

**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 2021/20 – Publicatie 14-5-2024**



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

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

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

BIJWERKING 2021/20

Te vervangen bladzijden :

- Bijlage 6.3, 9.2, 14.1, 14.7, 14.16, 16.19, 17.1, 17.2, 25.2, 25.3;
- R 21 Z 6;
- R 40 Z 4 V 5, Z 19;
- R 50 Z 4 V 13, V 23, V 24, V 27, V 29, V 30, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 V 1, V 5, Z 15 V 1, Z 19 V 1, Z 26 V 1, Z 27 V 1, Z 30-31, Z 32, Z 51, Z 57-58-59, Z 57-58-59 V 1.

Toe te voegen bladzijde :

- R 50 Z 14 V 6.

1. **Wijzigingen implantaten 1/4/2024, bijlage 16.19, R 50 Z 14 V 5, V 6.**

Naar aanleiding van publicatie op onze website van de dossiers “*Neurostimulatoren en toebehoren in geval van clusterhoofdpijn*”, “*Percutane atherectomie*” en “*Invasief ablatiehulpmiddel voor radiofrequente ablatie van pancreastumoren*”, worden de volgende wijzigingen aangebracht in de factureringsinstructies:

- Creatie van een nieuw erkenningsnummer “nummer ziekenhuis + 177” (centrum “neurostimulatie van de occipitale zenuwen bij clusterhoofdpijn”) dat als plaats van verstrekking moet vermeld worden voor de nieuwe verstrekkingen 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 en 185172-185183.
- Creatie van een nieuw erkenningsnummer “nummer ziekenhuis + 178” (centrum “percutane coronaire rotationele atherectomie”) dat als plaats van verstrekking moet vermeld worden voor de nieuwe verstrekkingen 184936-184940 en 184951-184962.
- Toevoeging van de nieuwe verstrekking 185231-185242 bij het (bestaande) erkenningsnummer “nummer ziekenhuis + 193” (complexe chirurgie pancreas).

Toepassingsdatum: Verstrekkingen verricht vanaf 1/4/2024.

2. **Vermelden van ziekenhuissite voor implantaten, R 50 Z 51.**

De zone “ziekenhuissite” moet voortaan ingevuld worden voor alle verstrekkingen van “De Lijst” (implantaten en invasieve medische hulpmiddelen).

Voor de verstrekkingen met een lijst van erkende centra opgesteld door de Commissie voor de Terugbetaling van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen (CTIIMH) of het Verzekeringscomité, wordt op de nieuwe lijsten (met nieuwe verstrekkingen sinds 1/4/2024) vermeld welke site erkend is. Voor deze verstrekkingen moet de VI controleren of het nummer van de site die ingevuld wordt in de facturatie overeenstemt met de site vermeld op de lijst van erkende centra. Voor de overige verstrekkingen moet de VI (voorlopig) enkel controleren of de zone “ziekenhuissite” ingevuld is met een correct, bestaand sitenummer.

Toepassingsdatum: Prestaties verricht vanaf 1/1/2025.

3. **Forfaitarisering geneesmiddelen, bijlage 9.2, 14.1, 14.7, 14.16, 17.1, 17.2, R 40 Z 4 V 5, Z 19.**

De forfaitarisering van specialiteiten afgeleverd aan patiënten die gehospitaliseerd zijn in een acuut ziekenhuis wordt uitgebreid van 75% naar 100%.

De afgeleverde specialiteiten zullen dus niet meer aan 25% gefactureerd worden, maar moeten verder onder de bestaande pseudo-categoriecodes geregistreerd worden aan 0€.

Er zijn dus geen wijzigingen nodig in de factureringsinstructies, behalve tekstuele aanpassingen in bovenvermelde bladzijden.

Toepassingsdatum: Opnames vanaf 1/7/2024 (onder voorbehoud van publicatie KB).

Concreet betekent dit:

- Indien de opname volledig vóór 1/7/2024 valt of start vóór 1/7/2024 en doorloopt na 1/7/2024: oude systeem: forfait aan 75%, geneesmiddelen aan 25% (ook deze met afleveringsdatum $\geq$ 1/7/2024)
- Indien de opname start op 1/7/2024 of later: nieuw systeem: forfait aan 100%, geneesmiddelen aan 0€

4. Lectuur eID ziekenhuizen, bijlage 6.3, 25.2, 25.3, R 21 Z 6.

In bijlage 6.3 waren de zones 10 (aanduiding spoed/daghospitalisatie) en 11 (datum lezing) nog niet overgenomen en was de aanpassing van de betekenis van zone 4 (prestatiedatum of opnamedatum waarop lezing betrekking heeft) nog niet aangebracht. Dit werd rechtgezet.

In bijlage 25.2 wordt gepreciseerd dat punt 1.1 (*Klassieke hospitalisatie: 1 R 21 per factuur*) prioritair is op punt 1.4 (*Factuur met enkel zorgen waarvoor geen lezing van identiteitsdocument vereist is: geen R 21*). Dit betekent dat op een hospitalisatiefactuur (factuurtype 1) altijd een record 21 vermeld moet worden, zelfs als deze factuur enkel prestaties bevat waarvoor geen lectuur vereist is, bv. een complementaire factuur (met factuurtype 1) met enkel prestaties klinische biologie.

In bijlage 25.3 worden de pseudo-codes voor begin en einde tenlasteneming in het pilootproject “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen” toegevoegd bij de uitzonderingen.

De combinatie van type drager = 0 (*Geen identiteitsdocument (zoals bedoeld in artikel 3 van het KB van 18/09/2015)*) met reden manuele invoering = 4 (*A posteriori manuele invoering of a posteriori lectuur omdat de patiënt geen geldig identiteitsdocument kon voorleggen op het ogenblik van de zorgen*) is een geldige combinatie. De omschrijving van waarde 0 in R 21 Z 6 wordt dus aangevuld.

5. Nomenclatuur verpleegkundigen – nieuwe rubriek 3^oter, R 50 Z 4 V 23, V 24, V 27, V 29, V 30.

Het KB van 11/3/2024 (BS van 9/4/2024) (Numac 2024002060) voorziet een nieuwe rubriek 3^oter in artikel 8 van de nomenclatuur.

De nieuwe nomenclatuurcodes hebben dezelfde toepassingsregels als de codes uit rubriek 3^obis en worden, waar nodig, toegevoegd op de bladzijden R 50 Z 4 V 23 en volgende.

