

RIZIV

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

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

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

Correspondent : Annelies DEGRAEVE
Attaché

Tel.: (02)739 78 45

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

Onze referte: 1804/CH/ADG/2011

Brussel, 22 februari 2011

Mevrouw,
Mijnheer,

**Betreft : Instructies met betrekking tot de facturatie via magnetische drager of via
elektronische weg – Uitgave 2006 – 24^{ste} bijwerking**

Gelieve hierbijgaand een exemplaar te vinden van de bijwerking 2006/24 van bovenvermelde instructies.

Hoogachtend,

De leidend ambtenaar,

H. De Ridder,
directeur-generaal.

**INSTRUCTIES AAN DE VERPLEGINGSINRICHTINGEN,
AAN DE ERKENDE LABORATORIA VOOR KLINISCHE BIOLOGIE,
AAN DE VERPLEEGKUNDIGEN
EN ALLE ANDERE INRICHTINGEN OF VERSTREKKERS
DIE GEBRUIK MAKEN VAN HET SYSTEEM
VAN AFLEVERING VAN FACTURATIEBESTANDEN
EN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN -
UITGAVE 2006
BIJWERKING 2006/24 – Publicatie 22-02-2011**



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

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

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

BIJWERKING 2006/24

Te vervangen bladzijden :

- Bijlage 16.1, 16.3, 16.15, 16.18, 16.20, 17.1, 17.2;
- R 10 Z 14;
- R 20 Z 10;
- R 30 Z 4 V 4, Z 13;
- R 40 Z 4 V 3, V 3BIS;
- R 50 Z 13, V 2, Z 22.

1. Groepsnummers, bijlage 16.1, 16.3, 16.15, 16.18, 16.20, R 10 Z 14.

De nummers “derdebetalende-groeperingen van verstrekkers” zijn verplaatst naar de rubriek “verzorgingsinrichtingen”.

De bestaande range voor de groepsnummers (940, 941, 942) wordt uitgebreid tot 946.

Toepassingsdatum : Publicatiedatum van de bijwerking.

2. Cardiale pathologie C

Art. 35 van de nomenclatuur voorziet dat:

De verstrekking 685355-685366 wordt enkel vergoed in ziekenhuizen die beschikken over een zorgprogramma « cardiale pathologie » C (congenitale hartafwijkingen bij kinderen) zoals vastgesteld door de overheid tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.

De creatiedatum van bovenvermelde verstrekking en toepassingsregel is 1/5/2007 en vanaf toen werd in bijlage 16.19 een erkenningsnummer voor het zorgprogramma cardiale pathologie C voorzien (“nummer ziekenhuis + 123”).

Door een vergetelheid heeft echter geen enkel ziekenhuis een dergelijk erkenningsnummer ontvangen van het RIZIV.

Dit werd ondertussen rechtgezet: de betreffende ziekenhuizen hebben hun erkenningsnummer per brief ontvangen en er is een Omz. VI gepubliceerd.

Toepassingsdatum : Het erkenningsnummer “nummer ziekenhuis + 123” moet pas vanaf prestatiedatum 1/2/2011 als plaats van verstrekking vermeld worden bij bovenvermelde verstrekking.

3. Aflevering van geneesmiddelen aan een patiënt die in een ander ziekenhuis gehospitaliseerd is, bijlage 17.1, 17.2, R 40 Z 4 V 3 BIS.

In bijlage 17 wordt de volgende uitzonderlijke situatie toegevoegd:

het ziekenhuis van verblijf is een acuut ziekenhuis (dat onder het systeem van de forfaitarisering valt) en het ziekenhuis van prestatie is een psychiatrisch of chronisch ziekenhuis (dat buiten de forfaitarisering valt).

In dat geval factureert het ziekenhuis van prestatie 100 % van de vergoedingsbasis aan het ziekenhuis van verblijf. Het ziekenhuis van verblijf factureert dan 25% van de vergoedingsbasis aan de VI.

In R 40 Z 4 V 3 BIS wordt gepreciseerd dat, in dit uitzonderlijk geval, de pseudo-codes 0756022 tot en met 0756302 gebruikt moeten worden door het acuut ziekenhuis van verblijf A voor de facturatie aan 25 % aan de VI van geneesmiddelen afgeleverd in chronisch of psychiatrisch ziekenhuis B.

Toepassingsdatum : Publicatiedatum van de bijwerking.

4. Forfait manipulatie poortkatheter, R 20 Z 10, R 30 Z 4 V 4, Z 13, R 50 Z 13, V 2.

Naar aanleiding van de 11de wijzigingsclausule van de Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringinstellingen werd een nieuw forfait “manipulatie poortkatheter” toegevoegd.

Er werd een nieuwe pseudo-code 768375-768386 toegevoegd in R 30 Z 4 V 4 en de factureringsinstructies met betrekking tot type factuur en dienstcode werden aangevuld met dit nieuwe forfait.

Voor dit nieuwe forfait moet een betrekkelijke verstrekking vermeld worden in de zone 17-18 van R 30 (zie punt 10).

De betrekkelijke verstrekking is:

- Ofwel pseudo-code 768950-768961 ingeval van een prestatie medische beeldvorming, opgenomen in artikel 17 en 17ter (radiologie), 17bis en 17 quater (echografie) of artikel 18 (nucleaire geneeskunde) van de nomenclatuur, waarvoor de insputing van een contrastvloeistof of een radio-isotoop via intraveneuze weg nodig is;
- Ofwel pseudo-code 768972-768983 ingeval van een bloedafname voor biologische analyse opgenomen in artikel 3, §1er of artikel 18§2, 24§1, 24 bis, 33 of 33bis van de nomenclatuur.

Toepassingsdatum: Prestaties vanaf 1/2/2011 (onder voorbehoud van publicatie wijzigingsclausule).

5. Mucoclear, R 40 Z 4 V 3.

Een KB tot wijziging van de lijst van vergoedbare medische hulpmiddelen is in voorbereiding. Het betreft de toevoeging van een nieuw medisch hulpmiddel Mucoclear (Hypertonische natriumchloride inhalatieoplossing, bestemd voor de behandeling van Mucoviscidose).

Hiervoor werd een nieuwe pseudo-code 753454-753465 toegevoegd in R 40 Z 4 V 3. De tarificatie gebeurt op basis van de regels voor vergoedingscategorie B.

Toepassingsdatum: de eerste dag van de maand die volgt op het verstrijken van een termijn van tien dagen die ingaat de dag na de bekendmaking van het KB in het Belgisch Staatsblad (onder voorbehoud van publicatie).

6. Zuurstofconcentrator, R 40 Z 4 V 3.

Naar aanleiding van het KB van 16/1/2011 (BS 28/1/2011) tot wijziging van de lijst gevoegd bij het KB van 24 oktober 2002 (KB betreffende de diagnostische middelen) worden de forfaits met betrekking tot de Kröber zuurstofconcentrator ook vergoedbaar ingeval van aflevering door de ziekenhuisapotheker aan patiënten die verblijven in ROB-RVT-PVT-IBW.

In R 40 Z 4 V 3 werd onder het punt 12a (honoraria en forfaits) een nieuwe ambulante pseudo-code 0757470 toegevoegd.

Toepassingsdatum: prestaties vanaf 1/3/2011.

7. Nieuwe nomenclatuur verpleegkundigen: retro-actieve facturatie nieuwe prestaties

In punt 4 van bijwerking 2006/23 werden instructies gepubliceerd voor de retro-actieve facturatie van de nieuwe prestaties voorzien in het K.B. van 19/01/2011 (BS 07/02/2011).

