

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/2010

Brussel, 30 november 2010

Mevrouw,
Mijnheer,

**Betreft : Instructies met betrekking tot de facturatie via magnetische drager of via
elektronische weg – Uitgave 2006 – 21^{ste} bijwerking**

Gelieve hierbijgaand een exemplaar te vinden van de bijwerking 2006/21 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 2006/21 – Publicatie 30-11-2010**



Dienst voor Geneeskundige Verzorging

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

BIJWERKING 2006/21

Te vervangen bladzijden :

- Pagina 2, 3, 4, 5, 8, 14;
- Bijlage, Bijlage 2 B, 5.1 V 2, 14.1 tot en met 14.9, 16.17, 18.3BIS;
- R 20 Z 7, Z 18;
- R 30 Z 4 V 21, Z 5, Z 13;
- R 40 Z 3, Z 5, Z 6a-6b, Z 39;
- R 50 Z 3 V 4, Z 4 V 1, V 2, V 3, V 14, Z 13, Z 15 V 1, Z 35.

Toe te voegen bladzijden:

- Bijlage 14.10 tot en met 14.24;
- R 30 Z 13 V 1, V 2;
- R 50 Z 3 V 4BIS.

1. Overzicht van de procedures met betrekking tot de verzending van papieren facturatiedocumenten, betaling en invulling van de zones “mutualiteit van aansluiting” en “mutualiteit van bestemming”, pg 2, 3, 5, 14, R 20 Z 7, Z 18.

De instructies werden geactualiseerd en er werden een aantal overzichtstabellen van de bestaande procedures per verzekeringsinstelling toegevoegd.

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

2. Tarificatie van geneesmiddelen in ziekenhuismilieu, bijlage 14.1 tot en met 14.24, R 40 Z 3.

Naar aanleiding van interpretatieproblemen over de correcte berekening van het remgeld en de tegemoetkoming van geneesmiddelen, enerzijds over de aftrek van 0,37 EUR theoretisch remgeld voor geneesmiddelen van categorie B afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten en anderzijds over de berekening en plafonnering van het remgeld voor afleveringen aan ambulante patiënten, werd bijlage 14 volledig herwerkt.

In dit kader werd in R 40 Z 3 ook een nieuwe normcode 2 gecreëerd.

Toepassingsdatum : Gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).

3. IBAN en BIC, bijlage 2 B.

Op de verzamelstaat die bij de getuigschriften voor verstrekte hulp gevoegd wordt, moet de IBAN en de BIC van de financiële rekening vermeld worden.

Ter herinnering:

Vanaf de gefactureerde maand januari 2011 worden de zones “financieel rekeningnummer” (R 10 en R 90 Z 5-6a en Z 8a) op nul gezet en worden enkel nog de zones “IBAN” en “BIC” (R 10 en R 90 Z 31-34, Z 36-41, Z 43a en Z 49-52) ingevuld. Vanaf dan is het ook mogelijk om buitenlandse rekeningnummers te gebruiken.

Toepassingsdatum : Gefactureerde maand januari 2011 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201101).
(dus ook voor herindieningen van verworpen prestaties uit het verleden)

4. Revalidatie-overeenkomsten, bijlage 16.17.

De structuur van de RIZIV-nummers van revalidatie-overeenkomsten werd geactualiseerd.

Toepassingsdatum : Publicatiedatum van deze bijwerking.

5. Inhaalforfaits revalidatie-overeenkomsten, R 30 Z 4 V 21.

De inhaalforfaits voor de revalidatie-overeenkomsten 9.65 en 9.53 werden geschrapt.
Een nieuwe pseudo-code voor het inhaalforfait in het kader van de C.A.R-overeenkomsten werd toegevoegd.

Toepassingsdatum : 1/1/2010.

6. Dienstcode – forfait per opname, R 30 Z 5, R 30 Z 13, Z 13 V 1, V 2.

De instructies voor de invulling van bovenvermelde zones ingeval van facturatie van het bedrag per opname werden gepreciseerd. Er werden tevens voorbeelden toegevoegd.

Toepassingsdatum : Publicatiedatum van deze bijwerking

7. Dienstcode - collectieve vakantiecampen en therapeutisch verlof, R 30 Z 13, R 50 Z 13.

Bij facturatie van collectieve vakantiecampen en van beschikbaarheidshonoraria tijdens therapeutisch verlof (597704) moet de dienstcode vermeld worden van de dienst waar de patiënt verbleef voor zijn vertrek op collectief vakantiecamp of op therapeutisch verlof. De instructies werden in die zin verduidelijkt.

Toepassingsdatum : Publicatiedatum van deze bijwerking.

8. Dienstcode - farmaceutische producten, R 40 Z 5, Z 6a-6b.

Er werd verduidelijkt dat in geval van dienstwijzigingen de facturatie van geneesmiddelen in verschillende records moet opgesplitst worden (een afzonderlijke record per dienst).

Toepassingsdatum : Publicatiedatum van deze bijwerking.

9. Theoretisch persoonlijk aandeel, R 40 Z 39.

De invulling van deze zone werd verduidelijkt. Er werd hierbij onderscheid gemaakt tussen gehospitaliseerde patiënten en PVT-patiënten.

Toepassingsdatum : Publicatiedatum van deze bijwerking.

10. Heroplaadbare neurostimulatoren, R 50 Z 3 V 4, V 4 BIS

Voor de heroplaadbare neurostimulatoren (715116-715120 en 715131-715142) (van toepassing vanaf 1/11/2009) is een lijst van aangenomen producten voorzien.

Een heroplaadbare neurostimulator bestaat steeds uit 2 delen, enerzijds de stimulator zelf en anderzijds de lader.

Voortaan moeten deze neurostimulatoren met statistische records gefactureerd worden. De factureringinstructies werden in die zin aangepast.

Toepassingsdatum: Prestaties vanaf 1/1/2011

Er werd van de gelegenheid gebruik gemaakt om de titel van het laatste streepje onder norm 9 (R 50 Z 3 V 4 BIS) te verduidelijken.

11. Hematologische transplantaties, R 50 Z 4 V 1.

De nomenclatuur voor de attestering van allogene bloedstamceltransplantaties werd gewijzigd (KB van 18/08/2010).

Naar aanleiding daarvan werd de omschrijving van pseudo-code 269872 – 269883 aangepast.

Toepassingsdatum : Prestaties vanaf 1/10/2010 (zie Omz. VI 2010/384 van 18/10/2010)

12. Revalidatieverstrekkings in het kader van de zorgtrajecten, R 50 Z 4 V 2, V 3.

Er werden een aantal nieuwe pseudo-codes toegevoegd in R 50 Z 4.

Toepassingsdatum : Datum van inwerkingtreding van de betreffende zorgtrajecten

13. Reiskosten revalidatie – zone “verstrekker”, R 50 Z 15 V 1.

Er wordt gepreciseerd dat zone 15 = 0 ingeval van reiskosten voor revalidatie.

Toepassingsdatum : Publicatiedatum van deze bijwerking.

14. Geconventioneerde verstrekker, R 50 Z 35.

Er wordt gepreciseerd dat de waarde 0 (geen conventie) moet ingevuld worden indien in zone 15 een pseudo-identificatienummer vermeld wordt.

Toepassingsdatum : Publicatiedatum van deze bijwerking.

15. Testfacturaties

In bijwerking 2006/20 werd op pagina 10 een tabel toegevoegd met de invulling van bepaalde zones van het (My)Carenetbericht 920000 ingeval van testfacturaties.

Deze instructies mogen vanaf heden toegepast worden.

16. Supplementen ROB-RVT, bijlage 18.3bis, R 50 Z 4 V 14.

De verplichte vermelding van supplementen op de (papieren) kostennota en op het elektronisch facturatiebestand wordt uitgesteld tot 1/1/2011.

Daarnaast werden nog 4 bijkomende pseudo-codes gecreëerd voor de facultatieve vermelding van kosten voor dokter, kine, labo en polikliniek.

In bijlage 18.3bis werd een verduidelijking aangebracht bij de zones “begin- en einddatum”.

Toepassingsdatum : 1/1/2011 (facturatie 1^{ste} trimester 2011).

17. Lijst “voorschrijver”.

Toegevoegde codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
350276	350302	18-08-2010	24-09-2010	01-11-2010
794010	794231	Pseudo-codes		01-11-2010 (*)

Geschrapte codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
350394	350420	Voor deze verstrekkingen moet voortaan geen voorschrijver meer vermeld worden.		01-11-2010

(*) Deze pseudo-codes bestaan al sinds de inwerkingtreding van de zorgtrajecten, maar werden vergeten in de lijst.

18. Lijst “betrekkelijke verstrekking”.

Voor de prestaties 688634-688645, 688656-688660 en 688671-688682 (Stelen voor heupprothesen) moet de pseudo-code 768935-768946 als betrekkelijke verstrekking vermeld worden in geval van primo-implantatie.

Toepassingsdatum : Prestaties vanaf 1/11/2008, (her)ingediend vanaf de gefactureerde maand december 2010 (R 10 Z 22-23 ≥ 0201012)

19. Lijst implantaten

- Verstrekkingslijst met een terugbetaling voor een geheel van materiaal

In het werkblad “Z43” werd een kolom toegevoegd om aan te duiden dat het gaat om prestaties waarvoor statistische records met norm 9 (R 50 Z 3) en met de identificatiecode van elk gebruikt element moeten vermeld worden op het facturatiebestand.

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

Werkblad Z 43 – Toegevoegde codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
687676	687680	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010
697830	697841			
701094	701702	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010

Werkblad Z 55-56 – Toegevoegde codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
701713	701864	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010
701875	701982			

Werkblad Z 55-56 – Geschrapte codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
636414	636506	03-09-2010	27-09-2010	01-11-2010
636510	636521			
636532	636543			
636613	636823			
636834	636845			
636856	636882			
636893	636904			
637070	637280			
637291	637302			
637453	637486			
638315	638525			
688111	688144	<u>Correctie</u> : Deze codes hadden niet op de lijst mogen opgenomen worden.		01-11-2010

20. Lijst “foutcodes”, pg 4, 8, Bijlage, Bijlage 5.1 V 2.

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

De verwijzingen naar de vroegere lijst van foutcodes (bijlage 5.2) werden vervangen door verwijzingen naar de huidige Excel-lijst “Foutcodes”.

INSTRUCTIES AAN DE VERPLEGINGSINRICHTINGEN, AAN DE ERKENDE LABORATORIA VOOR KLINISCHE BIOLOGIE, AAN DE VERPLEEGKUNDIGEN EN ALLE ANDERE INRICHTINGEN OF VERSTREKKERS DIE GEBRUIK MAKEN VAN HET SYSTEEM VAN AFLEVERING VAN FACTURERINGSGEGEVENS VIA MAGNETISCHE DRAGER OF VIA ELEKTRONISCHE WEG EN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN.

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

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

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

Opmerking: De specifieke voorwaarden, waaraan een ziekenhuis moet voldoen om een afschaffing van de individuele papieren factuur te bekomen, wordt besproken in een afzonderlijk document. (zie www.carenet.be)

In de hiernavolgende tekst dient te worden verstaan, onder:

- facturatiebestand : het bestand dat door de facturerende derde naar de verzekeringsinstelling wordt gestuurd, en de initiële factureringsgegevens bevat.
- afrekenbestand : het bestand dat vanuit de verzekeringsinstelling naar de facturerende derde wordt verstuurd en de verworpen prestaties / facturen en de gegevens met betrekking tot de afrekening bevat.

Een facturatiebestand kan op verschillende manieren worden overgemaakt :

- (☞ 9) Via het systeem CareNet/ MyCareNet (zie p.6 t.e.m. 11)

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

1. Algemene procedure.

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

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

Het facturatiebestand bevat alle facturen van de afrekening over een maand gegroepeerd per ziekenfonds volgens het opnamenummer in geval van hospitalisatie en volgens het volgnummer van de individuele facturen ingeval van ambulante prestaties

De volgorde waarop de facturen in het facturatiebestand worden overgenomen dient overeen te stemmen met de volgorde waarin de papieren facturen worden overgemaakt.