De lijsten “betrekkelijke verstrekking” en “voorschrijver” worden eveneens bijgewerkt (zie punten 10 en 11).

Toepassingsdatum: Verstrekkingen verricht vanaf 1/7/2024.

Er werden op de betreffende bladzijden ook een aantal foutjes gecorrigeerd:

- codes 429516, 429531 en 429553 worden toegevoegd in voetnoot (12) in R 50 Z 4 V 23
- de codes voor *herhaaldelijke noodzakelijke verstrekking bij zeer afhankelijke patiënt* worden geschrapt in R 50 Z 4 V 30 (omdat deze bladzijde betrekking heeft op niet-forfaitaire patiënten en de betreffende verstrekkingen enkel voor forfaitaire patiënten kunnen aangerekend worden)

6. Pilootprojecten “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen”, R 50 Z 4 V 13, Z 6a-6b, Z 13, Z 14 V 1, Z 15 V 1, Z 19 V 1, Z 27 V 1, Z 30-31.

Naar analogie met vroegere pilootprojecten van de FOD Volksgezondheid (zoals bijvoorbeeld “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf”) en de RIZIV-conventie “Thuishospitalisatie”, worden pseudo-codes voorzien die de betrokken ziekenhuizen op hun elektronisch facturatiebestand moeten registreren om het begin en einde van tenlasteneming van het kind in het project aan te geven.

Voor deze pseudo-codes gelden de volgende instructies:

- Z 5 = Z 6
- Bedragzones (Z 19, Z 27, Z 30-31) = 0
- Dienstcode (Z 13) = 0
- Verstrekker (Z 15) = behandelende arts-specialist die de beslissing tot thuishospitalisatie neemt en toezicht houdt op de behandeling
- Plaats van verstrekking (Z 14) = identificatienummer van het ziekenhuis

Toepassingsdatum: Startdatum van de pilootprojecten (vanaf 1/5/2024).

7. **Tandradiografieën - norm voorschrijver, R 50 Z 26 V 1.**

De nomenclatuurcodes in de tabel met geldige combinaties van ‘norm voorschrijver’, ‘voorschrijver’ en ‘verstrekker’ werden geactualiseerd naar aanleiding van het KB van 28/3/2024 (BS 2/4/2024) tot wijziging van art. 5 en 6 van de nomenclatuur.

Toepassingsdatum: Prestaties verricht vanaf 1/4/2024.

8. **New Deal huisartsen, R 50 Z 32.**

De nieuwe referentiecode 106610 werd toegevoegd in de beschrijving van waarde N (= de uitzonderingssituatie waarbij een New Deal-arts een referentieverstrekking van art. 2 aanreken voor een patiënt met vaste behandelrelatie).

Toepassingsdatum: Prestaties verricht vanaf 1/6/2024.

9. **Registratiecode, R 50 Z 57-58-59, Z 57-58-59 V 1.**

Er werden een aantal correcties aangebracht in de tabel met begin- en einddatums van de verplichting om de registratiecode in het facturatiebestand te vermelden.

10. **Lijst “betrekkelijke verstrekking”.**

Toegevoegde codes			
Van	Tot	Numac	Toepassingsdatum
106610 (*)		2024003422	1/6/2024
429516	429553	Deze codes uit art. 8 bestaan al sinds 1/12/2022, maar werden vergeten op de lijst	1/12/2022 (**)
430275	430312	2024002060	1/7/2024
471951	471962	2024002393	1/5/2024

- (*) betrekkelijke verstrekking = 107575 (enkel in de uitzonderingssituatie waarin een New Deal arts deze verstrekking aanreken voor een patiënt met vaste behandelrelatie (en niet indien de facturerende derde een wachtpost is))
- (**) betrekkelijke verstrekking verplicht vanaf gefactureerde maand mei 2024 (voor alle verstrekkingen verricht vanaf 1/12/2022)

11. Lijst « voorschrijver ».

Toegevoegde codes			
Van	Tot	Numac	Toepassingsdatum
106772	106816	2024004168	1/6/2024
307296	307366	2024002837	1/4/2024
377296	377366	2024002837	1/4/2024
429995	430032	2024002060	1/7/2024
430076 (*)	430231 (*)	2024002060	1/7/2024
430334 (**)	430371(**)	2024002060	1/7/2024
430393	430496	2024002060	1/7/2024
771794	771816	2024003498	1/1/2024
Geschrapte codes			
Van	Tot	Numac	Toepassingsdatum
307090	307145	2024002837	1/4/2024
307274	307285	2024002837	1/4/2024
377090	377101	2024002837	1/4/2024
377274	377285	2024002837	1/4/2024

(*) Voor de codes 430150 en 430172 is het vermeld van een voorschrijver facultatief.

(**) Indien er binnen het forfait enkel prestaties verricht worden die geen voorschrijver vereisen, dan moet er bij het forfaitair honorarium ook geen voorschrijver vermeld worden.

Er werd van de gelegenheid gebruik gemaakt om voor de radiofarmaceutische producten de opgesomde pseudo-codes te vervangen door een algemene verwijzing naar de lijst bij het KB van 22/5/2014.

12. Lijst « zone 23 ».

Geen wijzigingen.

13. Lijst « foutcodes ».

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

14. Lijst « behandeld lid ».

Geen wijzigingen.

Bijlage 6.3

	zone	lengte	posities	beschrijving zone
	1	2 N	1 - 2	Recordtype 21
	2	6 N	3 - 8	Volgnummer record
	3	4 N	9 - 12	Uur van lezing identiteitsdocument
(20)	4	8 N	13 - 20	Prestatiedatum of opnamedatum waarop lezing betrekking heeft
(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
(20)	10	1 N	40 - 40	Aanduiding spoed/daghospitalisatie
(20)	11	8 N	41 - 48	Datum van lezing identiteitsdocument
(20)	12-98	300	49 - 348	Reserve
	99	2 N	349 - 350	Controlecijfer record

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 , SC _s , SC _{sg} , SC _{sr} , SC _x , SC _{xg} , SC _{xr} , SFa, SFb	Cat. SA, SA _g , SA _r , SFa DA, MA	Cat. SB, SB _g , SB _r , SC, SC _g , SC _r , SC _s , SC _{sg} , SC _{sr} , SC _x , SC _{xg} , SC _{xr} , SFb DB, DC, DC _s , DC _x , MB, MC, MC _s , MC _x	0750820	0750820	0960385 0960400
(20) R 40 Z 19	25 % van de vergoedingsbasis (*) voor opnames gestart vóór 1/7/2024 0€ voor opnames gestart vanaf 1/7/2024	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 85% wordt de tegemoetkoming verminderd met 15%.

