

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/2016

Brussel, 13 april 2016

Mevrouw,
Mijnheer,

**Betreft : Instructies met betrekking tot de facturatie via magnetische drager of via
elektronische weg – Uitgave 2013 – 22^{ste} bijwerking**

Gelieve hierbijgaand een exemplaar te vinden van de bijwerking 2013/22 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 2013
BIJWERKING 2013/22 – Publicatie 13-4-2016**



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

Dienst voor Geneeskundige Verzorging

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

BIJWERKING 2013/22

Te vervangen bladzijden :

- Blz. 2, 14;
- Overzicht van de bijlagen; bijlage 16.19, 16.20, 20.4, 20.4BIS, 20.5, 20.6
- R 20 Z 11, Z 11 V 1, Z 18, Z 24-25;
- R 50 Z 4 V 5, V 15, V 27, V 32, V 33, V 34, Z 12, Z 14 V 3, V 4, V 5, Z 16, Z 17-18, Z 26 V 1, V 8, Z 29, Z 30-31, Z 43;
- R 51 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 8a-8b, Z 15, Z 19, Z 27.

Toe te voegen bladzijden :

- bijlage 23.1, 23.2, 23.3, 23.4, 23.5, 23.6, 23.7;
- R 50 Z 4 V 15 BIS;

1. **E-fac tandartsen**, blz. 2, 14, overzicht van de bijlagen, bijlage 23.1, 23.2, 23.3, 23.4, 23.5, 23.6, 23.7, R 20 Z 18, Z 24-25, R 50 Z 12, Z 16, Z 26 V 1, Z 29, Z 30-31, R 51 Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 8a-8b, Z 15, Z 19, Z 27.

De factureringsinstructies worden aangepast in het kader van het project “e-fac tandartsen”.
Het gaat voornamelijk om tekstaanpassingen.
Daarnaast wordt de betekenis van de waarde 3 in R 50 Z 12 uitgebreid met “brugdag”.
Verder worden ook preciseringen aangebracht in de zone “behandelde tand” (R 50 Z 29) en in de zone “supplement” (R 50 Z 30-31).
De nieuwe bijlage 23 geeft een overzicht van de invulling van de zones van het facturatiebestand.

Toepassingsdatum : Prestaties verricht vanaf 1/12/2016.

2. **E-fac huisartsen - preciseringen**, bijlage 20.4, 20.4BIS, 20.5, 20.6.

Er wordt verduidelijkt dat bepaalde zones uit de recordtypes 51, 52, 80 en 90 gelijk moeten zijn aan de corresponderende zones in andere recordtypes.

3. **Verpleegkundigen – pseudo-codes betreffende verstrekking - correctie**, R 50 Z 4 V 27, V 32, V 33, V 34, Z 17-18.

De verwijzing naar de bijlage bij de Verordening (waarin de betekenis van de verschillende pseudo-codes is opgenomen) wordt gecorrigeerd. Het betreft bijlage 87 (in plaats van bijlage 85).

Toepassingsdatum : Prestaties verricht vanaf 1/4/2016.

4. **Verpleegkundigen – type facturering “5” - preciseringen**, R 20 Z 11, Z 11 V 1.

Er worden een aantal verduidelijkingen aangebracht bij het nieuwe type facturering “5” (correctiefactuur voor forfaits verpleegkundige zorgen wegens declassering na bezoek adviserend geneesheer).

Toepassingsdatum : Gefactureerde maand april 2016.

5. **Nucleaire geneeskunde**, R 50 Z 4 V 15, V 15 BIS, Z 26 V 8.

Er wordt een nieuwe pseudo-code 961236-961240 gecreëerd voor niet-vergoedbare radiofarmaceutische producten.

In R 50 Z 44-45 moet een omschrijving van het product vermeld worden.

De betreffende verstrekking, die verplicht moet ingevuld worden bij de verstrekkingen nucleaire geneeskunde in vivo, kan gelijk zijn aan deze nieuwe pseudo-code 961236-961240.

In R 50 Z 26 V 8 wordt een bijkomende mogelijkheid qua invulling van de zone “norm voorschrijver” voorzien, nl. gebruik van norm 3 indien de verstrekking door de geneesheer specialist in de nucleaire geneeskunde (of geneesheer-specialist met dubbele bekwaming) is voorgeschreven voor eigen patiënten (verstrekker = voorschrijver).

Toepassingsdatum : Gefactureerde maand april 2016 voor prestaties verricht vanaf 1/1/2016.

6. Implantaten, bijlage 16.19, 16.20, R 50 Z 4 V 5, Z 14 V 3, V 4, V 5, Z 43.

6.1 Schrapping akkoordverklaringen implanteerbare hartmonitor, disposable probe en robotchirurgie

De pseudo-codes 693910- 693921, 703496-703500 en 777114-777125 en bijhorende erkenningsnummers (respectievelijk nummer ziekenhuis + 153, +157, +150) werden geschrapt.

Ze zijn vervangen door verstrekkingen op “De Lijst”.

Voor de nieuwe verstrekkingen 172572-172583 (*Implanteerbare hartmonitor*) en 172594-172605 (*Disposable probe*) is een specifieke plaats van verstrekking vereist:

- voor 172572-172583: nummer ziekenhuis + 124 of 125
- voor 172594-172605: nummer ziekenhuis + 120

Toepassingsdatum : Prestaties verricht vanaf 1/3/2016.

6.2 Percutane herstelling van mitralisklepladen

Er wordt een nieuw erkenningsnummer “nummer ziekenhuis + 163” gecreëerd, dat als plaats van verstrekking moet vermeld worden bij de verstrekkingen 172491-172502 en 172513-172524.

Toepassingsdatum : Prestaties verricht vanaf 1/3/2016.

6.3 Radiofrequentie ablatie slokdarm

Er wordt een nieuw erkenningsnummer “nummer ziekenhuis + 164” gecreëerd, dat als plaats van verstrekking moet vermeld worden bij de verstrekkingen 172616-172620, 172631-172642 en 172653-172664.

Toepassingsdatum : Prestaties verricht vanaf 1/4/2016.

6.4 Correctie R 50 Z 43

Voor de verstrekking 680175 – 680186 is er geen nominatieve lijst en dient er dus geen identificatiecode vermeld te worden in Z 43 (en ook geen notificatiecode in Z 55-56).

Toepassingsdatum : Prestaties verricht vanaf 1/8/2014.

7. Uniek nummer toestel medische beeldvorming.

De toepassingsdatum van het KB tot uitvoering van art. 64 §1 van de Gvu-wet met betrekking tot het gebruik van zware medische apparatuur zal uitgesteld worden naar 1/6/2016.

De verplichte vermelding van het uniek toestelnummer (R 52 Z 18) zal dus pas in voege treden op 1/6/2016 (en niet op 1/4/2016, zoals vermeld in bijwerking 2013/20).

Voor prestaties verricht tot en met 31/5/2016 moet R 52 Z 18 verplicht gelijk zijn aan nul.

Toepassingsdatum : Prestaties verricht vanaf 1/6/2016.

8. Lijst “voorschrijver”

Geschrapte codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
693910	693921	Pseudo-codes		1/3/2016
703496	703500	Pseudo-codes		1/3/2016
777114	777125	Pseudo-codes		1/3/2016

9. Lijst “betrekkelijke verstrekking”

Toegevoegde codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
172594	172605	Pseudo-codes		1/3/2016
172675	172686	Pseudo-codes		1/3/2016

Geschrapte codes				
Van	tot	K.B.	B.S.	Toepassingsdatum
211326	211326	22/2/2016	29/2/2016	1/4/2016
214126	214126	22/2/2016	29/2/2016	1/4/2016
703496	703500	Pseudo-codes		1/3/2016
777114	777125	Pseudo-codes		1/3/2016

10. Lijst “foutcodes”

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

1. Algemene procedure.

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

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

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

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

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

Basisprincipe:

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

(☞3) Uitzonderingen:

(☞22) Voor de geneesheren en tandartsen (e-fac) wordt maximaal één facturatiebestand per dag per derdebetalersnummer aanvaard (uitzondering: VI300 aanvaardt twee facturatiebestanden per dag per derdebetalersnummer, één voor mutualiteit 306 en één voor de overige mutualiteiten).

Voor de ziekenhuizen worden ten hoogste 3 facturatiebestanden aanvaard per maand (per trimester voor psychiatrische ziekenhuizen), namelijk:

- een bestand voor de facturering van de verstrekkingen verricht aan gehospitaliseerde patiënten
- een bestand voor de facturering van de verstrekkingen verricht aan niet-gehospitaliseerde patiënten
- een bijkomend correctiebestand

Indien binnen het ziekenhuis een groepering van zorgenverstrekkers werkzaam is (medische raad) kan deze afzonderlijk factureren volgens de modaliteiten vastgelegd in de verordening van 28 juli 2003. Per verplegingsinrichting en per maand (per trimester voor psychiatrische ziekenhuizen) mogen dus MAXIMAAL 6 facturatiebestanden afgeleverd worden, namelijk:

- een bestand van de ziekenhuisbeheerder voor de facturatie van verstrekkingen verricht aan gehospitaliseerde patiënten
- een bestand van de ziekenhuisbeheerder voor de facturatie van verstrekkingen verricht aan niet-gehospitaliseerde patiënten
- een bijkomend correctiebestand van de ziekenhuisbeheerder
- een bestand van de groepering van verstrekkers voor de facturatie van verstrekkingen verricht aan gehospitaliseerde patiënten
- een bestand van de groepering van verstrekkers voor de facturatie van verstrekkingen verricht aan niet-gehospitaliseerde patiënten
- een bijkomend correctiebestand van de groepering van verstrekkers

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

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

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

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)
(☞ 12,16) (☞ 22)	VI100 Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= ziekenfonds van aansluiting (Z7) Uitzonderingen: Psychiatrische instellingen (andere dan 720): 100 Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 100 Ziekenhuizen 710/720, verpleegkundigen en laboratoria en huisartsen/tandartsen (e-fact) (REFAC): nummer UCP (zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen) (*)
(☞ 1,16)	VI200 Steeds gelijk aan "000"	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
(☞ 22)	VI300 Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= ziekenfonds van aansluiting (Z7) Uitzonderingen: • Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300 • Waalse ziekenfondsen – « gedeelde middelen » (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 • E-fac huisartsen – voor de waalse ziekenfondsen (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319 • E-fac tandartsen – voor de waalse ziekenfondsen (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 305 of 315 (nog te bepalen)
(☞ 11)	VI400 Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten	= 400 (**)
	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)

(*) 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.

