/vervanging » van het toestel wordt niet gecommuniceerd door het RIZIV.
Indien het toestel echter defect is en het onderzoek dus op een vervangtoestel uitgevoerd wordt, dan moet het identificatienummer van het toestel, toegekend door het RIZIV ("RIZIV-facturatienummer"), gevolgd worden door "001" in plaats van "000".

RUBRIEK : NUMMER AKKOORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 20 A - 132

In deze zone moet het nummer van het akkoord, ontvangen via « eAgreement » worden ingevuld.

Het betreft een nummer van 20 posities met structuur XXXYYYYYYYYYYYYYYYDD

waarbij XXX = Mutualiteit

YYYYYYYYYYYYYYY = uniek nummer per VI

DD = check-digit (modulo 97).

(☞4) Vanaf 1/5/22, moet deze zone verplicht ingevuld worden door de kinesitherapeuten. Voor de prestaties kinesitherapie gefactureerd door een ziekenhuis moet deze zone voorlopig niet ingevuld worden.

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 80

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : UUR VAN OPNAME

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N 000UUMM - 10

Zie recordtype 20 zone 4.

RUBRIEK : DATUM VAN OPNAME

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 17

Zie recordtype 20 zone 5.

RUBRIEK : DATUM VAN ONTSLAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 25

Zie recordtype 20 zone 6a-6b.

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

Zie recordtype 20 zone 7.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

Zie recordtype 20 zone 9.

RUBRIEK : TYPE FACTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

Zie recordtype 20 zone 10.

RUBRIEK : DIENST 721 bis

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53

Zie recordtype 20 zone 13.

RUBRIEK : NUMMER FACTURERENDE INSTELLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

Zie recordtype 20 zone 14.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG FINANCIEEL REKENINGNUMMER B

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 68

Het betreft het bedrag van de factuur dat door de verzekeringsinstelling dient gestort te worden op de financiële rekening B.

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.

RUBRIEK : REDEN BEHANDELING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N - 81

Zie recordtype 20 zone 17.

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN BESTEMMING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 85

Zie recordtype 20 zone 18.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG FINANCIEEL REKENINGNUMMER A

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 88

Het betreft het bedrag van de factuur dat door de verzekeringsinstelling dient gestort te worden op de financiële rekening A.

Zie recordtype 80 zone 15.

Voor de medische huizen moet in deze zone het totaal bedrag van de factuur worden vermeld voor de betreffende patiënt.

RUBRIEK : FACTUURDATUM

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJJMMDD - 100

In deze zone moet de datum van de individuele factuur vermeld worden (= datum van inschrijving van de betreffende factuur in de boekhouding).

Deze zone dient enkel ingevuld te worden voor verstrekkingen (zowel ambulant als gehospitaliseerd) gefactureerd door de ziekenhuisbeheerder of door de Medische Raad (zowel ingeval van afschaffing van de papieren individuele factuur als zonder APF).
Deze zone moet dus niet ingevuld worden voor verstrekkingen gefactureerd door andere verstrekkers/instellingen.

RUBRIEK : UUR VAN ONTSLAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0UUMM - 108

Zie recordtype 20 zone 22.

RUBRIEK : NUMMER INDIVIDUELE FACTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

Zie recordtype 20 zone 24-25.

RUBRIEK : TEKEN + PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 128

In deze zone komt het totaal door de patiënt te betalen bedrag zonder aftrek van de eventueel reeds betaalde voorschotten.

Het betreft de som van de bedragen vermeld in de zones 27 van R 30, R 40 en R 50 die voorafgaan.

Zie recordtype 80 zone 15.

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

Zie recordtype 20 zone 28.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT

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

Deze zone vermeldt het totaal bedrag van de supplementen te betalen door de patiënt.

Het betreft de som van de bedragen vermeld in de zones 30-31 van R 30, R 40 en R 50 die voorafgaan.

Zie recordtype 80 zone 15.

RUBRIEK : FLAG IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1N - 175

Zie recordtype 20 zone 32.

RUBRIEK : TEKEN + VOORSCHOT FINANCIEEL REKENINGNUMMER A

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 183

In deze zone komt het bedrag van het voorschot dat bestemd is voor financiële rekening A.

Zie recordtype 80 zone 15.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG FINANCIEEL REKENINGNUMMER C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 321

Deze zone is gereserveerd (staatshervorming).

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, 50, 51 en 52, 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 :

```
  101010
+ 101010
--------
  202020
```

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

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

Zie recordtype 10 zone 99.

RUBRIEK : RECORDTYPE 90

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Zie recordtype 10 zone 1.

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Zie recordtype 10 zone 2.

RUBRIEK : FINANCIEEL REKENINGNUMMER A

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 17

Zie recordtype 10 zone 5-6a.

RUBRIEK : ZENDINGSNUMMER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33

Zie recordtype 10 zone 7.

RUBRIEK : FINANCIEEL REKENINGNUMMER B

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 36

Zie recordtype 10 zone 8a.

RUBRIEK : NUMMER DERDEBETALENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

Zie recordtype 10 zone 14.

RUBRIEK : TEKEN + TOTAAL BEDRAG FINANCIEEL REKENINGNUMMER B

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 68

Teken en totaal bedrag van de zending dat moet gestort worden op de financiële rekening B.

Zie recordtype 80 zone 15.

RUBRIEK : TEKEN + TOTAAL BEDRAG FINANCIEEL REKENINGNUMMER A

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 88

Teken en totaal bedrag van de zending dat moet gestort worden op de financiële rekening A.

Zie recordtype 80 zone 15.

RUBRIEK : GEFACTUREERD JAAR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 5 N 0JJJJ - 108

Zie recordtype 10 zone 22.

RUBRIEK : GEFACTUREERDE MAAND

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N MM - 113

Zie recordtype 10 zone 23.

RUBRIEK : KBO-NUMMER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128

Zie recordtype 10 zone 27.

RUBRIEK : REFERENTIE INSTELLING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 25 A - 138

Zie recordtype 10 zone 28.

RUBRIEK : BIC FINANCIELE REKENING A

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 167

Zie recordtype 10 zone 31-32-33-34.

RUBRIEK : IBAN FINANCIELE REKENING A

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 179

Zie recordtype 10 zone 36-37-38-39-40-41.

RUBRIEK : BIC FINANCIELE REKENING B

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 219

Zie recordtype 10 zone 43a.

RUBRIEK : IBAN FINANCIELE REKENING C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 235

Deze zone is gereserveerd (staatshervorming).

RUBRIEK : IBAN FINANCIELE REKENING B

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 34 A - 271

Zie recordtype 10 zone 49-50-51-52.

RUBRIEK : BIC FINANCIELE REKENING C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 11 A - 305

Deze zone is gereserveerd (staatshervorming).

RUBRIEK : TEKEN + TOTAAL BEDRAG FINANCIEEL REKENINGNUMMER C

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 321

Deze zone is gereserveerd (staatshervorming).

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN DE ZENDING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 347

Dit controlegetal wordt als volgt berekend :

De waarden uit de zones 4 van alle recordtypes 30, 40, 50, 51 en 52, 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.

RUBRIEK : CONTROLECIJFER VAN HET RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 349

Zie recordtype 10 zone 99.