

# 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](mailto:Annelies.Degraeve@riziv.fgov.be)

Onze referte: 1804/CH/ADG/2012

Brussel, 12 juni 2012

Mevrouw,  
Mijnheer,

**Betreft : Instructies met betrekking tot de facturatie via magnetische drager of via  
elektronische weg – Uitgave 2006 – 34<sup>ste</sup> bijwerking**

Gelieve hierbijgaand een exemplaar te vinden van de bijwerking 2006/34 van bovenvermelde instructies.

Hogachtend,

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 2006/34 – Publicatie 12-06-2012**





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 2006/34**

**Te vervangen bladzijden :**

- Pagina's 3, 13 en 14;
- R 20 Z 18;
- R 30 Z 4 V 20, Z 19;
- R 50 Z 3 V 1, Z 4 V 11, V 23, V 24, V 26, V 27, V 29, Z 14 V 2.

**Toe te voegen bladzijden :**

- R 50 Z 4 V 29 BIS.



**1. Integratie van de thuisverpleegkundigen in REFAC, p. 3, 13, 14, R 20 Z 18.**

Naar aanleiding van de integratie van de thuisverpleegkundigen in “REFAC” (project binnen de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten) worden de instructies met betrekking tot de mutualiteit van bestemming aangepast.

Voor bijkomende inlichtingen betreffende REFAC, gelieve u te wenden tot:

M100\_GZ-SDS\_Refac@cm.be.

De regionale ziekenfondsen zullen met de verpleegkundigen contact opnemen.

**2. Nieuwe C.A.R.-overeenkomst, R 30 Z 4 V 20.**

Er worden pseudo-codes toegevoegd voor een nieuwe doelgroep 20.

**Toepassingsdatum:** Prestaties verricht vanaf 1/5/2012.

**3. Revalidatie-overeenkomsten – datum van tariefbepaling, R 30 Z 19.**

Er wordt verduidelijkt dat voor revalidatieforfaits die gekoppeld zijn aan een bepaalde periode het eventuele bedrag van het persoonlijk aandeel op dezelfde datum moet bepaald worden als het tarief van het revalidatieforfait zelf.

**Toepassingsdatum:** Het gaat om een verduidelijking van de instructies.

**4. Nieuwe nomenclatuur verpleegkundigen, R 50 Z 3 V 1, Z 4 V 23, V 24, V 26, V 27, V 29, V 29 BIS.**

Het KB van 24 april 2012 (BS van 7 mei 2012) voorziet een nieuwe verstreking in de rubriek “specifieke technische verstrekkingen” in art. 8 van de nomenclatuur. Het betreft een toezichts- en opvolgingshonorarium bij het gebruik van pompsystemen voor het toedienen van chronische analgesie via epidurale of intrathecale catheter.

Voor elke geattesteerde verstreking, moeten, in voorkomend geval, naast de nomenclatuurcode ook één of meerdere pseudo-codes vermeld worden die overeenstemmen met de uitgevoerde verpleegkundige aktes. Deze pseudo-codes moeten opgenomen worden in afzonderlijke statistische records met norm 9 en bedragzones gelijk aan nul. In deze statistische records moet de aangerekende nomenclatuurcode als betrekkelijke verstreking vermeld worden.

**Toepassingsdatum:** Prestaties vanaf 1/7/2012.

**5. Radio-isotopen, R 50 Z 4 V 11.**

Naar aanleiding van het MB van 15/5/2012 tot wijziging van het KB van 21/12/2001 (BS van 21/5/2012), wordt een nieuwe pseudo-code gecreëerd voor de radiofarmaceutische specialiteit ADREVIEW.

**Toepassingsdatum:** Prestaties vanaf 1/6/2012.

**6. Logopedie in revalidatiecentrum, R 50 Z 14 V 2.**

Er wordt verduidelijkt dat het identificatienummer van het revalidatiecentrum als plaats van verstrekking moet vermeld worden bij logopedieverstrekkingen verstrekt in de lokalen van een inrichting met een NOK – PSY overeenkomst (huidige C.A.R.-overeenkomst) en bij logopedieverstrekkingen in het kader van een revalidatie-overeenkomst.

**Toepassingsdatum:** Het gaat om een verduidelijking van de instructies.

**7. Lijst “voorschrijver”.**

Toegevoegde codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
427534	427571	24/4/2012	7/5/2012	1/7/2012

**8. Lijst “betrekkelijke verstrekking”**

Toegevoegde codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
389572	389664	24/4/2012	30/4/2012	1/5/2012
427593	427674	24/4/2012	7/5/2012	1/7/2012

**9. Lijst “implantaten”**

Geen wijzigingen.

**10. Lijst “foutcodes”**

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

(☞ 8) Psychiatrische ziekenhuizen, PVT, IBW, ROB, RVT, CDV

Voor deze inrichtingen is een facturering per kwartaal voorzien.

In dit geval dient het facturatiebestand dan ook per kwartaal opgesteld te worden. Er wordt slechts één facturatiebestand per kwartaal en per derdebetalersnummer aanvaard.

(☞ 21) Procedure per VI met betrekking tot het overmaken van de papieren facturatie documenten

(☞ 34)	VI100	Naar Ziekenfonds Uitzonderingen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Psychiatrische instellingen (andere dan 720): naar Landsbond</li><li>• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: naar Landsbond</li><li>• Ziekenhuizen 710/720 en verpleegkundigen (REFAC): naar uniek contactpunt (UCP) (zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen)</li></ul>
	VI200	Naar Landsbond
	VI300	Naar Ziekenfonds Uitzondering: <ul style="list-style-type: none"><li>• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: naar Landsbond</li></ul>
	VI400	Naar Landsbond
	VI500	Naar Landsbond
	VI600	Naar Landsbond
	VI900	Naar Ziekenfonds

## 2. Facturatieproces

### 2.A. Ingeval van facturatie via magnetische drager.

#### 2.A.1. Algemeen.

De inrichting maakt de magnetische drager over aan de betrokken verzekeringsinstelling op nationaal niveau (zie adressen in bijlage 1), samen met een verzendingsborderel (zie bijlage 2 A) in drievoud.

Op deze drager moeten minimaal de gegevens van bijlage 4 extern worden aangebracht.