(☞ 12) Deze wijziging is van toepassing voor de ziekenhuizen (710/720), de verpleegkundigen en de laboratoria. De instap van de ziekenhuizen in het project REFAC verliep progressief tussen 21/6/2010 en 31/12/2010. De instap van de verpleegkundigen in REFAC heeft plaatsgevonden op 01/02/2013 (ontvangstdatum van de zending). De laboratoria klinische biologie en anatomo-pathologie zijn ingestapt vanaf 01/05/2014 (ontvangstdatum van de zending). De huisartsen (eFact) vanaf 01/07/2015 (ontvangstdatum van de zending).

(☞ 16) 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.

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

Overzicht van de bijlagen

- Bijlage 1** : Lijst der adressen van de rekencentra waaraan de magnetische dragers moeten verstuurd worden.
- Bijlage 1.1** : Lijst van te contacteren personen bij de Landsbonden.
- Bijlage 2 A** : Verzendingsborderel voor magnetische dragers.
- Bijlage 2 B** : Staat voor facturatie van verstrekkingen in het systeem van de derdebetalende die niet voorkomen op een verpleegnota.
- Bijlage 3** : Tekening magnetische drager.
- Bijlage 4** : Extern etiket.
- Bijlage 5.1** : Beschrijving van de foutcodering.
- Bijlage 5.2** : Lay-out van de controlelijst.
- Bijlage 5.3** : Afrekeningsbestand.
- Bijlage 6** : Recordtekening.
- Bijlage 7** : Beschrijving van de zones.
- Bijlage 8** : Invulling van diverse zones in functie van de identiteit van de factureringsinstelling.
- Bijlage 9** : Gebruik van de zone "persoonlijk aandeel" en de zone "supplement".
- Bijlage 10** : Situatiemodel van de meest voorkomende transfers van borelingen.
- Bijlage 11** : Aflevering van facturatiegegevens via magnetische of elektronische drager van geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of BW. Toepassing van art. 6, § 16 van de Verordening van 28/07/2003.
- Bijlage 12** : Facturatie via magnetische drager door de medische huizen.
- Bijlage 13** : Facturatie via magnetische drager door psychiatrische verzorgingstehuizen.
- Bijlage 14** : Afrondingsregels voor geneesmiddelen.
- Bijlage 15** : Facturatie van parenterale voeding ten huize van de patiënt.
- Bijlage 16** : Structuur van de RIZIV-identificatienummers.
- Bijlage 17** : Forfaitarisering van geneesmiddelen in de ziekenhuizen.
- Bijlage 18** : Facturatie via magnetische drager door ROB/RVT/CDV.
- Bijlage 19** : Facturatie aan 100% in het kader van de MAF.
- (☞ 6) **Bijlage 20** : Elektronische facturatie door geneesheren (e-fac).
- (☞ 8) **Bijlage 21** : Facturatie van dringend ziekenvervoer.
- (☞ 14) **Bijlage 22** : Afrondingsregels voor verstrekkingen verricht door stagiairs aan 75%, heelkundige verstrekkingen aan 50% en operatieve hulp aan 10%.
- (☞ 22) **Bijlage 23** : Elektronische facturatie door tandartsen (e-fac).

- dienst Cardiale pathologie B	: 120
- dienst Cardiale pathologie B1	: 121
- dienst Cardiale pathologie B1 + B 2	: 127
- dienst Cardiale pathologie T	: 122
- dienst Cardiale pathologie C	: 123
- dienst Cardiale pathologie E + B3	: 124
- dienst Cardiale pathologie E zonder B3	: 125
- dienst Cardiale pathologie P	: 126
- eerste opvang van spoedgevallen	: 130
- gespecialiseerde spoedgevallenzorg	: 131
- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde A	: 140
- zorgprogramma voor reproductieve geneeskunde B	: 141
(☞ 22) - centrum voor robotchirurgie (tot en met 29/2/2016)	: 150
- centrum voor endoprothesen zonder erkenning cardiale pathologie B3	: 151
- centrum voor endoprothesen met erkenning cardiale pathologie B3	: 152
(☞ 22) - centrum “implanteerbare hartmonitor” (tot en met 29/2/2016)	: 153
(☞ 9) - centrum “percutaan implanteerbare klepstent in pulmonaal positie”	: 154
- expertisecentrum voor comapatiënten	: 155
- centrum “coronaire en drug eluting stent”	: 156
(☞ 22) - centrum “peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie” (tot en met 29/2/2016)	: 157
- centrum “neurostimulatoren en toebehoren obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)”	: 158
- centrum “gefenestreeerde en/of vertakte endoprothesen”	: 159
(☞ 5) - centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van bewegingsstoornissen”	: 160
(☞ 5) - centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van Parkinson en essentiële tremor”	: 161
(☞ 9) - centrum “percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie”	: 162
(☞ 22) - centrum “percutane herstelling van mitralisklepbladen”	: 163
(☞ 22) - centrum “radiofrequentie ablatie slokdarm”	: 164

Erkenning bank voor menselijk lichaamsmateriaal :

- pseudo-erkenningsnummer voor buitenlands menselijk lichaamsmateriaal van binnen de EU	: 200
- erkenning hartkleppen	: 210
- erkenning oftalmische weefsels	: 211
- erkenning huid	: 212
- erkenning locomotorisch stelsel	: 213
- erkenning tympano-ossiculaire weefsels	: 215
- erkenning bloedvaten	: 216
- erkenning ander menselijk lichaamsmateriaal voor celtherapieën	: 218
- erkenning keratinocyten	: 219
- erkenning amnionmembraan	: 220
- erkenning hematopoïetische stamcellen	: 221
- erkenning stamcellen uit navelstrengbloed	: 222
- erkenning reproductief en/of foetaal menselijk lichaamsmateriaal	: 223

Erkenning dialyseudiensten :

- dienst chronische hemodialyse	: 561
- pediatrische dienst voor chronische dialyse	: 562
- dienst voor thuisdialyse	: 563
- dienst voor ambulante peritoneale dialyse	: 564
- dienst voor collectieve autodialyse	: 565 t.e.m. 569

2. PVT, BW, Revalidatiecentra, CDV

In deze gevallen is de bevoegdheidscode = 000.

3. ROB, RVT

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

(☞1)

4. Laboratoria

- erkenning antropogenetica : 996
- erkenning anatomo-pathologie : 997
- erkenning klinische biologie : 998

5. Functionele Revalidatie

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

6. Medische Huizen

Het medisch huis werkt met een equipe van :

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

7. Erkende ambulancediensten

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

8. Multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging en palliatieve dagcentra.

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

9. Projecten van alternatieve en ondersteunende zorg voor kwetsbare ouderen.

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

(☞16)

10. Wachtposten

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

11. Nummers derdebetalende – groeperingen zorgverstrekkers

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

Recordtype 51 (Facultatief)		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 51	<i>Constante waarde 51</i>
Z 2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
(7) Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	<i>= R 50 Z 4</i>
Z 5	Datum van verstrekking	<i>= R 50 Z 5</i>
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>= R 20 Z 8a-8b</i>
Z 15	Identificatie verstrekker	<i>= R 50 Z 15</i>
Z 19	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	<i>= R 50 Z 19</i>
Z 27	Code gerechtigde 1 + 2	<i>= R 20 Z 27</i>
Z 42-45	Referentiegegevens netwerk	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 55	Datum mededeling informatie	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

Recordtype 52 (facultatief)		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
1	Recordtype 52	<i>Constante waarde 52</i>
2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	<i>= R 50 Z 4</i>
5	Datum van verstrekking	<i>= R 50 Z 5</i>
6 a	Datum van lezing identiteitsdocument	<i>Verplicht in te vullen</i>
6 b		
8 a	Identificatie rechthebbende	<i>= R 20 Z 8a-8b</i>
8 b		
9	Type van lezing identiteitsdocument	<i>Verplicht in te vullen</i>
10	Type van drager identiteitsdocument	<i>Verplicht in te vullen</i>
12	Uur van lezing identiteitsdocument	<i>Verplicht in te vullen</i>
13		
15	Identificatie verstrekker	<i>= R 50 Z 15</i>
16	Serienummer van de drager	<i>Verplicht in te vullen indien Z 10 = 1, 2, 3, 4, 5 of 6</i>
17	Nummer bewijsstuk	<i>Verplicht in te vullen</i>
18	Uniek nr. toestel medische beeldvorming	<i>Altijd 0</i>
99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