De volgorde van de prestaties op de papieren facturen zou in de mate van het mogelijke dienen behouden te worden bij het registreren van de gegevens in het facturatiebestand.

(☞ 5) Basisprincipe:

Er wordt slechts één facturatiebestand per maand en per derdebetalersnummer aanvaard.

(☞ 5) Uitzonderingen:

1. Voor de ziekenhuizen worden ten hoogste twee facturatiebestanden aanvaard: één facturatiebestand voor de facturering van de verstrekkingen verricht aan gehospitaliseerde patiënten en één facturatiebestand voor de facturering van de verstrekkingen verricht aan niet-gehospitaliseerde patiënten. Indien binnen het ziekenhuis een groepering van zorgenverstrekkers werkzaam is (medische raad) kan deze afzonderlijk factureren volgens de modaliteiten vastgelegd in de verordening van 20 juni 1988. Per verplegingsinrichting en per maand mogen dus **MAXIMAAL** vier facturatiebestanden afgeleverd worden (ambulant-beheerder inrichting; ambulant-groepering zorgenverstrekkers; gehospitaliseerd-beheerder inrichting; gehospitaliseerd groepering zorgenverstrekkers);
2. In uitzonderlijke gevallen is het mogelijk dat voor een maand een bijkomende facturatie kan worden ingediend (bv. Afsluiting probleemgevallen einde jaar). In een dergelijk geval moet dit worden aangegeven in de R 10 Z 13;
3. een systematische afwijking van het aantal zendingen dient voorafgaandelijk te worden aangevraagd aan het Nationaal Intermutualistisch College, Technische Commissie Gezondheidszorg, Haachtsesteenweg 579, Postbus 40 te 1031 Brussel. Het verkregen akkoord dient te worden vermeld in R 10 Z 13.

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

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

(☞ 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

VI100	Naar Ziekenfonds Uitzonderingen: <ul style="list-style-type: none">• Psychiatrische instellingen (andere dan 720): naar Landsbond• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: naar Landsbond• Ziekenhuizen 710/720 (REFAC): naar uniek contactpunt (UCP) (zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen)
VI200	Naar Landsbond
VI300	Naar Ziekenfonds Uitzondering: <ul style="list-style-type: none">• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: naar Landsbond
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 verwerpingslijst met controle over het geheel van de records van die factureringsdrager worden toegevoegd;
 - 4) het facturatiebestand bevat geen fouten die van die aard zijn dat ze het systeem blokkeren, maar het geheel van fouten overschrijdt de aanvaardingsdrempel. In dat geval wordt het facturatiebestand geweigerd en verwacht de instelling een nieuwe versie van het betrokken bestand. De aanvaardingsdrempel wordt gedefinieerd in bijlage 5.1.;
 - 5) het facturatiebestand bevat geen fouten die van die aard zijn dat ze het systeem blokkeren en het geheel van de fouten overschrijdt de aanvaardingsdrempel niet. In dat geval wordt het facturatiebestand aanvaard.
- (☞ 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.

De controlelijst (zie bijlage 5.3) bestaat uit één regel per record en anomalie die is ontdekt door de programma's van de verzekeringsinstellingen met op het einde een statistiek van dezelfde anomalieën. De verzekeringsinstellingen behouden zich echter het recht voor het aantal gedrukte regels voor de verkeerde records, te beperken tot 20 records per type van fout.

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

2.A.3. Verantwoordelijkheden.

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

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

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

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

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

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

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

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

- de manuele correctie van de getuigschriften voor verstrekte hulp of van de verpleegnota's is niet toegelaten;
- alle aanpassingen dienen gemaakt te worden aan de hand van een correctiedocument, waar melding wordt gemaakt van de foutieve en van de verbeterde gegevens.

Er dient eveneens een referentie vermeld te worden naar het origineel document;

- het correctiedocument wordt ondertekend door diegene die het origineel foutief document heeft ondertekend.

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

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

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

(☞ 3) Verpleegkundigen mogen, voor volledige prestatiedagen, kredietnota's indienen via elektronische drager.

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

(☞ 9) **2.B. Ingeval van facturatie via Carenet/ MyCareNet.**

Naast de communicatie van administratieve gegevens vormt de uitwisseling van financiële gegevens (☞ 9) via het netwerk CareNet/ MyCareNet een belangrijke bijkomende taak.

Deze elektronische uitwisseling laat inderdaad toe om voordeel te halen uit het vervangen van de magnetische dragers door het versnellen van de informatieoverdracht en vooral door aan deze (☞ 9) uitwisseling een dekking te verlenen die eigen is aan het CareNet-/ MyCareNet-systeem.

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

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

Het facturatieproces in grote lijnen

(☞ 9) 1. De derdebetaler verstuurt het facturatiebestand (lay-out RIZIV), aangevuld met records van de samenvattende borderellen per ziekenfonds.

1. De VI verricht een eerste controle door de records van de borderellen per ziekenfonds te valideren
 - indien geen enkele fout vastgesteld is, dan stuurt de VI een ontvangstbewijs;
 - indien een fout is vastgesteld, dan verstuurt de VI een bestand waaruit blijkt dat de hele factuur verworpen is; na verbetering stuurt het ziekenhuis opnieuw een volledig bestand.

2. De VI verricht een controle van de detail van de factuur :

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

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

Structuur van de bestanden

De structuur van de bestanden en de records die ervan deel uitmaken houdt enerzijds rekening met (9) structuur die gebruikt wordt bij de derdebetalersadministratie en anderzijds met de structuur en de inhoud, zoals bepaald door het RIZIV met betrekking tot het detail van de facturatie.

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

Inventaris van de bestanden

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

Bericht 920000

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

(9) Wanneer een fout wordt gevonden op dit niveau dan zal de VI aan de derdebetaler een specifiek bestand (920999) overmaken evenals al de records van het type 95 en/of 96 waarin minstens één fout werd opgemerkt.

Het is belangrijk te melden dat de verzending van een dergelijk bestand met signalisatie van fouten eveneens wil zeggen dat het geheel van het bestand van facturatie, met inbegrip van de facturen, zal beschouwd worden als ongeldig en zal volledig terug moeten overgemaakt worden aan de verzekeringsinstelling.

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

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

(☞ 9,21) De controles uitgevoerd op de zones records RIZIV (10, 20, ..., 90) zijn deze beschreven in de Excel-lijst "Foutcodes".

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

Bericht 931000

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

Bericht 920098

Dit bericht wordt gebruikt in volgende gevallen:

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

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

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

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

Ter herinnering :

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

Het volstaat daarom enkel de vastgestelde fouten weer te geven.

Welke records van het facturatiebestand dienen vermeld te worden

RT 10 en 90 altijd

RT 20 en 80:

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

indien fout in 80

indien fout in 30, 40 of 50

RT 30, 40, 50 indien fout in betrokken record

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

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) Voor de LCM, waar in het kader van REFAC het ziekenfonds van bestemming het ziekenfonds van aansluiting, mogen de ziekenhuizen 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.

	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">• Psychiatrische instellingen (andere dan 720): 100• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 100• Ziekenhuizen 710/720 (REFAC): nummer UCP (zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen) (*)
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">• Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300
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.

Deze wijziging is enkel van toepassing voor de ziekenhuizen, met andere woorden voor alle zendingen ingediend met een Riziv-nummer beginnend met 0710 of 0720.

De instap van deze ziekenhuizen in het project Refac verloopt progressief tussen 21-06-2010 en 31-12-2010.

De exacte instapdatum in dit nieuwe systeem zal in onderling overleg tussen het ziekenhuis en het Unieke Contactpunt 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.

Overzicht van de bijlagen

- Bijlage 1** : Lijst der adressen van de rekencentra waaraan de magnetische dragers moeten verstuurd worden.
- Bijlage 1.1** : Lijst van te contacteren personen bij de Landsbonden.
- Bijlage 2 A** : Verzendingsborderel voor magnetische dragers.
- Bijlage 2 B** : Staat voor facturatie van verstrekkingen in het systeem van de derdebetalende die niet voorkomen op een verpleegnota.
- Bijlage 3** : Tekening magnetische drager.
- Bijlage 4** : Extern etiket.
- Bijlage 5.1** : Beschrijving van de foutcodering.
- (☞ 21)**Bijlage 5.2** : Deze bijlage werd vervangen door de Excel-lijst "Foutcodes".
- Bijlage 5.3** : Lay-out van de controlelijst.
- Bijlage 5.4** : Afrekeningsbestand.
- Bijlage 6** : Recordtekening.
- Bijlage 7** : Beschrijving van de zones.
- Bijlage 8** : Invulling van diverse zones in functie van de identiteit van de factureringsinstelling.
- Bijlage 9** : Gebruik van de zone "persoonlijk aandeel" en de zone "supplement".
- Bijlage 10** : Situatiemodel van de meest voorkomende transfers van borelingen.
- Bijlage 11** : Aflevering van facturatiegegevens via magnetische of elektronische drager van geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW.
Toepassing van art. 6, § 16 van de Verordening van 28/07/2003.
- Bijlage 12** : Facturatie via magnetische drager door de medische huizen.
- Bijlage 13** : Facturatie via magnetische drager door psychiatrische verzorgingstehuizen.
- Bijlage 14** : Afrondingsregels voor geneesmiddelen.
- (☞) **Bijlage 15** : Facturatie van parenterale voeding ten huize van de patiënt.
- (☞ 1) **Bijlage 16** : Structuur van de RIZIV-identificatienummers.
- (☞ 1) **Bijlage 17** : Forfaitarisering van geneesmiddelen in de ziekenhuizen.
- (☞ 8) **Bijlage 18** : Facturatie via magnetische drager door ROB/RVT/CDV.
- (☞ 20) **Bijlage 19** : Facturatie aan 100% in het kader van de MAF.

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

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

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

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

TOTAAL

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

Datum :
Naam :
Handtekening :

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

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

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

Stelregels van de controles

a) Blokkerende en niet-blokkerende anomalieën

Er worden 2 soorten blokkerende fouten onderscheiden :

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

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

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

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

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

b) Tolerantiedrempels

I. Berekeningsproces tolerantiedrempel

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

De tolerantiedrempels worden berekend volgens volgende formule :

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

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

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

II. Tolerantiedrempel ter aanvaarding van het facturatiebestand

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

Vanaf 1 januari 1999 wordt de tolerantiedrempel vastgesteld op : 5 %.

REKEN-EN AFRONDINGSREGELS VOOR GENEESMIDDELEN.**Algemene opmerking vooraf**

De afrondingsregel wordt toegepast op 3 decimalen, m.a.w. om af te ronden tot op 2 decimalen wordt enkel gekeken naar het 3^{de} decimaal.

A. Aflevering aan GEHOSPITALISEERDE rechthebbenden**1. Ingeval van forfaitarisering (facturatie aan 25%)** (zie voorbeeld 1)

Vergoedingsbasis x aantal eenheden : A

ZIV-tegemoetkoming:

$$B = A * 0,25$$

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

2. Buiten forfaitarisering

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

Geneesmiddelen van categorie A (zie voorbeeld 2)

Vergoedingsbasis x aantal eenheden : A

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

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): A'

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

Per aangebroken schijf moet 0,37 EUR theoretisch persoonlijk aandeel in mindering gebracht worden.

In de volgende gevallen moet het theoretisch remgeld echter beperkt worden tot de vergoedingsbasis * het aantal eenheden:

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

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

Definitie "schijf":

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

Opgelet:

Indien het product enkel in ziekenhuismilieu vergoed wordt, wordt de rekenbasis voor de berekening van de * en ** prijzen sinds 01.04.2010 cursief en vet gedrukt vermeld op de lijst (d.i. de kleinste vergoedbare hospitaalverpakking waarvan sprake in artikel 95 § 1, eerste (laatste zin) en tweede lid); deze verpakking mag niet verward worden met de begrippen tarifieringseenheid en - schijf.