Op aandringen van de (softwareleveranciers van de) thuisverpleegkundigen, wordt toegestaan dat prestaties verricht tot en met 30/06/2011 nog opgenomen worden in de aparte retro-actieve facturatiebestanden, zoals voorzien onder mogelijkheid 1.

Deze aparte bestanden mogen ingediend worden tot eind 2011.

Prestaties verricht vanaf 1/7/2011 moeten verplicht via het normale circuit gefactureerd worden.

Toepassingsdatum : Publicatiedatum van de bijwerking.

8. Implantaten met limitatieve lijsten en met een tegemoetkoming per cm² of per contactpunt, R 50 Z 22.

Limitatieve lijsten van synthetisch weefsel dura mater (683410-684421), dura mater weefsel van dierlijke oorsprong (720414 – 720425), synthetisch weefsel- larynxcarcinoom (687934 – 687945) en elektroden epilepsie (698714-698725, 698736-698740, 698751-698762, 698773-698784, 698795-698806, 698854-698865) bevatten verstrekkingen met een tegemoetkoming per cm² of per contactpunt.

In R 50 Z 22 moet het aantal keren dat het product, zoals beschreven op de lijst, gebruikt wordt, vermeld worden.

De factureringinstructies werden in deze zin aangepast.

Voorbeeld:

Het product met identificatiecode 118001000074 (zie lijst synthetisch weefsel dura mater) wordt 1x gebruikt. Het betreft een product van 4,5 cm².

Het aantal eenheden in Z 22 is gelijk aan 1.

Toepassingsdatum : Het gaat om een verduidelijking van de instructies.

9. Lijst “voorschrijver”.

Toegevoegde codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
599810	588921	Het gaat om een code (art. 32 § 4) die werd vergeten in de vorige versie van de lijst		

10. Lijst “betrekkelijke verstrekking”

➤ Precisering - Anesthesie

Interpretatieregel 04 bij art.12 van de nomenclatuur bepaalt dat het niet altijd mogelijk is om een betrekkelijke verstrekking te vermelden bij de nomenclatuurcodes 201191 tot en met 201224. In dat geval moet pseudo-code 767012-767023 vermeld worden als betrekkelijke verstrekking.

In de kolom “Opmerkingen” van de lijst wordt dit als volgt vermeld: “Indien er geen aanrekenbare prestatie aanleiding geeft tot de anesthesie, betreffende verstrekking = 767012-767023”.

Toepassingsdatum: gefactureerde maand maart 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201103)

- Forfait manipulatie poortkatheter (zie punt 4 hierboven)
De pseudo-codes betreffende verstrekking die vermeld moeten worden bij forfait 768375-768386 werden opgenomen in een nieuw tabblad “opmerkingen – remarques 8” van de lijst “Betreffende verstrekking”.

Toegevoegde codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
201375	201386	25/01/2011	14/02/2011	1/4/2011
736455	736820	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011
768375	768386	Pseudo-code		1/2/2011
Geschrapte codes				
730833	730866	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011
731813	731846	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011
732432	732443	08/12/2010	01/02/2011	1/4/2011

11. Lijst “implantaten”

Geen wijzigingen.

12. Lijst “foutcodes”

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

Structuur van de RIZIV-identificatienummers

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

1. Zorgverleners.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Positie binnen de zone
0												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Posities binnen identificatienummer
Beroep		Volgnummer				Check-digit		Bekwaming				

A. Beroep (1^{ste} en 2^{de} cijfer van het identificatienummer).

	10 tot 19	geneesheren
	20 tot 29	apothekers
	30 tot 39	tandheeskundigen
	40	vroedvrouwen
	41 tot 49	verpleegkundigen
	50 tot 55	kinesitherapeuten
	56	diëtisten
	57	podologen
	58	logopedisten
	59	orthoptisten
	60	logopedisten
	61	orthopedisten
	62	bandagisten
	63	verstrekkers van implantaten
	64	bandagisten
(3)	65	ergotherapeuten
	66	opticiens
	67	gehoorprothesisten
	68	apothekers – biologen
(11)	69	leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apotheek zijn
(4,6,16,24)	80 tot 94	verzorgingspersoneel en zorgkundigen
	95 tot 97	verpleegkundigen rusthuizen
(6)	98 tot 99	verzorgingspersoneel en zorgkundigen

B. Volgnummer (3^{de} t.e.m. 6^{de} cijfer van het identificatienummer).1) Geneesheren.

Identificatienummer, toegekend door de provinciale Orde van de geneesheren.

2) Apothekers.

Nummer toegekend door het RIZIV.

3) Tandheelkundigen.

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

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

4) Vroedvrouwen.

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

5) Verpleegkundigen.

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

6) Kinesitherapeuten.

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

7) Diëtisten.

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

8) Podologen.

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

9) Logopedisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

10) Orthoptisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

11) Orthopedisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

12) Bandagisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

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

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

(16) 14) Ergotherapeuten

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

15) Opticiens.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

16) Gehoorthesisten.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

17) Apothekers-biologen.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

(11) 18) Leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apotheek zijn.

Een volgnummer tussen 0001 en 9999.

(6) 19) Verzorgingspersoneel en zorgkundigen.

Het 4^{de} tot 8^{ste} cijfer vormen een volgnummer tussen 10.000 en 99.000, toegekend door het RIZIV.

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

Het getal, ingeschreven in de posities 7 en 8 is gelijk aan het verschil tussen

1) 97, en

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

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

De bekwaming verschilt van verstrekker tot verstrekker.

Het is mogelijk dat één verstrekker meerdere bevoegdheidcodes heeft. Dit betekent dat voor elke bevoegdheid de eerste 8 cijfers steeds dezelfde zijn en het 9^{de} tot 11^{de} cijfer zal verschillen naargelang de bevoegdheid.

1. Geneesheren

(6) Zie officiële lijst met bevoegdheidscodes gepubliceerd op de website van het RIZIV onder de rubriek "Zorgverleners – Algemene Info – Bevoegdheidscodes".

Deze bladzijde werd geschrapt en vervangen door de officiële lijst met bevoegheidscodes van geneesheren, gepubliceerd op de website van het RIZIV.

(☞ 6) b) Zorgkundigen

Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de zorgkundigen die reeds een RIZIV-registratienummer hebben als verzorgingspersoneel en de zorgkundigen die nog niet over een dergelijk nummer beschikken.

A. Zorgkundigen die al een identificatienummer hebben als verzorgingspersoneel :

Nederlandstaligen :	Franstaligen :	Duitstaligen :
111 → 143 of 151 of 161	211 → 241 of 251 of 261	313 → 343 of 353 of 363
112 → 172 of 152 of 162	212 → 242 of 252 of 262	314 → 344 of 354 of 364
114 → 144 of 154 of 164	214 → 244 of 254 of 264	316 → 346 of 356 of 366
115 → 145 of 155 of 165	215 → 245 of 255 of 265	318 → 348 of 358 of 368
116 → 146 of 156 of 166	216 → 246 of 256 of 266	330 → 341 of 351 of 361
117 → 147 of 157 of 167	217 → 247 of 257 of 267	340 → 342 of 352 of 362
118 → 148 of 158 of 168	218 → 248 of 258 of 268	
130 → 170 of 150 of 160	220 → 249 of 259 of 269	
141 → 149 of 159 of 169	230 → 243 of 253 of 263	
240 → 270 of 250 of 260		

Voor iedere taalgroep vermeldt de eerste kolom de bekwamingscode als verzorgingspersoneel. De tweede kolom (2^{de} cijfer = 4 of 7) betreft de situatie in geval van een volledige registratie door de FOD Volksgezondheid. De derde kolom (2^{de} cijfer = 5) betreft de situatie in geval van een voorlopige registratie door de FOD Volksgezondheid en de laatste kolom (2^{de} cijfer = 6) betreft de situatie wanneer de betrokkene nog niet door de FOD Volksgezondheid als zorgkundige werd geregistreerd maar wel beschikt over de bevestiging van ontvangst van de aanvraag tot registratie door de FOD Volksgezondheid.