Recordtype 80		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 80	<i>Constante waarde 80</i>
Z 2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 4	Uur van opname	<i>Altijd 0</i>
Z 5	Datum van opname	<i>Altijd 0</i>
Z 6a-6b	Datum van ontslag	<i>Altijd 0</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	<i>= R 20 Z 7</i>
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>= R 20 Z 8a-8b</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	<i>= R 20 Z 9</i>
Z 10	Type factuur	<i>= R 20 Z 10</i>
Z 13	Dienst 721 bis	<i>= R 20 Z 13</i>
Z 14	Nummer facturerende instelling	<i>= R 20 Z 14</i>
Z 15	Teken + bedrag financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 17	Reden behandeling	<i>= R 20 Z 17</i>
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	<i>= R 20 Z 18</i>
Z 19	Teken + bedrag financieel rekeningnummer A	<i>Totaal bedrag van de tegemoetkoming voor de betreffende patiënt</i>
Z 20-21	Factuurdatum	<i>Altijd 0</i>
Z 22	Uur van ontslag	<i>Altijd 0</i>
Z 24-25	Nummer individuele factuur	<i>= R 20 Z 24-25</i>
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	<i>Totaal persoonlijk aandeel voor de betreffende patiënt</i>
Z 28	Referentie instelling	<i>= R 20 Z 28</i>
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	<i>Totaal supplement voor de betreffende patiënt</i>
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	<i>= R 20 Z 32</i>
Z 38	Teken + voorschot financieel rekeningnummer A	<i>Altijd 0</i>
Z 98	Controlecijfer van de factuur	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

Recordtype 90		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 90	<i>Constante waarde 90</i>
Z 2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	<i>Altijd 0</i>
Z 7	Zendingsnummer	<i>= R 10 Z 7</i>
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 14	Nummer derdebetalende	<i>R 10 Z 14</i>
Z 15	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 19	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A	<i>Totaal bedrag van de tegemoetkoming voor alle patiënten</i>
Z 22	Gefactureerd jaar	<i>= R 10 Z 22</i>
Z 23	Gefactureerde maand	<i>= R 10 Z 23</i>
(7) Z 27	KBO-nummer	<i>= R 10 Z 27</i>
Z 28	Referentie instelling	<i>= R 10 Z 28</i>
Z 31-34	BIC financiële rekening A	<i>= R 10 Z 31-34</i>
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	<i>= R 10 Z 36-41</i>
Z 43a	BIC financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 98	Controlecijfer van de zending	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

ELEKTRONISCHE FACTURATIE DOOR TANDARTSEN (e-fac)

Recordtype 10		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 10	<i>Constante waarde 10</i>
Z 2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 3	Aantal financiële rekeningnummers (indexcode)	<i>Constante waarde 0 (slechts één rekeningnummer toegestaan)</i>
Z 4	Versie bestand	<i>Constante waarde 0001999 Voor testen: 9991999</i>
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	<i>Altijd 0</i>
Z 7	Zendingsnummer	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 9	Code "aanschaffing papieren factuur"	<i>Altijd 0</i>
Z 10	Code afrekeningsbestand	<i>Waarde 0</i>
Z 13	Inhoud facturatie	<i>Altijd waarde "040"</i>
Z 14	Nummer derdebetalende	<i>RIZIV-nummer facturerende derde</i>
Z 15	Nummer accreditering NIC	<i>Altijd 0</i>
Z 22	Gefactureerd jaar	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 23	Gefactureerde maand	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 25-26	Datum van opstelling	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 27	KBO-nummer	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 28	Referentie instelling	<i>Facultatief</i>
Z 31-34	BIC financiële rekening A	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 43a	BIC financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

Recordtype 20		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 20	Constante waarde 20
Z 2	Volgnummer record	Verplicht in te vullen
Z 3	Toestemming derdebetalende	0 of 1
Z 4	Uur van opname	Altijd 0
Z 5	Datum van opname	Altijd 0
Z 6a-6b	Datum van ontslag	Altijd 0
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	Verplicht in te vullen
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	INSZ, behalve ingeval van internationale verdragen of pasgeborenen
Z 9	Geslacht rechthebbende	Verplicht in te vullen
Z 10	Type factuur	3(ambulante patiënt) of 1 (gehospitaliseerde patiënt)
Z 11	Type facturering	Normale waarde = 0; kan eventueel ook 1, 3 of 4 zijn
Z 13	Dienst 721 bis	000 (indien Z 10 = 3) of 002 (indien Z 10 = 1)
Z 14	Nummer facturerende instelling	RIZIV-nummer facturerende derde (= R10 Z14)
Z 15	Stamnummer van de (verplegings-) inrichting (of revalidatiecentrum) waar de rechthebbende opgenomen is (verblijft)	0 (indien Z 10 = 3) of identificatienummer van de verpleeginrichting (indien Z 10 = 1)
Z 16	Code stuiten verjaringstermijn	0 of 1
Z 17	Reden behandeling	Verplicht in te vullen
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	Verplicht in te vullen
Z 19	Nummer opname	Altijd 0
Z 20-21	Datum akkoord revalidatiebehandeling	Altijd 0
Z 22	Uur van ontslag	Altijd 0
Z 24-25	Nummer individuele factuur	Eigen gestructureerd volgnummer (niet het nummer van het getuigschrift)
Z 26	Toepassing sociale franchise	Altijd 0
Z 27	Code gerechtigde 1 + 2	Verplicht in te vullen
Z 28	Referentie instelling	Facultatief
Z 29-31	Nummer vorige factuur	Enkel indien Z 11 ≠ 0
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	Altijd 1, behalve ingeval van internationale verdragen of pasgeborenen
Z 34-36	Nummer vorige zending	Enkel indien Z 11 ≠ 0
Z 37	Nummer ziekenfonds vorige facturering	Enkel indien Z 11 ≠ 0
Z 38-39	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer A	Enkel indien Z 11 = 1, anders blanco
Z 41	Vorig gefactureerd jaar en maand	Enkel indien Z 11 ≠ 0
Z 42-45	Referentiegegevens netwerk	Altijd 0
Z 47	Datum van facturering	Facultatief
Z 49-51	Referentie ziekenfonds financieel rekeningnummer B	Altijd opgevuld met blanco's
Z 53	Begindatum periode verzekeraarbaarheid	Altijd 0
Z 54	Einddatum periode verzekeraarbaarheid	Altijd 0
Z 55	Datum mededeling informatie	Altijd 0
Z 56	MAF lopend jaar	Altijd 0
Z 57	MAF lopend jaar -1	Altijd 0
Z 58	MAF lopend jaar -2	Altijd 0
Z 99	Controlecijfer van het record	Verplicht in te vullen

Recordtype 50		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 50	<i>Constante waarde 50</i>
Z 2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 3	Norm verstrekking	<i>Waarde 0 of 5 (waarde 5 enkel mogelijk voor verstrekkingen van art.14, l)</i>
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 5	Datum eerste verrichte verstrekking	<i>Datum van prestatie</i>
Z 6a-6b	Datum laatste verrichte verstrekking	<i>Datum van prestatie (=R 50 Z 5)</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>Idem R 20 Z 8a-8b</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	<i>Idem R 20 Z 9</i>
Z 10	Bevalling	<i>Altijd 0</i>
Z 11	Verwijzing financieel rekeningnummer	<i>Altijd 0</i>
Z 12	Nacht, weekeinde, feestdag	<i>Waarde 0, 1, 2 of 3</i>
Z 13	Dienstcode	<i>990 (indien R20 Z10 = 3 of 002 (indien R20 Z10 = 1)</i>
Z 14	Plaats van verstrekking	<i>Meestal 0, maar kan ook identificatienummer instelling zijn (ziekenhuis, ...) (zie beschrijving zone)</i>
Z 15	Identificatie verstrekker	<i>RIZIV-nummer van de verstrekker</i>
Z 16	Norm verstrekker	<i>Altijd 1</i>
Z 17-18	Betrekkelijke verstrekking	<i>Zie lijst "betrekkelijke verstrekking"</i>
Z 19	Verzekeringstegemoetkoming	<i>Bedrag van de tegemoetkoming</i>
Z 20-21	Datum voorschrift	<i>Verplicht in te vullen indien Z 24-25 ≠ 0</i>
Z 22	Aantal eenheden	<i>Altijd 1</i>
Z 23	Aantal coupes	<i>Altijd 0</i>
Z 24-25	Identificatie voorschrijver	<i>Meestal 0, behalve voor radiografieën vermeld op de lijst « voorschrijver » waarbij voorschrijver ≠ verstrekker</i>
Z 26	Norm voorschrijver	<ul style="list-style-type: none"> • Radiografieën vermeld op lijst « voorschrijver » : <ul style="list-style-type: none"> ○ 1(of 9) indien voorschrijver ≠ verstrekker ○ 3 indien voorschrijver = verstrekker • Andere prestaties : 0
Z 27	Persoonlijk aandeel patiënt	<i>Aangerekend reglementair persoonlijk aandeel</i>
Z 28	Referentie instelling	<i>Facultatief</i>
Z 29	Behandelde tand	<i>In te vullen in functie van de nomenclatuur: zie tarieven RIZIV: prestaties aangeduid met "NR/N°"</i>
Z 30-31	Supplement	<i>Bedrag dat eventueel bovenop het reglementair persoonlijk aandeel wordt aangerekend aan de patiënt. Ingeval van mechanische verankering bij conserverende zorg: totaal aangerekend bedrag.</i>
Z 32	Uitzondering derdebetalersregeling	<i>Waarde 0, 1, 3, 5, 6, 7, 8 of P</i>
Z 33	Code facturering pers.aandeel of suppl.	<i>Waarde 0, 1 of 2</i>
Z 34	Behandeld lid	<i>Altijd 0</i>
Z 35	Geconventioneerde verstrekker	<i>Waarde 1, 2 of 9</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 implant	<i>Altijd 0</i>
Z 44-45	Omschrijving product	<i>Altijd blanco</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	Identificatienr. bijkomende verstrekker	<i>Altijd 0</i>
Z 51	Ziekenhuissite	<i>Altijd 0</i>
Z 52	Identificatie associatie zorggebied	<i>Altijd 0</i>
53-54a	Ritnummer	<i>Altijd 0</i>
55-56	Notificatiecode implantaat	<i>Altijd 0</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