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 3^{de} decimaal.

A. Aflevering aan GEHOSPITALISEERDE rechthebbenden

- (€ 20) 1. **Ingeval van forfaitarisering (facturatie aan 25%)** (geldig voor opnames die gestart zijn vóór 1/7/2024; voor opnames vanaf 1/7/2024 is er forfaitarisering aan 100% en worden de geneesmiddelen aan 0€ gefactureerd)

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 $\leq$ 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.

Voorbeelden gehospitaliseerde rechthebbenden

(☞ 20) **Voorbeeld 1** (binnen forfaitarisering) (werkwijze van toepassing voor opnames die gestart zijn vóór 1/7/2024)

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: $3,5168 * 0,25 = 0,8792$
 $\approx 0,88$

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 : $6,4840 * 12 = 77,8080$
 $\approx 77,81$

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 : $0,2512 * 14 = 3,5168$
 $\approx 3,52$

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

(☞ 20) **Voorbeeld 15 BIS** (contrastmiddel – binnen forfaitarisering) (op basis van prijzen op 1/1/2013)
(werkwijze van toepassing voor opnames die gestart zijn vóór 1/7/2024)

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): $29,98 * 0,25 * 0,90 = 6,7455$
 $\approx 6,75$

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): $(29,98 - 0,74) * 0,90 = 26,316$
 $\approx 26,32$

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

	- 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
(9, 13)	- erkenning gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker (tot en met xx/xx/202x)	: 135
(13)	- erkenning coördinerende borstkliniek (vanaf xx/xx/202x)	: 136
(13)	- erkenning satelliet borstkliniek (vanaf xx/xx/202x)	: 137
	- 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 hartootje in geval van niet-valvulaire voorkamerfibrillatie” (vanaf 1/1/2017)	: 169
	- centrum “magnetisch verlengbare staven” (Magec)	: 170
(17)	- centrum “implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau” (t.e.m. 31/10/2023)	: 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
(13)	- centrum “hypoglossale neurostimulatie bij obstructief slaapapneu”	: 176
(20)	- centrum “neurostimulatie van de occipitale zenuwen bij clusterhoofdpijn”	: 177
(20)	- centrum “percutane coronaire rotationele atherectomie”	: 178
	- erkenning overeenkomst borstreconstructie	: 190
	- erkenning overeenkomst oncofreezing (enkel 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
(17)	- erkenning overeenkomst obesitas bij kinderen	: 195

Erkenning bank voor menselijk lichaamsmateriaal :

- 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

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.

(20) 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 (0 € voor opnames vanaf 1/7/2024) en de resterende 75% (100% voor opnames vanaf 1/7/2024) 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 15%.

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:

- (20)
- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan 25% van vergoedingsbasis (0 € voor opnames vanaf 1/7/2024) onder de pseudo-codes uit punt 10.2 (zie R 40 Z 4 V 5)
 - Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 10.3 (zie R 40 Z 4 V 5 en 6)

De geneesmiddelen die afgeleverd werden in acuut ziekenhuis B, worden door acuut ziekenhuis B als volgt gefactureerd:

- (20)
- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI aan 25% van vergoedingsbasis (0 € voor opnames vanaf 1/7/2024) onder de pseudo-codes uit punt 10.4 (zie R 40 Z 4 V 7) + facturering van resterende 75% (100% voor opnames vanaf 1/7/2024) aan acuut ziekenhuis A
 - Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 10.3 (zie R 40 Z 4 V 5 en 6)

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 tarifieringsregels 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 10.5 (zie R 40 Z 4 V 7)
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 10.3 (zie R 40 Z 4 V 5 en 6)

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 (€ 20) verblijf. Het acuut ziekenhuis van verblijf factureert 25 % aan de VI (0 € voor opnames vanaf 1/7/2024).

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:

- (€ 20)
- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI aan 25% van de vergoedingsbasis (0 € voor opnames vanaf 1/7/2024) (onder de pseudo-codes uit punt 10.2 (zie R 40 Z 4 V 5))
 - Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 10.3 (zie R 40 Z 4 V 5 en 6)

Het factureert de geforfaitariseerde geneesmiddelen, afgeleverd in het psychiatrisch of chronisch (€ 20) ziekenhuis B, aan de VI aan 25% van de vergoedingsbasis (0 € voor opnames vanaf 1/7/2024) onder de pseudo-codes uit punt 10.2 (zie R 40 Z 4 V 5)

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 tarifieringsregels onder de pseudo-codes uit punt 10.3 (zie R 40 Z 4 V 5 en 6)

- (☞ 1) - Lijst van de betreffende recurrente behandelingen :
- o Chemotherapie/immunotherapie : (pseudo)-codes 767874-767885, 767896-767900, 767911-767922 en 767933-767944
 - o radiotherapie (art. 18 §1 van de nomenclatuur): codes 444113-444124, 444135-444146, 444150-444161, 444172-444183, 444194-444205, 444216-444220, 444231-444242, 444253-444264, 444290-444301, 444312-444323, 444334-444345, 444356-444360, 444371-444382, 444614-444625, 444393-444404, 444415-444426, 444430-444441, 444452-444463, 444474-444485, 444496-444500, 444511-444522, 444533-444544, 444555-444566, 444570-444581, 444592-444603, 444636-444640, 444651-444662, 444673-444684, 444695-444706, 444614-444625 + consultaties 105932 en 105954
- (☞ 14,19) Opmerking : *De lezing kan gebeuren bij de simulatie op voorwaarde dat de simulatie op dezelfde factuur als de behandeling staat*
- o 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
 - o forfaits MBV : (pseudo)-codes 757293, 757315 en 757330
 - o nabehandeling revalidatie : (pseudo)-code 762974

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

- Geen lectuur.
- Geen record 21 met leesgegevens.

- (☞ 20) Opgelet: De principes uit punt 1.1 hebben voorrang. Een hospitalisatiefactuur (type factuur 1) moet dus steeds een R 21 bevatten, zelfs als ze enkel prestaties bevat waarvoor geen lectuur vereist is (bv. een complementaire factuur met uitsluitend prestaties klinische biologie).