B. Zorgkundigen die nog geen identificatienummer hebben als verzorgingspersoneel :

- volledige registratie door de FOD Volksgezondheid: 440
- voorlopige registratie door de FOD Volksgezondheid : 450
- aanvraag tot registratie door de FOD Volksgezondheid: 460

	- Respiratorisch en cardio-respiratorisch toezicht thuis op door wiegedood bedreigde zuigelingen	: 783
	- Revalidatieprogramma voor hersenverlamden	: 784
	• tussen 001 en 499 : Revalidatieprogramma voor hersenverlamden	
	• tussen 500 en 999 : Revalidatieovereenkomst kinderneuropsychiatrie	
(4 21)	- Chronische mechanische ademhalingsondersteuning thuis	: 785
	• tussen 001 en 199 : obstructief slaapapneesyndroom (nCPAP-overeenkomst)	
	• tussen 201 en 299 : ademhalingsondersteuning thuis (AOT)	
	• tussen 301 en 999 : ademhalingsondersteuning thuis bij obesity hypoventilation syndrome (OHS)	
(4 21)	- Diabetesovereenkomst	: 786
	• tussen 001 en 499 : zelfcontrole van diabetespatiënten	
	• tussen 501 en 699 : insuline infusie therapie	
	• tussen 701 en 799 : zelfregulatie diabetes mellitus bij kinderen en adolescenten	
	• tussen 801 en 999 : voetklinieken	
	- Hartdefibrilatoren	: 787
	- Metabole ziekten, mucoviscidose, neuromusculaire ziekten, refractaire epilepsie chronisch vermoeidheidssyndroom, CP, Spina Bifida, chronische pijn, kindernefrologie	: 789
	• tussen 001 en 099 : revalidatie van rechthebbende lijdend aan een zeldzame monogenische erfelijke metabole ziekte	
	• tussen 101 en 199 : referentiecentra voor patiënten lijdend aan mucoviscidose	
	• tussen 201 en 299 : referentiecentra voor patiënten lijdend aan neuromusculaire ziekten	
	• tussen 301 en 399 : referentiecentra voor patiënten lijdend aan refractaire epilepsie	
	• tussen 401 en 499 : referentiecentra voor patiënten lijdend aan chronisch vermoeidheidssyndroom	
	• tussen 501 en 549 : CP-referentiecentra	
	• tussen 551 en 599 : Spina Bifida-referentiecentra	
	• tussen 601 en 699 : referentiecentra voor chronische pijn	
(4 12)	• tussen 701 en 999 : referentiecentra voor kindernefrologie	
	- Revalidatieovereenkomsten voor het opstellen van de multidisciplinaire evaluatie in het raam van de nomenclatuur van de mobiliteitshulpmiddelen	: 790
	6. <u>Bloedtransfusiecentra</u> :	: 795
	7. <u>Laboratoria</u> :	: 8xx
	Het 2 ^{de} en het 3 ^{de} cijfer vormen een codenummer voor het administratief arrondissement waarin de zetel van het laboratorium ligt. Het coderingsplan dat gewoonlijk voor de arrondissementen wordt gebruikt, is aangepast voor het arrondissement Brussel-Hoofdstad.	
	8. <u>Wijkgezondheidscentra</u> :	: 8xx
	9. <u>Revalidatie</u> :	: 9xx
	- Algemene centra locomotorische revalidatie	: 950
(4 21)	- R30-R60-overeenkomsten	: 951
	- NOK-revalidatie	: 953
	- PSY-revalidatie	: 965
	- Functionele revalidatie wegens visuele handicap	: 969
	10. <u>Medisch Pediatrische centra</u> :	: 967

11. Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en palliatieve dagcentra. : 968
- tussen 001 en 499 : Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging
 - tussen 501 en 999 : Palliatieve dagcentra
12. Nummers Geïntegreerde diensten thuisverzorging (art. 23, 13°) : 947
- (19) 13. Nummers erkende ambulancediensten : 796
- (22) 14. Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen : 759
- (24) 15. Nummers derdebetalende – groeperingen verstrekkers : 940 t.e.m. 946
- B. Volgnummer (van het 4^{de} tot en met het 6^{de} cijfer van het identificatienummer)
- Een volgnummer tussen 001 en 999; dit wordt door het RIZIV toegekend.
- Revalidatie : In een aantal gevallen (774, 776, 781, 782, 784, 786, 789) wordt het type inrichting verder onderverdeeld in dit 4^{de} tot 6^{de} cijfer (zie hoger).
- Laboratoria : Het 4^{de}, 5^{de} en 6^{de} cijfer vormen een volgnummer van de erkenningsaanvraag van het laboratorium in het arrondissement (toegekend door de FOD Volksgezondheid).
- Wijkgezondheidscentra : het 4^{de} cijfer is “5”.
- (19) Erkende ambulancediensten : Het 4^{de}, 5^{de} en 6^{de} cijfer vormen een volgnummer van de erkenning (toegekend door de FOD Volksgezondheid).
- (22) Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen: Het 4^{de}, 5^{de} en 6^{de} cijfer vormen een volgnummer dat door het RIZIV toegekend wordt:
- 001 → 299: Vlaamse projecten
 - 300 → 599: Brusselse projecten
 - 600 → 899: Waalse projecten
 - 900 → 995: Duitstalige projecten
- C. Check-digits (7^{de} en 8^{ste} cijfer van het identificatienummer)
- Zie hoger.
- D. Bevoegdheidscode (9^{de} tot 11^{de} cijfer van het identificatienummer)
1. Algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen
- het ziekenhuis zelf, zonder bevoegdheidscode : 000
 - dienst medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf is geïnstalleerd : 110
 - dienst medische beeldvorming waarin een nucleaire magnetische resonantietomograaf (NMR) is opgesteld : 111
 - PETscan : 112
 - dienst radiotherapie : 113

	- dienst Cardiale pathologie B	: 120
	- dienst Cardiale pathologie B1	: 121
(☞ 3)	- dienst Cardiale pathologie T	: 122
(☞ 4)	- dienst Cardiale pathologie C	: 123
(☞ 6,7)	- dienst Cardiale pathologie E + B3	: 124
(☞ 7)	- dienst Cardiale pathologie E zonder B3	: 125
(☞ 6)	- eerste opvang van spoedgevallen	: 130
(☞ 6)	- gespecialiseerde spoedgevallenzorg	: 131
(☞ 12)	- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A	: 140
(☞ 12)	- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde B	: 141
(☞ 12)	- centrum voor robotchirurgie	: 150
(☞ 13)	- centrum voor endoprothesen zonder erkenning cardiale pathologie B3	: 151
(☞ 13)	- centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B3	: 152
(☞ 14)	- centrum “implanteerbare hartmonitor”	: 153
(☞ 19)	- centrum “percutaan implanteerbare klepstent”	: 154
(☞ 18)	<u>Erkenning bank voor menselijk lichaamsmateriaal :</u>	
(☞ 14,18)	- pseudo-erkenningsnummer voor buitenlands menselijk lichaamsmateriaal van binnen de EU	: 200
	- erkenning hartkleppen	: 210
(☞ 14)	- erkenning oftalmische weefsels	: 211
	- erkenning huid	: 212
	- erkenning locomotorisch stelsel	: 213
(☞ 14)	- erkenning tympano-ossiculaire weefsels	: 215
(☞ 14)	- erkenning bloedvaten	: 216
(☞ 14)	- erkenning ander menselijk lichaamsmateriaal voor celtherapieën	: 218
	- erkenning keratinocyten	: 219
	- erkenning amnionmembraan	: 220
(☞ 14)	- erkenning hematopoïetische stamcellen	: 221
(☞ 4, 14)	- erkenning stamcellen uit navelstrengbloed	: 222
(☞ 14)	- erkenning reproductief en/of foetaal menselijk lichaamsmateriaal	: 223
(☞ 6)	<u>Erkenning dialyseudiensten :</u>	
	- dienst chronische hemodialyse	: 561
	- pediatrische dienst voor chronische dialyse	: 562
	- dienst voor thuisdialyse	: 563
	- dienst voor ambulante peritoneale dialyse	: 564
	- dienst voor collectieve autodialyse	: 565 t.e.m. 569

(☞ 4) 2. PVT, BW, Revalidatiecentra, CDV
In deze gevallen is de bevoegdheidscode = 000.