Recordtype 51 (facultatief)		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 51	<i>Constante waarde 51</i>
Z 2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	<i>= R 50 Z 4</i>
Z 5	Datum van verstrekking	<i>= R 50 Z 5</i>
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>= R 20 Z 8a-8b</i>
Z 15	Identificatie verstrekker	<i>= R 50 Z 15</i>
Z 19	Teken + bedrag verzekeringstegemoetkoming	<i>= R 50 Z 19</i>
Z 27	Code gerechtigde 1 + 2	<i>= R 20 Z 27</i>
Z 42-45	Referentiegegevens netwerk	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 55	Datum mededeling informatie	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

Recordtype 52 (facultatief)		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
1	Recordtype 52	<i>Constante waarde 52</i>
2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
4	(Pseudo-)nomenclatuurcode	<i>= R 50 Z 4</i>
5	Datum van verstrekking	<i>= R 50 Z 5</i>
6 a	Datum van lezing identiteitsdocument	<i>Verplicht in te vullen</i>
6 b		
8 a	Identificatie rechthebbende	<i>= R 20 Z 8a-8b</i>
8 b		
9	Type van lezing identiteitsdocument	<i>Verplicht in te vullen</i>
10	Type van drager identiteitsdocument	<i>Verplicht in te vullen</i>
12	Uur van lezing identiteitsdocument	<i>Verplicht in te vullen</i>
13		
15	Identificatie verstrekker	<i>= R 50 Z 15</i>
16	Serienummer van de drager	<i>Verplicht in te vullen indien Z 10 = 1, 2, 3, 4, 5 of 6</i>
17	Nummer bewijsstuk	<i>Verplicht in te vullen</i>
18	Uniek nr. toestel medische beeldvorming	<i>Altijd 0</i>
99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

Recordtype 80		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 80	<i>Constante waarde 80</i>
Z 2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 4	Uur van opname	<i>Altijd 0</i>
Z 5	Datum van opname	<i>Altijd 0</i>
Z 6a-6b	Datum van ontslag	<i>Altijd 0</i>
Z 7	Nummer ziekenfonds van aansluiting	<i>= R 20 Z 7</i>
Z 8a-8b	Identificatie rechthebbende	<i>= R 20 Z 8a-8b</i>
Z 9	Geslacht rechthebbende	<i>= R 20 Z 9</i>
Z 10	Type factuur	<i>= R 20 Z 10</i>
Z 13	Dienst 721 bis	<i>= R 20 Z 13</i>
Z 14	Nummer facturerende instelling	<i>= R 20 Z 14</i>
Z 15	Teken + bedrag financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 17	Reden behandeling	<i>= R 20 Z 17</i>
Z 18	Nummer ziekenfonds van bestemming	<i>= R 20 Z 18</i>
Z 19	Teken + bedrag financieel rekeningnummer A	<i>Totaal bedrag van de tegemoetkoming voor de betreffende patiënt</i>
Z 20-21	Factuurdatum	<i>Altijd 0</i>
Z 22	Uur van ontslag	<i>Altijd 0</i>
Z 24-25	Nummer individuele factuur	<i>= R 20 Z 24-25</i>
Z 27	Teken + persoonlijk aandeel patiënt	<i>Totaal persoonlijk aandeel voor de betreffende patiënt</i>
Z 28	Referentie instelling	<i>= R 20 Z 28</i>
Z 30-31	Teken + bedrag supplement	<i>Totaal supplement voor de betreffende patiënt</i>
Z 32	Flag identificatie rechthebbende	<i>= R 20 Z 32</i>
Z 38	Teken + voorschot financieel rekeningnummer A	<i>Altijd 0</i>
Z 98	Controlecijfer van de factuur	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

Recordtype 90		
Zone	Omschrijving	Commentaar betreffende inhoud
Z 1	Recordtype 90	<i>Constante waarde 90</i>
Z 2	Volgnummer record	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 5-6a	Financieel rekeningnummer A	<i>Altijd 0</i>
Z 7	Zendingsnummer	<i>= R 10 Z 7</i>
Z 8a	Financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 14	Nummer derdebetalende	<i>R 10 Z 14</i>
Z 15	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer B	<i>Altijd 0</i>
Z 19	Teken + totaal bedrag financieel rekeningnummer A	<i>Totaal bedrag van de tegemoetkoming voor alle patiënten</i>
Z 22	Gefactureerd jaar	<i>= R 10 Z 22</i>
Z 23	Gefactureerde maand	<i>= R 10 Z 23</i>
Z 27	KBO-nummer	<i>= R 10 Z 27</i>
Z 28	Referentie instelling	<i>= R 10 Z 28</i>
Z 31-34	BIC financiële rekening A	<i>= R 10 Z 31-34</i>
Z 36-41	IBAN financiële rekening A	<i>= R 10 Z 36-41</i>
Z 43a	BIC financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 49-52	IBAN financiële rekening B	<i>Altijd opgevuld met blanco's</i>
Z 98	Controlecijfer van de zending	<i>Verplicht in te vullen</i>
Z 99	Controlecijfer van het record	<i>Verplicht in te vullen</i>

RUBRIEK : TYPE FACTURERING**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 51**

In deze zone wordt een aanduiding gegeven over de aard van de facturering.

Indien deze zone een waarde verschillend van 0 bevat, dan moeten de zones 29 tot 41 van recordtype 20 vervolledigd worden met de gegevens die verwijzen naar de voorafgaande factuur.

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Originele factuur
1	Herinbreng van verworpen of gedeeltelijk verworpen of gecrediteerde factuur
2	Complementaire factuur
3	Kredietnota (- waarden)
4	Correctiefactuur (+ en - waarden) in overleg met het ziekenfonds
(☞ 20) 5	Correctiefactuur (- en + waarden) voor forfaits verpleegkundige zorgen wegens declassering na bezoek adviserend geneesheer

Een originele factuur is een factuur die gekoppeld is aan een bepaalde verblijfs- of verzorgingsperiode.

Een verblijfs- of verzorgingsperiode kan gespreid zijn over 2 of meerdere partiële originele facturen.

Een partieel originele of complementaire factuur kan negatieve bedragen bevatten.

Een complementaire factuur is een factuur met verstrekkingen of andere kosten die betrekking hebben op een verblijfs- of verzorgingsperiode die reeds eerder werd gefactureerd.

Een kredietnota en een correctiefactuur worden ingediend op initiatief van de facturerende inrichting of verstrekker en annuleren of corrigeren een eerder ingediende factuur.

Zie ook punt c in bijlage 7 vervolg 1 (binnen eenzelfde record moeten de tekens gelijk zijn in alle zones).

Indien het gaat om een patiënt die elders wordt gehospitaliseerd dan moet hier voor een eerste facturering waarde "0" worden gebruikt (niet waarde "2").

Indien het gaat om een herindiening van een verworpen factuur bij een andere VI, dan is het een originele factuur.

(☞ 22) Precisering bij type facturering "5":

- Vermits een verzorgingsdag als "blok" beschouwd wordt, moeten alle records van de te regulariseren verzorgingsdagen in negatief en positief geplaatst worden, niet enkel de records met de forfaits en bijhorende statistische records.
- Volgorde van de records binnen de correctiefactuur: bij voorkeur alternerend (d.w.z. negatieve records dag 1, positieve records dag 1, negatieve records dag 2, positieve records dag 2, enz...). In elk geval moet de negatieve record steeds vóór de corresponderende positieve record staan.

- Het is het uitbetaalde bedrag (zoals vermeld in het afrekenbestand 920900) dat in negatief moet geplaatst worden. Dit bedrag is niet noodzakelijk gelijk aan het gevraagde bedrag.
- Dit type facturering wordt enkel gebruikt in het kader van een declassering door de adviserend geneesheer. Voor de eventuele andere correcties op initiatief van de verpleegkundige wordt een kredietnota (type facturering 3), gevolgd door een herinbreng (type facturering 1), gebruikt. De kredietnota en de herinbreng mogen zich op hetzelfde facturatiebestand bevinden, maar de kredietnota moet steeds voorafgaan aan de herinbreng.

Voorbeelden :

- Op een originele factuur R 20 Z 11 = 0 met factuurtype R 20 Z 10 = 1 komen revalidatieverstrekingen voor die met een aparte factuur moeten ingediend worden met als factuurtype R 20 Z 10 = 5. De mutualiteit verwerpt de revalidatieverstrekingen bij de manuele verbetering.
Het type facturering dat bij de herindiening moet aangewend worden is R 20 Z 11 = 1.
- Op een originele factuur R 20 Z 11 = 0 komen verstrekkingen voor die bij manuele verbetering door de mutualiteit verworpen worden (bv. omwille van attest niet bijgevoegd of foutieve prijs). Als de verstrekkingen terug aangeboden worden per magnetische drager moet de instelling als type facturering R 20 Z 11 = 1 aanwenden.
- Omwille van gebrek aan informatie factureert een instelling de verstrekkingen van een patiënt die in een andere instelling gehospitaliseerd is met type factuur R 20 Z 10 = 3 en R 20 Z 11 = 0. Deze factuur bekomt een verwerping door de mutualiteit.
Bij herindiening via magnetische drager zal R 20 Z 10 = 1 moeten zijn en type facturering R 20 Z 11 = 1.
- Een heilkundige ingreep wordt vermeld op de factuur en geeft aanleiding tot het profylaxieforfait Z. Op een volgende partiële factuur of op een complementaire factuur wordt dezelfde dag een 2de heilkundige ingreep vermeld, die aanleiding geeft tot het profylaxieforfait A1. Dan mag op deze partiële factuur of op de complementaire factuur het profylaxieforfait Z in min gefactureerd en het nieuwe profylaxieforfait A1 worden aangerekend. Het te gebruiken factuurtype is in dit geval 0 of 2, omdat het hier niet om een correctiefactuur gaat maar om een verbetering op een partiële originele of complementaire factuur.