2. Uitzonderingen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- (☞4) - Voor de rechthebbenden van minder dan 3 maanden oud. (leeftijd op het moment van opname telt).
- (☞12) - In geval de verstrekking reeds verleend is en de patiënt binnen de maand na de verstrekking/opname overlijdt alvorens a posteriori verificatie kan plaatsvinden
- (☞4) - Voor de personen die van de verplichte ziekteverzekering genieten op basis van een Europese ziekteverzekeringskaart of een formulier S2 of van een formulier E111 of E128 of een Australische Medicare-card. Dit omvat ALLE en uitsluitend de patiënten met CT1 = 18X.
- (☞8,10) - prestaties multidisciplinaire consulten zonder aanwezigheid van de patiënt : (pseudo)-codes 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346, 105350-105361, 350114-350125, 350136-350140, 350151-350162, 350173-350184, 350291-350302, 350372-350383, 350276-350280, 350453-350464, 350394-350405, 350416-350420, 350475-350486, 350674-350685, 350696-350700, 350711-350722 en 350733-350744.
- (☞17,18,19) - andere verstrekkingen zonder patiëntencontact:
 - schriftelijk verslag van een hospitalisatieperiode: 350313-350324
 - 2^{de} lezing screeningsmammografie: 450214-450225
 - overeenkomst 'obesitas bij kinderen': advies en ondersteuning aan het 1^{ste} zorgniveau: 400676-400680
 - overeenkomst 'zorgpad pre- en rehabilitatie abdominale transplantatie': (p)rehabilitatie-overleg: 400750-400761, 400875-400886, 400993-401004, 401111-401122
 - pluridisciplinair overleg (kinder- en jeugdpsychiatrie):109454
 - overeenkomst 'eetstoornissen': multidisciplinair overleg: 401310
- (☞8,14) - forfaits voor parenterale voeding thuis : (pseudo)-codes 750175, 751354, 751376, 751391, 751413 en 751951 en codes 751833, 751870, 751855, 751892, 751914, 751936, alsook de specialiteiten verwerkt in de parenterale voeding (herkenbaar d.m.v. betrekkelijke verstrekking)
 - orale chemotherapie : (pseudo)-codes 767852 en 767863
 - dringend ziekenvervoer naar ziekenhuis B dat wordt uitgevoerd en gefactureerd door ziekenhuis A : (pseudo)-codes 784416, 784431 en 784453 (deze codes gelden enkel nog voor helikoptervervoer; zie voetnoot R 50 Z 4 V 13)
- (☞8) - dialyse bij de patiënt thuis : (pseudo)-codes 470352, 470875, 470912, 767734, 767815-767826 en 767830-767841 alsook de farmaceutische producten gefactureerd met dienstcode 750.
- (☞11,14)- verstrekkingen/medicatie verricht/toegediend in de MUG (waarbij patiënt niet naar het ziekenhuis van de MUG wordt gebracht), mits waarde 1 ingevuld wordt in R 40 Z 12 en/of R 50 Z 50b.
- (☞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 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), Covid-testen en de verstrekkingen 559812-559823, 559834-559845, 559856-559860 (*labo-activiteit IVF*)).
- (☞5) - Voor de forfaits in het kader van revalidatie-overeenkomsten zoals bedoeld in artikel 22, 6° en 23, §3 van de gecoördineerde wet van 14/7/1994, namelijk de forfaits geattesteerd door het ziekenhuis in het kader van een revalidatie-overeenkomst (het betreft de pseudo-codes uit punten 16) en 17) van R 30 Z 4 (+ een beperkt aantal codes uit revalidatie-overeenkomsten die in R 50 gefactureerd worden), die met dienstcode 770 en type factuur 5 of 6 gefactureerd worden). De uitzondering geldt ook voor verstrekkingen die samen met het revalidatieforfait op dezelfde factuur van type 5/6 worden gefactureerd.
- (☞9) - Voor de ambulante pseudocodes van paragraaf 18) van R 30 Z 4 (overeenkomsten MS/ALS/Huntington : 764853, 764816, 764831, 770136, 770151 en 770173)
 - Mobiele teams : waarbij het ziekenhuis louter de pseudocodes IN/OUT (793715, 793730, 793752 en 793774) en de huisbezoeken van de psychiater (104473, 104495) aanrekent
- (☞11) - Alle radiofarmaceutische producten (zie lijst op de RIZIV-website: <https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/radiopharma/Paginas/vergoedbare-radiofarmaceutische-referentielijsten-referentiebestanden.aspx>)
- (☞11) - De "advies" verstrekking van hoofdstuk II van de nomenclatuur (109012).
- (☞11,12) - Voor de creditnota's (R 20 Z 11=3)
- (☞8,14,19) - Alle niet-vergoedbare verstrekkingen, producten, diensten, geneesmiddelen
- (☞14) - Prestaties verricht op (potentiële) donor en gefactureerd aan ontvanger (R 30, 40, 50 Z 48 = 2)
- (☞14) - Verstrekkingen op afstand: verstrekkingen uit punt 1 van de omzendbrief met tijdelijke verstrekkingen COVID-19 (<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/tarieven-tijdelijke-verstrekking-COVID19.aspx>) + de verstrekkingen uit art. 37 van de nomenclatuur
- (☞14) - Voor de facturen thuishospitalisatie (herkenbaar op basis van type factuur 7 en pseudo-dienstcode 980)
- (☞19) - Prestaties met norm verstrekking 7 in R 50 Z 3
- (☞20) - Pseudo-codes IN/OUT pilootprojecten "transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen" (799956-799960 en 799971-799998)

RUBRIEK : TYPE VAN DRAGER VAN IDENTITEITSDOCUMENT**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 22**

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

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

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

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞ 14)	0	Geen identiteitsdocument (zoals bedoeld in artikel 3 van het KB van 18/09/2015)
(☞ 20)		Deze waarde kan enkel gebruikt worden indien R 21 Z 5 = 7 (manuele invoering) of 8 (a posteriori manuele invoering) en R 21 Z 8 (reden manuele invoering) = 4 of 7.
	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)

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 (**):

categorie SA	-	0756022
categorie SA _{gc}	-	0756044
categorie SA _r	-	0756066
categorie SB	-	0756081
categorie SB _{gc}	-	0756103
categorie SB _r	-	0756125
categorie SC	-	0756140
categorie SC _{gc}	-	0756162
categorie SC _r	-	0756184
categorie SC _s	-	0756206
categorie SC _s _{gc}	-	0756221
categorie SC _s _r	-	0756243
categorie SC _x	-	0756265
categorie SC _x _{gc}	-	0756280
categorie SC _x _r	-	0756302
categorie SF _a	-	0757680
categorie SF _b	-	0757702
contrastmiddelen cat. B, B _{gc} , B _r aan 85% (ATC-klasse V08)	-	0757864
categorie A, A _{gc} , A _r aan 85%	-	0759183
categorie B, B _{gc} , B _r aan 85%	-	0759205
categorie C, C _{gc} , C _r aan 85%	-	0759743
categorie C _s , C _s _{gc} , C _s _r aan 85%	-	0759765
categorie C _x , C _x _{gc} , C _x _r aan 85%	-	0759780
categorie Fa aan 85%	-	0759220
categorie Fb aan 85%	-	0759242