Sinds 01.04.2010 komt er enkel extra informatie voor op de lijst (een duidelijke omschrijving van de kleinste ziekenhuisverpakking die als rekenbasis voor * en ** dient), zonder dat de logica gewijzigd wordt.

Voorbeelden van de bepaling van de “schijf”

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

⇒ “schijf” = 120

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

⇒ “schijf” = 1

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

⇒ “schijf” = 10

Concreet gebeurt de berekening als volgt:

Vergoedingsbasis x aantal eenheden : A

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

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):

Indien het aantal eenheden \leq schijf: B = 0,37 EUR of B = A' (indien A' < 0,37 EUR)

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

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

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

Als het theoretisch remgeld reeds eerder werd in mindering gebracht voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst, wordt norm 1 gebruikt om aan te duiden dat er geen (theoretisch) remgeld meer wordt afgetrokken.

Norm 2 wordt gebruikt als het theoretisch remgeld groter is dan nul maar kleiner dan het verwachte bedrag.

Afspraak

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

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

Vergoedingsbasis x aantal eenheden : A

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

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

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

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): B'

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

B. Aflevering aan AMBULANTE rechthebbenden**Algemene regel** (zie voorbeelden 16 en 17)

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

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

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

De berekening en afronding van het remgeld moet daarom per schijf gebeuren.

De vergoedingsbasis wordt berekend op het totaal aantal afgeleverde eenheden, ook als dit aantal groter is dan de schijf.

Opgelet:

Het verschil tussen prijs en vergoedingsbasis (bedrag C') is integraal ten laste van de patiënt en moet bovenop het berekende (en eventueel geplafonneerde) remgeld geteld worden, tenzij het ziekenhuis dit bedrag zelf ten laste neemt (Z 33 = 1).

Ter info: remgeldpercentages en -plafondsRemgeldpercentages per categorie

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

Remgeldplafonds (van toepassing vanaf 1 juli 2009):

Categorie	rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming	andere rechthebbenden
B	7,20	10,80
B (grote verpakking)	8,90	13,50
C	8,90	13,50

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

C. Uitgewerkte voorbeelden

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

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

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

FRAXIPARINE		GLAXO SMITHKLINE				ATC: B01AB06			
B-33	0321-596	10 voorgevulde spuiten 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	10 seringues préremplies 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		31,92	31,92	5,10	8,58	
	0321-596				22,5100	22,5100			
B-33 *	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 seringue prérempli 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		2,9050	2,9050			
B-33 **	0739-714	1 voorgevulde spuit 0,4 ml oplossing voor injectie, 9500 IU/ml	1 seringue prérempli 0,4 ml solution injectable, 9500 IU/ml		2,3860	2,3860			
DOCACETYL 600		DOCPHARMA				ATC: R05CB01			
C-27	1583-590	30 bruistabletten, 600 mg	30 comprimés effervescents, 600 mg	G	7,05	7,05	2,02	2,02	
	1583-590				2,2800	2,2800			
C-27 *	0767-590	1 bruistablet, 600 mg	1 comprimé effervescent, 600 mg	G	0,0980	0,0980			
C-27 **	0767-590	1 bruistablet, 600 mg	1 comprimé effervescent, 600 mg	G	0,0807	0,0807			
MEBEVERINE EG		EUROGENERICS				ATC: A03AA04			
Cx-10	1402-569	40 filmomhulde tabletten, 135 mg	40 comprimés pelliculés, 135 mg	G	6,77	6,77	2,89	2,89	
	1402-569				2,0400	2,0400			
Cx-10	1464-114	120 filmomhulde tabletten, 135 mg	120 comprimés pelliculés, 135 mg	G	9,57	9,57	6,01	6,01	
	1464-114				4,2500	4,2500			
Cx-10 *	0748-350	1 filmomhulde tablet, 135 mg	1 comprimé pelliculé, 135 mg	G	0,0457	0,0457			
Cx-10 **	0748-350	1 filmomhulde tablet, 135 mg	1 comprimé pelliculé, 135 mg	G	0,0376	0,0376			
DIFLUCAN (PI-Pharma)		PI-PHARMA				ATC: J02AC01			
B-134	2195-642	10 capsules, hard, 200 mg	10 gélules, 200 mg	R	64,59	61,85	9,94	13,54	
	2195-642				51,3300	48,9200			
B-134 *	0779-025	1 capsule, hard, 200 mg	1 gélule, 200 mg	R	6,1520	5,8970	+0,2550	+0,2550	
B-134 **	0779-025	1 capsule, hard, 200 mg	1 gélule, 200 mg	R	5,4410	5,1860			
BONEFOS		BAYER				ATC: M05BA02			
B-88	1327-576	50 tabletten, 800 mg	50 comprimés, 800 mg		161,19	161,19	7,20	10,80	
	1327-576				139,5500	139,5500			
B-88 *	0748-517	1 tablet, 800 mg	1 comprimé, 800 mg		3,1006	3,1006			
B-88 **	0748-517	1 tablet, 800 mg	1 comprimé, 800 mg		2,9584	2,9584			
ENTOCORT		ASTRAZENECA				ATC: A07EA06			
B-55	1344-365	100 capsules met verlengde afgifte, hard, 3 mg	100 gélules à libération prolongée, 3 mg		89,05	89,05	8,90	13,50	
	1344-365				73,4200	73,4200			
B-55 *	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,8494	0,8494			
B-55 **	0762-831	1 capsule met verlengde afgifte, hard, 3 mg	1 gélule à libération prolongée, 3 mg		0,7783	0,7783			
BOTOX		ALLERGAN				ATC: M03AX01			
B-233 *	0748-319	1 injectieflacon 100 IU poeder voor oplossing voor injectie, 100 IU	1 flacon injectable 100 IU poudre pour solution injectable, 100 IU		197,6000	197,6000			
B-233 *	0748-319	1 IU	1 IU		2,1657	2,1657			
		(Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	(Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)						
B-233 **	0748-319	1 IU	1 IU		2,0946	2,0946			
		(Conform de bepalingen van artikel 95 van dit besluit is het door de verzekering verschuldigde bedrag berekend per 10 IU)	(Conformément aux dispositions de l'article 95 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance est calculé par 10 IU)						
AMOXICILLINE SANDOZ 250		SANDOZ				ATC: J01CA04			
B-107	2114-346	1 fles 100 ml poeder voor orale suspensie, 50 mg/ml	1 flacon 100 ml poudre pour suspension buvable, 50 mg/ml	G	7,21	7,21	0,64	1,07	
	2114-346				2,4100	2,4100			
B-107 *	0778-068	5 ml suspensie voor oraal gebruik, 50 mg/ml	5 ml suspension buvable, 50 mg/ml	G	0,1555	0,1555			
B-107 **	0778-068	5 ml suspensie voor oraal gebruik, 50 mg/ml	5 ml suspension buvable, 50 mg/ml	G	0,1275	0,1275			
LIPITOR 40		PFIZER				ATC: C10AA05			
B-41	1641-018	84 filmomhulde tabletten, 40 mg	84 comprimés pelliculés, 40 mg		189,49	189,49	8,90	13,50	
	1641-018				165,5000	165,5000			
B-41 *	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,1731	2,1731			
B-41 **	0768-788	1 omhulde tablet, 40 mg	1 comprimé enrobé, 40 mg		2,0885	2,0885			

Voorbeelden gehospitaliseerde rechthebbenden**Voorbeeld 1** (binnen forfaitarisering)

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

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

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

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

Voorbeeld 2 (categorie A buiten forfaitarisering)

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

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

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

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

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

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

Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39): 0,37

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

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

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

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

$$\text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 0,1275 * 2 = 0,2550 \\ \approx 0,26$$

$$\text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,26 \text{ (beperkt)}$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 0,26 - 0,26 = 0,00$$

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

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

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

$$\text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 0,2512 * 80 = 20,0960 \\ \approx 20,10$$

$$\text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 2 * 0,37 = 0,74$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 20,10 - 0,74 = 19,36$$

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

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

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

$$\text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 0,2512 * 61 = 15,3232 \\ \approx 15,32$$

$$\text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 2 * 0,37 = 0,74$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 15,32 - 0,74 = 14,58$$

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

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

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

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,1275 * 2 = 0,2550 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 0,26 \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,26 \text{ (beperkt)} \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 0,26 - 0,26 = 0,00 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,1275 * 8 = 1,0200 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 1,02 \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,11 (= 0,37 - 0,26) \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 1,02 - 0,11 = 0,91 \end{array} \right.$$

1^{ste} facturatiebestand

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

2^{de} facturatiebestand

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

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

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

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,0067 * 101 = 0,6767 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 0,68$$

$$\text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,68 \text{ (beperkt want vergoedingsbasis * aantal eenheden} \\ \text{ < } 6 * 0,37)$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 0,68 - 0,68 = 0,00$$

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

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

Aflevering van 40 eenheden Capoten 50 mg 0795-997** (schijf = 60) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

30 eenheden worden gefactureerd op een 1^{ste} facturatiebestand, de overige 10 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,2512 * 30 = 7,5360 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 7,54 \\ \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,37 \\ \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 7,54 - 0,37 = 7,17 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,2512 * 10 = 2,5120 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 2,51 \\ \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,00 \text{ (want reeds eerder 0,37 in mindering gebracht} \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \text{voor deze schijf)} \\ \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 2,51 - 0,00 = 2,51 \end{array} \right.$$

1^{ste} facturatiebestand

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

2^{de} facturatiebestand

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

Voorbeeld 10 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden < “schijf”)
(facturatie via verschillende records omwille van verschillende voorschrijvers)

Aflevering van 40 eenheden Capoten 50 mg 0795-997** (schijf = 60) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

30 eenheden werden voorgeschreven door voorschrijver X, de overige 10 eenheden door voorschrijver Y.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,2512 * 30 = 7,5360 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 7,54 \\ \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,37 \\ \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 7,54 - 0,37 = 7,17 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,2512 * 10 = 2,5120 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 2,51 \\ \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,00 \text{ (want reeds eerder 0,37 in mindering gebracht} \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \text{voor deze schijf)} \\ \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 2,51 - 0,00 = 2,51 \end{array} \right.$$

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

Opgelet:

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

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,2512 * 40 = 10,0480 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 10,05$$

$$\text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,37$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 10,05 - 0,37 = 9,68$$

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

Voorbeeld 11 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden > “schijf”)
(facturatie verspreid over 2 afzonderlijke facturatiebestanden)

Aflevering van 85 eenheden Inderal 10 mg 0709-188** (schijf = 50) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

63 eenheden worden gefactureerd op een 1^{ste} facturatiebestand, de overige 22 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,0178 * 63 = 1,1214 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 1,12 \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 2 * 0,37 = 0,74 \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 1,12 - 0,74 = 0,38 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,0178 * 22 = 0,3916 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 0,39 \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,00 \text{ (want reeds eerder 0,37 EUR in mindering} \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \text{gebracht voor deze schijf)} \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 0,39 - 0,00 = 0,39 \end{array} \right.$$

1^{ste} facturatiebestand

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

2^{de} facturatiebestand

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

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

Aflevering van 85 eenheden Inderal 10 mg 0709-188** (schijf = 50) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

5 eenheden worden gefactureerd op een 1^{ste} facturatiebestand, de overige 80 eenheden worden gefactureerd op een volgend facturatiebestand.

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,0178 * 5 = 0,089 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 0,09 \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad \quad \quad 0,09 \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad \quad \quad 0,09 - 0,09 = 0,00 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,0178 * 80 = 1,424 \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \approx 1,42 \\ \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,28 + 0,37 = 0,65 \text{ (want reeds eerder 0,09 EUR in} \\ \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \quad \text{mindering gebracht voor de 1}^{\text{ste}} \text{ schijf)} \\ \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad \quad \quad 1,42 - 0,65 = 0,77 \end{array} \right.$$

1^{ste} facturatiebestand

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

2^{de} facturatiebestand

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

Voorbeeld 13 (categorie B buiten forfaitarisering) (aantal afgeleverde eenheden > “schijf”)
(facturatie via verschillende records omwille van een prijswijziging)

Aflevering van 26 eenheden Fraxiparine 0739-714** (schijf = 10) aan een gehospitaliseerde patiënt in een ziekenhuis dat buiten de forfaitarisering valt.