Indien bij de herinvoering van verworpen prestaties een wijziging van de instructies werd doorgevoerd, tussen het moment van de oorspronkelijke indiening en de herindiening, dan is de formulering van de toepassingsdatum van de wijziging bepalend voor de regels waaraan de herindiening moet voldoen:

Ingeval de toepassingsdatum gekoppeld werd aan een prestatiedatum dan gebeurt de herindiening volgens de regels van de oorspronkelijke indiening;

Ingeval de toepassingsdatum gekoppeld werd aan een facturatedatum dan moet de herindiening gebeuren overeenkomstig de gewijzigde reglementering.

RUBRIEK : NUMMER ZIEKENFONDS VAN BESTEMMING**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 3 N – 85**

(☞ 12,16) (☞)	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, verpleegkundigen en laboratoria en huisartsen/tandartsen (e-fact) (REFAC): nummer UCP (zelfs voor psychiatrische en revalidatiebehandelingen)
(☞ 1,16)	VI200	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
(☞ 22)	VI300	= ziekenfonds van aansluiting (Z7) Uitzonderingen: <ul style="list-style-type: none"> • Bepaalde revalidatie-overeenkomsten: 300 • Waalse ziekenfondsen – « gedeelde middelen » (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 317 • E-fac huisartsen – voor de waalse ziekenfondsen (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 319 • E-fac tandartsen – voor de waalse ziekenfondsen (305, 315, 317, 319, 323, 325) = 305 of 315 (<i>nog te bepalen</i>)
(☞ 11)	VI400	= 400
	VI500	Ziekenfonds waarbij de rechthebbende is aangesloten
	VI600	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)
	VI900	= ziekenfonds van aansluiting (Z7)

RUBRIEK : NUMMER INDIVIDUELE FACTUUR

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 115

De mogelijkheid tot globale facturatie wordt afgeschaft, d.w.z. dat voortaan één individuele factuur moet worden opgemaakt per patiënt.

Op de magnetische drager moet één recordtype 20 en één recordtype 80 worden aangemaakt per patiënt; de tussenliggende prestatie records (type 30, 40 en/of 50) hebben allen betrekking op dezelfde patiënt.

In het papieren circuit correspondeert een individuele factuur met

- ofwel de individuele factuur van de verpleegnota;
- ofwel één of meerdere getuigschriften voor verstrekte hulp die allen betrekking hebben op dezelfde patiënt.
- ofwel de individuele kostennota (ingeval van facturering door PVT/IBW/ROB/RVT/CDV).

In deze zone worden de individuele facturen genummerd.

Dit nummer moet eveneens vermeld worden op de

- verzamelfactuur van de verpleegnota;
- ofwel op de verzamelstaat uit bijlage 2 B indien getuigschriften voor verstrekte hulp worden gebruikt.
- ofwel op de verzamelkostennota (ingeval van facturering door PVT/IBW/ROB/RVT/CDV).

Dit wil zeggen dat op de papieren verzamelfactuur (verpleegnota) of verzamelstaat (bijlage 2 B) of verzamelkostennota 1 lijn per patiënt moet worden afgedrukt met vermelding van de identificatiegegevens van de patiënt en de som van de bedragen van de individuele prestaties die ten laste komen van de VI (zie recordtype 80) en in geval van de verpleegnota eveneens de bedragen die ten laste komen van de patiënt.

Voor de correcte invulling moet de lay-out van de verzamelfactuur van de verpleegnota of van de verzamelstaat uit bijlage 2 B of van de verzamelkostennota worden gevolgd.

Het nummer moet enig zijn en verschillend van nul.

Voor de ziekenhuisinstellingen moet het nummer uniek zijn per facturatiejaar en verschillend van nul (met uitzondering van de opmerking). De nummering kan dus herbeginnen bij het begin van een nieuw facturatiejaar.

Het nummer van een getuigschrift voor verstrekte hulp (met weglating van de niet numerieke tekens) mag als factuurnummer gebruikt worden, maar het mag evengoed een eigen gestructureerd nummer zijn; in dit laatste geval moet het eigen nummer evenwel overgenomen worden op het/of de bijhorende getuigschrift(en).

(☞6,22) Ingeval van facturatie door (groeperingen van) artsen of tandartsen (“e-fact”) moet een eigen gestructureerd nummer gebruikt worden (niet het nummer van het getuigschrift voor verstrekte hulp).

Opmerking : Ingeval van facturatie van geneesmiddelen afgeleverd door een ziekenhuisofficina aan patiënten die verblijven in RVT, ROB, PVT of IBW moet het factuurnummer worden vermeld voor zover een individuele factuur per patiënt wordt opgemaakt, zo niet is deze zone gelijk aan nul.

Pseudo-nomenclatuurcode

Ambulant Gehosp.

Omschrijving

		Ambulant	Gehosp.
	• Gefenestreerde en/of vertakte endoprothese	0703415	0703426
	• Implanterbare hartmonitor inclusief toebehoren	0693910 (***)	0693921(***)
(☞ 3)	• Percutaan implanterbare klepstent in pulmonaalpositie		
	- Percutaan implanterbare klepstent met plaatsingssysteem in rechter ventrikel outflow tract	0704616	0704620
	- Geheel van materiaal voor het plaatsen van een percutane implanterbare klepstent in rechter ventrikel outflow tract exclusief de percutaan implanterbare klepstent met plaatsingssysteem	0704631	0704642
	- Geheel van materiaal voor het plaatsen van een percutane implanterbare klepstent in rechter ventrikel outflow tract exclusief de percutaan implanterbare klepstent met plaatsingssysteem in het geval dat er een predilatatie en/of prestenning was en er geen herdilatatie en/of herstenning tijdens de procedure, waarin een percutane implanterbare klepstent in rechter ventrikel outflow tract geplaatst wordt, was	0704653	0704664
(☞ 9)	• Percutaan implanterbare klepstent met plaatsingssysteem in aortapositie (12.000 €)	0680153	0680164
	Toebehoren bij percutaan implanterbare klepstent in aortapositie (3.000 €)	0680175	0680186
	Percutaan implanterbare klepstent met plaatsingssysteem in aortapositie inclusief toebehoren (3.082,31 €)	0680993	0681004
	b) Artikel 35bis, categorie 3 :		
	Geheel van gebruiksmateriaal, inclusief het gebruik van het toestel, voor het uitvoeren van één detoxificatie dialyse sessie bij leverpathologie	0740272 (*)	0740283 (*)
	Geheel van het gebruiksmateriaal voor het uitvoeren van een totale prostatectomie inclusief exeresis van het vesiculair blok met urethro-vesicaal hechten via endoscopische robot-geassisteerde chirurgie	0777114(***)	0777125(***)
	Disposable probe voor de peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie	0703496 (***)	0703500 (***)
(☞ 8)	c) Afleveringsmarge van implantaten (deze marge moet gefactureerd worden op het zelfde moment van de corresponderende verstrekkingen)		
	• <u>Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen tot en met 30/6/2014</u>		
	- voor de verstrekkingen van art. 28, §1	0618715	0618726
	- voor de verstrekkingen van art. 35, categorie 1, 2 en 5	0685812	0685823
	- voor de verstrekkingen van art. 35, categorie 3 en 4	0685834	0685845
	- voor de verstrekkingen van art. 35bis, categorie 1, 2 en 3	0685856	0685860
	- voor spraakprothesen	0785352 (**)	0785363 (**)
	• <u>Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen vanaf 1/7/2014</u>		
	- implantaten en invasieve medische hulpmiddelen uit “de lijst”	0619673	0619684
	- art. 35 categorie 5	0685812	0685823
	- art. 35bis categorie 3	0685856	0685860
	- voor spraakprothesen	0785352 (**)	0785363 (**)
	• <u>Implanterbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes (vanaf 1/1/2014)</u>		
	- implanterbare (vervangings)hartdefibrillator binnen de enveloppe	0680374	0680385
	- elektrode voor implanterbare (vervangings)hartdefibrillator	0680190	0680201
(☞ 11)	- implanterbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe of bij de enveloppeschijf ter waarde van het restbedrag van de enveloppe of onder garantie	0704933	0704944
(☞ 11)-	elektrode implanterbare (vervangings)hartdefibrillator na volledige vereffening van de enveloppe of bij de enveloppeschijf ter waarde van het restbedrag van de enveloppe	0704955	0704966
(☞ 20) (*)	Geschrapd vanaf 1/8/2015		
(**)	Deze afleveringsmarge is ten laste van de verplichte ziekteverzekering (zie overeenkomst verstrekkers van implantaten). Het bedrag moet dus in <u>zone 19</u> vermeld worden.		
(☞ 22) (***)	Geschrapd vanaf 1/3/2016		

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

(☞22) Implantaten en andere producten

0960234	0960245	Niet vergoedbare notificatieplichtige implantaten
0960536	0960540	Niet vergoedbare niet-notificatieplichtige implantaten

(☞22) 0961236 0961240 Niet vergoedbare radiofarmaceutische producten

Diverse kosten in ziekenhuizen of PVT

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

Diverse kosten in initiatieven voor Beschut Wonen

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

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
0960956	Kosten dokter (<i>facultatieve vermelding</i>)
0960971	Kosten kine (<i>facultatieve vermelding</i>)
0960993	Kosten labo (<i>facultatieve vermelding</i>)
0960094	Kosten polikliniek (<i>facultatieve vermelding</i>)
0961111	Korting art. 10bis overeenkomst MS (<i>bedrag in negatief</i>)
0961133	Korting art. 10bis overeenkomst ALS (<i>bedrag in negatief</i>)
0961155	Korting art. 10bis overeenkomst Huntington (<i>bedrag in negatief</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
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.