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

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

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

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

Vijf situaties kunnen zich voordoen :

- 1) het facturatiebestand is onleesbaar omwille van technische redenen;
  - 2) het facturatiebestand bevat geen enkele fout. In dit geval wordt het facturatiebestand aanvaard;
  - 3) het facturatiebestand bevat één fout die van die aard is dat ze het systeem blokkeert. De blokkerende fouten zijn opgenomen in de Excel-lijst "Foutcodes". In dat geval wordt het facturatiebestand geweigerd en verwacht de verzekeringsinstelling een nieuwe versie van het betrokken bestand. In de mate van het mogelijke moet een verwerpsingslijst met controle over het geheel van de records van die factureringdrager worden toegevoegd;
  - 4) het facturatiebestand bevat geen fouten die van die aard zijn dat ze het systeem blokkeren, maar het geheel van fouten overschrijdt de aanvaardingsdrempel. In dat geval wordt het facturatiebestand geweigerd en verwacht de instelling een nieuwe versie van het betrokken bestand. De aanvaardingsdrempel wordt gedefinieerd in bijlage 5.1.;
  - 5) het facturatiebestand bevat geen fouten die van die aard zijn dat ze het systeem blokkeren en het geheel van de fouten overschrijdt de aanvaardingsdrempel niet. In dat geval wordt het facturatiebestand aanvaard.
- (☞ 7) Alleen in het geval van een geweigerde zending ingevolge blokkerende fouten of te hoog foutpercentage zendt de verzekeringsinstelling, uiterlijk 2 weken na ontvangst van de laatste zending (hetzij facturatiebestand, hetzij papieren factuur) de elektronische drager samen met het borderel en een controlelijst terug naar de derde. De facturerende derde moet aan de verzekeringsinstelling één adres opgeven naar hetwelk alle briefwisseling betreffende deze facturering zal worden gezonden. Dit adres kan verschillend zijn van het adres alwaar de instelling gevestigd is.

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

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

- 1° 1 exemplaar van het verzendingsborderel moet altijd worden teruggestuurd aan afzender met vermelding van het visum van de V.I. en de datum van informatieverwerking in geval van aanvaarding; of de vermelding "weigering" samen met de motivering voor de weigering in geval van een geweigerd facturatiebestand.
  - 2° Bovenvernoemd borderel dient vergezeld te zijn van de controlelijst (bijlage 5.3) met vermelding van het foutenpercentage.
  - 3° In zeer uitzonderlijke gevallen (bv. in geval van onleesbaarheid van de drager) mag de controlelijst worden vervangen door een begeleidend schrijven.
- (☞ 9) Deze documenten (of de uitprint ervan indien gebruik gemaakt wordt van het systeem (My)CareNet) kunnen gebruikt worden om te voldoen aan de eisen gesteld door de diensten van het Ministerie van Volksgezondheid, bedrijfsrevisoren, ed. ..., en dienen derhalve door de instelling te worden bewaard.

### 3.3. Tekening van een bestand.

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

- Identificatie van de zending (type 10)
- Identificatie van de eerste factuur (type 20)
- Identificatie van de uitgaven :
  - voor verpleegdagen (type 30)
  - idem
  - voor farmaceutische producten (type 40)
  - idem
  - voor verstrekkingen of leveringen (type 50)
  - idem
- Totaal bedrag van de eerste factuur (type 80)
- Identificatie van de tweede factuur (type 20)
- Identificatie van de uitgaven (type 30, 40 en/of 50)
- Totaal bedrag van de tweede factuur (type 80)
- Idem
- Totaal bedrag van de laatste factuur (type 80)
- Totaal bedrag van de zending (type 90).

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

- Gefactureerd jaar en maand
  - Stamnummer betalende derde
  - Stamnummer instelling
  - Nummer ziekenfonds van bestemming in stijgende volgorde
  - Opnamenummer voor gehospitaliseerde patiënten of volgnummer van de individuele factuur voor ambulante patiënten.
- (☞ 18,34) Voor de LCM, waar in het kader van REFAC het ziekenfonds van bestemming verschillend is van het ziekenfonds van aansluiting, mogen de derden ook sorteren op het nummer van het ziekenfonds van aansluiting.
- (☞ 3) Ingeval van herinbreng van een gecrediteerde factuur, moet de kredietnota (type facturering 3) voorafgaan aan de herfacturatie (type facturering 1).

### 3.4. Recordtekening.

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

### 3.5. Betekenis en codering van de elementen.

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

**4. Identificatie van de patiënt - Gegevens afkomstig van de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en betalingsverbintenis (Model 721 bis), het lidboekje of het vignet en in de S.I.S.-kaart.**

Om de verzekeringsinstelling toe te laten haar boekhoudkundige en statistische uitsplitsingen inzake de uitgaven voor geneeskundige verzorging door te voeren, zijn bepaalde identificatiegegevens van de patiënt noodzakelijk.

Al deze gegevens zullen door de verzekeringsinstelling gemeld worden op de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en de betalingsverbintenis. Deze gegevens komen eveneens voor in het lidboekje of op het vignet en in de S.I.S.-kaart.

Het gaat om de volgende elementen :

**1) Nummer van het ziekenfonds**

(☞ 21) Op het elektronisch facturatiebestand wordt onderscheid gemaakt tussen het ziekenfonds van aansluiting (R 20/80 Z 7) en het ziekenfonds van bestemming (R 20/80 Z 18).

De invulling van deze zones is verschillend al naargelang de verzekeringsinstelling waarvoor het facturatiebestand bestemd is.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de procedures per VI.

(☞ 34)

	ZKF van aansluiting (Z7)	ZKF van bestemming (Z18)
VI100	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= ziekenfonds van aansluiting (Z7) Uitzonderingen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Psychiatrische instellingen (andere dan 720): 100</li><li>• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 100</li><li>• Ziekenhuizen 710/720 en verpleegkundigen (REFAC): nummer UCP (zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen) (*)</li></ul>
VI200	Steeds gelijk aan "000"	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
VI300	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= ziekenfonds van aansluiting (Z7) Uitzonderingen: <ul style="list-style-type: none"><li>• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300</li></ul>
VI400	Steeds gelijk aan "000"	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
VI500	Steeds gelijk aan "000"	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
VI600	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)
VI900	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)

(☞ 18) (\*) Voor het Christelijk Ziekenfonds worden, in het kader van het project REFAC, de facturen niet meer gestuurd aan het ziekenfonds van aansluiting, maar wel naar het ziekenfonds dat geassocieerd is met het Unieke Contactpunt.

Dit houdt in dat vanaf een bepaald ogenblik de zone 18 van het recordtype 20 en 80 steeds dezelfde waarde zal hebben.