5 eenheden werden afgeleverd in augustus, de overige 21 eenheden in september.

Stel dat de vergoedingsbasis op 1/9 wijzigt naar 2,4356 (fictief voorbeeld).

$$\left\{ \begin{array}{l}
 \text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 2,3860 * 5 = 11,9300 \\
 \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 11,93 \\
 \\
 \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 0,37 \\
 \\
 \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 11,93 - 0,37 = 11,56
 \end{array} \right.$$

$$\left\{ \begin{array}{l}
 \text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 2,4356 * 21 = 51,1476 \\
 \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \qquad \approx 51,15 \\
 \\
 \text{Theoretisch persoonlijk aandeel (Z 39):} \quad 2 * 0,37 = 0,74 \text{ (de 0,37 EUR moet slechts 2x in} \\
 \text{mindering gebracht worden, namelijk voor de 2}^{\text{de}} \text{ en 3}^{\text{de}} \\
 \text{schijf, want voor de 1}^{\text{ste}} \text{ schijf werd reeds eerder 0,37} \\
 \text{EUR in mindering gebracht)} \\
 \\
 \text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 51,15 - 0,74 = 50,41
 \end{array} \right.$$

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

Voorbeelden ambulante rechthebbers**Voorbeeld 16** (categorie A)

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & \quad 8,2430 * 22 = 181,3460 \\ & \quad \approx 181,35 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & \quad 7,1950 * 22 = 158,2900 \\ & \quad \approx 158,29 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 181,3460 - 158,2900 & = 23,0560 \\ & \approx 23,06 \end{aligned}$$

Persoonlijk aandeel (Z 27): 23,06

ZIV-tegemoetkoming (Z 19): 158,29

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

Voorbeeld 17 (categorie Cx)

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & \quad 0,0457 * 150 = 6,8550 \\ & \quad \approx 6,86 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & \quad 0,0457 * 150 = 6,8550 \\ & \quad \approx 6,86 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 6,8550 - 6,8550 & = 0,0000 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld: } 0,80 * 6,8550 & = 5,4840 \\ & \approx 5,48 \end{aligned}$$

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

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

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

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

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

$$\text{Prijs} * \text{aantal eenheden} : \quad 0,4088 * 30 = 12,2640 \\ \approx 12,26$$

$$\text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : \quad 0,3058 * 30 = 9,1740 \\ \approx 9,17$$

$$12,2640 - 9,1740 = 3,0900 \\ \approx 3,09$$

$$\text{Percentage remgeld: } 0,25 * 9,1740 = 2,2935 \\ \approx 2,29$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27): } 3,09 + 2,29 = 5,38$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19): } 9,17 - 2,29 = 6,88$$

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

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

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & & 0,4088 * 80 & = & 32,7040 \\ & & & & \approx 32,70 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & & 0,3058 * 80 & = & 24,4640 \\ & & & & \approx 24,46 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 32,7040 - 24,4640 & = & 8,2400 \\ & \approx & 8,24 \end{aligned}$$

Berekening remgeld 1^{ste} schijf

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,3058 * 60 = 18,3480$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld: } 0,25 * 18,3480 & = & 4,5870 \\ & \approx & 4,59 \end{aligned}$$

Berekening remgeld 2^{de} schijf

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,3058 * 20 = 6,1160$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld: } 0,25 * 6,1160 & = & 1,5290 \\ & \approx & 1,53 \end{aligned}$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27):} \quad 8,24 + 4,59 + 1,53 = 14,36$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 24,46 - 4,59 - 1,53 = 18,34$$

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

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

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & \quad 6,1520 * 9 & = 55,3680 \\ & & \approx 55,37 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & \quad 5,8970 * 9 & = 53,0730 \\ & & \approx 53,07 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 55,3680 - 53,0730 & = 2,2950 \\ & \approx 2,29 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld: } & 0,15 * 53,0730 = 7,96095 \\ & \approx 7,96 \\ \text{plafond} & = 7,20 \end{aligned}$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27): } 2,29 + 7,20 = 9,49$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19): } 53,07 - 7,20 = 45,87$$

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

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

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & \quad 0,8494 * 99 & = 84,0906 \\ & & \approx 84,09 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & \quad 0,8494 * 99 & = 84,0906 \\ & & \approx 84,09 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 84,0906 - 84,0906 & = 0,0000 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld: } & 0,15 * 84,0906 = 12,61359 \\ & \approx 12,61 \\ \text{plafond} & = 8,90 \end{aligned}$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27): } 0,00 + 8,90 = 8,90$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19): } 84,09 - 8,90 = 75,19$$

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

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

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & & 0,8494 * 110 & = & 93,4340 \\ & & & \approx & 93,43 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & & 0,8494 * 110 & = & 93,4340 \\ & & & \approx & 93,43 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 93,4340 - 93,4340 & = & 0,0000 \\ & \approx & 0,00 \end{aligned}$$

Berekening remgeld 1^{ste} schijf

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,8494 * 100 = 84,9400$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld:} & 0,25 * 84,9400 = 21,2350 \\ & \approx 21,23 \\ \text{plafond} & = 13,50 \end{aligned}$$

Berekening remgeld 2^{de} schijf

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 0,8494 * 10 = 8,4940$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld:} & 0,25 * 8,4940 = 2,1235 \\ & \approx 2,12 \end{aligned}$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27):} \quad 0,00 + 13,50 + 2,12 = 15,62$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 93,43 - 13,50 - 2,12 = 77,81$$

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

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

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & & 0,8494 * 59 & = 50,1146 \\ & & & \approx 50,11 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & & 0,8494 * 59 & = 50,1146 \\ & & & \approx 50,11 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 50,1146 - 50,1146 & = 0,0000 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld: } & 0,25 * 50,1146 = 12,52865 \\ & \approx 12,53 \\ \text{plafond} & = 10,80 \text{ (gewoon plafond want aflevering } \leq 60) \end{aligned}$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27): } 0,00 + 10,80 = 10,80$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19): } 50,11 - 10,80 = 39,31$$

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

Voorbeeld 24 (categorie B; aantal eenheden > schijf)

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & & 2,1657 * 30 & = 64,9710 \\ & & & \approx 64,97 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & & 2,1657 * 30 & = 64,9710 \\ & & & \approx 64,97 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 64,9710 - 64,9710 & = 0,0000 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

Berekening remgeld per schijf

$$3x \left\{ \begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & & 2,1657 * 10 & = 21,6570 \\ \text{Percentage remgeld: } & 0,25 * 21,6570 = 5,41425 \\ & \approx 5,41 \end{aligned} \right.$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27): } 0,00 + 3 * 5,41 = 16,23$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19): } 64,97 - 16,23 = 48,74$$

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

Voorbeeld 25 (categorie B; aantal eenheden > schijf; remgeldplafond “grote verpakking” voor 1^{ste} schijf, remgeldplafond “gewone verpakking” voor 2^{de} schijf)

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & & 2,1731 * 140 & = & 304,2340 \\ & & & & \approx 304,23 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & & 2,1731 * 140 & = & 304,2340 \\ & & & & \approx 304,23 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 304,2340 - 304,2340 & = & 0,0000 \\ & & \approx 0,00 \end{aligned}$$

Berekening remgeld 1^{ste} schijf

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 2,1731 * 84 = 182,5404$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld:} & \quad 0,15 * 182,5404 = 27,38106 \\ & \quad \approx 27,38 \\ \text{plafond} & \quad = 8,90 \text{ (want aflevering} > 60 \text{ eenheden)} \end{aligned}$$

Berekening remgeld 2^{de} schijf

$$\text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} \quad 2,1731 * 56 = 121,6936$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld:} & \quad 0,15 * 121,6936 = 18,25404 \\ & \quad \approx 18,25 \\ \text{plafond} & \quad = 7,20 \text{ (want aflevering} \leq 60 \text{ eenheden)} \end{aligned}$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27):} \quad 0,00 + 8,90 + 7,20 = 16,10$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19):} \quad 304,23 - 8,90 - 7,20 = 288,13$$

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

Voorbeeld 26 (categorie B; aantal eenheden < schijf; remgeldplafond “grote verpakking”)

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs * aantal eenheden :} & & 2,1731 * 80 & = & 173,8480 \\ & & & \approx & 173,85 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis * aantal eenheden :} & & 2,1731 * 80 & = & 173,8480 \\ & & & \approx & 173,85 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 173,8480 - 173,8480 & = & 0,0000 \\ & \approx & 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld:} & & 0,15 * 173,8480 & = & 26,0772 \\ & & & \approx & 26,08 \\ \text{plafond} & & & = & 8,90 \text{ (want aflevering} > 60 \text{ eenheden)} \end{aligned}$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27): } 0,00 + 8,90 = 8,90$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19): } 173,85 - 8,90 = 164,95$$

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

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

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

$$\begin{aligned} \text{Prijs} * \text{aantal eenheden} : & & 2,1731 * 28 & = 60,8468 \\ & & & \approx 60,85 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Vergoedingsbasis} * \text{aantal eenheden} : & & 2,1731 * 28 & = 60,8468 \\ & & & \approx 60,85 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 60,8468 - 60,8468 & = 0,0000 \\ & \approx 0,00 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Percentage remgeld: } 0,15 * 60,8468 & = 9,12702 \\ & \approx 9,13 \\ \text{plafond} & = 7,20 \text{ (want aflevering } \leq 60 \text{ eenheden)} \end{aligned}$$

$$\text{Persoonlijk aandeel (Z 27): } 0,00 + 7,20 = 7,20$$

$$\text{ZIV-tegemoetkoming (Z 19): } 60,85 - 7,20 = 53,65$$

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

	- 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
- 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).
- 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

Recordtype 30		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 30	
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Norm verpleegdag	<i>Altijd 0</i>
Z 4	Pseudo-code verpleegdag en forfait	<i>Zie R30 Z4 V5 (punt 10)</i>
Z 5	Datum eerste gefactureerde dag	<i>Vermelden</i>
Z 6a-6b	Datum laatste gefactureerde dag	<i>Vermelden</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>INSZ, behalve internationale verdragen</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Bevalling	<i>Altijd 0</i>
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	<i>Altijd 0</i>
Z 13	Dienstcode	<i>990</i>
Z 14	Plaats van verstrekking	<i>Nummer ROB / RVT / CDV (=R 10 Z 14)</i>
Z 15	Identificatie overeenkomst / Inrichting van verblijf	<i>Nummer ROB / RVT / CDV</i>
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	<i>Altijd 0</i>
Z 19	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	
Z 22	Teken + aantal dagen of forfaits	
Z 24-25	Teken + indicatief bedrag grootte orde verblijfskosten	<i>Altijd 0</i>
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	<i>Altijd 0</i>
Z 28	Referentie instelling	
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	<i>Altijd 0</i>
Z 32	Uitzondering derdebetalersregeling	<i>Altijd 0</i>
Z 33	Code facturering persoonlijk aandeel of supplement	<i>Altijd 0</i>
Z 47	Datum akkoord verstrekking	<i>Altijd 0</i>
Z 48	Transplantatie	<i>Altijd 0</i>
Z 51	Ziekenhuissite	<i>Altijd 0</i>
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	<i>Altijd 0</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	