(☞ 4) 3. ROB, RVT

- 1 ^e positie (ROB – kort verblijf – geregistreerde, niet erkende instelling)	
• Indien geen ROB, geen kort verblijf en geen geregistreerde :	0
• Indien ROB zonder kort verblijf :	1
• Indien ROB met kort verblijf :	2
• Indien geen ROB, maar wel geregistreerde :	5
- 2 ^e positie (RVT – RVTcoma)	
• Indien geen RVT :	0
• Indien RVT :	1
• Indien RVT met coma-bedden	2
- 3 ^e positie	0

4. Laboratoria

De bevoegdheidscodes voor de laboratoria zijn gebaseerd op een combinatie van één of meerdere groepen van verstrekkingen.

- (☞ 19) Deze groepen en de lijst van de bekwalificatiecodes zijn terug te vinden op de website van het RIZIV (www.riziv.fgov.be), Zorgverleners, Laboratoria)

5. Functionele Revalidatie

Het 9^{de} tot 11^{de} cijfer is steeds 000.

6. Medische Huizen

Het medisch huis werkt met een equipe van :

- algemene geneesheren	: 100
- algemene geneesheren en kinesitherapeuten	: 110
- algemene geneesheren en verpleegkundigen	: 101
- algemene geneesheren, kinesitherapeuten en verpleegkundigen	: 111
- kinesitherapeuten	: 010
- kinesitherapeuten en verpleegkundigen	: 011
- verpleegkundigen	: 001

(☞ 19) 7. Erkende ambulancediensten

Het 9^{de} tot 11^{de} cijfer is steeds 000.

(☞ 19) 8. Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en palliatieve dagcentra.

Het 9^{de} tot 11^{de} cijfer is steeds 000.

(☞ 22) 9. Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

Het 9^{de} tot 11^{de} cijfer is steeds 000.

(☞ 24) 10. Nummers derdebetalende – groeperingen zorgverstrekkers

- algemene of gespecialiseerde geneeskunde, tandheelkunde	: 100
- algemene of gespecialiseerde geneeskunde, tandheelkunde + kinesitherapie	: 110
- algemene of gespecialiseerde geneeskunde, tandheelkunde + verpleegkunde	: 101
- algemene of gespecialiseerde geneeskunde, tandheelkunde + kinesitherapie + verpleegkunde	: 111
- kinesitherapie	: 010
- kinesitherapie + verpleegkunde	: 011
- verpleegkunde	: 001

Forfaitarisering van geneesmiddelen in de ziekenhuizen.

Aflevering van geneesmiddelen aan gehospitaliseerde patiënten gedurende een specifiek onderzoek of verstrekking in een ander (acuut) ziekenhuis (tijdelijke transfer van minder dan één dag)

In geval van aflevering van geneesmiddelen aan patiënten die in een ander ziekenhuis zijn gehospitaliseerd, wordt de factuur naar de VI opgemaakt door het ziekenhuis van aflevering. Indien het ziekenhuis van verblijf een acuut ziekenhuis is (dat binnen de forfaitarisering valt), dan factureert het ziekenhuis van prestatie 25% van de vergoedingsbasis aan de VI en de resterende 75% aan het acuut ziekenhuis van verblijf.

Indien het ziekenhuis van verblijf een psychiatrisch of chronisch ziekenhuis is (dat buiten de forfaitarisering valt), worden de geneesmiddelen door het ziekenhuis van prestatie aan 100% gefactureerd aan de VI.

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), alsook de geneesmiddelen die afgeleverd werden in het eigen ziekenhuis:

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan 25% van vergoedingsbasis onder de nieuwe pseudo-codes 0756022 t.e.m. 0756302
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering volgens de klassieke tarifieringsregels onder de nieuwe pseudo-codes 0756324 t.e.m. 0756626

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

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen:
facturering aan de VI aan 25% van vergoedingsbasis onder de nieuwe pseudo-codes 0756641 t.e.m. 0756921
+ facturering van de resterende 75% aan het acuut ziekenhuis A
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de nieuwe pseudo-codes 0756324 t.e.m. 0756626

- 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 bestaande pseudo-codes 0750724 t.e.m. 0750820, 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 nieuwe pseudo-codes 0756943 t.e.m. 0757223
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de nieuwe pseudo-codes 0756324 t.e.m. 0756626

(24) Uitzonderlijk geval :

Aflevering van geneesmiddelen aan patiënten gehospitaliseerd in een acuut ziekenhuis tijdens een specifiek onderzoek of verstrekking in een ander psychiatrisch of chronisch ziekenhuis (tijdelijke transfert van minder dan één dag).

Indien het ziekenhuis van verblijf een acuut ziekenhuis is (dat binnen de forfaitarisering valt), dan factureert het psychiatrisch of chronisch ziekenhuis van prestatie 100% van de vergoedingsbasis aan het ziekenhuis van verblijf. Het acuut ziekenhuis van verblijf factureert 25 % aan de VI.

Voorbeeld

Patient is gehospitaliseerd in acuut ziekenhuis A.

Patient 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).

Het factureert de geneesmiddelen afgeleverd in het eigen ziekenhuis als volgt:

- Geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI aan 25% van de vergoedingsbasis onder de pseudo-codes 0756022 t.e.m. 0756302
- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen: facturering aan de VI volgens de klassieke tarifieringsregels onder de pseudo-codes 0756324 t.e.m. 0756626

Het factureert de geforfaitariseerde geneesmiddelen, afgeleverd in het psychiatrisch of chronisch ziekenhuis B, aan de VI aan 25% van de vergoedingsbasis onder de pseudo-codes 0756022 t.e.m. 0756302.

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 0756324 t.e.m. 0756626

RUBRIEK : NUMMER DERDEBETALENDE

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Dit is het nummer van de inrichting of de verstrekker waaraan moet betaald worden.

- * indien het gaat om een individuele verstrekker dan is het nummer derdebetaler gelijk aan het R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de verstrekker; de eerste positie links zal steeds nul zijn;
 - * indien het gaat om een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt (zoals verplegingsinrichtingen, rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven van beschut wonen, erkende laboratoria voor klinische biologie, medische huizen, enz.) dan is het nummer derdebetaler gelijk aan het R.I.Z.I.V.-identificatienummer, de eerste positie links zal steeds een nul zijn, gevolgd door 8 beduidende cijfers die de instelling identificeren, de 3 laatste posities duiden de kwalificatiecode aan of zijn opgevuld met nullen;
 - * indien het gaat om een groepering van zorgenverstrekkers werkzaam binnen een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt dan is het nummer derdebetaler gelijk aan het R.I.Z.I.V.-identificatienummer van de instelling, waarbij in de 3 laatste posities de waarde 799 wordt vermeld; de eerste positie links zal steeds nul zijn;
 - * indien het gaat om een groepering van zorgenverstrekkers die niet werkzaam zijn binnen een instelling die over een R.I.Z.I.V.-identificatienummer beschikt dan wordt het nummer derdebetaler toegekend door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging.
- (☞ 20,24) De eerste 4 posities van het nummer zijn steeds "0940, 0941, 0942, 0943, 0944, 0945 of 0946".
De laatste 3 posities bepalen de kwalificatie van de verstrekkers van de groep.
- (☞ 20) Ingeval van wijziging van het RIZIV-nummer van een verpleegkundige (of groepsnummer) in de loop van een maand, moet het RIZIV-nummer (of groepsnummer) op datum van opstelling van het facturatiebestand vermeld worden in deze zone.
De facturatie mag niet opgesplitst worden.
In R 50 Z 15 moet bij elke prestatie, het correcte RIZIV-nummer op datum van prestatie vermeld worden.