(☞ 34) Deze wijziging is van toepassing voor de ziekenhuizen (710/720) en de verpleegkundigen. De instap van de ziekenhuizen in het project Refac verliep progressief tussen 21/6/2010 en 31/12/2010. De instap van de verpleegkundigen zal tussen 1/10/2012 en 31/3/2013 verlopen (ontvangstdatum van de zending). De exacte instapdatum in dit nieuwe systeem zal in onderling overleg tussen het Unieke Contactpunt en de derde worden vastgelegd.

Vanaf de instap in Refac zal het nummer van het ziekenfonds van bestemming ( Recordtype 20 en 80 Zone 18) steeds het nummer zijn van het Unieke Contactpunt, ongeacht het ziekenfonds van aansluiting, zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen.

---

**RUBRIEK : REDEN BEHANDELING**

---

**BESCHRIJVING :**

Deze zone maakt een eerste boekhoudkundige oriëntatie mogelijk.

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 4 N - 81**

---

**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0050	Ambulante chemotherapeutische behandeling
0060	Beroepsziekten
0070	Arbeidsongevallen
0080	Ongevallen - gemeen recht (aansprakelijkheid van een derde)
0090	Andere ongevallen
( <del>11</del> ) 0000	Andere of niet meegedeeld

Noot : De verplegingsinrichtingen beschikken over een grotere schifting inzake ongevallen.

**RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN BESTEMMING****BESCHRIJVING :****VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N – 85****WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

(☞ 21)	VI100	= ziekenfonds van aansluiting (Z7) Uitzonderingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatrische instellingen (andere dan 720): 100</li> <li>• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 100</li> </ul>
(☞ 34)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenhuizen 710/720 en verpleegkundigen (REFAC): nummer UCP (zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen)</li> </ul>
	VI200	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI300	= ziekenfonds van aansluiting (Z7) Uitzonderingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300</li> </ul>
	VI400	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI500	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI600	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)
	VI900	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)

RUBRIEK : Code verpleegdagen**Type centrum****Pseudo-nomenclatuur-  
codenummer****Ambulant      Gehosp.**Revalidatie voor psychisch minder-validen\*

Zittingen tot en met bereiken van de normale factureringcapaciteit

-	Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan		
-	2 forfaits	0782014	0782025
-	1,5 forfaits	0782036	0782040
-	1 forfait	0782051	0782062
-	1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0782073	0782084
-	Individuele zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan		
-	2 forfaits	0782095	0782106
-	1,75 forfaits	0782110	0782121
-	1,66 forfaits	0782132	0782143
-	1,50 forfaits	0782154	0782165
-	1,33 forfaits	0782176	0782180
-	1,25 forfaits	0782191	0782202
-	1 forfait	0782213	0782224
-	0,75 forfait	0782235	0782246
-	0,66 forfait	0782250	0782261
-	0,50 forfait	0782272	0782283
-	0,33 forfait	0782294	0782305
-	0,25 forfait	0782316	0782320
(13)	1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0782331	0782342

Zittingen boven de normale factureringcapaciteit tot en met bereiken van de maximale facturatiecapaciteit

-	Individuele zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan		
-	2 forfaits	0782353	0782364
-	1,5 forfaits	0782375	0782386
-	1 forfait	0782390	0782401
(13)	1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0782412	0782423

(15) (\*) Deze overeenkomst werd vanaf 1/1/2010 vervangen door een nieuwe C.A.R.-overeenkomst (zie nieuwe pseudo-codes in R 30 Z 4 V 20)

RUBRIEK : Code verpleegdagen

Type centrum

Pseudo-nomenclatuur-  
codenummer  
Ambulant Gehosp.

- Zittingen die geen deel uitmaken van een aanvangsbilan		
- 2 forfaits	0782434	0782445
- 1,75 forfaits	0782456	0782460
- 1,66 forfaits	0782471	0782482
- 1,50 forfaits	0782493	0782504
- 1,33 forfaits	0782515	0782526
- 1,25 forfaits	0782530	0782541
- 1 forfait	0782552	0782563
- 0,75 forfait	0782574	0782585
- 0,66 forfait	0782596	0782600
- 0,50 forfait	0782611	0782622
- 0,33 forfait	0782633	0782644
- 0,25 forfait	0782655	0782666
- 1 forfait voor een rechthebbende die zijn vierde verjaardag nog niet bereikt heeft : 1 therapeut 30' tegenover de rechthebbende en tegelijkertijd 1 therapeut 30' tegenover de familie, ofwel 2 therapeuten tegelijkertijd 30' tegenover de rechthebbende	0782670	0782681

(15)

C.A.R. – overeenkomst NOK-PSY-sector			
<u>Doelgroepen (cf. artikel 3)</u>	<u>Zittingen die deel uitmaken van een aanvangsbilan (cf. artikel 15)</u>	<u>Gewone revalidatiezittingen (cf. artikel 19)</u>	<u>Groepszittingen voor leerkrachten (cf. artikel 20)</u>
Groep 1	796014-796025	796412-796423	796795-796806
Groep 2	796036-796040	796434-796445	796810-796821
Groep 3	796051-796062	796456-796460	796832-796843
Groep 4	796073-796084	796471-796482	796854-796865
Groep 5	796095-796106	796493-796504	796876-796880
Groep 6	796110-796121	796515-796526	796891-796902
Groep 7	796132-796143	796530-796541	796913-796924
Groep 8	796154-796165	796552-796563	796935-796946
Groep 9	796176-796180	796574-796585	796950-796961
Groep 10	796191-796202	796596-796600	796972-796983
Groep 11	796213-796224	796611-796622	796994-797005
Groep 12	796235-796246	796633-796644	797016-797020
Groep 13	796250-796261	796655-796666	797031-797042
Groep 14	796272-796283	796670-796681	797053-797064
Groep 15	796294-796305	796692-796703	797075-797086
Groep 16	796316-796320	796714-796725	797090-797101
Groep 17	796331-796342	796736-796740	797112-797123
Groep 18	796353-796364	796751-796762	797134-797145
Groep 19	796375-796386	796773-796784	797156-797160
Groep 20	797193-797204	797215-797226	797230-797241
Logopedie-nomenclatuur (onverminderd artikel 8 § 2 van deze overeenkomst)	796390-796401	-	-
Groep 1bis	797171-797182		

(34)

---

**RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING**

---

**BESCHRIJVING :**

Het betreft het door de verzekeringsinstelling terugbetaald bedrag.