10.3 Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen:

categorie SA	-	0756324
categorie SA _{gc}	-	0756346
categorie SA _r	-	0756361
categorie SB	-	0756383
categorie SB _{gc}	-	0756405
categorie SB _r	-	0756420
categorie SC	-	0756442
categorie SC _{gc}	-	0756464
categorie SC _r	-	0756486
categorie SC _s	-	0756501
categorie SC _s _{gc}	-	0756523
categorie SC _s _r	-	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, C_x, Fa, Fb, met uitzondering van bepaalde geneesmiddelen die op een lijst voorkomen.

(€ 20) Voor opnames vanaf 1/7/2024 bedraagt het forfait per opname 100% (in plaats van 75%) en moeten de geforfaitariseerde geneesmiddelen aan 0 € geregistreerd worden (in plaats van facturatie aan 25%) (pseudo-codes uit punt 10.2 en 10.4).

(**) Deze pseudo-codes worden ook gebruikt in het uitzonderlijk geval, beschreven in bijlage 17.2.

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

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

- Indien Z 4 = 0756000 (of 0767502), dan is deze zone gelijk aan het (gereduceerd) bedrag van het forfait.
- (☞20) Indien Z 4 = een pseudo-code uit punt 10.2 of punt 10.4, dan is deze zone gelijk aan 25% van de vergoedingsbasis voor opnames die gestart zijn vóór 1/7/2024 en gelijk aan 0€ voor opnames die gestart zijn vanaf 1/7/2024.
- 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 85% wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd met 15%.
- 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.

Ambulant Gehosp.**Kinesithérapie**

De kinesithérapieverstrekkings 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 verstrekkings,

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).

(14) Overeenkomst “thuishospitalisatie”

De pseudo-codes (zowel voor de facturatie van de forfaits als voor de registratie van begin/einde tenlasteneming) zijn opgenomen in bijlage IV bij de Nationale Overeenkomst ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen.

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 11 ^{de} t.e.m. 20 ^{ste} km	0784431 (*)	0784442 (*)
---	-------------	-------------

Tegemoetkoming vanaf de 21 ^{ste} km	0784453 (*)	0784464 (*)
--	-------------	-------------

Tegemoetkoming per paar elektroden	0784475 (*)	0784486 (*)
------------------------------------	-------------	-------------

Conventie leverdialyse

Detoxificatie-dialyse: eliminatie van wateroplosbare en eiwitgebonden toxines	0761972	0761983
---	---------	---------

(16) Overeenkomst New Deal: prestatiefinanciering voor patiënten met een vaste behandelrelatie

Zie pseudo-codes 107435 tot en met 107553 in art. 5, §2 van de overeenkomst.

(20) Pilootprojecten “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen”:

Begin van tenlasteneming	0799956	0799960
--------------------------	---------	---------

Einde van de tenlasteneming	0799971	0799982
-----------------------------	---------	---------

(*) 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.

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		50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
Z	Omschrijving	(5) (10)	(5) (10)	(5)	(5)		(9)	(11)	(11)		(11)	(11)
1	RECORDTYPE	50	52	50	50	50	50	50	52	50	50	52
3	NORM	9		9	9	0	9	0		0	0	
4	(PSEUDO-) CODE	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 bezoek referentieverpleegkundige wondzorg (424395, 424690, 424852, 427991), verpleegkundig consult (429015), herhaaldelijke noodzakelijke verstrekkingen bij zeer afhankelijke patiënten (428035, 428050, 428072, 429273, 430511), bijkomende verstrekking complexe wondzorg (429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312)		rurale reis	Diabetes-nomenclatuur of diabeteseducatie Hfdst. V van KB van 10/1/1991 of forfaits thuishospitalisatie	
5	BEGIN DATUM	dag 1		dag 1	dag 1	dag 1	Indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1		indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	
15	VERSTREKKER	04XXXXXXCC4XX		04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX (3)	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX		04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	
17-18	BETR. VERSTR.	forfait (1)		forfait (1)	forfait (1')	426613 (2) of pseudo-code bijlage 87 Verordening (2')	427534, 427556, 427571, 429251 of 430496	0 of pseudo-code bijlage 87 Verordening (2') of nomenclatuurode “complexe wondzorg” (12)		0	0	
19	BEDRAG V.L	0		0	0	bedrag	0	bedrag		bedrag	bedrag	
20-21	DATUM VOORSCHRIFT	0		indien vereist	0	datum (6)	vereist	vereist (7)		0	vereist (8)	
22-23	AANTAL	1		1	1	1	1	1		1	1	
24-25	VOOR- SCHRIFTER	0		indien vereist	0	indien vereist	vereist	vereist (7)		0	vereist (8)	
27	PERSOONLIJK AANDEEL	0		0	0	bedrag	0	bedrag		bedrag	Bedrag (indien nomenclatuur) of 0 (indien forfait thuishospitalisatie)	

- (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 1st basisverstrekking, behalve indien verstrekker 1st 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)]; ...
- (☞11,20) (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 424395, 424690, 424852, 427991 en 429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312 en 429015 en 428035, 428050, 428072, 429273, 430511 waar geen doktersvoorschrift vereist is.
- (☞20) (8) behalve voor 423135 (dossier) en 423172 (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 427534, 427556, 427571, 429251 of 430496 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.
- (☞11,20) (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.
- (12) enkel voor verstrekkingen 429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312