RUBRIEK : NUMMER ACCREDITERING NIC

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt het accrediteringsnummer vermeld, zoals beschreven in art. 5, §4bis, 4° van de Overeenkomst tussen de ROB/RVT/CDV en de verzekeringsinstellingen.
Dit nummer wordt toegekend door het Nationaal Intermutualistisch College.

Deze zone dient enkel ingevuld te worden door ROB-RVT-CDV.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : GESLACHT RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt het geslacht vermeld van diegene die in recordtype 20 zone 8 wordt geïdentificeerd.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 49

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Man
2	Vrouw

RUBRIEK : TYPE FACTUUR

BESCHRIJVING :

Deze code geeft het onderscheid tussen de verschillende types van facturen volgens de hoedanigheid van de patiënt en volgens de aard van de behandeling.

De afrekening van een patiënt moet noodzakelijker wijze worden opgesplitst in functie van de verschillende te gebruiken factuurtypes.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 50

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Individuele factuur hospitalisatie of chirurgisch dagziekenhuis, gipskamer, forfaitaire verpleegdag nierdialyse en forfaitaire verpleegdag overeenkomstig art. 4 van de nationale overeenkomst verplegingsinrichtingen - verzekeringsinstellingen voor gehospitaliseerden.
3	Individuele factuur - niet gehospitaliseerd <u>en</u> anderen dan bedoeld met de codes 4, 5, 6 en 9.
4	Individuele factuur - rust- en verzorgingstehuis of psychiatrische verzorgingstehuizen of rustoorden voor bejaarden, of beschut wonen.
5	Interne revalidatie.
6	Externe revalidatie.
9	Individuele factuur chirurgisch dagziekenhuis, forfait-gipskamer, mini- en maxiforfait,
(☞ 4,5)	forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7, forfait chronische pijn 1, 2, 3, forfaitaire verpleegdag nierdialyse
(☞ 24)	voor ambulante patiënten, forfait manipulatie poortkatheter, forfaitaire verpleegdag dienst A in psychiatrische ziekenhuizen of forfaits nabehandeling revalidatie.

Individuele factuur : per patiënt wordt een factuur opgesteld, m.a.w. één recordtype 20 geregistreerd per patiënt. Een individuele factuur kan uit meerdere getuigschriften voor verstrekte hulp bestaan; alle getuigschriften hebben dan wel betrekking op dezelfde patiënt.

(☞ 20) Nierdialyse

- de dialyse thuis of in centra (0761493, 0761456, 0761515, 0761526, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596) mag gefactureerd worden met factuurtype 9 op voorwaarde dat de vermelde dienstcode gelijk is aan 750 (R 30 Z 13). Als de vermelde dienstcode gelijk aan 990 is, dan moet het typefactuur gelijk aan 3 zijn;

Revalidatie

- de forfaits nabehandeling revalidatie moeten gefactureerd worden met factuurtype 9 en dienstcode 760.
 - Revalidatieverstrekingen verricht in een ziekenhuis dienen via een afzonderlijke individuele factuur (waarde 5 of 6) te worden gefactureerd.
 - Voor verstrekingen van individuele revalidatie (zie R 50 Z 4 V 1 en V 2) moet factuurtype 1 of 3 worden gebruikt naargelang het gaat om verstrekingen verricht aan gehospitaliseerde of ambulante patiënten.

(☞ 4, 8,12) Opgelet: de prestaties R30-R60 (zie R 50 Z 4 V 2), de implanteerbare hartdefibrillatoren (zie R 50 Z 4 V 5 BIS) en de participatiehonoraria in het kader van de overeenkomst met de referentiecentra voor chronische pijn (zie R 50 Z 4 V 2) kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en moeten bijgevolg onder factuurtype 5 of 6 en met dienstcode 770 gefactureerd worden.

Verpleegkundigen en medische huizen:

- Voor de verpleegkundigen en de medische huizen zal het factuurtype steeds gelijk zijn aan 3.

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Omschrijving****Code****B. Ingeval van verblijf in een revalidatie- of vakherscholingscentrum**

a) 1ste dag

PUG - descendenten	0766625
PUG - gelijkgestelde werkloze titularis + PTL	0766640
PUG - anderen	0766662
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0766684
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - anderen	0766706
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0766721

b) Vanaf de 2de dag

PUG - descendenten	0766824
PUG - gelijkgestelde werkloze titularis + PTL	0766846
PUG - anderen	0766861
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - descendenten	0766883
WIGW + NBP + Kl. gem. 75 % - anderen	0766905
PUG + WIGW + NBP + Kl. gem. 100 %	0766920

C. Ingeval van sommige overeenkomsten met revalidatieinrichtingen zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 29 april 1996.

Persoonlijk aandeel ingeval van gewone facturering 0765973

Persoonlijk aandeel ingeval van overschrijding "normale
factureringscapaciteit" 0765995

(☞ 3) Persoonlijk aandeel ingeval van beademing door middel van continue
positieve druk langs de neus (nCPAP) tijdens de slaap 0765951

(☞ 4) **Opmerking:** Deze pseudocodes mogen enkel gebruikt worden voor het persoonlijk aandeel voor
rechthebbenden zonder voorkeurregeling (CG 1 – CG 2 = XX0).
Voor rechthebbenden met voorkeurregeling (CG 1 – CG 2 = XX1) mag geen record persoonlijk
aandeel vermeld worden.

D. Ingeval van verblijf in psychiatrische verzorgingstehuizen.

Persoonlijke aandelen

(☞ 8) - voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 a, van het K.B. van 17/12/02	0790731	-
(☞ 8) - voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 b, van het K.B. van 17/12/02	0790753	-
(☞ 8) - voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 c, van het K.B. van 17/12/02	0790775	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 a, van het K.B. van 17/12/02	0790790	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 b, van het K.B. van 17/12/02	0790812	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 c, van het K.B. van 17/12/02	0790834	-

Opmerking: voor rechthebbenden die zowel in de oude als in de nieuwe regeling in de middelste groep vallen
moet de nieuwe pseudo-code 0790812 worden gebruikt.

De overgangsregeling blijft van kracht zolang het verblijf zonder onderbreking wordt verdergezet.

Persoonlijke aandelen ingeval van individueel betaald verlof (verminderd met € 6,20)

(☞ 8) - voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 a, van het K.B. van 17/12/02	0790856	-
(☞ 8) - voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 b, van het K.B. van 17/12/02	0790871	-
(☞ 8) - voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 2 c, van het K.B. van 17/12/02	0790893	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 a, van het K.B. van 17/12/02	0790915	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 b, van het K.B. van 17/12/02	0790930	-
- voor de rechthebbende bedoeld in art. 1, § 1 c, van het K.B. van 17/12/02	0790952	-

Opmerking: voor rechthebbenden die zowel in de oude als in de nieuwe regeling in de middelste groep vallen
moet de nieuwe pseudo-code 0790930 worden gebruikt.