- (☞ 5) Voor prestaties vanaf 1/1/2008 moet de tarificatie gebaseerd worden op de Code Gerechtigde 1. Indien het 3<sup>de</sup> cijfer van de CG1 gelijk is aan 0, dan wordt er getarifeerd zonder voorkeurregeling. Indien het 3<sup>de</sup> cijfer van de CG1 gelijk is aan 1, dan wordt er getarifeerd met voorkeurregeling.
- (☞ 7) Revalidatieforfaits  
Indien het gaat om een forfaitaire vergoeding die aan een bepaalde periode gekoppeld is (weekforfait, maandforfait, kwartaalforfait, jaarforfait), moet het vermelde tarief in overeenstemming zijn met een datum vermeld in de periode die gedefinieerd wordt in R 30 Z 5 en Z 6.  
De instelling mag dus het meest gunstige tarief toepassen.  
Uitzondering: overeenkomst met de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging (9.68.0xx.xx) (tarief = tarief dat van toepassing is op de datum van de 1<sup>ste</sup> tussenkomst van de equipe)
- (☞ 8) Uitzondering : diabeteszelfregulatieovereenkomst (7.86.0xx.xx of 7.86.1xx.xx) en overeenkomst
- (☞ 13) kindernefrologie (7.89.7xx.xx) (tarief = tarief dat van toepassing is op de einddatum van de periode waarop het forfait betrekking heeft of de datum van facturering indien vóór de einddatum gefactureerd wordt)
- (☞ 34) Het bedrag van het eventuele persoonlijk aandeel dat in mindering gebracht wordt, moet op dezelfde datum bepaald worden als het tarief van het revalidatieforfait zelf.

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 11 N - 88**

---

**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.  
De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.1.



---

**RUBRIEK : NORM VERSTREKKING (PERCENTAGE)**

---

**BESCHRIJVING :**

De code geeft informatie die nodig is voor de tarifiering.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.

---

**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 9**

---

**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞ 31)	1	Operatieve hulp bij eerste heelkundige ingreep of van de interventionele hoofdverstrekking onder medische beeldvormingscontrole (*). De volgende 7 cijfers van de prestatiecode bevatten de prestatiecode waarvoor de operatieve hulp aangerekend wordt.
	2	Operatieve hulp bij tweede of volgende heelkundige ingreep. De volgende 7 cijfers van de prestatiecode bevatten de prestatiecode waarvoor de operatieve hulp aangerekend wordt.
(☞ 13)	4	Raadplegingen, bezoeken, bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen en bijkomende verplaatstingsvergoeding in het kader van de vaccinatie tegen de griep AH1N1, waarbij het remgeld ten laste genomen wordt door de verplichte ziekteverzekering (volledig honorarium in Z 19; Z 27 gelijk aan nul)
	5	Voor de chirurgische interventie of interventies uitgevoerd tijdens eenzelfde zitting in velden, duidelijk onderscheiden van deze waarin de voornaamste ingreep is opgenomen, of voor verstrekkingen die slechts aan 50 % mogen aangerekend worden.
	6	Materialen uit art. 28 en art. 35 van de nomenclatuur waarvoor de aankoopprijs onder de R.I.Z.I.V.-prijs ligt en derhalve slechts getarifeerd worden ten belope van het factuurbedrag. Dit geldt niet voor de verstrekkingen opgenomen in artikel 35, § 18, a)
	7	Prestaties die buiten de derdebetalersregeling vallen, maar pro memorie op de magneetband staan en er volgt een factuur VI via contante betaling.
(☞ 31)(*)		Voor de verstrekkingen verricht vanaf 1/11/2011 wordt de norm 1 alleen nog gebruikt in geval van eerste heelkundige ingreep. Er mag geen operatieve hulp meer aangerekend worden bij interventionele hoofdverstrekking onder medische beeldvormingscontrole.

- 9 - Voor de radiotherapieverstrekkingen die over meerdere zittingen zijn gespreid, moet de prestatiecode zo dikwijls worden herhaald als er zittingen zijn geweest; naast iedere prestatiecode moet de datum van de zitting worden vermeld (dwz. begindatum = einddatum = prestatiedatum). Het tarief moet worden vermeld in het record van de laatste prestatiecode (met normcode 0, of 5 in geval van herhaling); voor alle andere prestatiecodes wordt de normcode 9 gebruikt en wordt de zone 19 (bedrag V.I.) op nul gezet. De records met normcode 9 moeten in een aaneensluitende reeks worden vermeld op de magnetische drager en onmiddellijk gevolgd worden door de laatste prestatiecode met normcode 0.
- (☞ 26) Bijzondere gevallen:
- Indien de situatie van de patiënt ambulantly-gehospitaliseerd wijzigt tijdens de periode van verstrekking dan volgt de prestatiecode (in Z 4) het statuut van de patiënt. Het factuurtype (ambulantly of gehospitaliseerd) wordt bepaald door het statuut van de patiënt op de laatste dag van de periode (= record met normcode 0).  
De dienstcode in de records met norm 9 mag bepaald worden ofwel door het statuut van de patiënt op datum van de zitting, ofwel door het statuut op de laatste dag van de periode.  
Voor de eventuele bijkomende honoraria bij een bestralingsreeks (bv. 444496) wordt het factuurtype bepaald door het statuut van de patiënt op de datum waarop het bijkomend honorarium wordt aangerekend. Het is dus mogelijk dat het forfait voor de bestralingsreeks aangerekend wordt op een gehospitaliseerde factuur en het bijkomend honorarium op een ambulante factuur, of omgekeerd.
  - Indien de verzekeraarbaarheid van de patiënt wijzigt tijdens de periode van verstrekking (wijziging CG1/CG2, wijziging mutualiteit van aansluiting), dan worden alle records met norm 9 alsook de facturatierecord met norm 0 op éénzelfde factuur vermeld. Op deze factuur wordt de verzekeraarbaarheidstoestand van de patiënt vermeld op datum van de laatste prestatie.
- (☞ 34) - Voor de *forfaitaire honoraria* voor verpleegkundige zorgen A, B, C, PA, PB, PC, PP moet het record met de nomenclatuurcode van het forfait worden voorafgegaan door een reeks records waarin, door pseudo-codes (zie art. 8, § 5, 3°, c van de nomenclatuur), de basisverstrekkingen en de technisch verpleegkundige verstrekkingen, die gedurende de betreffende verzorgingsdag werden verricht, worden aangeduid. In voorkomend geval, worden daarnaast ook records met pseudo-codes uit art. 8, § 5 bis, 5°, d van de nomenclatuur vermeld.  
Voor het *supplementair honorarium PN* worden, in voorkomend geval, records met pseudo-codes uit art. 8, § 5 bis, 5°, d van de nomenclatuur vermeld.  
Voor de *verstrekkingen 427534, 427556 en 427571* worden, in voorkomend geval, records met pseudo-codes uit art. 8, § 9 van de nomenclatuur vermeld.  
Al deze records met bovenvernoemde pseudo-codes moeten worden aangeduid met norm 9; zone 19, zone 27 en zone 30-31 zijn dan steeds gelijk aan nul en zone 17-18 vermeldt respectievelijk de nomenclatuurcode van het bijhorend forfaitair honorarium of van het supplementair honorarium PN of de nomenclatuurcode 427534, 427556 of 427571. De inhoud van de zones 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 en 14 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in de facturatierecord met norm 0.
- (☞ 29) - Voor de verstrekkingen 0687875-0687886 (coronaire stents), 680352-680363 (coronaire of drug eluting stents) of 0680315-0680326 (drug eluting stents), voor de verstrekkingen betreffende endoprothesen (0634012 tot en met 0634325) gebeurt de facturatie als volgt :
- \* het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal verschillende types stents/drug eluting stents of aantal gebruikte elementen + 1;
  - \* de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal stents/drug eluting stents of gelijk aan aantal gebruikte elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul en de zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zone 43 bevat de identificatiecode van de stent/drug eluting stent of het gebruikte element;
  - \* het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0; zone 19 bevat het forfaitair bedrag; zone 22 is steeds gelijk aan "+0001", de zones 27, 30-31 en 43 zijn steeds gelijk aan nul;
  - \* de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 22, 24-25, 27, 30-31 is identiek in alle op elkaar volgende records met norm 9 en tevens gelijk aan de corresponderende zones in het laatste record (norm 0) van de reeks, waarin het forfaitair bedrag wordt gefactureerd;
- (☞ 3) Opgelet: inplanting op verschillende dagen: zie instructies R 50 Z 3 V 5 en Z 4 V 17