Recordtype 50		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 50	
Z 2	Volgnummer record	
Z 3	Norm verstrekking (percentage)	<i>Altijd 0</i>
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	<i>Ambulante pseudo-code uit R 50 Z 4 V 14, rubriek « supplementen ROB-RVT-CDV »</i>
(21) Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	<i>Begindatum van periode waarop kosten betrekking hebben (*)</i>
(21) Z 6a-6b	Datum laatste verrichte verstrekking	<i>Einddatum van periode waarop kosten betrekking hebben (*)</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>INSZ, behalve ingeval van internationale verdragen</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	
Z 10	Bevalling	<i>Altijd 0</i>
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	<i>Altijd 0</i>
Z 12	Nacht, weekeinde, feestdag	<i>Altijd 0</i>
Z 13	Dienstcode	<i>Altijd 990</i>
Z 14	Plaats van verstrekking	<i>Nummers ROB / RVT / CDV</i>
Z 15	Identificatie verstrekker	<i>Altijd 0</i>
Z 16	Norm verstrekker	<i>Altijd 0</i>
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	<i>Altijd 0</i>
Z 19	Teken + bedrag verz.tegemoetkoming	<i>Altijd 0</i>
Z 20-21	Datum voorschrift	<i>Altijd 0</i>
(21) Z 22	Teken + aantal eenheden	<i>960551, 960573, 960595, 960610: aantal dagen; 960632, 960654, 960676, 960735, 960750, 960875, 960956, 960971, 960993, 960094 : altijd 1; 960772: altijd - 1 andere: aantal eenheden ≥ 1</i>
Z 23	Aantal coupes	<i>Altijd 0</i>
Z 24-25	Identificatie voorschrijver	<i>Altijd 0</i>
Z 26	Norm voorschrijver	<i>Altijd 0</i>
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	<i>Altijd 0</i>
Z 28	Referentie instelling	
Z 29	Behandelde tand	<i>Altijd 0</i>
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	<i>Verplicht in te vullen (ingeval van 960772 is het bedrag negatief)</i>
Z 32	Uitzondering derdebetalersregeling	<i>Altijd 0</i>
Z 33	Code facturering pers. aandeel of suppl.	<i>Altijd 0</i>
Z 34	Behandeld lid	<i>Altijd 0</i>
Z 35	Geconventioneerde verstrekker	<i>Altijd 0</i>
Z 36-37	Uur van prestatie	<i>Altijd 0</i>
Z 38	Identificatie toedienaar bloed	<i>Altijd 0</i>
Z 39-40	Nummer attest van toediening	<i>Altijd 0</i>
Z 41-42	Nummer afleveringsbon of zak	<i>Altijd 0</i>
Z 43	Code implantaat	<i>Altijd 0</i>
Z 44-45	Omschrijving product	<i>Omschrijving verplicht voor de pseudo-codes 960691 en 960713</i>
Z 46	Norm plafond	<i>Altijd 0</i>
Z 47	Datum akkoord verstrekking	<i>Altijd 0</i>
Z 48	Transplantatie	<i>Altijd 0</i>
Z 49	Identificatie zorgkundige (gereserveerd)	<i>Altijd 0</i>
Z 51	Ziekenhuissite	<i>Altijd 0</i>
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	<i>Altijd 0</i>
Z 55-56	Notificatiecode implantaat	<i>Altijd 0</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

(21) (*) periode moet overeenstemmen met periode waarop forfaits (die aan VI aangerekend worden) betrekking hebben

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN AANSLUITING**BESCHRIJVING :**

Dit nummer is terug te vinden op de betalingsverbintenis, op het kleeftbriefje, in het lidboekje en in de S.I.S.-kaart.

Zie het Repertorium van de landsbonden en ziekenfondsen van België, Brussel, R.I.Z.I.V. of het overzicht op de website van het RIZIV onder Home > Verzekeringsinstellingen > Contacteer de ziekenfondsen.

- (☞ 8) Maand-, kwartaal- of jaarforfaits revalidatie moeten aangerekend worden aan de mutualiteit waarbij de patiënt aangesloten was op de begindatum van de periode waarop het forfait betrekking heeft.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N - 33**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

(☞ 21)	VI100	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI200	Steeds gelijk aan "000"
	VI300	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI400	Steeds gelijk aan "000"
	VI500	Steeds gelijk aan "000"
	VI600	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI900	Nummer van het Gewestelijk Geneeskundig Centrum (*)

- (☞ 20)(*) Het regionale GGC (antwoordbericht CareNet, SIS-kaart, kleeftbriefje, aansluitingskaart: 921, 922, 931, 941, 942, 951) moet vermeld worden in deze zone. Desondanks zal de factuur niet verworpen worden indien men de boekhoudkundige GGC (910, 920, 930, 940, 950) in de plaats vermeld heeft omdat de facturen toch in een centrale boekhouding worden verwerkt.

Echter, de papieren facturen, zowel van de regionale GGC als van de boekhoud-GGC, worden enkel behandeld op de boekhoud-GGC en moeten dus naar deze adressen gestuurd worden.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt het inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid van de rechthebbende ingevuld (INSZ-nummer).

- (☞) Het gebruik van dit INSZ-nummer is verplicht vanaf de gefactureerde maand januari 2006.
Met dit nummer kunnen de rechthebbenden in het ziekenfonds geïdentificeerd worden.

In uitzonderlijke gevallen kan het aansluitingsnummer bij de VI worden gebruikt:

- voor pasgeborenen waarvoor niet onmiddellijk het inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid gekend is
- voor internationale verdragen

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A – 36

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

In deze zone moet steeds het identificatienummer van de rechthebbende (= patiënt) vermeld worden.

Indien R 20 Z 32 = 1, dient in deze zone het inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid te worden vermeld.

Indien R 20 Z 32 = 0, dient in deze zone het aansluitingsnummer van de rechthebbende bij de VI te worden vermeld.

Het inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid bestaat uit 11 cijfers en dient voorafgegaan te worden door 2 nullen.

Dit nummer moet rechts gelinieerd worden.

Er zijn geen speciale karakters of blanco's aanwezig.

Het inschrijvingsnummer bij de Sociale Zekerheid staat vermeld op de S.I.S.-kaart.

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

	Pseudo-nomenclatuur-	
	Ambulant	Gehosp.
(€ 10) <u>Inhaalforfaits revalidatie-overeenkomsten</u>		
Inrichtingen voor revalidatie van hersenverlamden (7.70)	0784114	0784125
Inrichtingen voor motorische revalidatie (7.71)	0784136	0784140
Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten (7.72)	0783893	0783904
Inrichtingen voor verslaafden (7.73)	0783915	0783926
Inrichtingen voor psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen (7.74)	0784151	0784162
Inrichtingen voor revalidatie van vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind (7.745)	0784173	0784184
Inrichtingen voor revalidatie van kinderen die lijden aan een ernstige medisch-psycho-sociale pathologie (mishandelde kinderen) (7.75)	0784195(*)	0784206(*)
Inrichtingen voor revalidatie van kinderen met respiratoire aandoeningen (7.765)	-	0777280
Inrichtingen voor pediatrie revalidatie (7.766)	0777335	0777346
Inrichtingen voor revalidatie van gehoorgestoorden (7.79)	0784210	0784221
Inrichtingen voor revalidatie van hersenverlamden (7.84)	0784232	0784243
Revalidatie-inrichtingen voor kinderneuropsychiatrie (7.845)	0784254	0784265
Referentiecentra voor CVS (7.894)	0784276	0784280
Inrichtingen voor psychische revalidatie van kinderen (9.65)	0783871(**)	0783882(**)
Inrichtingen voor gehoor- en spraakrevalidatie (9.53)	0783930(**)	0783941(**)
Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging	0784092	-
Referentiecentra voor patiënten die lijden aan mucoviscidose (789.1)	0784033	0784044
Referentiecentra voor patiënten die lijden aan neuromusculaire ziekten (789.2)	0784055	0784066
Gespecialiseerde medico-psycho-sociale revalidatie-overeenkomsten	0784011	0784022
Spina Bifida-revalidatiecentra	0784070	0784081
Centra voor autismespectrumstoornissen	0785514	-
(€ 11) Inrichting "Centre neurologique de réadaptation fonctionnelle" te Fraiture	0785536	0785540
(€ 21) C.A.R-overeenkomst	0784490	0784501
18) <i>Overeenkomsten Verzekeringscomité</i>		
Multiple sclerose (MS)	0764551	0764562
Amyotrofe laterale sclerose (ALS)	0764573	0764584
Huntington	0764595	0764606

(€ 12) (*) Geschrapd voor prestaties vanaf 15/6/2009

(€ 21) (**) Geschrapd voor prestaties vanaf 1/1/2010

RUBRIEK : DATUM EERSTE GEFACUREERDE DAG (DIE MAG GEFACUREERD WORDEN)

BESCHRIJVING :

Het is de datum van de eerste dag die in deze record gefactureerd is.

(☞ 8) (1ste dag van de periode in geval van forfait gekoppeld aan een bepaalde periode).

(☞ 8)Maand-, kwartaal- of jaarforfaits revalidatie moeten aangerekend worden aan de mutualiteit waarbij de patiënt aangesloten was op de datum vermeld in deze zone.

De prestatiecodes 0762156 en 0762171 (experiment revalidatie nabehandeling; art. 3, § 2 van de Nationale Overeenkomst) dienen dag per dag te worden geregistreerd.

(☞21)Bedrag per opname (0768003, 0793203): opnamedatum of datum van opname in de 1^{ste} dienst die in aanmerking komt voor aanrekening van het bedrag per opname

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Controle : geldige datum

Ingeval meerdere records met verblijfskosten (dus enkel in geval van facturatie van ligdagen of forfaitaire dagvergoeding) elkaar opvolgen, bijvoorbeeld in geval van verandering van terugbetalingstarief, van kamer of van dienst, dan moet de begindatum van de 2de periode gelijk zijn aan de datum die volgt op de einddatum van de eerste periode.

Van deze regel kan worden afgeweken ingeval van verpleegdagen voor pasgeborene met verblijf in dienst NIC (N) 270 of in dienst N* (n) 190.

Voorbeeld : pasgeborene	dag 1	:	geboorte
	dag 2 en 3	:	naar dienst 270 NIC opmaak 721 facturatie verpleegdag 0768025
	dag 4 en 5 en 6	:	terug bij moeder geen verpleegdagen
	dag 7	:	moeder naar huis, kind in 190 N* facturatie verpleegdagen 0790020

Ingeval van verandering van dienst, vermeldt men in deze zone de datum van de verandering, indien de transfert plaats heeft vóór 12 uur of de datum die volgt op de datum van verandering van dienst indien de transfert plaats heeft vanaf 12 uur.

RUBRIEK : 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, nierdialyse in ziekenhuis (ambulante code), forfaitaire dagprijs psychiatrie, revalidatie (intern en extern),
(☞ 4,5) forfait groep 1, 2, 3, 4, 5, 6 of 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3 of andere ambulante prestaties.
- * Ingeval van forfaitaire verpleegdagen en chirurgisch dagziekenhuis voor elders verblijvenden (gehospitaliseerde code), moet de dienst van verblijf 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 opnemings 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

Voorbeeld 4

Opname in dienst D (220) op 22/9 om 16u; transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 220

Facturatie bedrag per dag (0768025) (1^{ste} factureerbare dag = 23/9)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 5

Opname in Sp-dienst (610) op 22/9 om 16u, transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025) (1^{ste} factureerbare dag = 23/9)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Voorbeeld 6

Opname in Sp-dienst (610) op 22/9 om 8u, transfert naar dienst C (210) op 23/9 om 9u

Facturatie bedrag per dag (0768106):

Z 5 (datum) = 22/9

Z 13 (dienstcode) = 610

Facturatie bedrag per opname (0768003):

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

Facturatie bedrag per dag (0768025)

Z 5 (datum) = 23/9

Z 13 (dienstcode) = 210

RUBRIEK : PLAATS VAN VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 56

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 10 zone 14.

Ingeval van forfaitaire verpleegdag nierdialyse (zowel ambulante als gehospitaliseerde code), hemodialyse thuis, peritoneale dialyse thuis of dialyse in een collectief centrum moet hier het identificatienummer van het dialysecentrum worden vermeld.