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 STV
50	1	zorgen	indien uitgevoerd
50	1	zorgen	indien uitgevoerd
...		max 6 zorgen-records	
...			
...		meerdere blokken basis + zorgen toelaten	
...			
(☞20) 50	1	pseudo-code(s) met normcode “9” in zone 3	indien 427534, 427556, 427571, 429251, 430496 aangerekend en prestatie van art. 8, §9
(☞11) 50	1	specifieke technische zorgen + eventueel bezoek referentieverpleegkundige wondzorg (424395, 424690, 424852, 427991), wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen (424874), verpleegkundig advies en overleg i.f.v. wekelijkse voorbereiding van geneesmiddelen (424896), bijkomende verstrekking complexe wondzorg (429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656, 429752, 430275, 430290, 430312), verpleegkundig consult (429015)	indien uitgevoerd
(☞20) 52 (**)	1	424395, 424690, 424852, 427991, 424896, 429015	indien uitgevoerd
50	1	rurale reis meerdere records rurale reis mogelijk	indien uitgevoerd
50	1	diabetesnomenclatuur of diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991 of forfaits thuishospitalisatie	indien uitgevoerd
(☞14) 52 (**)	1	diabetesnomenclatuur of diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991 of forfaits thuishospitalisatie	indien uitgevoerd
(☞14)			
OPGELET : volgende verstrekkingen kunnen volledig autonoom voorkomen, d.w.z. zonder voorafgaande of volgende records 50: - alle diabetesnomenclatuur behalve 423231/334 (opvolgingshonorarium diabetes), die altijd gepaard gaat met minstens een insuline-injectie - diabeteseducatie hoofdstuk V van KB van 10/1/1991. - de codes 424395, 424690, 424852, 427991 (bezoek referentieverpleegkundige wondzorg). - code 429015 (verpleegkundig consult). - code 424896 (verpleegkundig advies en overleg i.f.v. de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen).			
(☞14)		- forfaits thuishospitalisatie.	
...			
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.

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

(☞20) *worden verricht in het kader van de verstrekking 427534, 427556, 427571, 429251 of 430496.*

Specifieke technische prestatie (kolom 7).

- (☞11) Steeds op doktersvoorschrift, behalve voor bezoek referentieverpleegkundige wondzorg (424395, 424690, 424852, 427991), bijkomende verstrekking complexe wondzorg (429295, 429310, 429332, 429413, 429435, (☞20) 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, 430275, 430290, 430312), verpleegkundig consult (429015) en herhaaldelijke noodzakelijke verstrekking bij zeer afhankelijke patiënt (☞20) (428035, 428050, 428072, 429273, 430511) waar geen doktersvoorschrift vereist is.
- (☞11) De codes voor bezoek referentieverpleegkundige wondzorg, bijkomende verstrekking complexe wondzorg, verpleegkundig consult en herhaaldelijke noodzakelijke verstrekking bij zeer afhankelijke patiënt 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*

(☞20) *427534, 427556, 427571, 429251 of 430496) verschillende verstrekkers voorkomen.*

(☞3,20) (**) *Alleen voor prestaties 428035, 428050, 428072, 429273 en 430511.*

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 diabeteseducatie hoofdstuk V van KB 10/1/1991

(☞14) **of forfaits thuishospitalisatie (kolom 10).**

Steeds op doktersvoorschrift, behalve voor 423135 (dossier) en 423172 (aanwezigheid vaste verpleegkundige) waar geen doktersvoorschrift vereist is.

Invulling

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

Technische prestatie.

Er zijn 2 gevallen mogelijk :

- * prestatie behoort tot groep 1 (hygiënische zorg).

Invulling

(☞18) verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft geattesteerd
(☞18) norm verstrekker	:	1 of 2
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 426613 (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

(☞18) verstrekker	:	verpleegkundige die prestatie heeft geattesteerd
(☞18) norm verstrekker	:	1 of 2
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
norm verstrekker	:	steeds 1
(☞20) betrekkelijke verstrekking	:	427534, 427556, 427571, 429251 of 430496
datum voorschrift	:	datum voorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
(☞1) voorschrijver	:	arts/tandarts
norm voorschrijver	:	steeds 1

Specifieke technische prestatie.

- (☞11) Steeds op doktersvoorschrift, behalve voor bezoek referentieverpleegkundige wondzorg (424395, 424690, 424852, 427991), bijkomende verstrekking complexe wondzorg (429295, 429310, 429332, 429413, 429435, 429450, 429516, 429531, 429553, 429612, 429634, 429656, 429715, 429730, 429752, (☞20) 430275, 430290, 430312) en verpleegkundig consult (429015), waar geen doktersvoorschrift vereist is.
- (☞11) De codes voor bezoek referentieverpleegkundige wondzorg, bijkomende verstrekking complexe (☞20) wondzorg en verpleegkundig consult worden ook in deze rubriek opgenomen gezien ze (analoog aan een STZ) bovenop het dagplafond betaald worden.

Invulling

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| verstrekker | : | verpleegkundige die prestatie heeft verricht |
| (☞18,20) norm verstrekker | : | waarde 1 of 9(*) |
| (☞11) betrekkelijke verstrekking | : | pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3°) of nomenclatuurcode “complexe wondzorg” (ingeval van bijkomend honorarium complexe wondzorg, behalve 429516, 429531 en 429553) 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 (☞20) verstrekking 427534, 427556, 427571, 429251 of 430496) verschillende verstrekkers voorkomen.*

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.

Medische huizen :

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

(☞ 18) Voor de pseudo-code 0109594 (t.e.m. 31/12/2023) of 0400396 (vanaf 1/1/2024): einddatum = begindatum.

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

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

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

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

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

einddatum = begindatum.

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

(☞ 14) Overeenkomsten “thuishospitalisatie”, “psychiatrische functie binnen mobiele teams”,

(☞ 17,18) “obesitas bij kinderen”, “zorgpad pre- en rehabilitatie abdominale transplantatie”,

(☞ 20) “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen”: Z 5 = Z 6

Opmerking :

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

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

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

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

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

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

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

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

* Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen :

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

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

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

* Globaal prospectief bedrag: opnamedienst

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

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

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

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

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

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

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

(☞ 14,20) * Voor de pseudo-codes 793715, 793730, 793752, 793774 (begin en einde tenlasteneming overeenkomst mobiele teams) en 799956-799960, 799971-799982 (begin en einde tenlasteneming transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen), is deze zone gelijk aan nul.

(☞ 14) * Overeenkomst thuishospitalisatie:

- o forfaits gefactureerd door het ziekenhuis + pseudo-codes aan 0 € voor begin en einde tenlasteneming: pseudo-dienstcode 980
- o forfaits gefactureerd door huisarts of verpleegkundige: pseudo-dienstcode 990

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

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	Erkeningsnummer
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 codes 0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936.
 - indien het gaat om detoxificatie-dialyse (conventie leverdialyse) (0761972-0761983)
 - indien het gaat om een globaal prospectief bedrag.
- (☞14) - indien het gaat om pseudo-codes 0184693 t.e.m. 0184763 (overeenkomst art. 56 mechanische trombectomie)
- * Identificatienummer van het erkend centrum voor hartrevalidatie indien het gaat om verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten (0771201, 0771212, 0771223).
- * Identificatienummer van medisch huis indien het gaat om prestaties verricht door een medisch huis.
- (☞20) * Identificatienummer van het ziekenhuis indien het gaat om de pseudo-codes voor begin en einde tenlasteneming in het project “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen” (799956-799960, 799971-799982).