**Codificatie van de radioisotopen, toegevend om een diagnose te stellen.**

<b>Omschrijving</b>	<b>Pseudo-nomenclatuurcode</b>	
	<b>Ambulant</b>	<b>Gehosp.</b>
- NaI 131 en NaI 125	0699016	0699020
- Anorganische moleculen klaar voor gebruik	0699031	0699042
- Als zodanig aangewende kortlevende organische of anorganische generatorreluaten	0699053	0699064
- Gefigureerde bloedelementen of plasmaproteïnen van de patiënt, extracorporeaal gemerkt met anorganische moleculen	0699075	0699086
- Gebruiksklare organische moleculen	0699090	0699101
- Organische of anorganische moleculen gemerkt met kortlevende isotopen geproduceerd door generator	0699112	0699123
- I 123 aangewend in gevallen waar een exploratie van de schildklier in een vorige vacatie onvoldoende inlichtingen bezorgde zodat een aanvullend onderzoek met I 123 aangewezen is	0699134	0699145
- I 123 aangewend voor de exploratie naar galwegen- atresie in de pediatrie	0699156	0699160
- I 123 aangewend voor de exploratie van de transplantnier	0699171	0699182
- In 111, Ga 67 en Tl 201	0699193	0699204
- Radio-isotopen met laag atoomgewicht	0699215	0699226
- I 123 aangewend voor de exploratie bij patiënten met een klinisch onzeker parkinsonsyndroom	0699230	0699241
( <sup>34</sup> ) - ADREVIEW (I 123-gemerkt iobenguaan)	0699473	0699484

(6,9,18) Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (K.B. van 02/06/2010)

De facturering gebeurt door het ziekenhuis waar het menselijk lichaamsmateriaal gebruikt wordt als greffe (m.a.w. waar het materiaal ingeplant wordt) onder de pseudo-nomenclatuurcodes gepubliceerd in het KB van 02/06/2010.

Forfaitaire honoraria medische beeldvorming per opname : 0460784 (B.S. 27/05/99).

K.B. van 22 oktober 1992

Voor een reeks verstrekkingen uit artikel 17 en artikel 17 bis worden de betrekkelijke waarden van de in de nomenclatuur vermelde waarden verhoogd met 25 % ingeval deze verstrekkingen worden verricht bij kinderen jonger dan vijf jaar. In desbetreffend geval moet voor de facturering gebruik worden gemaakt van pseudo-nomenclatuurcodes overeenkomstig onderstaande omzettingstabel :

Nomenclatuurcodes

ambulant	gehospitaliseerd
0450634	0450645
0451430	0451441
0453530	0453541
0458732	0458743
0458813	0458824
0458894	0458905
0460191	0460202

K.B. van 9 oktober 1998

Voor een reeks verstrekkingen uit artikel 15, § 15 worden de betrekkelijke waarden van de in de nomenclatuur vermelde waarden verhoogd met 50 % ingeval deze verstrekkingen worden verricht bij pasgeborenen en zuigelingen, jonger dan 6 maanden. In desbetreffend geval moet voor de facturering gebruik worden gemaakt van pseudo-nomenclatuurcodes overeenkomstig onderstaande omzettingstabel :

Nomenclatuurcodes

ambulant	gehospitaliseerd
0227135	0227146
0228034	0228045
0241194	0241205
0242491	0242502
0242756	0242760
0243272	0243283
0244031	0244042
0244090	0244101
0244112	0244123

K.B. van 5 september 2001

Er worden geen pseudo-codes gepubliceerd voor de verstrekkingen uit bovenvermeld K.B. ingeval van verhoogd honorarium. De controle zal gebeuren op basis van de leeftijd van de patiënt.

K.B. van 26 maart 2003

Er worden geen pseudo-codes gepubliceerd voor de verstrekkingen uit bovenvermeld K.B. ingeval van verhoogd honorarium. De controle zal gebeuren op basis van de leeftijd van de patiënt.

## A. Voorbeeld over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op verpleegkundige zorgen, ingeval van forfait (1) in verpleging.