- (☞ 6) - indien het gaat om een forfaitaire verpleegdag nierdialyse = nummer van het ziekenhuis + 561 of 562;
- indien het gaat om een forfait voor hemodialyse thuis = nummer van het ziekenhuis + 563;
 - indien het gaat om een forfait voor peritoneale dialyse thuis = nummer van het ziekenhuis + 564;
 - indien het gaat om een forfait voor collectieve autodialyse = nummer van het ziekenhuis + 565 tot en met 569.

De vermelding van het nummer dialysecentrum is prioritair op de andere identificatienummers.

Ingeval van forfaitaire verpleegdagen in een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis van verblijf moet hier het identificatienummer van het ziekenhuis van prestatie worden vermeld, met uitzondering van de forfaitaire verpleegdag nierdialyse waarvoor het nummer van het dialysecentrum moet worden vermeld.

Ingeval een revalidatieverstreking (factuur type 5 of 6) gefactureerd wordt door het ziekenhuis dat de overeenkomst heeft afgesloten komt in deze zone het nummer van het ziekenhuis.

Wordt de factuur opgemaakt onder het identificatienummer van de overeenkomst dan komt in deze zone het nummer van de overeenkomst.

Voor de facturen opgemaakt door RVT, ROB, PVT en BW wordt het identificatienummer van deze instellingen hier opgenomen.

Voor facturen opgemaakt door een ziekenhuis voor patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW komt hier het nummer van het ziekenhuis.

RUBRIEK : NORM VERSTREKKING

BESCHRIJVING :

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N – 9

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

	<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
(☞21)	0	In alle andere gevallen die niet bedoeld zijn onder waarde 1, 2 of 9.
	1	In geval van facturering van geneesmiddelen van categorie B, Bg of Br, afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden buiten het toepassingsgebied van de forfaitarisering (R 40 Z 4 = 0750746 0750864, 0753745, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046), waarbij het theoretisch persoonlijk aandeel reeds eerder werd in mindering gebracht voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst (theoretisch persoonlijk aandeel = 0)
(☞21)	2	In geval van facturering van geneesmiddelen van categorie B, Bg of Br, afgeleverd aan gehospitaliseerde rechthebbenden buiten het toepassingsgebied van de forfaitarisering (R 40 Z 4 = 0750746 0750864, 0753745, 0755543, 0755742, 0756383, 0756405, 0756420, 0757002, 0757024, 0757046), waarbij het theoretisch persoonlijk aandeel reeds eerder gedeeltelijk in mindering gebracht werd voor dezelfde patiënt en binnen dezelfde dienst en dus groter is dan nul maar kleiner dan het verwachte bedrag.
	9	In geval van facturering van de specialiteit Inomax worden de eenheden boven de 96 (uren) in een aparte record vermeld met norm 9. Zone 19, zone 27, zone 30-31 en Z 39 zijn dan steeds gelijk aan nul.

(☞21) Zie uitgewerkte voorbeelden in bijlage 14.

RUBRIEK : PSEUDO-CODE CATEGORIE GENEESMIDDEL

BESCHRIJVING :

Met deze code wordt de vergoedingscategorie van het betrokken geneesmiddel of de aard van het forfait aangeduid.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

- De verschillende records van het type 40 met eenzelfde code in zone 4 dienen gegroepeerd te worden;
- de verschillende codes die in recordtype 40 zone 4 kunnen voorkomen, worden meegedeeld in vervolg 1, 2 en 3;
- ingeval een geneesmiddel tot meerdere vergoedingscategorieën kan behoren dan moet in deze zone die categorie worden vermeld die weerhouden werd voor de tarificatie.

Bijvoorbeeld :

- ingeval van perfusievloeistoffen en oplossingen voor blaasspoelingen die worden toegediend aan ter verpleging opgenomen patiënten moet categorie A worden vermeld;
- (☞ 6)◦ ingeval van geneesmiddelen afgeleverd aan ambulante zelfstandigen die geen vrije verzekering hebben moet categorie D worden vermeld (afleveringen vóór 1/1/2008).
- (☞ 8)◦ ingeval van perfusievloeistoffen van vergoedingscategorie B-181 tot B-186 verwerkt in parenterale voeding (terugbetaald aan 100% van de vergoedingsbasis) moet categorie A worden gebruikt.

RUBRIEK : DATUM EERSTE GEFACTUREERDE DAG

BESCHRIJVING :

- (☞1) - *in geval van forfait per opname voor geneesmiddelen die geforfaitariseerd zijn (pseudo-code 0756000) : datum van opname.*
Het gaat om de datum van opname in het ziekenhuis.
Het forfait voor geneesmiddelen (0756000) mag slechts 1 maal per verblijf aangerekend worden, namelijk op de datum van opname in het ziekenhuis.
- *voor de andere producten : begindatum van afleveringsperiode of datum van aflevering.*
- (☞ 21)- *in geval van verandering van dienst tijdens periode van aflevering : datum van verandering van dienst indien de dienstwijziging plaatsvindt vóór 12u of de datum volgend op de datum van verandering van dienst wanneer de dienstwijziging plaatsvindt na 12u (dit betekent dat de facturatie gesplitst moet worden in verschillende records).*
- (☞9) Ingeval van 0757293 of 0757315 is deze zone gelijk aan de datum van de realisatie van de laboactiviteit (zie bijlage A2 van het KB van 06/10/2008).
Ingeval van 0757330 is deze zone gelijk aan de datum van inductie van ovulatie (zie bijlage B2 van het KB van 06/10/2008).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

RUBRIEK : DATUM LAATSTE GEFACTUREERDE DAG

BESCHRIJVING :

- (☞1) - *in geval van forfait per opname voor geneesmiddelen die geforfaitariseerd zijn (pseudo-code 0756000) : datum van opname;*
- *voor de andere producten : einddatum van afleveringsperiode of datum van aflevering.*
- (☞21)- *in geval van verandering van dienst tijdens periode van aflevering : datum van verandering van dienst indien de dienstwijziging plaatsvond na 12u of de datum voorafgaand op de datum van verandering van dienst wanneer de dienstwijziging plaatsvond voor 12u (dit betekent dat de facturatie gesplitst moet worden in verschillende records).*
- (☞9) Ingeval van 0757293 of 0757315 is deze zone gelijk aan de datum van de realisatie van de laboactiviteit (zie bijlage A2 van het KB van 06/10/2008).
Ingeval van 0757330 is deze zone gelijk aan de datum van inductie van ovulatie (zie bijlage B2 van het KB van 06/10/2008).

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 25

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Opmerking : Er moet altijd een einddatum worden vermeld, ook als deze gelijk is aan de begindatum.

RUBRIEK : TEKEN + THEORETISCH PERSOONLIJK AANDEEL PATIENT

BESCHRIJVING :

Deze zone wordt gebruikt voor gehospitaliseerde patiënten, de ambulante afgeleverde geneesmiddelen aan patiënten die in PVT verblijven en de farmaceutische specialiteiten die verwerkt worden in een oplossing voor parenterale voeding.

Vermits het persoonlijk aandeel in deze gevallen een forfaitair bedrag is, gaat het hier om een theoretisch bedrag, dat niet aan de patiënt wordt gefactureerd.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 A + 9 N - 195

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

Zie recordtype 40 zone 19.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.2.

Vergoedbare geneesmiddelen

- (☞21) a) Aflevering aan gehospitaliseerde patiënten
- (☞1) Voor geneesmiddelen die buiten de forfaitarisering vallen, is dit bedrag het verschil tussen de "vergoedingsbasis" (waarvan sprake in art. 95, § 1 van het K.B. van 21 december 2001) en het bedrag dat door de ziekteverzekering wordt vergoed (R 40 Z 19).
- (☞21) Ingeval van referentiespecialiteiten mag het verschil tussen de prijs en de vergoedingsbasis dus niet opgenomen worden in deze zone.
Voor geneesmiddelen die binnen de forfaitarisering vallen, is deze zone gelijk aan nul.
- (☞21) b) (Ambulante) aflevering aan patiënten die in PVT verblijven
Het theoretisch persoonlijk aandeel is gelijk aan het verschil tussen de "prijs" (tarief *) en het bedrag dat door de ziekteverzekering wordt vergoed (R 40 Z 19).
Ingeval van referentiespecialiteiten moet het verschil tussen de prijs en de vergoedingsbasis dus ook opgenomen worden in deze zone.

Niet vergoedbare geneesmiddelen

- (☞ 4) In een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrisch verzorgingstehuis dekt het forfaitaire remgeld eveneens de niet vergoedbare geneesmiddelen. De volledige kostprijs van deze producten dient derhalve vermeld te worden als theoretisch persoonlijk aandeel.
-

RUBRIEK : NUMMER PRODUCT

BESCHRIJVING :

Hier komt de individuele code van het farmaceutisch product.

- (☞9) Deze zone moet steeds worden ingevuld, behalve indien het gaat om magistrale bereidingen afgeleverd aan ambulante patiënten, profylaxisforfaits*, het forfait per opname voor geneesmiddelen (0756000) en de forfaitaire tegemoetkomingen 0757293, 0757315 en 0757330. In dit geval dient de zone op nul te worden gezet.
-

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N – 205

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**1. Terugbetaalbare geneesmiddelen van categorie A, B, C, Cs en Cx.**

Zie bijlage bij het K.B. van 21 december 2001 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen.

Men gebruikt dezelfde codes voor de geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde patiënten (eenheden die voorafgegaan worden door een dubbele asterisk (**)) als voor de geneesmiddelen afgeleverd aan ambulante patiënten, patiënten die verblijven in R.V.T., R.O.B. en I.B.W. en patiënten waarvoor een forfaitaire verpleegdag mag worden aangerekend (eenheden die voorafgegaan worden door één asterisk (*)).

2. Niet terugbetaalbare geneesmiddelen en niet terugbetaalbare andere afleveringen.

Zie codificatie uitgegeven door A.P.B.; indien echter de RIZIV code bestaat dan moet deze worden gebruikt.

De niet-terugbetaalbare geneesmiddelen die afkomstig zijn uit het buitenland en waarvoor geen code bestaat in de publicatie van A.P.B. dienen vermeld te worden onder de pseudo-CNK-code 07799984.

De binnenlandse niet-terugbetaalbare geneesmiddelen waarvoor geen A.P.B. code bestaat moeten vermeld worden onder pseudo-CNK-code 07799992.

De niet terugbetaalbare afleveringen, andere dan geneesmiddelen specialiteiten, waarvoor geen A.P.B. code bestaat, moeten vermeld worden onder pseudo-CNK-code 07799976.

De chemotherapeutische medicatie die valt onder de ATC-code L01, waarvoor een maxi-forfait mag aangerekend worden en waarvoor geen CNK-code bestaat, moet vermeld worden onder de pseudo-CNK-code 07799984 of 07799992 naargelang het gaat om een binnenlands of buitenlands product.

Bij gebruik van de pseudo-CNK-codes 07799984, 07799992 en 07799976 dient de omschrijving van het betreffende product vermeld te worden in zone 42 tot 45.

Opmerking : Het gebruik van de pseudo-CNK-codes 07799984, 07799992 en 07799976 moet beperkt blijven tot maximum 1 % van de jaarlijkse omzet.

- (☞1) * afgeschaft voor verblijven vanaf 1/7/2006

(☞ 3,7)

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

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

(☞ 19) pseudocode 0960536-0960540.

(☞ 21)

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

(☞ 19,21)

- Voor notificatieplichtige implantaten zonder lijst van aangenomen producten en met een terugbetaling voor een geheel van materiaal, gebeurt de facturatie als volgt :
 - * het aantal opeenvolgende records (reeks) is gelijk aan het aantal gebruikte genotificeerde elementen + 1;
 - * de eerste record(s) (aantal gelijk aan aantal gebruikte genotificeerde elementen) moet(en) worden aangeduid met norm 9; de zones 19, 27 en 30-31 zijn steeds gelijk aan nul, de zone 55-56 bevat de notificatiecode van het gebruikte element;
 - * het laatste record van de reeks wordt aangeduid met norm 0; zone 19 bevat het bedrag van de tegemoetkoming; de zones 27, 30-31 en 55-56 zijn steeds gelijk aan nul;
 - * de inhoud van de zones 1, 4, 5, 6, 15, 16, 17-18, 20-21, 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 bedrag wordt gefactureerd;De verstrekkingen die op die manier moeten gefactureerd worden, zijn aangeduid met waarde "1" in het tabblad "Z 55-56" van de lijst implantaten. Een concreet voorbeeld is uitgewerkt in R 50 Z 4 V 22BIS en 22TER.