RECORDTYPE 50 ZONE 4 VERVOLG 27

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

R	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
ZONE	(5)	(5)	(5)	(5)	(9)					
1	RECORDTYPE	50	50	50	50	50	50	50	50	50
3	NORM	9	9	9	9	9	9	9	9	9
4	(PSEUDO-) NOMENCLATUUR	0426635	pseudo-code (4) art 8, § 5, 3°	pseudo-code (4) art 8, § 5bis, 5° d)	forfait (1)	pseudo-code art 8, § 9	specifieke technische zorgen + eventueel 0424395, 0424690, 0424852, 0427991, 0429015, 0428035, 0428050, 0428072, 0429273	nurale reis	Diabetes-nomenclatuur of zorgtraject diabetes	
5	BEGIN DATUM	dag 1	dag 1	dag 1	dag 1	Indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	indien uitgevoerd dag 1	
15	VERSTREKKER	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX (3)	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX	04XXXXXC4XX
17-18	BETREKKELIJKE VERSTREKKING	forfait (1)	forfait (1)	forfait (1')	0426613 (2) of pseudo-code bijlage 85 Verordening (2')	0427534, 0427556, 0427571 of 0429251 Verordening (2')	0 of pseudo-code bijlage 87 Verordening (2')	0	0	0
19	BEDRAG V.I.	0	0	0	bedrag	0	bedrag	bedrag	bedrag	bedrag
20-21	DATUM VOORSCHRIFT	0	indien vereist	0	datum (6)	vereist	vereist (7)	0	vereist (8)	
22-23	AANTAL	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24-25	VOORSCHRIJVER	0	indien vereist	0	indien vereist	vereist	vereist (7)	0	vereist (8)	
27	PERSOONLIJK AANDEEL	0	0	0	bedrag	0	bedrag	bedrag	Bedrag (indien nomenclatuur) of 0 (indien zorgtraject)	

(1) onder forfait wordt verstaan : de forfaitaire honoraria A, B, C, PA, PB, PC of PP.

(1') onder forfait wordt verstaan : de forfaitaire honoraria PA, PB, PC of PP.

(2) mogelijk, niet noodzakelijk.

(2') identiek aan (statistische) record 1^{ste} basisverstrekkings uit art. 8, §1, 3°

(3) de volgende van de verstrekkings binnen de dag moet worden gerespecteerd.

(4) deze blok van records herhaalt zich zo veel maal als er basisverstrekkings worden verricht gedurende de betreffende verzorgingsdag. Iedere record met basisverstrekkings moet telkens worden gevolgd door een aantal records met technische verstrekkings/palliatieve zorgen die tijdens de betreffende basisverstrekkings worden verricht. Er kunnen derhalve meerdere blokken na elkaar volgen [basis, technische zorgen, palliatieve zorgen (enkel indien PA, PB, PC of PP)]; [basis, technische zorgen, palliatieve zorgen (enkel indien PA, PB, PC of PP)]; ...

(5) voor forfait A, B, C, PA, PB en PC : datum aanvraag forfait; voor forfait PP : datum model 90 (kennisgeving palliatieve zorgen)

(6) behalve voor 0424395, 0424690, 0424852, 0427991 en 0429015 en 0428035, 0428050, 0428072, 0429273 waar geen doktersvoorschrift vereist is.

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

(8) deze statistische records moeten, in voorkomend geval, vermeld worden indien er een facturatierecord met de prestatie 0427534, 0427556, 0427571 of 0429251 volgt.

(9) deze statistische records moeten, in voorkomend geval, vermeld worden indien er een facturatierecord met de prestatie 0427534, 0427556, 0427571 of 0429251 volgt.

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

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

Palliatieve zorgen – supplementair honorarium PN.Invulling

(☞ 9) verstrekker	:	1 ^{ste} verpleegkundige die de nodige kwalificatie bezit voor aanrekening van het honorarium
verscheidene verstrekkers	:	waarde 1 of 9(*)
betrekkelijke verstrekking	:	steeds 0
datum voorschrift	:	datum model 90 of MyCarenetbericht 420000 (kennisgeving palliatieve zorgen)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

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

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

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
(☞ 21,22) betrekkelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie: code PN (indien gefactureerd) of pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3 ^o) of 0426613 (indien hospitalisatie) of 0 (in de andere gevallen)
datum voorschrift	:	steeds 0
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

Technische prestatie.

Er zijn 2 gevallen mogelijk :

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
(☞21,22) betrekkelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie: code PN (indien gefactureerd) of pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3°) of 0426613 (indien hospitalisatie) of 0 (in de andere gevallen)
(☞ 7) datum voorschrift	:	datum 703 of MyCarenetbericht 410000 (toilet aanvraag)
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	steeds 0
norm voorschrijver	:	steeds 0

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

Invulling

verstrekker	:	verpleegkundige die prestatie heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
(☞21,22) betrekkelijke verstrekking	:	met de volgende hiërarchie: code PN (indien gefactureerd) of pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3°) of 0426613 (indien hospitalisatie) of 0 (in de andere gevallen)
datum voorschrift	:	datum doktersvoorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	voorschrijvende dokter
norm voorschrijver	:	steeds 1

Pseudo-codes toezicht en opvolging pompsysteem chronische analgesie (art. 8, § 9).**Invulling**

verstrekker	:	verpleegkundige die verstrekking heeft verricht
verscheidene verstrekkers	:	steeds 1
(☞ 7) betrekkelijke verstrekking	:	427534, 427556, 427571 of 0429251
datum voorschrift	:	datum doktersvoorschrift
aantal verstrekkingen	:	steeds 1
voorschrijver	:	voorschrijvende dokter
norm voorschrijver	:	steeds 1

Specifieke technische prestatie.

- (☞7) Steeds doktersvoorschrift, behalve voor de codes 0424395/690/852, 0427991 (bezoek referentie-verpleegkundige specifieke wondzorg), 0429015 (verpleegkundig consult), 0424874 en 0424896 (wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen) waar geen doktersvoorschrift vereist is.
- (☞7) De codes 0424395/690/852, 0427991, 0424874, 0424896 en 0429015 worden ook in deze rubriek opgenomen gezien ze (analoog aan een STZ) bovenop het dagplafond betaald worden.

Invulling

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| verstrekker | : | verpleegkundige die prestatie heeft verricht |
| verscheidene verstrekkers | : | waarde 1 of 9(*) |
| (☞21,22) betrekkelijke verstrekking | : | pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening (ingeval van verstrekking uit art. 8, §1, 3 ^o) of 0 (in de andere gevallen) |
| datum voorschrift | : | datum doktersvoorschrift |
| aantal verstrekkingen | : | steeds 1 |
| voorschrijver | : | voorschrijvende dokter |
| norm voorschrijver | : | steeds 1 |

- (*) *De norm 9 moet gebruikt worden indien er in de voorafgaande statistische records (ingeval van verstrekking 427534, 427556, 427571 of 0429251) verschillende verstrekkers voorkomen.*
- (☞7)

RUBRIEK : NACHT, WEEKEINDE, FEESTDAG

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 52

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

In geval van verstrekkingen klinische biologie is het vermelden facultatief.

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

- indien het gaat om het forfaitair honorarium voor de medische wachtdienst in een ziekenhuis of de forfaitaire beschikbaarheidshonoraria voor de continuïteit van de verzorging in de diensten spoedgevallen en intensieve verzorging;
- indien het gaat om het forfaitair persoonlijk aandeel inzake speciale medisch-technische prestaties;
- indien het gaat om supplementen voor niet door ZIV vergoede producten of verstrekkingen (codes 0960XXX);
- indien het gaat om parenterale voeding thuis.
- (☞ 20) - indien het gaat om overeenkomsten art. 56 (0751833, 0751855, 0751870, 0751892, 751914, 751936)
- indien het gaat om detoxificatie-dialyse (conventie leverdialyse) (0761972-0761983)
- * Identificatienummer van het erkend centrum voor hartrevalidatie
 - indien het gaat om verstrekkingen voor revalidatie van hartpatiënten (0771201, 0771212, 0771223).
- * Het identificatienummer van het medisch huis
 - indien het gaat om prestaties verricht door een medisch huis.
- * Het identificatienummer van het erkend centrum voor de implantatie van hartdefibrillatoren
 - indien het gaat om implanteerbare hartdefibrillatoren en hun elektrodes
- (☞ 13) * Ingeval van facturatie van nervus vagusstimulator (t.e.m. 30/11/2014: 684810-684821, 684832-684843; vanaf 1/12/2014: 170892 t.e.m. 171080) en elektroden voor preoperatieve lokalisatie van doelgebieden
- (☞ 10) ingeval van refractaire epilepsie (t.e.m. 30/6/2014: 698714 t.e.m. 698865; vanaf 1/7/2014: 152773
- (☞ 14) t.e.m.152924) en neurostimulator DBS in geval van refractaire epilepsie (171496 t.e.m. 171824), dient in deze zone het erkenningsnummer van het referentiecentrum voor refractaire epilepsie vermeld te worden.
- (☞ 22) * Ingeval van facturatie van de prestatie 777114-777125, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum voor robotchirurgie (nummer ziekenhuis + 150) vermeld te worden (tot en met 29/2/2016).
- * Endoprothesen (zowel het materiaal als de medische akte (art. 34)*):
 - Prestaties waarvoor enkel een erkenning endoprothesen nodig is: nummer ziekenhuis + 151 of nummer ziekenhuis + 152
 - Prestaties waarvoor een erkenning endoprothesen en een erkenning cardiale pathologie B3 nodig is: nummer ziekenhuis + 152
- (☞ 22) * Ingeval van facturatie van de prestatie 693910-693921, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum “implanteerbare hartmonitor” (nummer ziekenhuis + 153) vermeld te worden (tot en met 29/2/2016).
- (☞ 3) * Ingeval van facturatie van de prestatie 704616-704620, 704631-704642 of 704653-704664, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum “percutaan implanteerbare klepstent in pulmonaalpositie” (nummer ziekenhuis + 154) vermeld te worden.
- (☞ 9) * Ingeval van facturatie van de prestatie 680153-680164, 680175-680186 of 680993-681004, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum “percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie” (nummer ziekenhuis + 162) vermeld te worden.
- (☞ 8) * Ingeval van facturatie van de prestaties 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886 uit art. 35 en 687890-687901, 687912-687923 uit art. 35bis (vanaf 1/7/2014: verstrekkingen 158992-159003,
- (☞ 16) 159014-159025, 159036-159040, 158970-158981, 159552-159563 en 170656-170660 uit KB van 25/6/2014), moet het erkenningsnummer van het centrum “coronaire en drug eluting stents” (nummer ziekenhuis + 156) vermeld worden in deze zone.
- (☞ 22) * Ingeval van facturatie van de prestatie 703496-703500, dient in deze zone het erkenningsnummer van het centrum “peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie” (nummer ziekenhuis + 157) vermeld te worden (tot en met 29/2/2016).
- * Ingeval van facturatie van de prestaties 697933 tot 697966 en 703511 tot 703625, moet het erkenningsnummer van het centrum “neurostimulatoren en toebehoren obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)” (nummer ziekenhuis + 158) vermeld worden in deze zone.
- (*) indien de medische akte tot art. 14 behoort, moet enkel bij de endoprothese zelf een specifiek erkenningsnummer ingevuld worden, niet bij de medische akte (art.14)