R	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ZONE	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)	(9)					
1	RECORDTYPE	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
3	NORM	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
4	(PSEUDO-) NOMENCLATUUR	0426635	pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art 8, § 5bis, 5° d)	forfait (1)	pseudo-code art 8, § 9	specifieke technische zorgen + eventueel 0424395, 0424690, 0424852, 0429015, 428035, 428050, 428072	nurale reis	Diabetes- nomenclatuur of zorgtraject diabetes		
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	indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1
15	VERSTREKKER	04XXXXXXCC4XX (3)	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX	04XXXXXXCC4XX
17-18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1')	0426613 (2)	427534, 427556 of 427571	0	0	0	0	0
19	BEDRAG V.I.	0	0	0	bedrag	0	bedrag	bedrag	bedrag	bedrag	bedrag
20-21	DATUM VOORSCHRIFT	0	indien vereist	0	datum (6)	vereist	vereist (7)	0	vereist (8)	0	vereist (8)
22-23	AANTAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24-25	VOORSCHRUIJVER	0	indien vereist	0	indien vereist	vereist	vereist (7)	0	vereist (8)	0	vereist (8)
27	PERSOONLIJK AANDEEL	0	0	0	bedrag	0	bedrag	bedrag	Bedrag (indien nomenclatuur of nul (indien zorgtraject)	bedrag	Bedrag (indien nomenclatuur of nul (indien zorgtraject)

(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.

(3) identiek aan record met forfait.

(4) de volgorde van de verstrekkings binnen de dag moet worden gerespecteerd.

(5) deze blok van records herhaalt zich zo veel maal als er basisverstrekkings worden verricht gedurende de betreffende verzorgingsdag. Iedere record met basisverstrekkings moet telkens worden gevolgd door een aantal records met technische verstrekkings/palliatieve zorgen die tijdens de betreffende basisverstrekkings worden 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)]; ... voor forfait A, B, C, PA, PB en PC : datum aanvraag forfait

(6) voor forfait PP : datum model 90 (kennisgeving palliatieve zorgen)

(7) behalve voor 0424395, 0424690 en 0424852, 429015 en 428035, 428050, 428072 waar geen doktersvoorschrift vereist is.

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

**OPGELET:** behalve 0423231/334 (opvolgingshonorarium diabetes), dat altijd gepaard gaat met minstens een insuline-injectie, kan alle andere diabetesnomenclatuur volledig autonoom voorkomen, d.w.z. zonder gebruik van records uit de kolommen 1-7.

(9) deze statistische records moeten, in voorkomend geval, vermeld worden indien er een facturatierecord met de prestatie 427534, 427556 of 427571 volgt.

B. Voorbeeld over de opeenvolging van de records die betrekking hebben op verpleegkundige zorgen, in geval van geen forfait in de verpleging.

Volgorde records 50 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
50	1	zorgen	verplicht, indien geen specifieke technische verzorging
50	1	zorgen	indien uitgevoerd
50	1	zorgen	indien uitgevoerd
...		max 6 zorgen-records	
...			
...		meerdere blokken basis + zorgen toelaten	
...			
(☞ 34) 50	1	pseudo-code(s) met normcode "9" in zone 3	indien 427534, 427556 of 427571 aangerekend en prestatie van art. 8, §9
(☞ 33) 50	1	specifieke technische zorgen + eventueel 0424395, 0424690, 0424852, 0424874, 0424896, 0429015	indien uitgevoerd
50	1	rurale reis meerdere records rurale reis mogelijk	indien uitgevoerd
(☞ 10) 50	1	diabetesnomenclatuur of zorgtraject diabetes	indien uitgevoerd
<b>OPGELET :</b>			
- behalve de 0423231/334 (opvolgingshonorarium diabetes), die altijd gepaard gaat met minstens een insuline-injectie, kan alle andere diabetes-nomenclatuur volledig autonoom voorkomen, d.w.z. zonder enige andere record voor die dag.			
- vanaf 1 juni 2004 kunnen de codes 0424395/690/852 (bezoek referentie verpleegkundige specifieke wondzorg) autonoom voorkomen, d.w.z. zonder voorafgaande noch volgende records 50.			
(☞ 9)	- vanaf 1 februari 2009 kan de code 429015 (verpleegkundig consult) autonoom voorkomen, dit wil zeggen zonder voorafgaande noch volgende records 50.		
(☞ 33)	- vanaf 1 juni 2012 kan de code 0424896 (verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen) autonoom voorkomen, dit wil zeggen zonder voorafgaande noch volgende records 50.		
(☞ 10)	- de verstrekkingen in het kader van het zorgtraject "diabetes" kunnen autonoom voorkomen, d.w.z. zonder voorafgaande noch volgende records 50.		
---			
50	2	palliatieve pseudo-code voorafgegaan enz...	...

Toelichting bij de facturering van verpleegkundige zorgen.1ste mogelijkheid : Behandeling forfaitairen.**Basisverstrekking (kolom 1 op schema in R 50 Z 4 V 23).**

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

Invulling

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

**Technische prestatie (kolom 2).**

Er zijn 3 gevallen mogelijk:

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
datum voorschrift	:	datum 703 (toilet-aanvraag of gecombineerde toilet - forfait aanvraag)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
datum voorschrift	:	datum doktersvoorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	voorschrijvende dokter
norm voorschrijver	:	steeds 1

- \* prestatie behoort tot groep 7 (bijkomende zorg K.B. 18.06.90) zoals bijvoorbeeld steunkousen aantrekken, oogdruppels,....

Invulling

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

**Prestatie behoort tot groep palliatieve pseudo-codes (kolom 3).**

Invulling

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

*opmerking :*

- *de kolommen 2 en 3 worden zoveel maal herhaald als dat er technische prestaties/palliatieve zorgen worden verricht tijdens de voorafgaande basisverstrekking*
- *het blok "kolom 1, kolom 2, kolom 2, kolom 3,..." wordt zoveel maal herhaald als dat er basisverstrekkingen binnen het forfait vallen*
- *de kolom 1 (basisverstrekking) kan uitzonderlijk niet worden gevolgd door 1 of meerdere kolommen met technische prestaties indien er een specifiek technische verstrekking (kolom 5) volgt op het forfaitair honorarium (kolom 4).*

**Forfaitair honorarium (kolom 4).**

(☞17) Het forfait wordt steeds door een verpleegkundige aangevraagd via het formulier 703 of MyCarenetbericht 410000 .