0 Alle andere toestanden...

Plaatsing van stents op verschillende dagen

§ 11ter van artikel 35 voorziet in : "Zij [de verstrekking 687875-687886] kan slechts eenmaal worden vergoed per opname."

Er bestaan dus twee mogelijkheden :

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

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

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

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

Vervolgens komt de record met de facturatie van de afleveringsmarge.

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

Zie ook voorbeeld in Zone 4 V 17.

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

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

Omschrijving	Nieuwe code	
	Ambulant	Gehosp.
1. Reiskosten van de geneesheren		
a) Gewone vergoeding voor specialisten in kinder-geneeskunde	0109911	-
b) Bijkomende vergoeding voor algemeen geneeskundigen in de plattelandstreken	0109955	-
c) Kilometervergoeding voor specialisten	0109970	-
2. Reiskosten van verpleegkundigen	0418913	-
(€ 4, 21)3. Art. 20, § 1, a) : Tegemoetkoming in de kosten van typering van potentiële donors in het buitenland met het oog op het vinden van een compatibele donor, evenals de kosten met betrekking tot de afname van deze hematopoïetische bloedstamcellen en de verzekering van de donor	0269872	0269883
Art. 20, § 1, a) : tegemoetkoming in de kosten voor het vervoer van een buitenlandse donor van hematopoïetische bloedstamcellen	0269894	0269905
Art. 14, m) 3de alinea : vervoer van in het buitenland afgenomen orgaan	0269916	0269920
4. Medische huizen :		
- forfait geneesheren	0109616	-
- forfait kinesitherapeuten	0509611	-
- forfait verpleegkundigen	0409614	-
5. Omscholing - Individuele revalidatie		
A) Omscholing		
- Onderzoek ter beroepskeuze - voorlichting	0771013	-
- Inschrijving voor de lessen en examens	0771035	-
- Kosten van verblijf	0771050	-
- Reiskosten	0771072	-
- Verzekering	0771094	-
- Materiaal en toerusting	0771116	-
B) Bijzonder solidariteitsfonds	0773194	0773205

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
C) Individuele revalidatie		
a) - Orthoptische behandeling	0771536	0771540
(☞) - Individuele revalidatiezitting door orthoptist, die minstens 60 minuten duurt	0771551	0771562
b) Toerusting (artikel 151 + nomenclatuur)		
- Spreektoestellen - elektronisch type	0771632	0771643
- Uitwendige orbito-oculaire prothese	0771654	0771665
- Optisch hulpmiddel voor slechtzienden	0771713	0771724
- Infusiepomp	0771735	
- Toebehoren voor het geheel	0771750	
- Door het College van Geneesheren-directeurs aangenomen revalidatieverstrekkings, bepaald in de artikelen 27, 29 en 31 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings, met uitzondering van artikel 29, § 12	0771772	0771783
c) Verstrekkings voor revalidatie van hartpatiënten		
- Individuele pluridisciplinaire revalidatiezitting met minimale duur van 30 minuten	-	0771201
- Collectieve pluridisciplinaire revalidatiezitting met minimale duur van 60 minuten	0771212	0771223
(☞) d) Diëtietiek- en podologieverstrekkings		
- individuele diëtistische evaluatie en/of interventie	0771131	-
- individueel podologisch onderzoek of behandeling	0771153	-
(☞21) e) Revalidatieverstrekkings naar aanleiding van de inwerkingtreding van de zorgtrajecten		
- Verstrekkings inzake diëtietiek en podologie		
diëtietiek	0794010	-
podologie	0794032	-
- Revalidatieverstrekkings		
opstarteducatie	0794054	-
opvolgeducatie	0794076	-
educatie bij problemen	0794091	-
- Materiaalverstrekkings voor patiënten die een zorgtrajectcontract hebben gesloten		
verbruiksmateriaal	0794113	-
duurzaam materiaal - eerste voorschrift	0794135	-
duurzaam materiaal - hernieuwingsvoorschrift	0794150	-
- Materiaalverstrekkings in het kader van het programma voor beperkte glycemiecontrole, voor patiënten die geen zorgtraject hebben gesloten		
verbruiksmateriaal	0794194	-
duurzaam materiaal – eerste voorschrift	0794216	-
duurzaam materiaal – hernieuwingsvoorschrift	0794231	-
- Gevalideerde bloeddrukmeter	0794172	-
D) Reiskosten		
- Individueel vervoermiddel	0771934	-
- Gemeenschappelijk vervoermiddel	0771956	-
- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan de handicap, naar een geconventioneerd revalidatiecentrum, georganiseerd door het revalidatiecentrum	0771971	0771982
- Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan de handicap, naar een geconventioneerd revalidatiecentrum, aangepast persoonlijk voertuig	0773150	-

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
(€ 4) Geïndividualiseerd vervoermiddel, aangepast aan de handicap (overeenkomsten "mobiliteitshulpmiddelen (7.90)) :		
- Voertuig van de inrichting of privé transporteur	0770394	0770405
- Aangepast voertuig van de rechthebbende	0770416	0770420
(€ 4) 5bis. Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomst 9.50		
- multidisciplinaire revalidatie 60 minuten	0776156	0776160
- multidisciplinaire revalidatie 120 minuten	0776171	0776182
(€ 7) Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomst 9.51		
- multidisciplinaire revalidatie 60 minuten	0776473	0776484
- multidisciplinaire revalidatie 120 minuten	0776495	0776506
(€ 8) Deze prestaties kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en dienen derhalve onder het factuurtype 5 of 6 (R 20 Z 10) en de dienstcode 770 (R 50 Z 13) gefactureerd te worden.		
(€ 12) 5ter. Participatiehonoraria in het kader van de overeenkomst met de referentiecentra voor chronische pijn		
- participatiehonorarium huisarts	0783414	0783425
- participatiehonorarium geneesheer-specialist	0783436	0783440
Deze prestaties kaderen binnen een revalidatie-overeenkomst en dienen derhalve onder het factuurtype 5 of 6 (R 20 Z 10) en de dienstcode 770 (R 50 Z 13) gefactureerd te worden.		
6. a) Desinfecterende baden bij brandwonden :		
- Globaal	-	0754526
- Geïsoleerde brandwonde op één der 4 ledematen	-	0754541
b) Parenterale voeding ten huize van de patiënt		
(€ 4) Zakken "op maat" voor volwassenen	0751354	-
(€ 4) Zakken "op maat" voor kinderen	0751376	-
(€ 4) Industriële pre-mengsels	0751391	-
(€ 4) Zakken "perdialyse"	0751413	-
c) Steriele insulinespuiten	0754736	-
d) Enterale voeding die ten huize van de patiënt via sonde wordt toegediend		
(€ 4) - Toediening van een polymeer product	0751251	-
(€ 4) - Toediening van een semi-elementair product	0751273	-
(€ 4) - Toediening van materiaal zonder pomp	0751295	-
(€ 4) - Toediening van materiaal met pomp	0751310	-
(€ 4) - Toediening pomp	0751332	-
e) Haarprothese in geval van kaalhoofdigheid door		
- radiotherapie en/of antimitotische chemotherapie	0755414	0755425
- alopecia areata	0755436	0755440
(€ 9) - cicatriciële alopecia van fysisch-chemische, traumatische of inflammatoire oorsprong	0755451	0755462
(€ 9) - cicatriciële alopecia van radiotherapeutische oorsprong	0754154	0754165
(€ 13) f) Overeenkomsten art. 56		
- behandeling kinderen met ernstige afkeer van orale voeding	0751472	-
- opleiding en opvolging parenterale voeding thuis		
- kinderen van 0 tot en met 17 jaar	0751435	-
- andere rechthebbenden	0751450	-
7. Forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties	-	0700000
8. a) Artikel 35, categorie 5 :		
• Neurostimulator en toebehoren ingeplant voor de behandeling van onregelmatige bewegingen :		

Omschrijving	Pseudo-nomenclatuurcode	
	Ambulant	Gehosp.
(☞ 4) - ingeplante neurostimulator	0698552	0698563
(☞ 4) - ingeplante neurostimulator – Vervanging	0698574	0698585
(☞ 4) - ingeplante elektrode (per stuk)	0698596	0698600
(☞ 4) - ingeplante elektrode – Vervanging (per stuk)	0698611	0698622
(☞ 4) - elektrode in geval van negatieve proefstimulatie (per stuk)	0698633	0698644
(☞ 4) - extensie	0698655	0698666
(☞ 4) - extensie – Vervanging (per stuk)	0698670	0698681
(☞ 4) - programmer	0698692	0698703
(☞ 14) - Ingeplante heroplaadbare neurostimulator	0698876	0698880
(☞ 14) - Ingeplante heroplaadbare neurostimulator - Vervanging	0698891	0698902
• Materiaal voor ventrikelondersteuning (kunsthart) gebruikt in geval van bridge-to-transplant	0684714	0684725
• Nervusvagusstimulator:		
- Stimulator	0684810	0684821
- Elektrode en toebehoren	0684832	0684843
• Neurostimulator bij chronische kritieke niet opereerbare ischemie van de onderste ledematen :		
- voor de neurostimulator	0686232	0686243
- voor de elektrode	0686254	0686265
- voor de extensie	0686254	0686265
- voor de elektrode bij negatieve proefstimulatie	0686276	0686280
- Neurostimulator – Hernieuwing in geval van end of life	0688251	0688262
- Neurostimulator – Hernieuwing in geval van infectie	0688273	0688284
- Elektroden en toebehoren – Hernieuwing in geval van end of life	0688295	0688306
- Elektroden en toebehoren – Hernieuwing in geval van infectie	0688310	0688321
(☞ 7) • Neurostimulator bij dysfunctie van de lage urinewegen (*):		
(☞) - elektrode in geval van negatieve proefstimulatie	0686792	0686803
- voor de neurostimulator	0686814	0686825
- voor de elektrode	0686836	0686840
- voor de extensie	0686851	0686862
- voor de programmer	0686873	0686884
(☞) - geïmplanteerde neurostimulator – vervanging	0689931	0689942
(☞) - geïmplanteerde elektrode – vervanging	0689953	0689964
(☞) - extensie – vervanging	0689975	0689986

(☞ 7) (*) Deze pseudo-codes zijn geschrapt vanaf 1/11/2007 en werden vervangen door nomenclatuurcodes in art. 35, §1, E, categorie 1.

Kinesitherapie

De kinesitherapieverstrekkingen verricht in geconventioneerde revalidatiecentra, verleend bij rechthebbenden lijdend aan één van de aandoeningen, bedoeld in artikel 7, 3° alinea, c), van het koninklijk besluit van 23 maart 1982, moeten worden geattesteerd vanaf 1/5/1999 onder de codes voorzien in artikel 7, § 1, 2°, V van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen,

met uitzondering van de gevallen waar de rechthebbenden zich in een van de volgende situaties bevinden:

in artikel 7, § 12 → gebruik van de codes voorzien in artikel 7, § 1, 3°

in artikel 7, § 13 → gebruik van de codes voorzien in artikel 7, § 1, 4°

van de bovenvermelde nomenclatuur.

In vitro fertilisatie

Vanaf 1 juli 2003 wordt het geheel aan laboratoriumactiviteiten vereist voor de inseminatie bij middel van IVF/ICSI van eicellen geregistreerd onder volgende pseudo-nomenclatuurcodes :

1° cyclus	0559812	0559823
2° cyclus	0559834	0559845
3° cyclus en volgende	0559856	0559860

Het betreft enkel een vermelding van het aantal gevallen, alle bedragzones zijn gelijk aan nul.