De overgangsregeling blijft van kracht zolang het verblijf zonder onderbreking wordt verdergezet.

RUBRIEK : Code verpleegdagen

<u>Omschrijving</u>	<u>Ambulant</u>	<u>Gehosp.</u>
(☞ 1) 3) <i>Forfaitair remgeld farmaceutische producten</i>		0750002
(☞ 9) 3 bis) <i>Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten gedurende de periode van parenterale voeding thuis van de patiënt.</i>	0750175	
(☞ 9) 3 ter) <i>Forfaitair remgeld voor farmaceutische producten voor patiënten die verblijven in PVT</i>	0751811	
4) <i>Reiskosten prematuren</i>		0773581
(☞ 7) 4 bis) <i>Vervoerskosten voor dialyse en chemotherapie vanuit psychiatrisch ziekenhuis (art. 4 §4 Overeenkomst Psy-VI)</i>		0761946
(☞ 15) <i>vanuit geïsoleerde Sp- of G-dienst (art. 5 bis Overeenkomst Zh-VI)</i>		0761961
5) <i>Forfaitair honorarium voor klinische biologie betaalbaar per verpleegdag</i>		0592001
6) <i>Militair Hospitaal van Neder-Over-Heembeek</i>		
a) <i>All-in-prijs per dag van opname in de dienst voor rechthebbenden met grote brandwonden</i>		0760524
b) <i>Verpleegdagprijs voor behandeling met hyperbare zuurstoftherapie</i>		0760642
7) <i>Forfaitaire verpleegdag</i>		
a) <i>Gebruik gipskamer</i>	0761036	0761040
<i>Miniforfait</i>	0761213	-
<i>Maxiforfait</i>	0761235	0761246
(☞ 4) <i>Forfait groep 1</i>	0768176	0768180
(☞ 4) <i>Forfait groep 2</i>	0768191	0768202
(☞ 4) <i>Forfait groep 3</i>	0768213	0768224
(☞ 4) <i>Forfait groep 4</i>	0768235	0768246
(☞ 4) <i>Forfait groep 5</i>	0768250	0768261
(☞ 4) <i>Forfait groep 6</i>	0768272	0768283
(☞ 4) <i>Forfait groep 7</i>	0768294	0768305
(☞ 5) <i>Forfait 1 chronische pijn</i>	0768316	0768320
(☞ 5) <i>Forfait 2 chronische pijn</i>	0768331	0768342
(☞ 5) <i>Forfait 3 chronische pijn</i>	0768353	0768364
(☞ 24) <i>Forfait manipulatie poortkatheter</i>	0768375	0768386
b) <i>Dienst A : verpleegdagprijs in toepassing van art. 2, § 4 van de Nationale Overeenkomst (50 % van de totale verpleegdagprijs)</i>	0761073	-
c) <i>Forfaitaire verpleegdag nierdialyse</i>	0761272	0761283

RUBRIEK : DIENSTCODE**BESCHRIJVING :**

(Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin).(Zie K.B. van 28 januari 1965 waarbij aan sommige verplegingsinrichtingen een uniform boekhoudplan wordt opgelegd). (B.S. van 4/2/1965).

- * Het betreft de dienstcode van de dienst waar de patiënt verblijft op de datum vermeld in zone 5 of de pseudo-dienstcode ingeval van gebruik gipskamer, mini- of maxiforfait,
- (☞ 24) forfait manipulatie poortkatheter, nierdialyse in ziekenhuis (ambulante code), forfaitaire
- (☞ 4) dagprijs psychiatrie, revalidatie (intern en extern), forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7,
- (☞ 5) forfait chronische pijn 1, 2 of 3 of andere ambulante prestaties.
- (☞ 22)* Ingeval van forfaitaire verpleegdagen en chirurgisch dagziekenhuis voor elders gehospitaliseerden (gehospitaliseerde code), moet de pseudo-dienstcode 002 worden vermeld.
- * Indien het gaat om ambulante verstrekkingen (andere dan diegene die hierboven werden geciteerd), moet pseudo-dienstcode 990 worden vermeld.
- * Voor patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW, moet eveneens pseudo-dienstcode 990 worden vermeld.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

Zie recordtype 50 zone 13.

"In het geval dat de datum van opname en de datum van ontslag te samen verrekend worden voor één verpleegdag, en dat de dienst van opname verschillend is van de dienst van ontslag, dan dient deze verpleegdag geboekt te worden :

- in de dienst van ontslag wanneer de opname is geschied vanaf 12 uur;
- in de dienst van opname wanneer de opname is geschied vóór 12 uur."

Wanneer het record betrekking heeft op de supplementen in verband met het typekamer, all-in prijs per dag opneming in het militair hospitaal, farmaceutisch forfait, dagen onbetaald verlof of dagen afwezigheid voor therapeutische doeleinden wordt deze zone op nul gezet.

- (☞21)Bedrag per opname (0768003, 0793203): opnamedienst of 1ste dienst die in aanmerking komt voor aanrekening van het bedrag per opname
Reiskosten prematuren : dienstcode 270.
Verpleegdag in dienst N* (n) : dienstcode 190.
Eenheden voor zware brandwonden : dienstcode 290.
Nierdialyse thuis of in centra (0761493, 0761456, 0761515, 0761552, 0761530, 0761471, 0761574, 0761655, 0761670, 0761596) : dienstcode 750 of 990 volgens het factuurtype vermeld in R 20 Z 10.
Forfaitaire verpleegdagen dienst A (0761073) en forfaits voor nabehandeling revalidatie (0762134, 0762156, 0762171) : dienstcode 760.
Chirurgisch dagziekenhuis met ambulante codes : dienstcode 320.
- (☞21)Verpleegdag collectieve vakantiecampen (793321, 793343 en 793365): dienstcode van de dienst waar de patiënt verbleef voor zijn vertrek op collectief vakantiecamp.

Voorbeelden van facturatie van verpleegdagen (bedrag per opname en bedrag per dag)Voorbeeld 1

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 2

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 22/9 om 11u

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 3

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 8u; transfert naar dienst C (210) op 22/9 om 15u

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Omschrijving	Code	
	Ambulant	Gehosp.
7. Honoraria en forfaits mucoviscidose	0755392	-
8. Dieetvoeding voor medisch verbruik afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden :		
categorie DA	-	0755521
categorie DB	-	0755543
categorie DC	-	0755565
categorie DCs	-	0755580
categorie DCx	-	0755602
9. Dieetvoeding voor medisch verbruik afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden :		
categorie DA	0755613	-
categorie DB	0755635	-
categorie DC	0755650	-
categorie DCs	0755672	-
categorie DCx	0755694	-
10. Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden :		
categorie MA	-	0755720
categorie MB	-	0755742
categorie MC	-	0755764
categorie MCs	-	0755786
categorie MCx	-	0755801
(☞ 24) Hypertonische natriumchloride Inhalatieoplossing	-	0753465
11. Diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen afgeleverd aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden :		
categorie MA	0755812	-
categorie MB	0755834	-
categorie MC	0755856	-
categorie MCs	0755871	-
categorie MCx	0755893	-
(☞ 4) niet terugbetaalbare actieve verbandmiddelen	0757271	-
(☞ 13) elastomeerpompen	0754390	-
(☞ 24) Hypertonische natriumchloride Inhalatieoplossing	0753454	-
12a. <u>Honoraria en forfaits</u>		
(☞ 17) Honoraria en forfaits zuurstof in het kader van de Overeenkomst Apothekers-VI: toebehoren	0755952	-
(☞ 17) Honoraria en forfaits zuurstof in het kader van de Overeenkomst Apothekers-VI: honorarium voor coördinatie en begeleiding	0757455	-
(☞ 24) Honoraria en forfaits zuurstof in het kader van de diagnostische middelen (KB 16/1/2011, BS 28/1/2011)	0757470	-
(☞ 4,6) Honoraria en forfaits methadon	0755974	-
(☞ 10) 12b. <u>Zorgtrajecten</u>		
Zorgtraject diabetes – strips en lancetten	0757352	
Zorgtraject diabetes – bloedglucosemeter	0757374	
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – strips en lancetten	0757396	
Programma ‘educatie en zelfzorg’ – bloedglucosemeter	0757411	
Zorgtraject chronische nierinsufficiëntie - bloeddrukmeter	0757433	

Opmerking: Elke aflevering van een pakket strips/lancetten of een bloedglucosemeter of een bloeddrukmeter wordt gefactureerd via 2 afzonderlijke records: een record met de materiaalkost en een record met het honorarium van de apotheker.
Deze 2 records hebben dezelfde pseudo-categoriecode (Z4) maar een verschillende (pseudo-) CNK-code (Z40-41).