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige van de eerste basisverstrekking
(☞17) verscheidene verstrekkers	:	waarde 1 of 9(*)
(☞17) datum voorschrift	:	datum 703 of MyCarenetbericht 410000 (forfait-aanvraag)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indien er enkel basisverstrekkingen en technische prestaties uit groep 1 of groep 7 werden verricht dan 0 (norm voorschrijver = 0)</li> <li>• indien er technische prestaties uit groep 2 tot en met groep 6 worden verricht dan moet 1 van de voorschrijvers van deze prestaties worden vermeld (norm voorschrijver = 1 of 9).</li> </ul>
norm voorschrijver	:	waarde 0, 1 of 9

(☞17)(\*) *De norm 9 moet gebruikt worden indien er in de voorafgaande statistische records verschillende verstrekkers voorkomen.*

**(☞ 34) Pseudo-code toezicht en opvolging pompsysteem chronische analgesie (art. 8, § 9) (kolom 5).****Invulling**

verstrekker	: verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	: steeds 1
datum voorschrift	: datum doktersvoorschrift
aantal verstrekkingen	: steeds 1
voorschrijver	: voorschrijvende dokter
norm voorschrijver	: steeds 1

*Opmerking: de kolom 5 wordt zoveel maal herhaald als dat er verschillende verpleegkundige aktes worden verricht in het kader van de verstrekking 427534, 427556 of 427571.*

**Specifieke technische prestatie (kolom 6).**

- (☞9,23) Steeds op doktersvoorschrift, behalve voor de codes 0424395/690/852 (bezoek referentieverpleegkundige specifieke wondzorg), 0429015 (verpleegkundig consult) en 428035, 428050, 428072 (herhaaldelijke noodzakelijke verstrekking bij zeer afhankelijke patiënt) waar geen doktersvoorschrift vereist is.
- (☞9,23) De codes 0424395/690/852, 0429015 en 428035, 428050, 428072 worden ook in deze rubriek opgenomen gezien ze (analoog aan een STZ) bovenop het dagplafond betaald worden.

**Invulling**

verstrekker	: verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
(☞ 34) verscheidene verstrekkers	: waarde 1 of 9 (*)
datum voorschrift	: datum doktersvoorschrift
aantal verstrekkingen	: steeds 1
voorschrijver	: voorschrijvende dokter
norm voorschrijver	: steeds 1

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

**Rurale reisvergoeding (kolom 7).**

Is gebonden aan huisbezoek (wordt niet voorgeschreven).

**Invulling**

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

**(☞10)Diabetesnomenclatuur of zorgtraject diabetes (kolom 8).**

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

**Invulling**

verstrekker	: verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	: steeds 1
datum voorschrift	: datum doktersvoorschrift
aantal verstrekkingen	: steeds 1
voorschrijver	: voorschrijvende dokter
norm voorschrijver	: waarde 1 of 0

2de mogelijkheid : Behandeling niet - forfaitairen.**Prestatie behoort tot groep palliatieve pseudo-codes.**Invulling

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

**Palliatieve zorgen – supplementair honorarium PN.**Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige van de eerste basisverstrekking
(☞ 17) verscheidene verstrekkers	:	waarde 1 of 9(*)
(☞ 15) betrekkelijke verstrekking	:	steeds 0
(☞ 17) datum voorschrift	:	datum model 90 of MyCarenetbericht 420000 (kennisgeving palliatieve zorgen)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

(☞17)(\*) *De norm 9 moet gebruikt worden indien er in de voorafgaande statistische records verschillende verstrekkers voorkomen.*

**Basisverstrekking** (1ste, 2de of 3de enz.).

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
betrekkelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie : code PN, indien gefactureerd of 0426613, indien hospitalisatie of 0, in de andere gevallen
datum voorschrift	:	steeds 0
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

**Technische prestatie.**

Er zijn 2 gevallen mogelijk :

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
betrekkelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie : code PN, indien gefactureerd of 0426613, indien hospitalisatie of 0, in de andere gevallen
datum voorschrift	:	datum 703 (toilet aanvraag)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die prestatie heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
betrekkelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie : code PN, indien gefactureerd of 0426613, indien hospitalisatie of 0, in de andere gevallen
datum voorschrift	:	datum doktersvoorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	voorschrijvende dokter
norm voorschrijver	:	steeds 1

(<sup>34</sup>) Pseudo-codes toezicht en opvolging pompsysteem chronische analgesie (art. 8, § 9).

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
betrekkelijke verstrekking	:	427534, 427556 of 427571
datum voorschrift	:	datum doktersvoorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	voorschrijvende dokter
norm voorschrijver	:	steeds 1

**Specifieke technische prestatie.**

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

(€ 33) De codes 0424395/690/852, 0424874, 0424896 en 0429015 worden ook in deze rubriek opgenomen gezien ze (analoog aan een STZ) bovenop het dagplafond betaald worden.

OPGELET : - vanaf 1 juni 2004 kunnen de codes 0424395/690/852 (bezoek referentie verpleegkundige specifieke wondzorg) autonoom voorkomen, d.w.z. zonder voorafgaande noch volgende records 50.

(€ 9) - vanaf 1 februari 2009 kan de code 0429015 (verpleegkundig consult) autonoom voorkomen, d.w.z. zonder voorafgaande noch volgende records 50.

(€ 33) - vanaf 1 juni 2012 kan de code 0424896 (verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen) autonoom voorkomen, dit wil zeggen zonder voorafgaande noch volgende records 50.

**Invulling**

	verstrekker	:	verpleegkundige die prestatie heeft verricht
(€ 34)	verscheidene verstrekkers	:	waarde 1 of 9(*)
(€ 15)	betrekkelijke verstrekking	:	steeds 0
	datum voorschrift	:	datum doktersvoorschrift
	aantal verstrekkingen	:	steeds 1
	voorschrijver	:	voorschrijvende dokter
	norm voorschrijver	:	steeds 1

(€ 34) (\*) *De norm 9 moet gebruikt worden indien er in de voorafgaande statistische records (ingeval van verstrekking 427534, 427556 of 427571) verschillende verstrekkers voorkomen.*

**Rurale reisvergoeding.**

Is gebonden aan een huisbezoek (wordt niet voorgeschreven).

**Invulling**

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

**(☞ 10) DIABETES-nomenclatuur of zorgtraject diabetes**

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

**Invulling**

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

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

- (☞ 9) *Uitzondering hierop moet worden gemaakt voor de specifieke technische prestaties (en*  
 (☞ 10) *aanverwante), de rurale reisvergoeding, de diabetesnomenclatuur en het zorgtraject diabetes die, indien verricht, als laatste records van de betreffende verzorgingsdag moeten worden vermeld en de palliatieve zorgen die als eerste records van de betreffende verzorgingsdag moeten worden vermeld, indien verricht.*

**Verpleegkundige zorgen : prestaties verricht tijdens het week-end.**

1. enkel om organisatorische redenen

basisverstrekking week  
 nomenclatuur week - tarief week  
 plafond week

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

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

- b) gemengd tijdens 1 zitting verantwoord en om organisatorische redenen

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

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



- \* Identificatienummer van het revalidatiecentrum
  - indien het gaat om verstrekkingen verricht aan patiënten die een revalidatie behandeling ondergaan (intern of extern) in een erkend centrum;
  - indien het gaat om bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen in deze sector;
- (☞ 34) - indien het gaat om logopedieverstrekkingen verstrekt in de lokalen van een inrichting met een NOK of PSY overeenkomst (huidige C.A.R.-overeenkomst) (711395, 712390, enz...) of in het kader van een revalidatie-overeenkomst (711373, 712375, enz...)