- * Nummer ziekenhuis + 172 (centrum “neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion en toebehoren in geval van CRPS”) indien het gaat om verstrekkingen 174532 t.e.m. 174661.
- * Nummer ziekenhuis + 173 (centrum “endobronchiale éénrichtingskleppen”) indien het gaat om de verstrekkingen 180773–180784 en 180795-180806.
- (☞9) * Nummer ziekenhuis + 174 (centrum “implantaten voor de behandeling van fecale incontinentie”) indien het gaat om de verstrekkingen 157533-157544, 157555-157566, 181591-181602, 157570-157581, 157592-157603, 157614-157625, 181613-181624, 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157673-157684, 157695-157706, 157710-157721, 157732-157743, 157754-157765, 157776-157780, 181650-181661, 157511-157522, 181672-181683, 181694-181705, 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803 en 182814-182825.
- (☞7) * Nummer ziekenhuis + 175 (centrum “neurostimulatoren voor dysfuncties van de lage urinewegen”) indien het gaat om de verstrekkingen 155013-155024, 155035-155046, 182571-182582, 182512-182523, 182534-182545, 182593-182604, 155050-155061, 155072-155083, 155094-155105, 155116-155120, 155131-155142, 155153-155164, 182630-182641, 182556-182560 en 182615-182626.
- (☞13) * Nummer ziekenhuis + 176 (centrum “hypoglossale neurostimulatie bij obstructief slaapapneu”) indien het gaat om de verstrekkingen 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 en 184155-184166.
- (☞20) * Nummer ziekenhuis + 177 (centrum “neurostimulatie van de occipitale zenuwen bij clusterhoofdpijn”) indien het gaat om de verstrekkingen 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124, 185135-185146, 185150-185161 en 185172-185183.
- (☞20) * Nummer ziekenhuis + 178 (centrum “percutane coronaire rotationele athrectomie”) indien het gaat om de verstrekkingen 184936-184940 en 184951-184962.
- * 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

(☞20) Overeenkomst complexe chirurgie pancreas + 185231-185242: 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

(☞17) Overeenkomst obesitas bij kinderen: nummer ziekenhuis + 195 (behalve voor het jaarforfait voor de huisarts of pediater (400654))

(12) Overeenkomst hypotherme machineperfusie bij niertransplantatie en afereze bij ABO-incompatibele levende-donor

Het RIZIV-nummer van het niertransplantatiecentrum (nummer ziekenhuis + 000) moet in dit veld worden vermeld (geen erkenningsnummer vereist) voor de verstrekkingen 318592-318603, 318614-318625, 318636-318640.

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

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

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

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

Parenterale voeding

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

Verstrekkings R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomsten

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

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

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

OSAS-overeenkomst (vanaf 1/1/2018)

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

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

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

Reiskosten revalidatie (0771072 en verstrekkingen in punt D) in R 50 Z 4 V 2): inhoud van deze zone 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.

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

(☞14) Thuishospitalisatie

Pseudo-codes begin/einde tenlasteneming: behandelende arts-specialist die de beslissing tot thuishospitalisatie neemt en toezicht houdt op de behandeling

Pseudo-codes 107170, 107192, 107214, 418574, 418596, 418611, 596750, 596772, 795255, 795270, 795292: verstrekker (arts, verpleegkundige, ziekenhuisapotheeker)

Overige pseudo-codes (795211, 795351, 795373, 795395): pseudo-verstrekker 01.00001.06.999

Overeenkomst “mobiele teams”:

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

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

- (☞20) Pilootprojecten “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen” (pseudo-codes 799956-799960, 799971-799982): behandelende arts-specialist die de beslissing tot thuishospitalisatie neemt en toezicht houdt op de behandeling

- (☞10) Overeenkomst opsporing apenpokken (557233-557244, 557270-557281) : identificatienummer van een specialist voor de klinische biologie

- (☞12) Overeenkomst hypotherme machineperfusie bij niertransplantatie en aferese bij ABO-incompatibele levende-donor : 318592-318603, 318614-318625, 318636-318640 : het identificatienummer van de transplanterende arts.
318651-318662 en 318673-318684 : het identificatienummer van de nefroloog.

- (☞17) Overeenkomst obesitas bij kinderen

Trimestriële forfait (400632-400643) en forfait bijkomend advies kine, psycholoog en diëtist (400691): pseudo-verstrekker 01.00001.06.999

Jaarforfait (400654): identificatienummer huisarts of pediater

Advies/ondersteuning aan niveau 1 (400676-400680) en intake door pediater (104090): identificatienummer pediater

- (☞18) Overeenkomst ‘zorgpad pre- en rehabilitatie abdominale transplantatie’

(P)rehabilitatieoverleg, forfait (p)rehabilitatie assessment en jaarforfait (p)rehabilitatie: pseudo-verstrekker 01.00001.06.999

Individuele kinesiotherapie-zitting: identificatienummer kinesiotherapeut

Intakeonderzoek en forfait inhoudelijke coördinatie (p)rehabilitatieproces: identificatienummer FGR-arts

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.

- (☞ 14,20) Overeenkomsten “thuishospitalisatie” en “mobiele teams” en “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen”: ingeval van pseudo-codes voor begin/einde tenlasteneming in R 50 Z 4 is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan nul.

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

Moedermelk (pseudo-code 695052-695063).

- (☞ 16) Wettelijke basis : KB van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet (zie lijst, DEEL II, TITEL 2, Hoofdstuk IV).