Omschrijving

Ambulant

Gehosp.

(☞2) 13. Specialiteiten afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden in acute ziekenhuizen (*):

- Forfait per opname - 0756000

(☞24) • Geforfaitariseerde geneesmiddelen afgeleverd aan patiënten die in het eigen ziekenhuis gehospitaliseerd zijn (x):

categorie SA	-	0756022
categorie SAg	-	0756044
categorie SAr	-	0756066
categorie SB	-	0756081
categorie SBg	-	0756103
categorie SBr	-	0756125
categorie SC	-	0756140
categorie SCg	-	0756162
categorie SCr	-	0756184
categorie SCs	-	0756206
categorie SCsg	-	0756221
categorie SCsr	-	0756243
categorie SCx	-	0756265
categorie SCxg	-	0756280
categorie SCxr	-	0756302

- Niet-geforfaitariseerde geneesmiddelen:

categorie SA	-	0756324
categorie SAg	-	0756346
categorie SAr	-	0756361
categorie SB	-	0756383
categorie SBg	-	0756405
categorie SBr	-	0756420
categorie SC	-	0756442
categorie SCg	-	0756464
categorie SCr	-	0756486
categorie SCs	-	0756501
categorie SCsg	-	0756523
categorie SCsr	-	0756545
categorie SCx	-	0756560
categorie SCxg	-	0756582
categorie SCxr	-	0756604
categorie D	-	0756626

Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en met informatie aan adviserend geneesheer (**)

Niet-terugbetaalbare geneesmiddelen hoofdstuk IV buiten indicatie en zonder informatie aan adviserend geneesheer (***)

(*) De forfaitarisering heeft enkel betrekking op :

- Acute ziekenhuizen (inclusief psychiatrische diensten in algemene ziekenhuizen); dus geen chronische ziekenhuizen (geïsoleerde Sp- of G-diensten) of psychiatrische ziekenhuizen
- Gehospitaliseerde patiënten, enkel klassieke hospitalisaties, geen “daghospitalisaties” (chirurgisch dagziekenhuis of forfaitaire verpleegdagen)
- Geneesmiddelen specialiteiten (geen medische voeding of hulpmiddelen) van terugbetalingscategorie A, B, C, Cs, Cx, met uitzondering van bepaalde geneesmiddelen die op een lijst voorkomen.

(**) Deze geneesmiddelen mogen aangerekend worden aan de patiënt. In Z 40-41 moet de CNK-code ingevuld worden. Het bedrag wordt vermeld in Z 30-31. De zones 19 en 27 zijn gelijk aan nul.

(☞3) (***) Deze geneesmiddelen mogen niet aan de patiënt aangerekend worden. In Z 40-41 moet de CNK-code ingevuld worden. Alle bedragzones zijn gelijk aan nul. Dit betekent dat het om “gratis geneesmiddelen” gaat. Zone 16 moet dus gelijk zijn aan 1.

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

RUBRIEK : NACHT, WEEKEINDE, FEESTDAG

BESCHRIJVING :

Deze rubriek geeft aan dat de verstrekking waarvoor een bijkomend honorarium voor dringende technische verstrekkingen moet worden geïnd, 's nachts, tijdens het weekeinde of op een feestdag is verricht.

In geval van verstrekkingen klinische biologie voor gehospitaliseerden is het vermelden facultatief (vanaf 01/05/2000).

(☞) In geval van verstrekkingen ambulante klinische biologie is het vermelden facultatief (vanaf 01/07/2005).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 52

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Andere
1	Nacht
2	Weekeinde
3	Feestdag
4	Prestaties verricht tussen 0 u en 8 u die in aanmerking komen voor het aanrekenen van de bijkomende honoraria voor dringende technische verstrekkingen
5	Verstrekking verricht door een verpleegkundige, om persoonlijke redenen, tijdens het weekeinde of op een feestdag. Deze verstrekkingen moeten worden geattesteerd aan het tarief van de week. Het plafond van de tegemoetkoming is het "week" plafond in zoverre alle prestaties door een verpleegkundige tijdens het weekeinde of op een feestdag werden verricht om persoonlijke redenen. In het andere geval moet het plafond van het weekeinde of feestdag worden toegepast.

Opmerking : Ingeval van forfaitaire honoraria per opname is de waarde altijd nul.

RUBRIEK : DIENSTCODE**BESCHRIJVING :**

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, mini- of maxiforfait, nierdialyse in

- (☞ 4) ziekenhuis, forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie (intern en extern), forfait groep
(☞ 5, 24) 1, 2, 3, 4, 5, 6, en 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3, forfait manipulatie poortkatheter of andere ambulante prestaties.

Indien het gaat om prestaties die op voorschrift werden verricht, dan moet in deze zone de dienstcode of pseudo-dienstcode worden vermeld van de dienst (pseudo-dienst) waar de patiënt verbleef op het ogenblik van het voorschrift.

Indien het gaat om prestaties verricht voor een pasgeborene terwijl de moeder in het ziekenhuis verblijft (waarde 2 of 3 in zone 10 van R 40 en R 50), moet de dienstcode worden vermeld van de dienst waar de pasgeborene verblijft.

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

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 53**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

Zie vervolgen 1 en 2.

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

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

* Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0591091, 0591113, 0591135, 0592815 tot 0592874, 0592911 tot 0592970, 0593014 tot 0593073, 0593110 tot 0593176 : code 990 ofwel pseudo-dienstcode ingeval deze forfaitaire honoraria gekoppeld worden aan prestaties verricht tijdens een forfaitaire verpleegdag.

(☞ 7,22) 0590310 en 0590332 : pseudo-dienstcode forfaitaire verpleegdag of dienstcode 320 of pseudo-dienstcode 002 (elders gehospitaliseerden)

(☞ 7) 0590181, 0590203, 0591102, 0591124, 0591146, 0591603, 0590166 tot 0590225, 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.

(☞ 22) * 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.

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

(☞ 8, 12) * Voor de prestaties R30-R60, de implanteerbare hartdefibrillatoren en de participatiehonoraria in het kader van de overeenkomst met de referentiecentra voor chronische pijn moet steeds de dienstcode 770 worden gebruikt.

(☞ 21) * Voor beschikbaarheidshonoraria tijdens afwezigheden met therapeutische doeleinden (0597704): in deze zone moet de dienstcode vermeld worden van de dienst waar de patiënt verbleef voor vertrek op therapeutisch verlof.