- * Ingeval van facturatie van de prestatie 703415-703426, moet het erkenningsnummer van het centrum “gefenestreerde en/of vertakte endoprothesen” (nummer ziekenhuis + 159) vermeld worden in deze zone.
- (☞5) * Ingeval van facturatie van de prestaties 702914 tot en met 703006 en 703371 tot en met 703404, moet het erkenningsnummer van het centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van bewegingsstoornissen” (nummer ziekenhuis + 160) vermeld worden in deze zone.
- (☞8) * Ingeval van facturatie van de prestaties 716516 tot en met 716844 (vanaf 1/7/2014: 151454 tot en met 151981), moet het erkenningsnummer van het centrum “neurostimulatoren en toebehoren in geval van Parkinson en essentiële tremor” (nummer ziekenhuis + 161) vermeld worden in deze zone.
- (☞22) * Ingeval van facturatie van de prestaties 172491-172502 en 172513-172524, moet het erkenningsnummer van het centrum “percutane herstelling van mitralisklepbladen” (nummer ziekenhuis + 163) vermeld worden in deze zone.
- (☞22) * Ingeval van facturatie van de prestaties 172616-172620, 172631-172642 en 172653-172664, moet het erkenningsnummer van het centrum “radiofrequentie ablatie slokdarm” (nummer ziekenhuis + 164) vermeld worden in deze zone.
- * Indien het gaat om verstrekkingen die gekoppeld zijn aan een basisprestatie waarvoor de vermelding van een specifieke plaats van verstrekking vereist is, dan moet voor deze verstrekking de plaats van verstrekking van de basisprestatie worden vermeld (bv. Supplementaire honoraria, accrediteringssupplementen, honorarium voor hoogdringendheid, ...). Ingeval de betreffende verstrekking wordt ingevuld, moet de plaats van verstrekking overeenkomen met de plaats van verstrekking van de basisprestatie die als betreffende verstrekking wordt meegegeven. Bijvoorbeeld gebruiksmateriaal, implantaten.
- (☞8) Deze regel is niet van toepassing op coronaire en drug eluting stents 680315-680326, 680352-680363, 687875-687886, 687890-687901 (vanaf 1/7/2014: 159014-159025, 159036-159040, 158992-159003). Voor deze prestaties is de plaats van verstrekking gelijk aan nr. Zh + 156, terwijl de plaats van verstrekking van de basisprestatie (589013-589024 of 589035-589046) gelijk is aan nr. Zh + 120.
- * Indien het gaat om vervoer van patiënten, dan moet in deze zone het identificatienummer van het ziekenhuis dat factureert worden vermeld (bijvoorbeeld ingeval van pseudo-code 793553).
- * Indien het gaat om het forfaitair bedrag per half uur voor de tussenkomst van een Belgische ambulance/MUG in Nederland in het kader van de Benelux beschikking m.b.t. het grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer (pseudo-code 793575), dan moet in deze zone het identificatienummer van de erkende ambulancedienst vermeld worden of, indien het een interventie van de MUG betreft, het nummer van het ziekenhuis dat factureert.
- * Indien het gaat om dringend ziekenvervoer (pseudo-codes 784416 t.e.m. 784486), dan moet in deze zone het identificatienummer van de erkende ambulancedienst worden vermeld.
- * Indien het gaat om verstrekkingen van in vitro fertilisatie (zone 4 = 0559812, 0559823, 0559834, 0559845, 0559856 of 0559860), dan moet in deze zone het identificatienummer van het laboratorium van het ziekenhuis worden vermeld.
Voor prestaties vanaf 1/1/2009, dient het erkenningsnummer van het centrum voor reproductieve geneeskunde B (nummer ziekenhuis + 141) vermeld te worden.
- * Ingeval van reiskosten geneesheren (0109911, 0109955, 0109970), is deze zone gelijk aan nul.
- * Het erkenningsnummer van de erkende bloedinstelling die het menselijk volbloed of de labiele bloedproducten heeft afgeleverd:
 - indien het gaat om een tegemoetkoming in de kosten voor menselijk volbloed of labiele bloedproducten

- * Bij facturatie van de prestatie 477606, moet in deze zone het identificatienummer van het expertisecentrum voor comapatiënten (nummer ziekenhuis + 155) worden vermeld.
- * Indien het gaat om prestaties uit artikel 9 van de nomenclatuur (bevallingen) die werden uitgevoerd in het ziekenhuismilieu dan moet het identificatienummer van de ziekenhuisinstelling waar dat de prestatie werd verricht in deze zone worden vermeld.
- * In alle andere gevallen dan de hierboven vermelde wordt deze zone op nul gezet.

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

RUBRIEK : NORM VERSTREKKER**VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 1 N - 80**

<u>Waarde</u>	<u>Betekenis</u>
0	Er wordt geen verstrekker meegedeeld in zone 15.
1	Verstrekking of reeks van verstrekkingen die kan toegeschreven worden aan één enkele verstrekker die ze heeft verricht.
(☞ 1, 17)	2 * Verstrekking of reeks van verstrekkingen geattesteerd door verpleegkundige maar verricht door zorgkundige of in het kader van e-fact, verstrekking geattesteerd door de stagemester maar verricht door een stagedoende geneesheer in huisartsengeneeskunde
	3 Verstrekking fysiotherapie (art. 22) die (gedeeltelijk) verricht werd door een (of meerdere) kinesitherapeut(en) onder toezicht van een geneesheer-specialist die de verstrekking heeft geattesteerd.
(☞ 6)	4 ** Letter “G” op getuigschrift voor verstrekte hulp (arts heeft toegang tot de gegevens van het GMD, maar is niet de beheerder ervan).
(☞ 17, 22)	5 * Verstrekking geattesteerd door de stagemester maar verricht door een stagedoende geneesheer in huisartsengeneeskunde (enkel in het kader van e-fac huisartsen) (niet voor tandartsen)
	9 Verstrekking of reeks van verstrekkingen die niet kan toegeschreven worden aan één enkele verstrekker, want ze werd door verscheidene verstrekkers gezamenlijk verricht.

Forfaitaire honoraria of persoonlijke aandelen :

0460670, 0460795, 0460972, 0460994, 0461016, 0592815 tot 0592874, 0592911 tot 0592970, 0593014 tot 0593073, 0593110 tot 0593176 : moeten steeds vermeld worden met waarde 1 of 9, naargelang al de prestaties van het voorschrift door 1 of meerdere verstrekkers werden verricht;

0590166 tot 0590332, 0460703, 0460784, 0460821, 0641465, 0641480, 0641502, 0641524 : moeten steeds worden vermeld met waarde 9;

(☞ 9) 0591076, 0591080, 0591091, 0591102, 0591113, 0591124, 0591135, 0591146, 0591603, 0700000: moeten steeds vermeld worden met waarde 1.

(☞ 1) Forfaits verpleegkundige zorgen

Indien alle prestaties in het kader van het forfait door één of meerdere *verpleegkundigen* verricht werden, dan moet de waarde 1 of 9 vermeld worden.

Van zodra één van de prestaties in het kader van het forfait verricht werd door een *zorgkundige*, dan moet de waarde 2 vermeld worden.

De waarde 2 heeft dus voorrang op de waarden 1 en 9.

(☞ 1) Verpleegkundige zorgen: basisprestatie

Van zodra één van de prestaties tijdens een bezoek verricht werd door een *zorgkundige*, dan moet de basisprestatie aangeduid worden met norm 2.

(☞ 17) (*) In het kader van e-fact wordt, vanaf de gefactureerde maand oktober 2015 tot de gefactureerde maand december 2015, norm 2 ingevuld indien de verstrekking verricht is door een stagiair en gefactureerd is door de stagemester. Vanaf de gefactureerde maand januari 2016 wordt in dat geval norm 5 ingevuld.

(☞ 20) (**) Norm 4 mag enkel gebruikt worden in de gevallen waar in het papieren facturatiecircuit de letter “G” gebruikt wordt (dus enkel voor prestaties met remgeldvermindering omwille van GMD).