- (☞ 18) \* Identificatienummer van de bank voor menselijk lichaamsmateriaal die het materiaal afgeleverd heeft
  - indien het gaat om een tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal (enkel ingeval van Belgisch lichaamsmateriaal of buitenlands materiaal ingevoerd van buiten de EU)

Voor menselijk lichaamsmateriaal dat ingevoerd werd vanuit een EU-land is geen erkenningsnummer van een bank voor menselijk lichaamsmateriaal nodig. In dit geval moet in deze zone steeds “nummer ziekenhuis + 200” ingevuld worden.

- (☞ 22) Voor de transportkosten tussen de buitenlandse bank voor menselijk lichaamsmateriaal en de erkende Belgische bank (pseudo-code 272650-272661) moet hetzelfde erkenningsnummer vermeld worden als voor het ingevoerde materiaal zelf.

Hieronder vindt u een tabel met de relatie tussen de verschillende pseudo-codes uit het KB van 02/06/2010 en het erkenningsnummer dat nodig is om dit menselijk lichaamsmateriaal te factureren.

Pseudo-codes voor niet ingevoerd materiaal		Pseudo-codes voor ingevoerd materiaal		Verwijzing naar lijst in bijlage 1 van het KB	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
(☞ 26) 271434	271445	272370	272381	A 52°	213
272672	272683	272716	272720	A 1°	218
(☞ 26) 272731	272742	272753	272764	A 58°	220
(☞ 26) 272775	272786	272790	272801	A 59°	213

- (☞ 12,17) 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 supplementen voor niet door ZIV vergoede producten of verstrekkingen (codes 0960XXX);
  - indien het gaat om parenterale voeding thuis.
- (☞13,27) - indien het gaat om overeenkomsten art. 56 (0751472, 0751435(\*\*), 0751450(\*\*), 0751833, 0751855, 0751870 of 0751892)
- (☞ 9) - indien het gaat om detoxificatie-dialyse (conventie leverdialyse) (0761972-0761983)
- \* Identificatienummer van het erkend centrum voor hartrevalidatie
    - indien het gaat om verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten (0771201, 0771212, 0771223).
  - \* Het identificatienummer van het medisch huis
    - indien het gaat om prestaties verricht door een medisch huis.
  - \* Het identificatienummer van het erkend centrum voor de implantatie van hartdefibrillatoren
- (☞ 5) - indien het gaat om implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes
- (☞8,15) \* Ingeval van facturatie van nervus vagusstimulator (0684810-0684821, 0684832-0684843) en van elektroden voor preoperatieve lokalisatie van doelgebieden ingeval van refractaire epilepsie (0698714-0698865), dan dient in deze zone het erkenningsnummer van het referentiecentrum voor refractaire epilepsie vermeld te worden.
- (☞ 12)\* Ingeval van facturatie van de prestatie 777114-777125, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum voor robotchirurgie (nummer ziekenhuis + 150) vermeld te worden.
- (☞ 13)\* Endoprothesen (zowel het materiaal (art. 35) als de medische akte (art. 34)\*):
- Prestaties waarvoor enkel een erkenning endoprothesen nodig is: nummer ziekenhuis + 151 of nummer ziekenhuis + 152
  - Prestaties waarvoor een erkenning endoprothesen en een erkenning cardiale pathologie B3 nodig is: nummer ziekenhuis + 152
- (☞ 14)\* Ingeval van facturatie van de prestatie 693910-693921, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum “implanteerbare hartmonitor” (nummer ziekenhuis + 153) vermeld te worden.
- (☞ 19)\* Ingeval van facturatie van de prestatie 691950-691961, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum “percutaan implanteerbare klepstent” (nummer ziekenhuis + 154) vermeld te worden.
- (☞ 26)\* Ingeval van facturatie van de prestaties 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886 uit art. 35 en 687890-687901, 687912-687923 uit art. 35bis, moet het erkenningsnummer van het centrum “coronaire en drug eluting stents” (nummer ziekenhuis + 156) vermeld worden in deze zone.
- (☞ 29)\* Ingeval van facturatie van de prestatie 703496-703500, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum “peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie” (nummer ziekenhuis + 157) vermeld te worden.
- (☞ 30)\* Ingeval van facturatie van de prestaties 697933 tot 697966 en 703511 tot 703625, moet het erkenningsnummer van het centrum “neurostimulatoren en toebehoren obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)” (nummer ziekenhuis + 158) vermeld worden in deze zone.
- (☞ 31)\* Ingeval van facturatie van de prestatie 703415-703426, moet het erkenningsnummer van het centrum “gefenestreerde en/of vertakte endoprothesen” (nummer ziekenhuis + 159) vermeld worden in deze zone.
- \* Indien het gaat om verstrekkingen die gekoppeld zijn aan een basisprestatie waarvoor de vermelding van een specifieke plaats van verstrekking vereist is, dan moet voor deze verstrekking de plaats van verstrekking van de basisprestatie worden vermeld (bv. Supplementaire honoraria, accrediteringssupplementen, honorarium voor hoogdringendheid, ...).
- Ingeval de betreffende verstrekking wordt ingevuld, moet de plaats van verstrekking overeenkomen met de plaats van verstrekking van de basisprestatie die als betreffende verstrekking wordt meegegeven. Bijvoorbeeld gebruiksmateriaal, implantaten (art. 35 en 35bis).
- (☞ 26) Deze regel is niet van toepassing op coronaire en drug eluting stents 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886, 687890-687901. Voor deze prestaties is de plaats van verstrekking gelijk aan nr. Zh + 156, terwijl de plaats van verstrekking van de basisprestatie (589013-589024 of 589035-589046) gelijk is aan nr. Zh + 120.
- (☞16)(\*) indien de medische akte tot art. 14 behoort, moet enkel bij de endoprothese zelf (art.35) een specifiek erkenningsnummer ingevuld worden, niet bij de medische akte (art.14)
- (☞27)(\*\*) Deze codes zijn geldig tot en met 31/12/2010.