(8)

CODIFICATIETABEL VAN DE ZIEKENHUISDIENSTEN

Lijst van de diensten voor gehospitaliseerde patiënten in de ziekenhuizen			
R.I.Z.I.V. Codes	Index Volksgezondheid	Type van ziekenhuis	Omschrijving
190	N* (n)	Gen.	Afdeling niet-intensieve neonatale verzorging
200	B	Gen.	Dienst voor behandeling van TBC
210	C	Gen.	Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling
220	D	Gen.	Dienst voor diagnose en medische behandeling
230	E	Gen.	Dienst voor kindergeneeskunde
240	H	Gen.	Dienst voor gewone ziekenhuisverpleging
250	L	Gen.	Dienst voor besmettelijke ziekten
260	M	Gen.	Kraamdienst
270	NIC (N)	Gen.	Dienst voor vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen
290	-	Gen.	Eenheid voor behandeling van zware brandwonden (gecreëerd op 01/01/94)
300	G (R)	Gen.	Dienst voor geriatrie en revalidatie
320			Chirurgisch dagziekenhuis
340	K	Gen./ Psy.	Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
350	K1	Gen./ Psy.	Dagverpleging in een K-dienst
360	K2	Gen./ Psy.	Nachtverpleging in een K-dienst
370	A	Gen./ Psy.	Dienst voor neuropsychiatrie (dag en nacht)
380	A1	Gen./ Psy.	Dagverpleging in een A-dienst
390	A2	Gen./ Psy.	Nachtverpleging in een A-dienst
410	T	Gen./ Psy.	Psychiatrische dienst (dag en nacht)
420	T1	Gen./ Psy.	Dagverpleging in een T-dienst
430	T2	Gen./ Psy.	Nachtverpleging in een T-dienst
440	Tf	Psy.	<u>Gezinsverpleging</u> Tf in ziekenhuis vanaf 01/04/2000
450	Tp	Psy.	<u>Gezinsverpleging</u> Tp in gezin vanaf 01/04/2000
480	IB	Psy.	Dienst intensieve behandeling van psychiatrische patiënten
490	(i) of I	Gen.	Functie of dienst intensieve verzorging

CODIFICATIETABEL VAN DE PSEUDO-DIENSTENCODES

Lijst van de diensten voor patiënten die behandeld worden in een afdeling van dagverpleging en voor ambulante patiënten		
R.I.Z.I.V. codes	Type van Hospitaal	Omschrijving
(☞ 22) 002	Gen.	Prestaties verricht voor elders gehospitaliseerden
710	Gen.	Gipskamer
720	Gen.	Miniforfait
730	Gen.	Maxiforfait
750	Gen.	Nierdialyse
760	Psy.	Psychiatrische forfaitaire verpleegdag + nabehandeling revalidatie
770		Revalidatie
(☞ 5) 840 (☞ 24)	Gen.	Forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7 + forfait chronische pijn 1, 2 of 3 + forfait manipulatie poortkatheter
990	Gen./ Psy.	Andere ambulante patiënten of ambulante nierdialyse

CODIFICATIE VOOR DE DIENST Sp

Pseudo-dienst-code R.I.Z.I.V.	Boekhoudcode Volksgezondheid	Index M.K.G./ M.V.G.	Omschrijving
			Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie voor patiënten met...
610	310	S1	cardio-pulmonaire aandoeningen
620	312	S2	locomotorische aandoeningen
630	311	S3	neurologische aandoeningen
640	314	S4	chronische aandoeningen waarvoor palliatieve zorgen nodig zijn
650	313	S5	chronische polypathologieën waarvoor verlengde medische zorgen nodig zijn
660	315	S6	psychogeriatrische aandoeningen

RUBRIEK : DATUM VOORSCHRIFT

BESCHRIJVING :

Indien het gaat om prestaties die op voorschrift werden verricht moet in deze zone de datum van het voorschrift worden vermeld.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 100

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Controle : geldige datum.

Forfaitaire honoraria voor verpleegkundige zorgen + bijhorende statistische records :

In het record van de forfaitaire honoraria moet de datum van de forfaitaanvraag op document 703ter worden vermeld.

In de statistische records moet de datum van het voorschrift worden vermeld, voor zover de nomenclatuur een voorschrift vereist; indien het gaat om hygiënische zorgen, bevat deze zone de datum van de toiletaanvraag op het document 703ter; indien het gaat om basisverstrekkingen is deze zone steeds 0.

(☞ 5) Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes :

De datum van de aanvraag om tegemoetkoming geldt als datum van het voorschrift.

(☞ 6,18) Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal

Deze zone is gelijk aan nul.

(☞ 12) Tegemoetkoming in de kosten van menselijk volbloed en labiele bloedproducten

De datum van het voorschrift moet in deze zone vermeld worden.

(☞) Deze zone is gelijk aan 0 indien R 50 Z 26 = 0 of 3, met uitzondering van bepaalde verpleegkundige zorgen (zie tabellen in R 50 Z 4).

RUBRIEK : TEKEN + AANTAL EENHEDEN

BESCHRIJVING :

(☞ 6) Deze zone bevat:

Het aantal keren dat een verstrekking is verleend op de opgegeven datum of gedurende het opgegeven tijdvak (begindatum - einddatum)

OF

Het aantal leveringen (bv. bloed, isotopen,...) op de opgegeven datum of gedurende het opgegeven tijdvak (begindatum – einddatum).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 4 N - 108

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

Deze zone mag geen decimalen bevatten.

(☞ 5) Ingeval van kredietnota bevat deze zone steeds een negatieve waarde (cf. punt c in bijlage 7 vervolg 1).

Aard van verstrekkingen waar reeksbehandelingen kunnen voorkomen.

Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende; Kinesitherapie + verplaatsingskosten; Reanimatie; Radio- en radiumtherapie; Nucleaire geneeskunde; Reumatologie en fysiotherapie;

(☞ 6) OPGELET: Voor prestaties vanaf 1/1/2008 moeten reeksen van eenzelfde behandeling lijn per lijn gefactureerd worden (aparte record per prestatie met begindatum = einddatum en aantal eenheden = 1), behalve de toezichtshonoraria (art. 25, §1), die wel nog in reeks mogen gefactureerd worden.

Opmerking : Zie opmerking recordtype 50 zone 5.

- Voor verpleegkundige zorgen en de medische huizen is het aantal verstrekkingen steeds gelijk aan 1;
- voor verbanden en andere gipsstoffen dient het aantal eenheden vermeld te worden;
- voor de isotopen dient het aantal keer te worden vermeld dat het tarief in rekening werd gebracht;
- bloed en bloedplasma dient te worden uitgedrukt in eenheid van aflevering;
- moedermelk dient te worden uitgedrukt in ml;
- forfaitaire honoraria : aantal is steeds 1;
- voor implantaten mag het aantal identieke implantaten die tijdens 1 ingreep werden gebruikt via 1 recordtype worden gefactureerd;

(☞ 9) Opgelet: het aantal eenheden in de records “veiligheidsgrens” en “afleveringsmarge” moet identiek zijn aan het aantal eenheden in de record waarin de implantaten zelf gefactureerd worden.

(☞ 24) - voor implantaten met limitatieve lijsten en een tegemoetkoming per cm² (of per contactpunt) is het aantal eenheden gelijk aan het aantal keren dat het product, zoals het op de lijst beschreven is, gebruikt wordt (dus niet het aantal cm² of het aantal contactpunten)

- voor de reiskosten in geval van revalidatieverstrekkingen moet het aantal kilometers heen en terug worden vermeld.

(☞ 7) - voor de diverse kosten in ziekenhuizen (zie R 50 Z 4 V 14) mag het aantal eenheden groter zijn dan 1.

(☞ 20) - dringend ziekenvervoer (KB 26/4/2009): aantal kilometer (ingeval van pseudo-codes 784416 t.e.m. 784464) of aantal paar gebruikte elektroden (ingeval van pseudo-code 784475-784486).