RUBRIEK : BETREKKELIJKE VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 81

Deze zone moet steeds worden ingevuld wanneer de vergoeding van de prestatie vermeld in zone 4, overeenkomstig de bepalingen van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, afhankelijk wordt gesteld van de verrichting van een andere prestatie.

Het is dan die andere prestatie, die aan de basis ligt van de vergoeding, die als betrekkelijke verstrekking moet worden meegegeven.

- (☞ 14) Op de website van het RIZIV (op de pagina “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor een betrekkelijke verstrekking moet vermeld worden.

Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies.

- (☞ 7) Voor prestaties die niet op de lijst staan, mag er geen betrekkelijke verstrekking ingevuld worden en moet deze zone dus verplicht met nullen opgevuld worden.

Bijzonder geval: facultatieve invulling van de zone

In geval van verpleegkundige zorgen, verricht voor rechthebbenden die op éénzelfde dag de hoedanigheid van gehospitaliseerde en ambulante patiënt cumuleren, en voor zover de code PN

- (☞ 21,22) of een pseudo-code uit bijlage 87 van de Verordening nog niet vermeld is in de zone, mag de zorgverstreker de code 0426613 vermelden bij wijze van inlichting voor de verzekeringsinstellingen.

RUBRIEK : Normcode voorschrijver

(☞ 22)

Geldige combinaties voor de verstrekkingen inzake radiologie art. 5 (verstrekkingen 307090 tot 307145, 307230 tot 307285, 377090 tot 377145, 377230 tot 377241 en 377274 tot 377285)

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie- nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatie- nummer van de voorschrijver
De verstrekker is een specialist voor röntgendiagnose en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
De verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder röntgendiagnose en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
De verstrekker heeft een bekwaming zoals vermeld in art. 4, § 1 van de nomenclatuur (= tandarts)			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is verricht voor eigen patiënten (d.w.z. zonder voorschrijver)	A	3	12 nullen

RUBRIEK : Normcode voorschrijverGeldige combinaties voor de verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde in vivo
(art. 18, § 2, B, a) tot en met d)quater)

	Recordtype 50 Zone 15	Recordtype 50 Zone 26	Recordtype 50 Zone 24-25
	Identificatie- nummer van de verstrekker	Normcode Voorschrijver	Identificatie- nummer van de voorschrijver
De verstrekker is een specialist voor nucleaire geneeskunde en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B
(22) - de verstrekking is voorgeschreven door de specialist zelf voor eigen patiënten (niet mogelijk voor verstrekking 442735-442746)	A	3	12 nullen
De verstrekker heeft een dubbele bekwaming waaronder nucleaire geneeskunde en			
- de verstrekking is voorgeschreven	A	1 of 9	B
- de verstrekking is voorgeschreven en werd gesubstitueerd	A	5 of 6	B
(22) - de verstrekking is voorgeschreven door de specialist zelf voor eigen patiënten (niet mogelijk voor verstrekking 442735-442746, tenzij de specialist tevens neuroloog, psychiater of geriater is)	A	3	12 nullen

RUBRIEK : BEHANDELDE TAND

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 163

De code van de behandelde tand (zie art. 6, § 15 van de Verordening van 28/07/2003) (rechts gealigneerd) moet in deze zone vermeld worden.

Deze verplichting geldt:

- voor de prestaties van art. 5 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, die door de Technisch Tandheelkundige Raad worden aangeduid.

De prestaties waarvoor een tandnummer vermeld moet worden, worden aangeduid in de lijst van de tarieven van de tandheelkundige verstrekkingen die gepubliceerd wordt op de website van het RIZIV

- (☞ 14) (<http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/individuele-verzorging/honoraires/Paginas/tandheelkundige.aspx>).
- voor de prestatie 317236-317240 (art 14,1 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen), indien uitgevoerd door een tandheelkundige. Voor stomatologen is het invullen van deze zone facultatief.

- (☞ 22) Indien in het kader van bepaalde forfaits (bv. 375575/586) meerdere tanden behandeld worden, dan moet het tandnummer vermeld worden van de tand waar het meeste werk aan geweest is.

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG SUPPLEMENT

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

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

Deze zone wordt ingevuld, vertrekkend van rechts.

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

De twee posities uiterst rechts zijn steeds decimaal.

- (☞22) De bedragen die worden aangerekend voor de niet-vergoedbare producten, verstrekkingen of diensten, waarvan de pseudo-codes worden vermeld in recordtype 50 zone 4 vervolg 15, moeten hier worden vermeld.

Honoraria voor prestaties ambulante klinische biologie gefactureerd aan de rechthebbenden zelf : aangerekend bedrag.

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

Het verschil tussen het gefactureerd bedrag (maximumtarieven zijn vastgelegd in het KB van 7/4/1995) en de verzekeringstegemoetkoming wordt in deze zone vermeld.

Implantaten :

- (☞4,8) - Alleen voor prestaties uit art. 28, § 1 (t.e.m. 30/6/2014) en voor de verstrekking “botcortex” (t.e.m. 30/6/2014: 735276-735280; vanaf 1/7/2014: 167694-167705) kan een supplement aangerekend worden en in deze zone vermeld worden.
- Niet-vergoedbare implantaten (pseudo-code 960234-960245) mogen vanaf 1/5/2010 enkel nog aan de patiënt aangerekend worden indien ze genotificeerd zijn (de notificatiecode moet vermeld worden in zone 55-56).

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

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

- (☞22) Tandartsen:

De bedragen die (aan de patiënt) aangerekend worden voor mechanische verankering bij conserverende zorg worden in deze zone vermeld.

Voor het gebruik van deze zone zie ook bijlage 9.3.

RUBRIEK : CODE IMPLANT

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 219

Indien in zone 4 van dit recordtype implantaten of invasieve medische hulpmiddelen worden gefactureerd, waarvoor de identificatie van het product een noodzakelijk onderdeel van de tarificatie is, dan vermeldt deze zone de betreffende identificatiecodes .

(☞ 8) Tot en met 30/6/2014:

XXX-YYY-ZZZZZ-C.

XXX = 3 numerieke posities die het type product aanduiden;
 YYY = 3 numerieke posities die de klasse van het type product aanduiden;
 ZZZZZ = 5 numerieke posities die het product zelf aanduiden;
 C = 1 numerieke positie die de check-digit vermeldt (= 7 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 11 cijfers van de identificatiecode en de deler gelijk is aan 7).

(☞ 8) Vanaf 1/7/2014:

XXX-YY-ZZZZZ-CC.

XXX = 3 numerieke posities die het type product aanduiden;
 YY = 2 numerieke posities die de klasse van het type product aanduiden;
 ZZZZZ = 5 numerieke posities die het product zelf aanduiden;
 CC = 2 numerieke posities (check-digit) (= 97 - rest van de deling waarvan het deeltal bestaat uit de eerste 10 cijfers van de identificatiecode en de deler gelijk is aan 97).

(☞ 10) Opgelet: In het kader van de akkoordverklaringen hebben de identificatiecodes nog steeds de oude structuur met 1 check-digit berekend volgens modulo 7.

(☞ 14) Op de website van het RIZIV (op de pagina “Instructies facturatie via magnetische of elektronische drager”) is een limitatieve lijst gepubliceerd met prestaties waarvoor de code implant moet vermeld worden.

(☞ 8) Deze lijst maakt integraal deel uit van de factureringsinstructies en is bijgewerkt tot en met 30/6/2014.

(☞ 8) Vanaf 1/7/2014 wordt gebruik gemaakt van het referentiebestand “LIST”: Verstrekkingen waarvoor de identificatiecode moet ingevuld worden zijn aangeduid met waarde “1” of “2” in de zone “*identificationZone43*”.

(☞ 14) De Excel-lijst “implantaten” (sheet Z 43) blijft ook nog na 30/6/2014 geldig voor wat betreft de pseudo-codes in het kader van akkoordverklaringen en in het kader van de overeenkomst “implanteerbare hartdefibrillatoren”.

Daarnaast moet ook voor de volgende pseudo-codes de code implant vermeld worden:

(☞ 22) 680153-680164 en 680993-681004 (percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie)
 704970 t.e.m. 705003 en 705051-705062 (implanteerbare hartdefibrillatoren)

RUBRIEK : RECORDTYPE 51

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 2 N - 1

Zie recordtype 10 zone 1.

(☞ 22) Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen van) artsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : VOLGNUMMER RECORD

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 6 N - 3

Zie recordtype 10 zone 2.

(☞ 22) Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen van) artsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : NOMENCLATUURCODE OF PSEUDO-NOMENCLATUURCODE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 7 N - 10

Zie recordtype 50 zone 4.

(☞ 22) Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen van) artsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : DATUM VERSTREKKING

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 8 N JJJMMDD - 17

Zie recordtype 50 zone 5.

(☞ 22) Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen van) artsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : IDENTIFICATIE RECHTHEBBENDE

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 13 A - 36

Zie recordtype 20 zone 8a-8b.

(☞ 22) Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen van) artsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : IDENTIFICATIE VERSTREKKER

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 12 N - 68

Zie recordtype 50 zone 15.

(☞ 22) Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen van) artsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : TEKEN + BEDRAG VERZEKERINGSTEGEMOETKOMING

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

Zie recordtype 50 zone 19.

(☞ 22) Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen van) artsen of tandartsen (e-fac).

RUBRIEK : CODE GERECHTIGDE 1 + 2

VELDLENGTE, TYPE EN BEGINPOSITIE : 10 N - 128

Zie recordtype 20 zone 27.

(☞ 22) Deze zone wordt enkel ingevuld ingeval van facturatie door (groeperingen van) artsen of tandartsen (e-fac).