(☞ 9) Het KB van 6/10/2008 (BS 14/10/2008) (geneesmiddelenforfaits MBV1, MBV2 en MBV3) heeft geen invloed op de teller van het aantal cycli. De teller loopt gewoon verder (en wordt dus niet op nul gezet op 1/1/2009).

(☞ 8) Forfaitair bedrag per half uur voor de tussenkomst van een Belgische MUG op Frans grondgebied in het kader van de Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer

0793553

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

Forfait voor de eerste 10 km	0784416	0784420
Tegemoetkoming vanaf 11 ^{de} t.e.m. 20 ^{ste} km	0784431	0784442
Tegemoetkoming vanaf de 21 ^{ste} km	0784453	0784464
Tegemoetkoming per paar elektroden	0784475	0784486

(☞ 9) Conventie leverdialyse

Detoxificatie-dialyse : eliminatie van wateroplosbare en eiwitgebonden toxines

0761972 0761983

(☞ 14) Hulp bij tabaksontwenning (KB 31/8/2009, BS 15/9/2009)

Eerste zitting	0740434	0740445
Volgende zittingen	0740456	0740460
Zittingen zwangere vrouwen	0740471	0740482

(☞ 5) Supplementen voor niet door Z.I.V.-vergoede producten, verstrekkingen of diensten.Medische en paramedische honoraria

0960035	0960046	Niet vergoedbare laboratoriumverstrekkingen
0960050	0960061	Niet vergoedbare <u>diagnostische</u> geneeskundige verstrekkingen
0960072	0960083	Niet vergoedbare <u>therapeutische</u> geneeskundige verstrekkingen

Implantaten

(☞ 18)0960234	0960245	Niet vergoedbare notificatieplichtige implantaten
(☞ 18)0960536	0960540	Niet vergoedbare niet-notificatieplichtige implantaten

(☞ 8) Diverse kosten in ziekenhuizen of PVT

0960492	0960503	Kamercomfort
0960190	0960201	Kosten voor begeleidende persoon
0960411	0960422	Eten en drinken
(☞ 8)0960433	0960444	Hygiëneproducten zonder APB-code
0960455	0960466	Andere producten/diensten die op verzoek van de patiënt worden geleverd
0960470	0960481	Ambulancekosten

(☞ 5) Diverse kosten in initiatieven voor Beschut Wonen

0960315	verblijfsvergoeding zoals vermeld in de verblijfsovereenkomst
0960330	eventuele kosten bovenop verblijfsvergoeding voorzien in verblijfsovereenkomst
0960352	bijkomende 'andere' kosten niet voorzien in de verblijfsovereenkomst

(☞ 19) Supplementen in ROB-RVT-CDV

0960551	Huisvestingskosten: éénpersoonskamer
0960573	Huisvestingskosten: tweepersoonskamer
0960595	Huisvestingskosten: gemeenschappelijke kamer
0960610	Huisvestingskosten in CDV
0960632	Huisvestingskosten: abonnement televisie
0960654	Huisvestingskosten: abonnement internet
0960676	Huisvestingskosten: kosten telefoon
0960691	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: verzorgingsmateriaal niet inbegrepen in forfait
0960713	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: incontinentiemateriaal
0960735	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: (para)farmaceutische producten
0960750	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: voedingssupplementen
0960772	Supplementen in relatie tot gezondheidszorgen: kortingen (<i>bedrag in negatief</i>)
0960794	Andere supplementen: was
0960816	Andere supplementen: pedicure
0960831	Andere supplementen: manicure
0960853	Andere supplementen: drank
0960875	Andere supplementen niet behorend tot vorige categorieën
0960890	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: taxi
0960912	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: ambulance
0960934	Transport in relatie tot gezondheidszorgen: vervoer woonplaats/CDV
(☞ 21) 0960956	Kosten dokter (<i>facultatieve vermelding</i>)
(☞ 21) 0960971	Kosten kine (<i>facultatieve vermelding</i>)
(☞ 21) 0960993	Kosten labo (<i>facultatieve vermelding</i>)
(☞ 21) 0960094	Kosten polikliniek (<i>facultatieve vermelding</i>)

(☞) Arbeidsongevallen Internationale Verdragen :

0961030	0961041	Niet vergoedbare klinische biologie
0961052	0961063	Niet vergoedbare diagnostische verstrekkingen
0961074	0961085	Niet vergoedbare therapeutische verstrekkingen
0961096	0961100	Niet vergoedbare verplaatsingen
(☞ 7) 0961214	0961225	Andere niet vergoedbare producten of diensten

Het gaat om oorspronkelijk niet-vergoedbare verstrekkingen die ten laste worden genomen door het buitenland.
Het bedrag wordt vermeld in Z 19.

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) 1, 2, 3, 4, 5, 6, en 7, forfait chronische pijn 1, 2 of 3 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) 0590310 en 0590332 : pseudo-dienstcode forfaitaire verpleegdag of dienstcode 320
- (☞ 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.
- * Prestaties tijdens forfaitaire verpleegdag (gehospitaliseerde code) = dienst van verblijf
- * 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.

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER**BESCHRIJVING :**

Het gaat om het identificatienummer van de verzorgingsverstrekker die de verstrekking werkelijk heeft verleend. Dat nummer moet op het getuigschrift van verzorging voorkomen. Wanneer de verstrekking collegiaal door verscheidene verstrekkers is verricht, moet het nummer van elke verstrekker op het getuigschrift worden vermeld, maar één enkele lukraak gekozen verstrekker wordt in die zone vermeld. In zone 16 wordt vermeld dat er "verscheidene verstrekkers" zijn geweest.

Deze regels zijn niet van toepassing voor de verpleegkundigen.

- (☞ 7) Uitzonderlijk moeten de medische huizen, in geval van facturatie van de codes 0102771 en 0102852, hun identificatienummer in deze zone vermelden.
- (☞ 20) Indien een verstrekker een nieuwe bekwaming verwerft in de loop van een maand (of kwartaal), dan moeten de prestaties verricht vóór de datum van verwerving van de nieuwe bekwaming gefactureerd worden met het oude riziv-nummer, de prestaties verricht vanaf deze datum met het nieuwe riziv-nummer.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68**WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :**

Dit nummer staat op het getuigschrift van verzorging.

Het identificatienummer van de verzorgingsverstrekkers is als volgt gestructureerd :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	posities in zone
0												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	posities in identificatienr
	Beroep	Volnummer					Check-digit		Bekwaming			

Het identificatienummer bestaat uit 11 posities en wordt altijd voorafgegaan door een nul in de eerste positie links van de zone 15

Dit nummer is terug te vinden in de jaarboeken van de verstrekkers.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen

0460784, 0591091, 0591102, 0591603, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0700000 : pseudo-nummer verstrekker 01.00001.06.999

(☞ 7) 0590166 tot 0590332: identificatienummer van de hoofdgeneesheer die verantwoordelijk is voor de wacht.

0592815 tot 0592874, 0592911 tot 0592970, 0593014 tot 0593073, 0593110 tot 0593176, 0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016 : nummer van de verstrekker (of één van de verstrekkers) van de biologieprestaties (resp. radiologieprestaties) van het betreffende voorschrift.

0460703, 0460821 : nummer van een radioloog van het ziekenhuis.

0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : nummer van de bandagist

(☞ 18) Tegemoetkoming in de aflevering van menselijk lichaamsmateriaal

(☞ 6,18) Identificatienummer van de geneesheer die verantwoordelijk is voor de bank van menselijk lichaamsmateriaal = coördinator van de bank van menselijk lichaamsmateriaal.

Supplementen uit art. 14 m) van de nomenclatuur in verband met transplantaties

(☞ 4) Bij vermelding van codes 0269872 tot 0269964 in zone 4, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

(☞ 5) Implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes

Nummer van de verstrekker van implantaten.

Gips, moedermelk en desinfecterende baden bij brandwonden en supplementen

Bij facturering van verbanden en andere gipsstoffen, moedermelk en de desinfecterende baden bij

(☞ 3) brandwonden en voor alle supplementen voor niet door ZIV vergoede producten of verstrekkingen dient deze zone op nul te worden gezet.

In vitro fertilisatie (0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 of 0559860)

Nummer van de verstrekker.

(☞ 13) Parenterale voeding (en aanverwante tegemoetkomingen in het kader van art. 56)

(☞ 13) Bij vermelding van de code 0751354, 0751376, 0751391, 0751413, 0751435, 0751450 of 0751472 in zone 4, is de inhoud van deze zone gelijk aan nul.

(☞ 3) Verstrekkingen R30-R60 in het kader van revalidatieovereenkomsten

(☞ 7) Voor de prestaties 0776156, 0776160, 0776171, 0776182, 0776473, 0776484, 0776495 en 0776506 dient deze zone op nul gezet te worden.

(☞ 12) Participatiehonoraria in het kader van de overeenkomst met de referentiecentra voor chronische pijn

Voor de prestaties 0783414, 0783425, 0783436 en 0783440 moet het nummer van de verstrekker (huisarts of geneesheer-specialist) steeds ingevuld worden.

(☞ 21) Reiskosten revalidatie (0771072 en verstrekkingen vermeld in punt D) in R 50 Z 4 V 2): de inhoud van deze zone is gelijk aan nul.

(☞ 9,20) Frans-Belgische overeenkomst inzake dringend ziekenvervoer en dringend ziekenvervoer in het kader van het KB van 26/4/2009 (BS 8/5/2009)

Ingeval van pseudo-code 0793553 of pseudo-codes 0784416 t.e.m. 0784486 moet deze zone 0 zijn.

(☞ 9) Detoxificatie-dialyse (0761972-0761983): nummer van de verstrekker

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

Identificatienummer van de verantwoordelijke geneesheer van de bloedinstelling.

(☞ 16) Opmerking : Voor Rode Kruis Vlaanderen is dit de "lokale" verantwoordelijke geneesheer.

(☞ 14) Hulp bij tabaksontwenning

Identificatienummer van de betreffende zorgverstrekker.

Indien de verstrekking verricht werd door een tabacoloog zonder RIZIV-nummer, dan moet de pseudo-identificatiecode 2.99999.22.999 in deze zone vermeld worden.

RUBRIEK : BEHANDELD LID

BESCHRIJVING :

- In deze zone moet door middel van een code worden aangeduid of de behandeling werd verricht op een linker of een rechter lidmaat.
- Deze zone moet voorlopig enkel worden gebruikt voor :
 - (☞ 9) - oftalmologische prestaties uit art. 14, h), §1, I, 6° van de nomenclatuur en oftalmologische prestaties voor de behandeling met lazer (art. 14, h), § 1, II, 3° van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen);
 - de radiografies van het osteoarticulair systeem (prestaties uit art. 17, § 1, 7° (codes 0455011 tot 0455265 en 0455814 tot 0455862) en uit art. 17ter, A, 7° (codes 0466012 tot 0466266 en 0466292 tot 0466340) van de nomenclatuur) te weten, de verstrekkingen waarvan, volgens de regels van de nomenclatuur, cumulregels bestaan, namelijk per zijde.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 177

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
1	Links
2	Rechts
0	Alle andere gevallen

RUBRIEK : GECONVENTIONEERDE VERSTREKKER

BESCHRIJVING :

In deze zone wordt door middel van een code aangeduid of de verstrekker vermeld in zone 15 al dan niet geconventioneerd is.

Het gebruik van deze zone is van toepassing voor alle zorgverstrekkers.

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 178

WIJZE VAN OPSTELLING of CODIFICATIETABEL :

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Geen conventie
1	Verstrekker geconventioneerd
2	Verstrekker deeltijds geconventioneerd
9	Verstrekker niet geconventioneerd

(☞21)Indien in zone 15 een pseudo-identificatienummer (02-99999-22-999 of 01-00001-06-999) vermeld wordt, dan is deze zone gelijk aan nul.