(☞ 16) Vóór 1/9/2023

De tegemoetkoming 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 10ml (8ml is onvoldoende voor de volgende schijf)
 bv 233 ml ➔ voor de berekening : 220ml : 20 schijven van 10ml en 1 schijf van 20ml (13ml is onvoldoende voor de volgende schijf)
 Onder de 200ml zijn er dus schijven van 10ml en boven de 200ml schijven van 20ml.
- 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)

Voorbeeld 1

Er wordt 556 ml gefactureerd ➔ zone 22 = 556

556 ml ➔ $20 * 10 \text{ ml} + 17 * 20 \text{ ml} = 540 \text{ ml}$ (16 ml is onvoldoende voor de volgende schijf van 20 ml)

Terugbetaling (Z 19) = $(20 * 0,32 \text{ €}) - 0,30 \text{ €} + (17 * 0,62 \text{ €}) = 16,64 \text{ €}$

Persoonlijk aandeel (Z 27) = $0,30 \text{ €} + (17 * 0,02 \text{ €}) = 0,64 \text{ €}$

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

(☞20) Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake radiologie
 art. 5 (verstrekkingen 307090 tot 307145, 307230 tot 307366,
 (☞20) 377090 tot 377145, 377230 tot 377241 en 377274 tot 377366)

	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

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

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

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

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

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

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

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

(☞ 14,20) Overeenkomsten “thuishospitalisatie” en “mobiele teams” en “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen”: ingeval van pseudo-codes voor begin/einde tenlasteneming in R 50 Z 4 is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan nul.

(☞ 14) Thuishospitalisatie: voor de forfaitaire tegemoetkomingen mag geen persoonlijk aandeel aangerekend worden en is deze zone dus steeds gelijk aan nul.

Opmerking: voor de eventuele verstrekkingen van art. 8 die aangerekend worden tijdens een thuishospitalisatie kan wél een remgeld aangerekend worden.

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

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

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

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

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

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

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

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

Dringend ziekenvervoer vanaf 1/1/2019

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

Implantaten :

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

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

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

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

(☞ 14,20) Overeenkomsten “thuishospitalisatie” en “mobiele teams” en “transmurale zorg bij chronisch zieke kinderen”: ingeval van pseudo-codes voor begin/einde tenlasteneming in R 50 Z 4 is de inhoud van deze zone steeds gelijk aan nul.

Thuishospitalisatie: voor de forfaitaire tegemoetkomingen mag geen supplement aangerekend worden en is deze zone dus steeds gelijk aan nul.

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 detiscor klasse B worden in deze zone vermeld.

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

Globaal prospectief bedrag: steeds nul.

“Nulrecords”: supplement mogelijk

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

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

RUBRIEK : RECHTVAARDIGING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A - 175

Vanaf 1/4/2024 wordt deze zone gebruikt in het kader van de facturatie New Deal door huisartsen (eFact).

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
N (€ 19corr,20)	Uitzonderingssituatie waarbij een New Deal-arts een referentieverstrekking van art. 2 (101076, 103412, 103434, 106610) aanrekent voor een patiënt met vaste behandelrelatie ('s avonds, 's nachts, tijdens het weekend of op feestdagen, als de toestand van de patiënt op die dagen en uren dringende verzorging vergt, die niet kan worden uitgesteld) In dit geval moet ook steeds de pseudo-code 107575 als betreffende verstrekking ingevuld worden in R 50 Z 17-18. (Deze waarde moeten enkel gebruikt worden indien de facturatie door een individuele New Deal arts gebeurt en <u>niet</u> indien de facturerende derde (R 10 Z 14) een wachtpost is.)
0	Alle andere gevallen

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 ingevuld worden voor prestaties verricht in het kader van een associatie “zorggebied”. 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.

- (☞13) Vanaf prestatiedatum 1/7/2023 moet deze zone ook ingevuld worden voor de verstrekkingen 161991-162002 en 182836-182840 en voor de pseudo-codes uit de overeenkomst borstreconstructie. Vanaf een nog nader te bepalen datum zal deze zone ook moeten ingevuld worden voor de verstrekkingen die enkel vergoedbaar zijn in erkende coördinerende borstklinieken, zoals voorzien zal worden in het KB tot uitvoering van art. 64 van de Wet en eventueel in De Lijst.
- (☞20) Vanaf prestatiedatum 1/1/2025 moet deze zone ook ingevuld worden voor alle verstrekkingen van “De Lijst” (implantaten en invasieve medische hulpmiddelen).

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

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:

0XXXXAAZZZZZZCC

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	Vanaf prestatie-datum	Tot en met	Opmerking
(13)	Hartdefibrillatoren en elektroden	101	01/01/2017	prestatiedatum 31/12/2023	Enkel voor de facturatie van inhaalbedragen
(13)	Hartstimulators en elektroden	105	01/12/2018	registratiedatum 31/3/2023	
(13)	Hospitalisatie met FFR - coronaire angioplastiek	107	01/06/2019	registratiedatum 31/3/2023	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)
(13)	Hospitalisatie met PCI - coronaire angioplastiek	108	01/06/2019	registratiedatum 31/3/2023	
(13)	Hospitalisatie met PCI en FFR - coronaire angioplastiek	109	01/06/2019	registratiedatum 31/3/2023	
(13)	Kniegewrichtsprothesen - orthopride	201	01/09/2015	registratiedatum 28/2/2023	
(13)	Heupgewrichtsprothesen - orthopride	202	01/09/2015	registratiedatum 28/2/2023	
(16)	Implantaten die de verankering van een externe prothese toelaten - amputatie	203	01/02/2017	prestatiedatum 30/9/2023	
(18)	Implanteerbare netjes voor herstel van prolaps, voor plaatsing langs vaginale weg – vaginale netjes	305	01/01/2020	prestatiedatum 31/12/2023	
	Neurostimulators in geval van chronische pijn (FBSS en FNSS) - Neuro-Pain	401	01/01/2018		
	Neurostimulators DRG in geval van CRPS van de onderste ledematen - Neuro-Pain	401	01/12/2019		
(20)	Implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau – eerste implantatie	501	01/10/2019	prestatiedatum 31/10/2023	
(20)	Implanteerbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau – vervanging	502	01/10/2019	prestatiedatum 31/10/2023	

Voorlopige oplossing voor de ziekenhuizen die de S2S van Smals gebruiken voor de registratie van de coronaire dilatatie tot dat Healthdata zijn eigen S2S heeft:

- Facturatie van coronaire dilatatie 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 / Laerbeeklaan 101	1090	BRUXELLES / BRUSSEL
71032209-156	UZ Leuven	Gasthuisberg	Herestraat 49	3000	LEUVEN
71041018-156	Centre Hospitalier 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

Pathologische anatomie en genetische onderzoeken

Onderzoek	XXX	Vanaf prestatie-datum	Tot en met	Opmerking
(€ 13,20) Companion Diagnostics (PITTER) – nomenclatuur, artikel 33ter	050	01/07/2019	registratiedatum 31/8/2023	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.